



Olgu Sunumu

Dr. Barış Demirkol

SBÜ Bařakřehir am ve Sakura şehir Hastanesi

11 Ekim 2025

Muayene Bilgileri		Personel		Doktor Notları		Diğer Bilgiler		Yatış Bilgileri		Konsültasyon		Diyet Bilgileri		Ameliyat Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi			
İstem Bilgileri						İstem Sebebi						Sonuç Açıklaması					
Tarih:		04.10.2022 10:42:06		Ekleyen Kullanıcı:		AYŞE DENİZ ELMALI YAZICI		Birim:		Klinik Nörofizyoloji Polikliniği		Oda/Yatak:					
Yatak Birim:				Uzman Doktor:		AYŞE DENİZ ELMALI YAZICI		Acil:		☐		Yerinde:		☐			
Miyastenia gravis tanısı ile takipli hastamızın toraks BT'si interstisyel akciğer hastalığı ile uyumlu						tarafınızca değerlendirilmesi ve önerileriniz rica olunur						Sayın meslektaşım, Öksürük Bilinen akciğer hastalığı yok. Sigara hiç içmemiş. Ev hanımı. 20 yıl önce 2 yıl kadar 1 adet muhabbet kuşu beslemiş. 15 yıl önce 8 ay kadar rutubetli evde yaşamış. Bilateral orta ve alt alanlarda insp ince vasıflı raller. Sat: %98, NDS:88 /dk Clubbing (-/-), PTÖ (-/-) Kullandığı ilaçlar: Co-diovan 160/12,5 mg tb 1*1, Euthyrox 100 mcg 1*1 Toraks BT değerlendirildi. Tipik UIP paterni ile uyumlu PAAC grafisi, SFT+DLCO istendi. Romatoloji konsültasyonu istendi. Saygılarımla					

OLGU - ANAMNEZ

- ✓ **İlk başvuru tarihi:** Ekim 2022
- ✓ **MA, 72 y, K**
- ✓ **Şikayet:** Öksürük
- ✓ **Hikaye:** Yaklaşık 1 yıl önce başlayan kuru öksürük ve detaylı anamnezde bu öksürüğün gittikçe artmış olduğunu ifade ediyor
- ✓ **Öz ve soy geçmişi:** Myastenia gravis (Oküler), Hipertansiyon, Hipotiroidi, Osteoporoz

ANAMNEZ

- ✓ **Meslek:** Ev hanımı
- ✓ **Sigara:** Hiç içmemiş
- ✓ **Hobileri:** 20 yıl önce 2 yıl kadar 1 adet muhabbet kuşu beslemiş. 15 yıl önce 8 ay kadar rutubetli evde yaşamış
- ✓ **Kullandığı ilaçlar:** Valsartan 160 mg + Hidroklorotiyazid 12.5 mg tb 1*1, Levotiroksin sodyum 100 mcg tb 1*1

FİZİK BAKI

- ✓ SpO2: %98 (oda havasında)
- ✓ Her iki akciğer **arka orta ve alt alanlarda inspiratuar ince vasıflı raller (velcro)**
- ✓ Clubbing (-), PTÖ (-/-)
- ✓ Diğer sistem muayeneleri normal

PA AKCİĞER GRAFİSİ



SOLUNUM FONKSİYON TESTİ

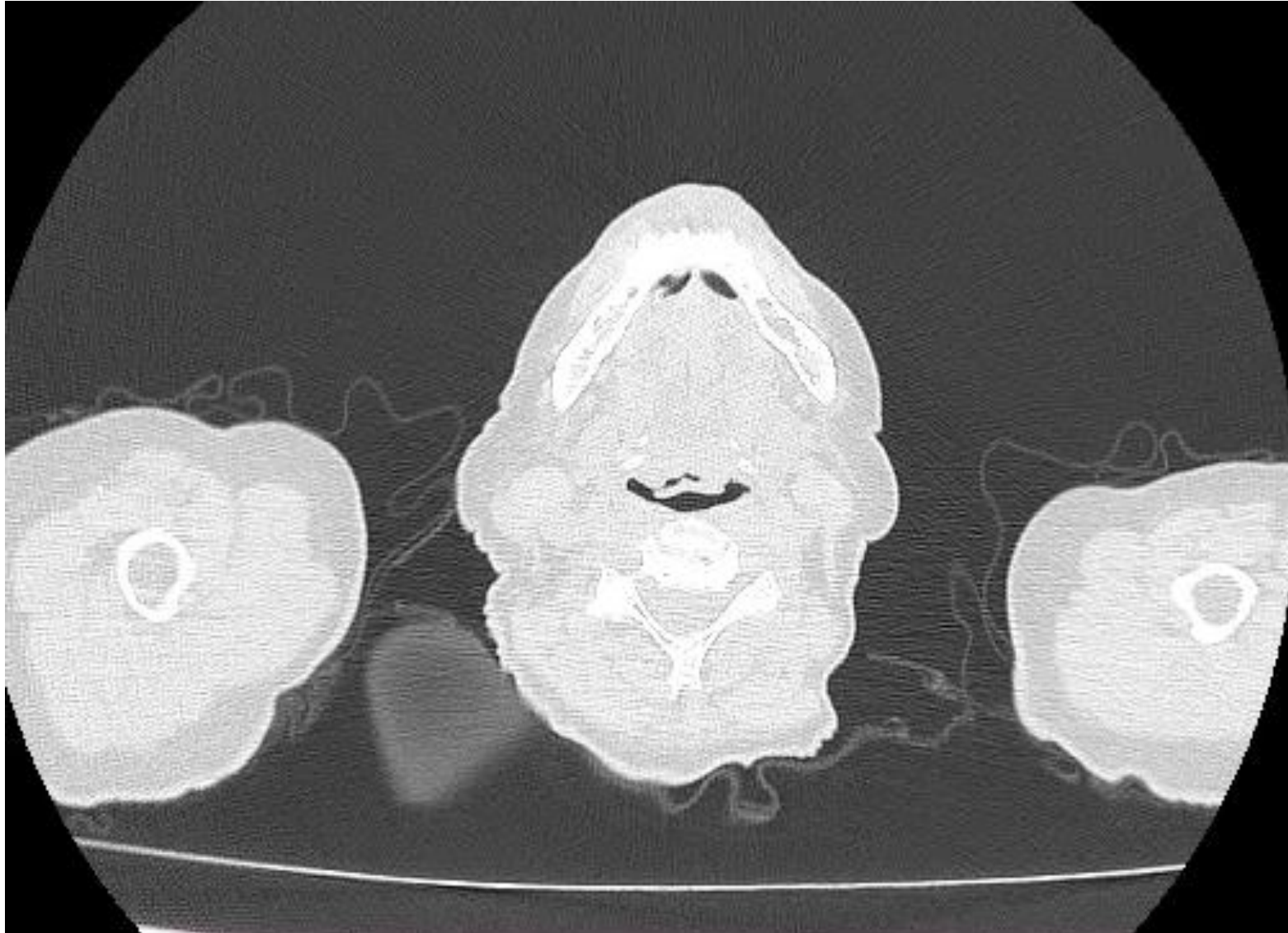
	FVC (L/%)	FEV1 (L/%)	FEV1/FVC (%)	DLCO ml/dk/mmHg (%)
Kasım 2022	2.11(%96)	1.73(%96)	%82.2	9.56(%58)

*6 dakika yürüme testi: **430 metre**

Baş. sat: %98 Bitiş sat: %96

Baş. BORG: 3, Bitiş BORG: 5

TORAKS HRCT



TORAKS HRCT

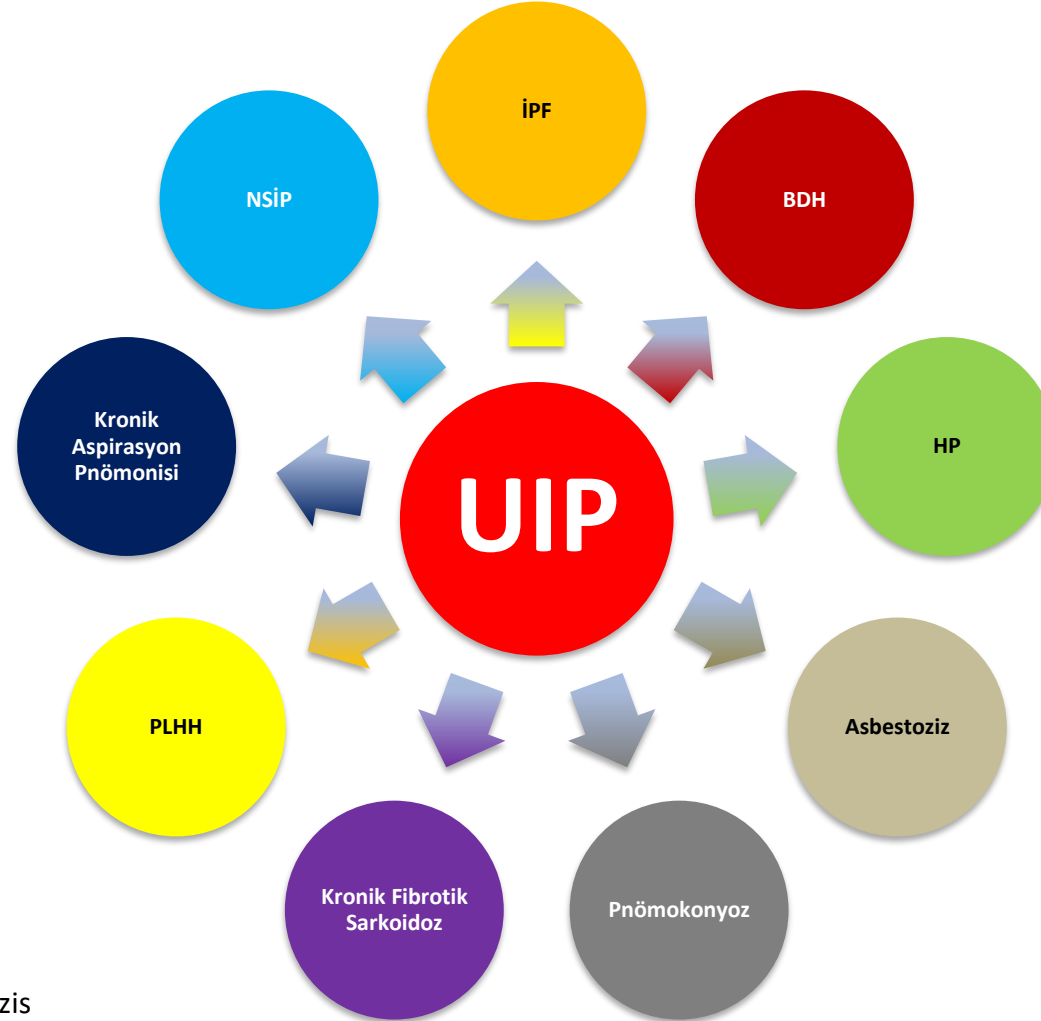
Akciğer parankim yapılarının değerlendirilmesinde;

- Bilateral üst loblarda sol akciğer üst lob inferior ve superior lingular segmentlerde ve alt loblarda plevraya yakın parankimal yüzeylerde daha belirgin olmak üzere **fibrozis ile uyumlu retiküler dansite artımları** izlendi
- Bilateral akciğer bronşlarında bu retiküler dansite artımlarına komşu distal bronşlarda periferik doğru çekilmiş ve bronşiektazik görünüm izlenmiştir (**traksiyon bronşiektazileri**)
- Sağ akciğer alt lob posterior bazal segmentte belirgin sıra halinde dizilmiş, kalın duvarlı kistik açıklıklar izlenmiş olup **bal peteği paterni** görünümü mevcuttur
- Bulgular UIP paterni ile uyumludur

TORAKS HRCT

	UIP paterni	Olası UIP paterni	Olabilir (Belirsiz) UIP paterni	UIP dışı bulgular
UIP histolojisi ile uyum seviyesi	%90	%70-89	%51-69	<%50
Dağılım	*Subplevral ve bazal dominant *Sıklıkla heterojen (fibrozisin arasında normal akciğer alanları) *Bazen diffüz *Belki asimetrik olabilir	*Subplevral ve bazal dominant *Sıklıkla heterojen (retikülasyon ve traksiyon bronşiektazisi/ bronşiolektazisi arasında normal akciğer alanları)	*Subplevral baskınlık olmadan diffüz dağılım	*Subplevral korunma ile peribronkovasküler baskın (NSİP düşün) *Perilenfatik dağılım (sarkoidoz düşün) *Üst ve orta akciğer tutulumu (fibrotik HP, KDH-İAH, sarkoidoz) *Subplevral korunma (NSİP veya sigara ilişkili İAH)
BT bulguları	*Traksiyon bronşiektazisi/bronşiolektazi ile birlikte veya birlikte olmadan balpeteği *İnterlobuler septalarda irregüler kalınlaşma *Sıklıkla retiküler patern ile süperpoze, hafif buzlu cam *Pulmoner ossifikasyon olabilir	*Traksiyon bronşiektazisi/bronşiolektazi ile birlikte retiküler patern *Hafif buzlu cam olabilir *Subplevral korunmanın olmaması	*Herhangi bir spesifik etyolojiyi desteklemeyen akciğer fibrozisinin BT bulguları	-Kistler (LAM, PLHHx, LIP, DIP) -Mozaik atenuasyon veya üç-yoğunluk bulgusu (HP) -Buzlu cam baskın (HP, sigara ilişkili İAH, ilaç toksisitesi, fibrozisin akut alevlenmesi) -Çok sayıda sentrilobuler mikronodüller (HP veya sigara ilişkili) -Nodüller (Sarkoidoz) -Konsolidasyon (Organize pnömoni vs) *Mediastinal bulgular -Plevral plaklar (asbestozis) -Dilate özefagus (KDH)

Usual (Olađan) İnterstisyel Pnömoni Paterni



UIP: Usual(Olađan) İnterstisyel Pnömoni

İPF: İdiopatik Pulmoner Fibrozis

NSİP: Nonspesifik İnterstisyel Pnömoni

HP: Hipersensitivite Pnömonisi

BDH: Bağ Dokusu Hastalığı

PLHH: Pulmoner Langerhans Hücreli Histiositozis

LABORATUVAR

- Hemogram ve Biyokimya: Normal
- RF: 7.5 IU/L (N: 0-14)
- Anti CCP: Negatif (<8)
- **ANA: Pozitif (Yoğun ince benekli, 1:320)**
- ENA Profili
 - SS-A: Negatif
 - SS-B: Negatif
 - Scl-70: Negatif
 - Anti-Sm/RNP: Negatif
 - Anti-Jo-1: Negatif
- pANCA, cANCA: Negatif



Romatoloji konsültasyonu:

- İntersitisyel akciğer hastalığına neden olabilecek bir romatizmal hastalık tespit edilmedi

Meslek Hastalıkları konsültasyonu:

- 72 yaş, kadın hasta. Ev hanımı. İş öyküsü yok. Tarım, hayvancılık öyküsü yok. Asbest maruziyeti yok. Hep şehir merkezinde yaşamış. 20 yıl öncesinde 2,5 yıl kadar 1 adet muhabbet kuşu beslemiş. 15 yıl önce yaşadığı evde 8 ay kadar olan rutubet-küf maruziyeti tarifliyor. İncelenen HRCT'de tipik UIP bulguları mevcut. **Rutubet-küf ve kuş maruziyeti ile İAH arasında zamansal illiyet bağı kurulamamıştır, multidisipliner değerlendirme önerilir**

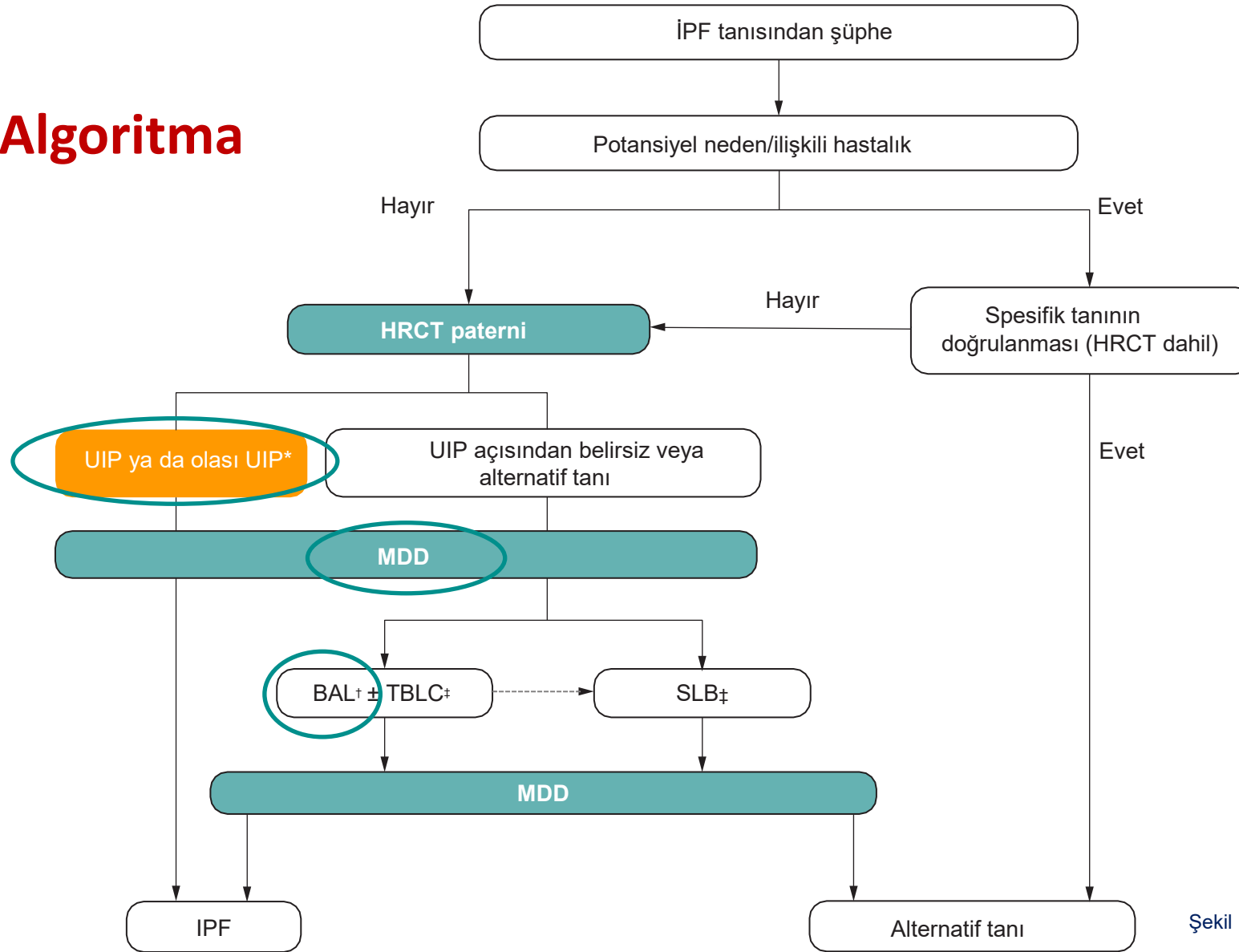
Kardiyoloji konsültasyonu:

- MY eser, TY eser, PABs: 14+3 mmHg, PHT bulgusu izlenmedi. EF: %60

Bu aşamada ne yaparsınız ?

- 1. İlaçsız takip**
- 2. Antifibrotik tedavi başlarım**
- 3. Bronkoalveolar lavaj**
- 4. Kriyo transbronşiyal biyopsi + Bronkoalveolar lavaj**
- 5. VATS**

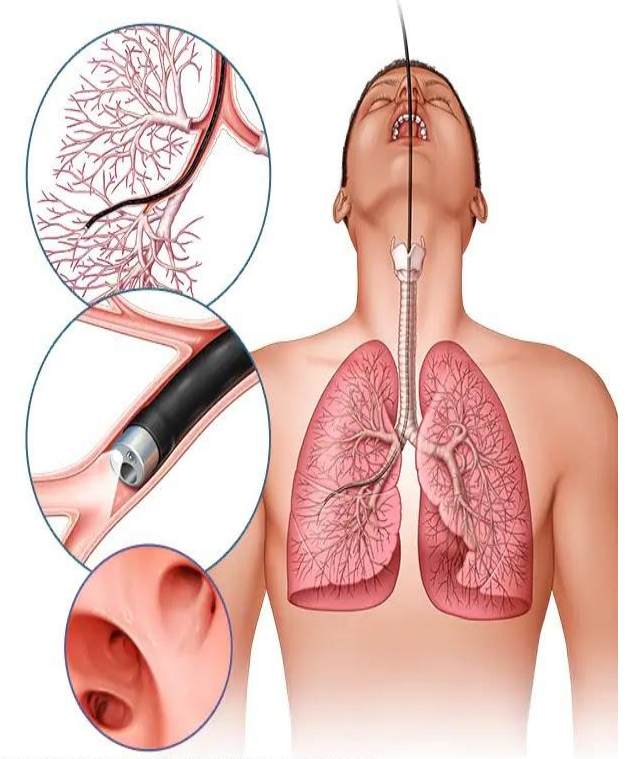
İPF için Tanısal Algoritma



Şekil referanstan uyarlanmıştır

Bronkoalveolar lavaj

	BAL'da hücre dağılımı (Hasta)	BAL'da hücre dağılımı (Sağlıklı erişkin)
Alveoler makrofaj	%73	> %85
Nötrofil	%6	< % 3
Lenfosit	%21	% 8-12
Eozinofil	%0	< %1
CD4/CD8	1.12	1.6
Total Hücre Sayısı	220/mm ³	15x10 ⁶



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Bu aşamada ne yaparsınız ?

- 1. İlaçsız takip**
- 2. HP/Avian paneli**
- 3. Kortikosteroid tedavi başlarım**
- 4. Antifibrotik tedavi başlarım**
- 5. Kriyo-transbronşiyal biyopsi**
- 6. VATS**

Klinik Öykü ve Risk Faktörleri ile Uyumlu İPF Tanı Kriterleri

Kriter	
Yaş	50 yaş ve üzeri
Cinsiyet	Erkek cinsiyet Kadın cinsiyet
Semptomlar	İlerleyici nefes darlığı ve kuru öksürük
Fizik Muayene	İnce inspiratuvar (velcro tipi) rallerin varlığı
Sigara Öyküsü	Aktif veya eski sigara içiciliği Non-smoker
Bağ Dokusu Hastalığı Bulguları	Negatif otoimmün seroloji ve bağ dokusu hastalığı öyküsü bulunmaması ANA + (yoğun ince benekli, 1:320)
Çevresel ve Mesleki Maruziyet	Anlamli çevresel veya mesleki maruziyet anamnezinin olmaması İllyet bağı kurulmayan (?) maruziyet
HRCT Bulguları	Tipik veya olası UIP paterninin varlığı Buzlu cam alanları
BAL bulguları	Artmış nötrofil sayısı ve/veya lenfositoz olmaması Lenfositoz varlığı

Multidisipliner Değerlendirme

- Multidisipliner değerlendirme sonrası VATS için hasta ile görüşüldü, hasta riskleri nedeniyle işlemi kabul etmedi
- Mevcut haliyle klinik ve radyolojik değerlendirme ile **İPF** tanısı konuldu

ATS/ERS/JRS/ALAT recommendation.
• For patients with newly detected ILD of apparently unknown cause who are clinically suspected of having IPF, we recommend serological testing to aid in the exclusion of CTDs as a potential cause of the ILD (motherhood statement).

Question 3: Should Patients with Newly Detected ILD of Unknown Cause Who Are Clinically Suspected of Having IPF Undergo Cellular Analysis of Their BAL Fluid?

Evidence base. Our systematic literature search yielded 2,492 titles but did not identify any studies that 1) compared clinical outcomes among patients who underwent BAL cellular analysis to those who did not undergo BAL cellular analysis, or 2) reported the test characteristics of BAL cellular analysis for distinguishing IPF from other ILDs. Therefore, we sought studies that compared BAL cell type proportions across different ILDs. The full text of 14 articles was reviewed, and eight were selected for analysis (95–102) (Table E7a).

Studies enrolled patients with IPF, performed BAL, and measured components of the BAL fluid including the percentage of neutrophils (95–100, 102), macrophages (95–99, 102), lymphocytes (95–102), and eosinophils (95, 97–100, 102), as well as the CD4/CD8 ratio (95, 97, 99, 100). The measurements were then compared with those from patients with other types of ILD, including hypersensitivity pneumonitis (95, 96, 100), sarcoidosis (95, 99, 100), idiopathic NSIP (95, 97, 100–102), cryptogenic organizing pneumonia (COP, previously called bronchiolitis obliterans organizing pneumonia) (95–97, 100), eosinophilic pneumonia (95), respiratory bronchiolitis-associated ILD (RB-ILD) (96), and lymphocytic interstitial pneumonia (LIP) (96). Most studies reported mean cell type proportions, but some reported medians. Because the question was about using BAL to distinguish IPF from other types of ILD, we compared cell type measurements among patients with IPF to those among patients with other types of ILD using the mean difference (MD):

- **Neutrophil proportion:** Healthy individuals have $\leq 3\%$ neutrophils in

–15.50%; 95% CI, –19.06% to –11.94%). No differences were found when patients with IPF were compared with patients with hypersensitivity pneumonitis, COP, or sarcoidosis.

- **Eosinophil proportion:** Healthy individuals have $\leq 1\%$ eosinophils in their BAL fluid (23). Patients with IPF had a mean eosinophil percentage in their BAL that ranged from 2.39% to 7.5%, which was lower than patients with eosinophilic pneumonia (MD, –48.94%; 95% CI, –62.58% to –35.30%) (Table E7d). No differences were found when patients with IPF were compared with patients with NSIP, hypersensitivity pneumonitis, COP, sarcoidosis, RB-ILD, or LIP.
- **Lymphocyte proportion:** Healthy individuals have 10% to 15% lymphocytes in their BAL fluid (23). Patients with IPF had a mean lymphocyte percentage in their BAL fluid that ranged from 7.2% to 26.7%, which was lower than patients with NSIP (MD, –26.00%; 95% CI, –33.62% to –18.38%), sarcoidosis (MD, –14.87%; 95% CI, –25.09% to –4.65%), COP (MD, –31.43%; 95% CI, –38.78% to –24.08%), and LIP (MD, –43.20%; 95%

3.2. BALF Cell Analysis

BALF cell analysis results and distribution of lymphocytosis by diagnosis are presented in [Table 3](#). The total cell count and the percentage of lymphocytes were significantly higher in the fHP group compared to the IPF group ($p < 0.001$) ([Figure 1a,b](#)). Among patients with fHP BALF lymphocytosis equal to or greater than 20% was observed in 75% of cases, while only in 10% of patients with IPF. In addition, BALF lymphocytosis above 30% was found in 60% of fHP patients, and none of the IPF patients.

Table 3.

Bronchoalveolar lavage fluid percent differential and lymphocytosis distribution in the study group.

İdiopatik pulmoner fibrozis ağırlığı

Parametreler	Hafif	Orta	Şiddetli
Semptomlar (Nonproduktif öksürük/ Egzersiz dispnesi)	Asemptomatik/hafif	Orta derece	Şiddetli Hafif egzersizde
Radyolojik Bulgular (Retiküler dansiteler/ Bal peteği)	Subplevral ve basiler ≤10% parankim tutulumu	Akciğerin %20-30 parankim tutulumu <%5 bal peteği	Üç veya daha fazla zonda >%5 bal peteği
Solunum Fonksiyon Testi FVC % beklenen DLCO% beklenen P[A-a]O ₂	Hafif düşüş Hafif düşüş ≤20 mmHg	%50-75 %36-55 21-30 mmHg	≤ % 50 ≤ % 35 >30mmHg
O ₂ Desteği	Gerekli değil	Egzersizde gerekli olabilir	İstirahatte gerekli
6 dk yürüme testi	Mesafede hafif düşüş	≤ %4 O ₂ desaturasyonu	≥ %4 O ₂ desatürasyonu

GAP indeksi ve evreleme sistemi

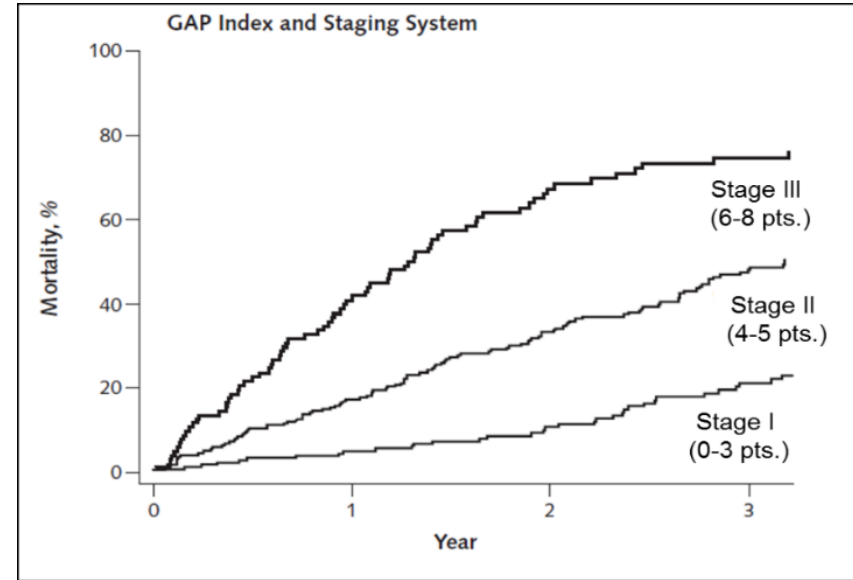
The GAP index and staging system

	Predictor		Points
G	Gender		
	■ Female		0
	■ Male		1
A	Age (years)		
	■ ≤60		0
	■ 61 to 65		1
	■ >65		2
P	Physiology		
	■ FVC (% predicted)		
	● >75		0
	● 50 to 75		1
	● <50		2
	■ DLCO (% predicted)		
	● >55		0
	● 36 to 55		1
	● ≤35		2
● Cannot perform		3	
Total possible points			8
Stage	I	II	III
Points	0 to 3	4 to 5	6 to 8
Mortality			
1-year	5.6	16.2	39.2
2-years	10.9	29.9	62.1
3-years	16.3	42.1	76.8

Points are assigned for each variable of the scoring system to obtain a total point score (range 0 to 8). Patients should be scored in the "cannot perform" category for DLCO if their symptoms or lung function prohibited performance of the DLCO maneuver. If DLCO is unavailable because it was not ordered or not completed because of nonrespiratory limitations, then the model cannot be applied. The total point score is used to classify patients as stage I (0 to 3 points), stage II (4 to 5 points), or stage III (6 to 8 points). Model-predicted one-, two-, and three-year mortality is shown by stage.

GAP: gender, age, and two lung physiology variables (FVC and DLCO); FVC: forced vital capacity; DLCO: diffusing capacity for carbon monoxide.

From Annals of Internal Medicine, Ley B, Ryerson CJ, Vittinghoff E, et al. A multidimensional index and staging system for idiopathic pulmonary fibrosis. Ann Intern Med 2012; 156(10):684-91. Copyright © 2012 American College of Physicians. All Rights Reserved. Reprinted with the permission of American College of Physicians, Inc.



Hastamızın

GAP Puanı: 2, Evre 1, 3 yıllık mortalitesi %16.3

TEDAVİ

- İPF tanısı alan hasta için,
 - Pirfenidon 200 mg 4x1- 1.hafta
 - Pirfenidon 200 mg 4x2- 2.hafta
 - Pirfenidon 200 mg 4x3- 3.hafta

Pirfenidon 600 mg 4x1 olarak devam edildi

TAKİP

9.11.2022 (tedavinin 3. haftası)

- Hazımsızlık, şişkinlik
- Kan tetkikleri; normal aralıkta
- **Öneri:** *Pirfenidon 2400 mg devam*, Pantoprazol tb 1*1 eklendi, pirfenidonu yemeklerle birlikte alacak
- **Takip:** Şikayetlerde kısmen iyileşme

21.12.2022 (tedavinin 9. haftası – rutin kontrol)

- Belli-belirsiz bulantı şikayeti
- Kan tetkikleri istendi

Geçmiş Sonuçlar [AST]/KIRMIZI/YESİL KAPAK				
Barkod Tarihi	Tetkik Adı	Sonuç	Sayısal Sonuc	İsteyen Personel
13.07.2021 14:14	AST	23	23	BETÜL OKUR
23.08.2022 11:13	AST	21	21	AYŞE DENİZ ELMAL...
23.08.2022 14:35	AST	19	19	GİZEM YILDIRIM
02.11.2022 12:56	AST	13	13	BARIŞ DEMİRKOL
09.11.2022 11:44	AST	13	13	BARIŞ DEMİRKOL
21.12.2022 11:17	AST	136	136	BARIŞ DEMİRKOL
30.12.2022 09:25	AST	76	76	BARIŞ DEMİRKOL
04.01.2023 10:11	AST	58	58	BARIŞ DEMİRKOL
01.02.2023 09:20	AST	19	19	BARIŞ DEMİRKOL
08.03.2023 09:21	AST	17	17	BARIŞ DEMİRKOL
12.04.2023 11:03	AST	14	14	BARIŞ DEMİRKOL
15.06.2023 09:29	AST	17	17	BARIŞ DEMİRKOL
02.11.2023 11:13	AST	16	16	BARIŞ DEMİRKOL
11.02.2025 10:56	AST	21	21	BARIŞ DEMİRKOL

Geçmiş Sonuçlar [ALT]/KIRMIZI/YESİL KAPAK				
Barkod Tarihi	Tetkik Adı	Sonuç	Sayısal Sonuc	İsteyen Personel
13.07.2021 14:14	ALT	22	22	BETÜL OKUR
23.08.2022 11:13	ALT	17	17	AYŞE DENİZ EL...
23.08.2022 14:35	ALT	17	17	GİZEM YILDIRIM
02.11.2022 12:56	ALT	7	7	BARIŞ DEMİRKOL
09.11.2022 11:44	ALT	9	9	BARIŞ DEMİRKOL
21.12.2022 11:17	ALT	213	213	BARIŞ DEMİRKOL
30.12.2022 09:25	ALT	130	130	BARIŞ DEMİRKOL
04.01.2023 10:11	ALT	100	100	BARIŞ DEMİRKOL
01.02.2023 09:20	ALT	18	18	BARIŞ DEMİRKOL
08.03.2023 09:21	ALT	13	13	BARIŞ DEMİRKOL
12.04.2023 11:03	ALT	10	10	BARIŞ DEMİRKOL
15.06.2023 09:29	ALT	13	13	BARIŞ DEMİRKOL
02.11.2023 11:13	ALT	11	11	BARIŞ DEMİRKOL
11.02.2025 10:56	ALT	11	11	BARIŞ DEMİRKOL

*AST ve ALT için normal aralık: 0-50 U/L

- **Bilirubin**, GGT, ALP normal aralıktadır
- **Öneri:** Pirfenidon doz azaltımı yapıldı (1800 mg), Metpamid tb (LH) eklendi
- **Takip:** Yaklaşık 2 hafta içerisinde KCFT normal aralığa geldi, Metpamid stoplandı, mevcut Pirfenidon tedavisi tekrardan tam doza çıkartıldı

TAKİP

KASIM 2024

Klinik:

- Öksürük, eforla olan ND (stabil)

Fonksiyonel:

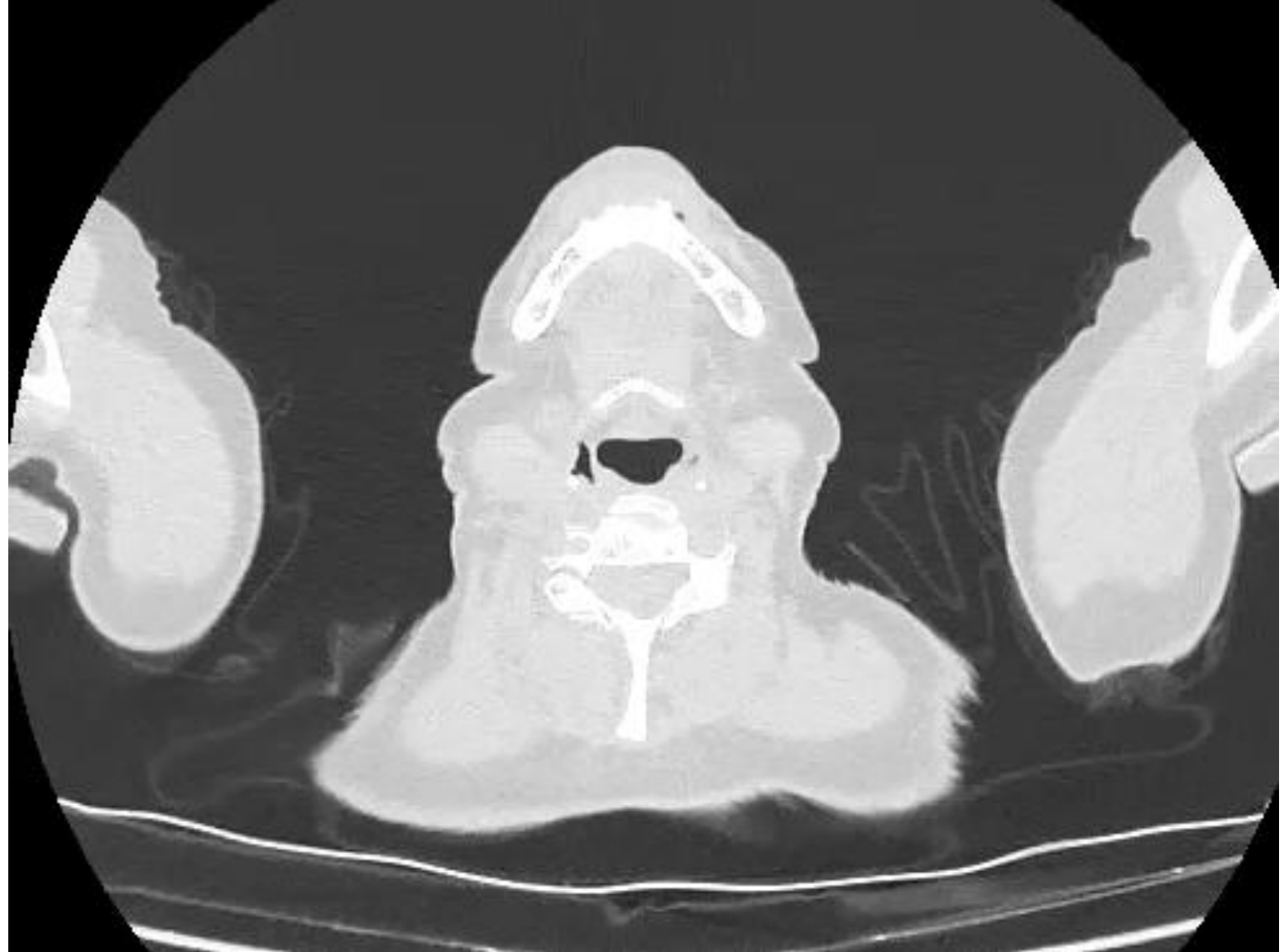
- FVC: %121
- DLCO: %38
- 6 DYT: 450 m (Stabil)

Radyolojik:

- Eski görüntülere göre anlamlı fark saptanmadı
- Takip EKO'larda PHT bulgusu saptanmadı

Değerlendirme: *STABİL* hastalık

- Tedavi: Pirfenidon 600 mg tb 4*1, Pantoprazol tb 1*1

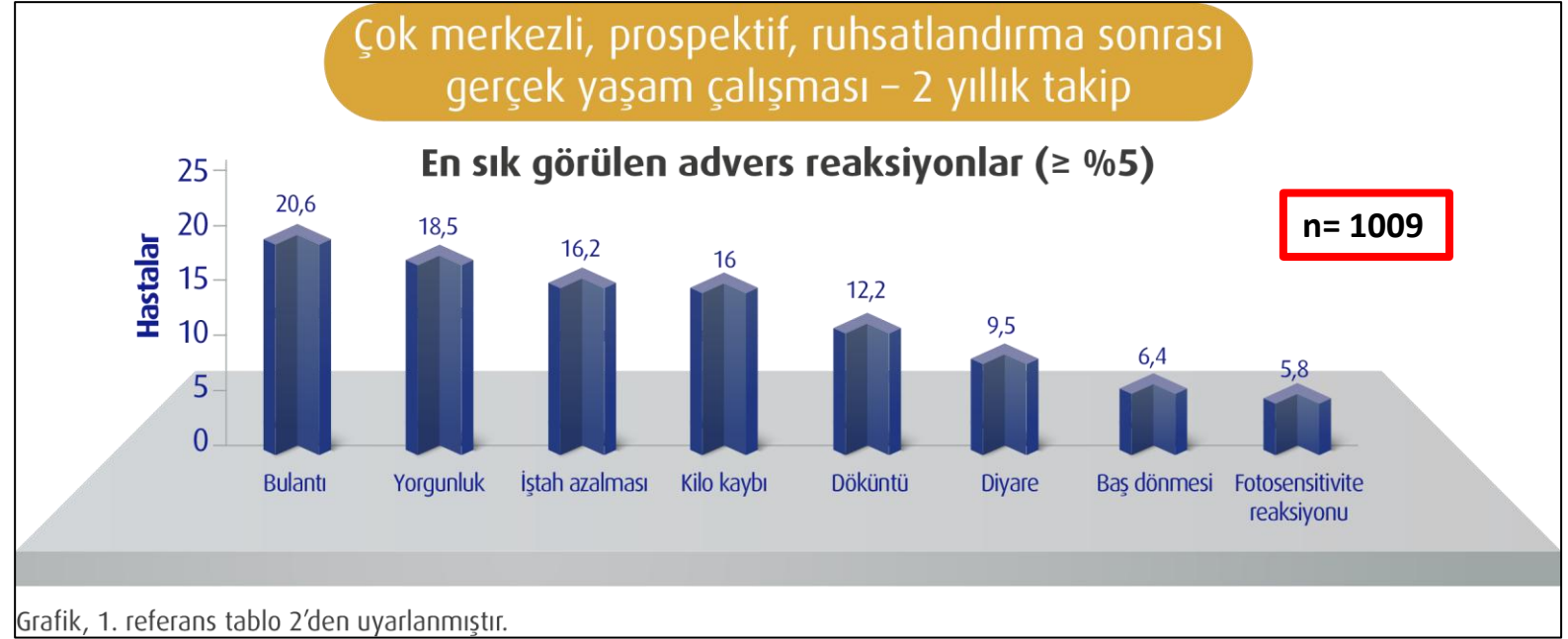


Tarih	FVC (L/%)	DLCO ml/dk/mmHg (%)	6 DYT (m)	TEDAVİ	DEĞERLENDİRME
Kasım 2022	%96	%58	430	Pirfenidon	
Şubat 2023	%106	%48	400	Pirfenidon	Klinik iyileşme+Radyolojik stabil +Fonksiyonel stabil = STABİL
Kasım 2023	%125	%33	480	Pirfenidon	Klinik stabil+Radyolojik stabil+Fonksiyonel stabil = STABİL
Kasım 2024	%117	%35	-	Pirfenidon	Klinik stabil+Radyolojik stabil+Fonksiyonel stabil = STABİL
Nisan 2025	%121	%38	450	Pirfenidon	Klinik stabil+Radyolojik stabil+Fonksiyonel stabil = STABİL

İPF'de Pirfenidon Tedavi Güvenliliği

Long-term safety of pirfenidone: results of the prospective, observational PASSPORT study

Vincent Cottin^{1,2}, Dirk Koschel³, Andreas Günther^{4,5}, Carlo Albera⁶, Arata Azuma⁷



- Pirfenidon ile görülen en sık yan etkiler **gastrointestinal sistem** ve **deri** ile ilişkilidir
- Pirfenidon ile oluşabilecek yan etkilere **en sık ilk 3 ayda** rastlanır ve **genellikle hafif-orta şiddettedir**

Safety of pirfenidone in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: integrated analysis of cumulative data from 5 clinical trials

Table 3 Treatment-emergent adverse events*

	Integrated population (N=1299)†	Phase 3 multinational trials‡	
		Pirfenidone (N=623)	Placebo (N=624)
Duration of exposure, median (range), years	1.7 (>0, 9.9)	1.0 (>0, 2.3)	1.0 (>0, 2.3)
Treatment-emergent adverse event, %			
Nausea	37.6	36.1	15.5
Cough	35.1	27.8	29.2
Dyspnoea	30.9	16.9	20.2
Upper respiratory tract infection	30.6	26.8	25.3
Idiopathic pulmonary fibrosis	29.3	13.0	19.9
Fatigue	28.2	26.0	19.1
Diarrhoea	28.1	25.8	20.4
Rash	25.0	30.3	10.3
Bronchitis	23.8	14.1	15.4
Headache	21.6	22.0	19.2
Nasopharyngitis	21.3	16.7	17.9
Dizziness	21.2	18.0	11.4
Dyspepsia	18.4	18.5	6.9
Vomiting	15.9	13.3	6.3
Weight decreased	15.6	10.1	5.4
Back pain	15.4	10.4	10.4
Anorexia	15.2	13.0	5.0

*Occurring in ≥15% of patients in the cumulative clinical database.

†Includes two patients in study 002 with a diagnosis of "pulmonary fibrosis."

‡CAPACITY (studies 004 and 006) and ASCEND (study 016).

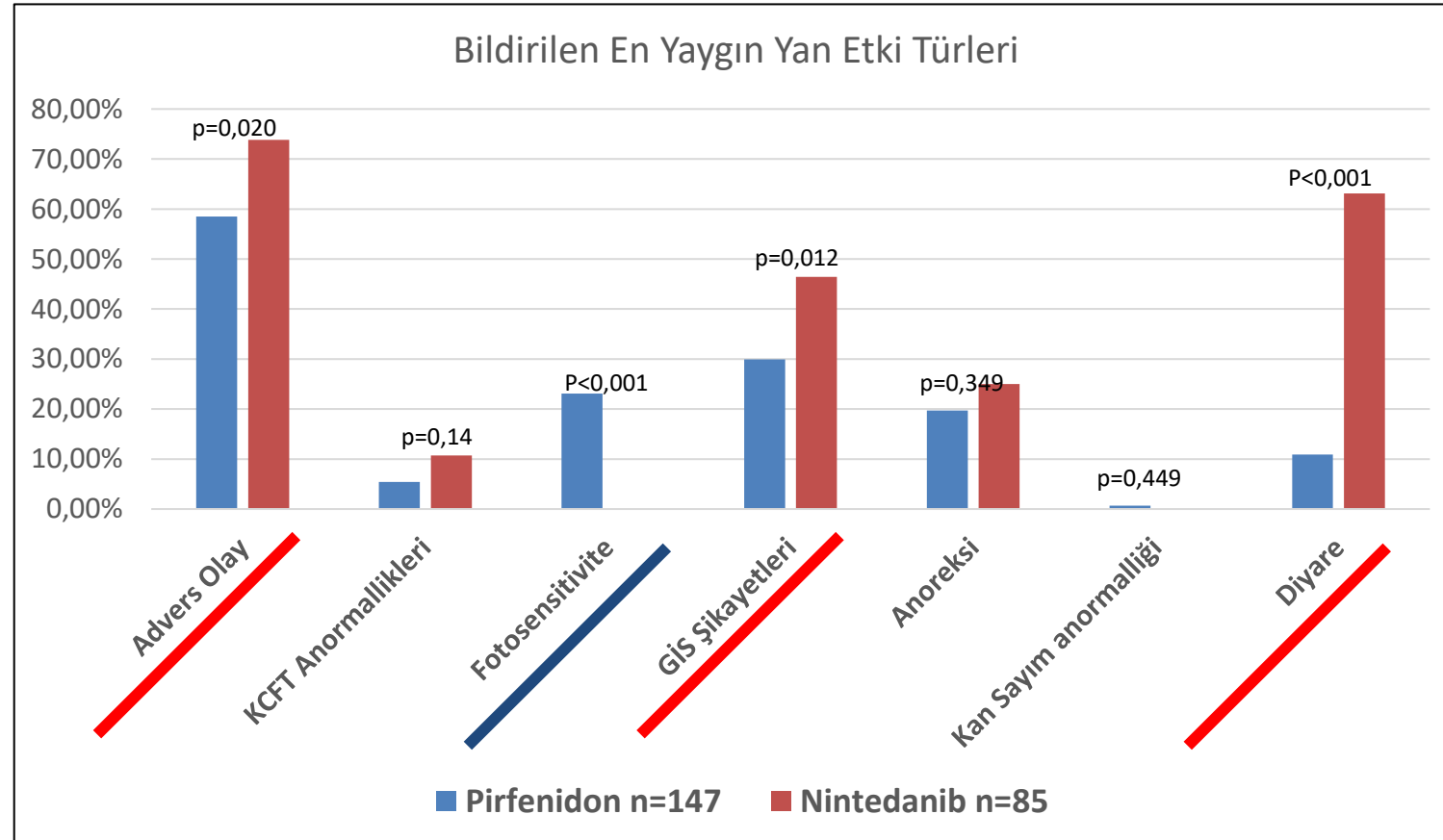
TEMEL MESAJLAR

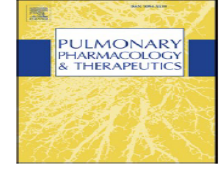
Bu bulgular, pirfenidon tedavisi uygulanmış 1299 idiopatik pulmoner fibrozis hastasından oluşan, iyi tanımlanmış, geniş bir kohorta ait güvenlik sonuçlarının kapsamlı bir analizini temsil etmektedir. İleriye dönük olarak 9.9 yıl sürdürülen bu uzun dönemli izleme sırasında, pirfenidonun güvenli olduğu ve genellikle iyi tolere edildiği gösterilmiştir. En yaygın advers olaylar gastrointestinal sistemle ve deriyle ilişkilidir ve bunlar genellikle hem hafif ya da orta şiddette hem de doz değişikliklerine yanıt veren olaylardır.

Tipik olarak tedavinin ilk 6 ayı içinde aminotransferaz değerlerinde gözlemlenen artışların genellikle geçici olduğu ve doz değişikliği ya da tedavinin kesilmesiyle klinik sekel bırakmadan yok olduğu belirlenmiştir.

Antifibrotic treatment adherence, efficacy and outcomes for patients with idiopathic pulmonary fibrosis in Spain: a real-world evidence study

Ana Dolores Romero Ortiz,¹ Beatriz María Jiménez-Rodríguez,¹
Cecilia López- Ramírez,² Ángela López- Bauzá,² María Pérez- Morales,³

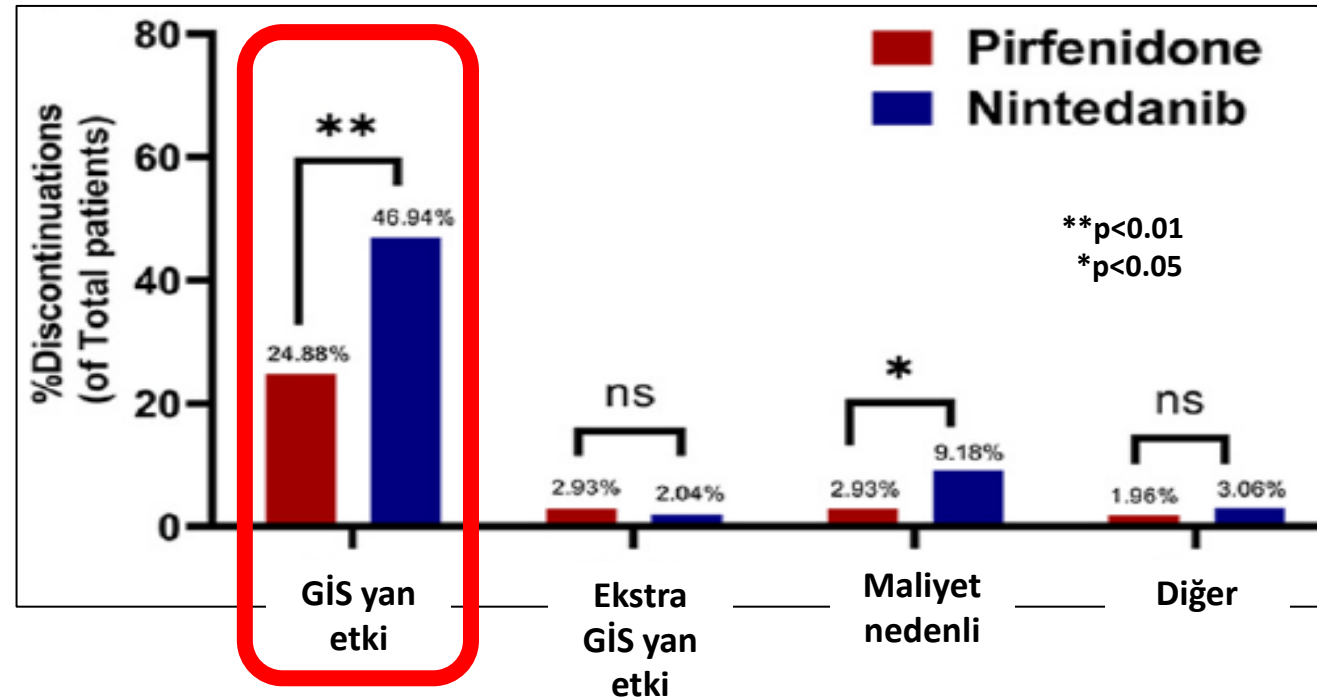




The tolerability and efficacy of antifibrotic therapy in patients with idiopathic pulmonary fibrosis: Results from a real-world study

Ruiming Zhao^{a,b,1}, Bingbing Xie^{b,1}, Xin Wang^{a,b}, Xinran Zhang^{b,c}, Yanhong Ren^b, Chen Wang^{a,b,**}, Huaping Dai^{b,*}

Çeşitli nedenlerle tedaviyi bırakan İPF'li hastalar



Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Gastrointestinal olaylar

- Gastrointestinal yan etki durumunda Pirfenidonun **yiyeceklerle birlikte** alınması önerilir, gerekli durumda **PPI** eklenebilir
- Eğer semptomlar sürerse, Pirfenidon dozu **1-2 tablet azaltılabilir** ve takiplerde şikayetlerin geçmesi durumunda yemeklerle birlikte **tolere edilebilen doza yeniden artırılabilir**
 - Günün hangi saatinde mide bulantısı yaşıyorsa **o dozunu azaltın**
 - **Daha yavaş titrasyon programı (1 hafta yerine 2-4 hafta aralıklı)**
- Buna rağmen semptomlar devam ederse, semptomları gidermek adına **tedaviye 1-2 hafta ara** verilebilir

Özel kullanım uyarıları ve önlemleri

Karaciğer fonksiyonu

- Pirfenidon tedavisine başlamadan önce karaciğer fonksiyon testleri (ALT, AST ve bilirubin) yapılmalıdır
- Tedavinin **ilk 6 aylık döneminde ayda 1** ve daha sonra **her üç ayda bir karaciğer fonksiyon testleri** yapılmalıdır
 - AST ve ALT yükselmeleri
 - ✓ $>3\times$ ila $\leq 5\times$ normal üst sınırı (NÜS) semptomlar yok ve bilirubin normal ise, değerler normale dönene kadar doz azaltılabilir veya kesilebilir
 - ✓ $>3\times$ ila $\leq 5\times$ NÜS semptomlar var veya bilirubin artışı eşlik ediyorsa, pirfenidonu kalıcı olarak bırakın
 - ✓ $>5\times$ NÜS, pirfenidonu kalıcı olarak bırakın
 - Total bilirubin $>2\times$ NÜS, pirfenidonu kalıcı olarak bırakın



Gastrointestinal pirfenidone adverse events in idiopathic pulmonary fibrosis depending on diet: the MADIET clinical trial

Gastrointestinal AEs	SFA diet (n=37)	<u>MUFA diet (n=49)</u>	p-value
Unadjusted model (n=86)			
Number events/number patients	24/37	13/49	
Rate (95% CI)	64.9 (47.5–79.8)	26.5 (14.9–41.1)	0.001 [#]
RR MUFA <i>versus</i> SFA (95% CI)	0.41 (0.23–0.67)		0.001
Adjusted model (n=74)			
Number events/number patients	24/37	10/37	
Rate (95% CI)	64.9 (47.5–79.8)	27 (13.8–44.1)	0.002 [#]
RR MUFA <i>versus</i> SFA (95% CI)	0.42 (0.22–0.71)		0.003

MUFA: Mono Doymamış yağ asidi (Somon, sardalya, alabalık, badem, ceviz, zeytinyağı, zeytin, avokado, chia tohumları)

SFA: Doymuş yağ asidi (Kuzu, domuz, dana, burger, sosis, sosisli sandviç, pastırma, tam yağlı süt, krema, peynir, tereyağı vb)

MUFA diyetiyle, SFA diyetine göre GİS yan etki riskinde **%58** azalma sağlanmıştır



UASK 2026

Uluslararası Katılımlı



AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

25-28 MART 2026

Sueno Deluxe Hotel, Belek/Antalya

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...



Teşekkür ederim...

barisdemirkol34@gmail.com