

Akciğer Kanseri ve Torasik Maligniteler

BEYİN METASTAZI ŞÜPHEŞİYLE BAŞVURAN AKCİĞER SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM HASTASINDA NİVOLUMAB İLİŞKİLİ İMMÜN HİPOFİZİT

Sait Kitaplı¹, Şeyma Kabalı², Ege Narin², Özgür Tanrıverdi²

¹Muğla Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği

²Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Giriş-Amaç

Giriş: Nivolumab, programlanmış ölüm-1 (PD-1) inhibitörü olup ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İmmün kontrol noktası inhibitörlerine (ICI) bağlı endokrin yan etkiler arasında tiroid disfonksiyonları sık, hipofizit ise nadirdir. Hipofizit genellikle baş dönmesi, halsizlik ve hipotansiyon gibi non-spesifik semptomlarla ortaya çıkar. Tanı klinik ve hormonal değerlendirmeye dayanır. Gecikmiş tanı adrenal kriz gibi yaşamı tehdit eden sonuçlara yol açabilir.

Olgu: Yetmiş bir yaşında erkek hasta nefes darlığı ve öksürük ile başvurdu. KOAH ve 60 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Toraks BT'de sol üst lobda 5 cm kitle ve mediastinal lenfadenopatiler saptandı. Biyopsi skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu bulundu. PET-BT'de primer lezyon ve mediastinal lenf nodlarında artmış FDG tutulumu izlendi; hasta T3N3 Evre IIIC olarak değerlendirildi (ECOG 2, sürücü mutasyon negatif, PD-L1 <%1). İlk basamak kemoterapi ve kemoradyoterapi sonrası progresyon gelişmesi üzerine ikinci basamak nivolumab (3 mg/kg) başlandı. Üçüncü kür sonrasında baş dönmesi ve belirgin halsizlik gelişti. PET-BT'de sistemik progresyon saptanırken beyin MRG'de metastaz izlenmedi. Hemoglobin 6,2 g/dL olup normositer anemi mevcuttu. Endokrin değerlendirmede kortizol 2,82 mg/dl (düşük) ve ACTH 1,5 pg/ml (baskılı) saptandı; bulgular santral adrenal yetmezlik ile uyumlu bulundu. Nivolumab tedavisi geçici olarak kesildi. Yüksek doz intravenöz hidrokortizon başlandı, ardından 1 hafta 2x25 mg oral hidrokortizon ve haftalık 5 mg azaltılarak idame tedavisine geçildi. Anemi nedeniyle eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı. Tedavi sonrası semptomlar belirgin şekilde geriledi. Hasta uzun dönem hormonal replasman açısından izleme alındı; immünoterapinin yeniden başlanması konseyde değerlendirilmek üzere planlandı.

Sonuç: PD-1 inhibitörlerine bağlı hipofizit nadir ancak klinik olarak önemli bir toksisitedir. Non-spesifik semptomlar nedeniyle progresyonla karıştırılabilir. Erken tanı ve uygun hormonal replasman tedavisi ile geri dönüşümlüdür. Santral sinir sistemi semptomları gelişen hastalarda immün ilişkili endokrin toksisiteler mutlaka akılda tutulmalıdır.

ar(lar) 4 Bildiriyi Sunan Yazar 5 Bildiri Başlığı 6 Giriş-Amaç 7 Anahtar Kelimeler 8 Resimler & Tablolar 9 Videolar 10 Notlar 11 Olgu 12 Yöntem-Gereçler 13 Bulgular 14 Tartışma 15 Sonuçlar 16 Kaynaklar 17 Ön İzleme Bildiri ID: 163 Gönder Değişiklikler başarıyla yapıldı! Önemli Not Bildiriniz (ID: 163) arşivimize kaydedildi. Ancak henüz gönderilmedi. Bildirinizi Bilimsel Kurula gönderene kadar düzenleyebilirsiniz. Bildirinizi göndermek için 'Bilimsel Kurula Gönder' butonuna tıklayın. Lütfen bu işlemten sonra düzenlemenin mümkün olmayacağını unutmayınız. Bildiriyi Önizle Düzenle Geri Gönder 2026 © BGS Bildiri Gönderim Sistemi. Yayın No: BEYİN METASTAZI ŞÜPHEŞİYLE BAŞVURAN AKCİĞER SKUAMÖZ HÜCRELİ KARSİNOM HASTASINDA NİVOLUMAB İLİŞKİLİ İMMÜN HİPOFİZİT SAİT KİTAPLI1,ŞEYMA KABALI2,EGE NARİN2,ÖZGÜR TANRIVERDİ2 1Muğla Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği 2Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
Giriş-Amaç Giriş: Nivolumab, programlanmış ölüm-1 (PD-1) inhibitörü olup ileri evre küçük hücreli dışı akciğer kanseri (KHDAK) tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. İmmün kontrol noktası inhibitörlerine (ICI) bağlı endokrin yan etkiler arasında tiroid disfonksiyonları sık, hipofizite ise nadirdir. Hipofizite genellikle baş dönmesi, halsizlik ve hipotansiyon gibi non-spesifik semptomlarla ortaya çıkar. Tanı klinik ve hormonal değerlendirmeye dayanır. Gecikmiş tanı adrenal kriz gibi yaşamı tehdit eden sonuçlara yol açabilir. Olgu: Yetmiş bir yaşında erkek hasta nefes darlığı ve öksürük ile başvurdu. KOAH ve 60 paket-yıl sigara öyküsü mevcuttu. Toraks BT'de sol üst lobda 5 cm kitle ve mediastinal lenfadenopatiler saptandı. Biyopsi skuamöz hücreli karsinom ile uyumlu bulundu. PET-BT'de primer lezyon ve mediastinal lenf nodlarında artmış FDG tutulumu izlendi; hasta T3N3 Evre IIIC olarak değerlendirildi (ECOG 2, sürücü mutasyon negatif, PD-L1 <%1). İlk basamak kemoterapi ve kemoradyoterapi sonrası progresyon gelişmesi üzerine ikinci basamak nivolumab (3 mg/kg) başlandı. Üçüncü kür sonrasında baş dönmesi ve belirgin halsizlik gelişti. PET-BT'de sistemik progresyon saptanırken beyin MRG'de metastaz izlenmedi. Hemoglobin 6,2 g/dL olup normositer anemi mevcuttu. Endokrin değerlendirmede kortizol 2,82 mg/dl (düşük) ve ACTH 1,5 pg/ml (baskılı) saptandı; bulgular santral adrenal yetmezlik ile uyumlu bulundu. Nivolumab tedavisi geçici olarak kesildi. Yüksek doz intravenöz hidrokortizon başlandı, ardından 1 hafta 2x25 mg oral hidrokortizon ve haftalık 5 mg azaltılarak idame tedavisine geçildi. Anemi nedeniyle eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulandı. Tedavi sonrası semptomlar belirgin şekilde geriledi. Hasta uzun dönem hormonal replasman açısından izleme alındı; immünoterapinin yeniden başlanması konseyde değerlendirilmek üzere planlandı.

PD-1 inhibitörlerine bağlı hipofizite nadir ancak klinik olarak önemli bir toksisitedir. Non-spesifik semptomlar nedeniyle progresyonla karıştırılabilir. Erken tanı ve uygun hormonal replasman tedavisi ile geri dönüşümlüdür. Santral sinir sistemi semptomları gelişen hastalarda immün ilişkili endokrin toksisiteler mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler : Akciğer kanseri, hipofizite, Nivolumab, PD-1 inhibitörü