

Uluslararası Katılımlı

AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya



Neoadjuvan KRT Sonrası Cerrahi Tedavi

Prof.Dr.Erkan DİKMEN

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

GÖĞÜS CERRAHİSİ ANABİLİM DALI

AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya



INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF LUNG CANCER

Lung Cancer TNM Stages–9th Edition

Stage Groups of the 9th Edition of the Tumor, Node, Metastasis (TNM) Classification of Lung Cancer

9th Edition TNM Descriptors and Stages

T/M	Categories and Descriptors	N0	N1	N2		N3
				N2a	N2b	
T1	T1a ≤1 cm	IA1	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	T1b >1 to ≤2 cm	IA2	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	T1c >2 to ≤3 cm	IA3	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T2	T2a Visceral pleura / central invasion	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
	T2a >3 to ≤4 cm	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
	T2b >4 to ≤5 cm	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T3	T3 >5 to ≤7 cm	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 Invasion	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 Same lobe separate tumor nodules	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
T4	T4 >7 cm	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
	T4 Invasion	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
	T4 Ipsilateral separate tumor nodules	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
M1	M1a Contralateral tumor nodules	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1a Pleural / pericardial effusion, nodules	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1b Single extrathoracic metastasis	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1c1 Multiple metastases in 1 organ system	IVB	IVB	IVB	IVB	IVB
	M1c2 Multiple metastases in >1 organ systems	IVB	IVB	IVB	IVB	IVB

Neoadjuvan Tedavi

- Negatif cerrahi sınır sağlanacak şekilde rezektabilite olasılığını artırmak
- Pnömorektomiden kaçınmak
- Mediastinal downstaging



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 3.2025 Non-Small Cell Lung Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Table of Contents](#)
[Discussion](#)

CLINICAL PRESENTATION

INITIAL TREATMENT

ADJUVANT TREATMENT

Superior
sulcus tumor
(T3 invasion,
N0-1)

Preoperative
concurrent
chemoradiation^{n,t}

Surgery^m +
Adjuvant systemic
therapy ([NSCL-E](#))

Surveillance
([NSCL-17](#))

Superior sulcus
tumor
(T4 invasion,
N0-1)

Possibly
resectable^m

Preoperative
concurrent
chemoradiation^{n,t}

Surgical
reevaluation
including chest
CT with or
without contrast
± FDG-PET/CT^w

Resectable

Surgery^m +
Adjuvant systemic
therapy ([NSCL-E](#))

Surveillance
([NSCL-17](#))

Unresectable

Complete definitive
chemoradiation^{n,t}

Surveillance
([NSCL-17](#))

Unresectable^m

Definitive concurrent
chemoradiation^{n,t}

Durvalumab^{t,v} (if no
EGFR exon 19 deletion
or L858R) (category 1)
or
Osimertinib^{t,v}
(category 1) (if *EGFR*
exon 19 deletion or
L858R)

Surveillance
([NSCL-17](#))



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 3.2025

Non-Small Cell Lung Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)

[Table of Contents](#)

[Discussion](#)

CLINICAL PRESENTATION

ADJUVANT TREATMENT

Separate pulmonary
nodule(s), same lobe
(T3, N0–1), or
ipsilateral non-primary
lobe (T4, N0–1)

Surgery^m after
preoperative
systemic therapy,
if planned^q

Findings at Surgery
([NSCL-4](#))

Stage IVA (N0, M1a):
Contralateral lung
(solitary nodule)

Treat as two primary lung
tumors if both curable; see
Initial Evaluation ([NSCL-1](#))

Suspected multiple
lung cancers (based on
the presence of biopsy-
proven synchronous
lesions or history of
lung cancer)^{aa,bb}

- Chest CT with contrast
- FDG-PET/CT scan (if not previously done)^k
- Brain MRI with contrast^r

Disease
outside of
chest

Advanced/metastatic disease ([NSCL-19](#))

No disease
outside of
chest

Pathologic
mediastinal
lymph node
evaluation^h

N0–1

Initial Treatment ([NSCL-12](#))

N2–3

Advanced/metastatic disease
([NSCL-19](#))



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 3.2025 Non-Small Cell Lung Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)

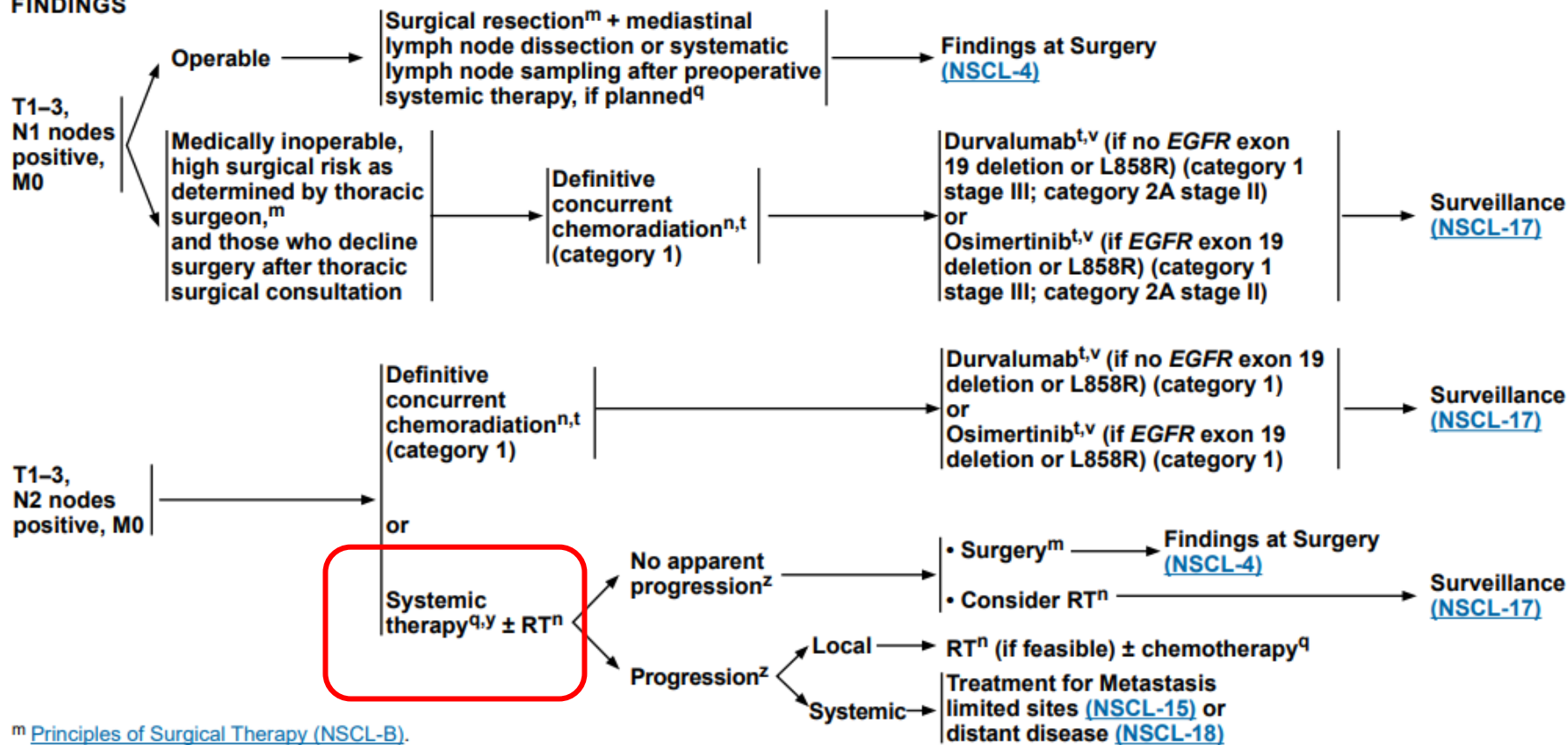
[Table of Contents](#)

[Discussion](#)

MEDIASTINAL BIOPSY FINDINGS

INITIAL TREATMENT

ADJUVANT TREATMENT



^m Principles of Surgical Therapy ([NSCL-B](#)).

ⁿ Principles of Radiation Therapy ([NSCL-C](#)).

CERRAHİ TEDAVİ PRENSİPLERİ, N2 Hastalıkta Cerrahi Tedavinin Rolü

- Patolojik olarak belgelenmiş N2 hastalığı olan hastalarda cerrahinin rolü tartışmalı olmaya devam etmektedir. Bu konuda yayınlanan iki randomize çalışma, bu popülasyonda cerrahinin rolünü değerlendirmiştir, ancak cerrahinin genel bir sağkalıma faydası gösterilememiştir.
- Ancak, bu popülasyon heterojendir ve belirli klinik durumlarda cerrahinin olası onkolojik faydasını yeterince değerlendirmedigine inanılmaktadır.
- Mediastinal N2 hastalığın varlığı prognoz ve tedavi kararları üzerinde çok önemli bir etkiye sahip olduğundan, tedaviye başlamadan önce N2 hastalığının varlığı veya yokluğu hem radyolojik hem de invaziv evreleme (EBUS, Mediastinoskopi) ile mutlaka belirlenmelidir.

CERRAHİ TEDAVİ PRENSİPLERİ, N2 Hastalıkta Cerrahi Tedavinin Rolü

- Pulmoner rezeksiyon sırasında N2 hastalık saptanan hastalarda, mediastinal lenf nodu diseksiyonu ile birlikte planlanan rezeksiyona devam edilmelidir.
- VATS esnasında N2 hastalığı tespit edilirse, cerrah indüksiyon tedavisinin ameliyattan önce uygulanabilmesi için prosedürü durdurmayı düşünebilir; ancak prosedüre devam etmek de bir seçenektir.
- N2 pozitif lenf nodları olan bir hastada cerrahinin rolünün belirlenmesi, herhangi bir tedaviye başlamadan önce, uygulamalarının büyük bir kısmını torasik onkolojiye ayıran bir torasik cerrah da dahil olmak üzere multidisipliner bir ekip tarafından yapılmalıdır.
- N2 pozitif lenf nodlarının varlığı, N3 olasılığını önemli ölçüde artırır. EBUS/Mediastinoskopi ile mediastinumun patolojik değerlendirmesi, subkarinal istasyonun ve kontralateral lenf nodlarının değerlendirilmesini içermelidir.
- Tekrarlanan mediastinoskopi mümkün olsa da teknik olarak zordur, neoadjuvan tedavi öncesi değerlendirmesinde EBUS ($\pm$ EUS) uygulamak ve neoadjuvan tedaviden sonra nodal yeniden evreleme için mediastinoskopi tercih etmek en akılcı seçenektir.

CERRAHİ TEDAVİ PRENSİPLERİ, N2 Hastalıkta Cerrahi Tedavinin Rolü

- <3 cm tek istasyon N2 lenf nodu metastazı olan hastalar cerrahi rezeksiyonu da içeren multimodal tedavi yaklaşımı için değerlendirilebilir.
- Neoadjuvan tedavi sonrası yeniden evrelemenin yorumlanması oldukça zordur, ancak hastalığın ilerlemesini veya metastatik hastalığın gelişimini dışlamak için mutlaka BT ± FDG-PET/BT yapılmalıdır.
- Neoadjuvan tedaviden sonra negatif mediasteni olan hastaların prognozu daha iyi olduğu son derece net olarak bilinmektedir.

CERRAHİ TEDAVİ PRENSİPLERİ, N2 Hastalıkta Cerrahi Tedavinin Rolü

- Lokal ileri evre hastalarda NCCN Üye Kuruluşlarının üçte birinde Neoadjuvan KRT kullanılırken, diğer üçte ikisinde Neoadjuvan Kemoterapi tercih edilmektedir. Genel sağ kalım benzer görülmekler birlikte Neoadjuvan kemoradyoterapi grubunda daha yüksek oranda patolojik tam yanıt ve negatif mediastinal lenf nodu sağlanır, ancak bu daha yüksek oranda akut toksisite ve artan maliyete neden olmaktadır.
- Zamanında cerrahi değerlendirme mümkün olmadığında, neoadjuvan kemoradyoterapi stratejisi kullanılmamalıdır.
- Eğer cerrah veya merkez, radyasyon dozlarından sonra rezeksiyonun uygulanabilirliği veya güvenliği konusunda emin değilse, yüksek hacimli uzmanlaşmış bir merkezden ek bir cerrahi görüş almayı düşünmelidir. Bu vakalarda bronş güdüğü üzerine yumuşak doku flebi uygulamasının faydalı olduğu belirtilmektedir.
- Veriler, neoadjuvan kemoradyoterapiden sonra pnömonektominin kabul edilemez morbidite ve mortaliteye sahip olduğunu göstermektedir, ancak, bunun sadece neoadjuvan kemoterapi için de geçerli olup olmadığı net değildir. Hatta indüksiyon tedavisi sonrası pnömonektominin güvenle uygulanabileceğini belirten tek merkezli yayınlarda mevcuttur.
- İlaveten, Rezektabl Evre IIIA (N2) hastalığı olan hastalar için indüksiyon tedavilerine RT eklemenin indüksiyon kemoterapisine kıyasla sonuçları iyileştirdiğine dair bir kanıt yoktur.



Uluslararası Katılımlı

AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya



N2 KHDAK'de Cerrahi Tedavinin Rolü

- 2024 yılında NCCN Üye Merkezlerine N2 hastalığı olan hastalara yaklaşımları hakkında bir anket uygulandı. Buna göre;
- Tüm NCCN Üye Merkezleri, seçilmiş N2 hastalarda cerrahiye de içeren multimodalite tedavisini tercih etmektedir.
- Tüm NCCN Üye Kuruluşları tek istasyonlu, non-bulky N2 hastalık için cerrahiye kabul etmektedir.
 - Merkezlerin tamamı Neoadjuvan tedavi sonrası cerrahiye kabul etmektedir.
 - Merkezlerin %33'ü tek istasyon non-bulky N2 hastalıkta öncelikler cerrahi rezeksiyonu kabul etmektedir.
 - Hiçbir merkez çok istasyonlu veya bulky (≥ 3 cm) N2 hastalık için önceden cerrahiye düşünmemektedir.
- Neoadjuvan tedavi sonrası, merkezlerin tamamı tek istasyon non-bulky N2 hastalığı için cerrahiye düşünmektedir.
 - Merkezlerin %76'sı tek istasyon bulky (≥ 3 cm) hastalık için cerrahiye düşünmektedir.
 - Merkezlerin %67'si çok istasyonlu, non-bulky hastalık için ameliyatı düşünmektedir.
 - Merkezlerin %27'si çok istasyonlu bulky (≥ 3 cm) hastalık için ameliyatı düşünmektedir.
- Tüm NCCN Üye Kuruluşları çoğunlukla neoadjuvan kemoterapi $\pm$ immünoterapiyi tercih etmektedir. !!!!!



Uluslararası Katılımlı

AKCİĞER SAĞLIĞI KONGRESİ

Sizin Sesiniz, Sizin Kongreniz...

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya



- Merkezlerin %85'i Cerrahi müdahalenin değerlendirilmesi için indüksiyon neoadjuvan tedavisi sonrası görüntülemeye hastalığın en azından stabil olması gerektiğini belirtmektedir
 - Hiçbir merkez cerrahi değerlendirme için görüntülemeye mediastinal lenf nodlarında tam yanıtın gerektiğini düşünmemektedir.
 - Merkezlerin %94'ü Mediastinal lenf nodlarında patolojik tam yanıtı ihtiyaç duymamaktadır.
 - Merkezlerin %82'si cerrahiye karar vermek için mediastinal lenf nodlarının patolojik değerlendirmesini kullanmamaktadır.
- Merkezlerin %76'sı Neoadjuvan kemoterapiden pnömonektomiye düşünmektedir.
- Merkezlerin %54'ü pozitif rezidüel N2 hastalık için adjuvan RT'yi düşünebilirken, sadece %9'u N2 patolojik tam yanıt için RT'yi düşünmektedir.
- Rezeke edilmiş Evre III hastaların %30'una adjuvan immünoterapi verilmektedir ve PD-L1 negatif olan hastaların %24'üne ise adjuvan immünoterapi düşünülmektedir.
- Neoadjuvan kemo-immünoterapi hastalarında cerrahi sonrası patolojik tam yanıt varsa, yaklaşık dörtte bir oranında (%24) adjuvan tedavi önerilmektedir.

Neoadjuvant therapy in non-small cell lung cancer: basis, promise, and challenges

Sukumar Kalvapudi¹, Yeshwanth Vedire¹, Sai Yendamuri^{1 2}, Joseph Barbi^{1 3}

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

- NSCLC'de neoadjuvan tedavi stratejilerinin araştırılmasını motive eden birkaç neden vardır;
- En önemlisi, neoadjuvan tedavilerin hastalığın erken evrelerinde mikro-metastazla mücadelede önemli olmasıdır. Orijinal tümörden dökülen tek tek kanser hücreleri veya küçük kanser hücresi koleksiyonları genellikle güncel klinik yöntemlerle güvenilir bir şekilde tespit edilemeyecek durumdadır, sonuçta ikincil tümörlerin gelişimi, kanser nüksü olabilir ve kötü sağ kalım sonuçlarına yol açabilir. Bu nedenle, neoadjuvan modalitelerle mikrometastazların sınırlandırılmasının daha yüksek oranda negatif rezeksiyon sınırı ve/veya nodal tutulum negatif rezeksiyon elde etmek için önemli olduğu hipotezi öne sürülmektedir.

Neoadjuvant therapy in non-small cell lung cancer: basis, promise, and challenges

Sukumar Kalvapudi¹, Yeshwanth Vedire¹, Sai Yendamuri^{1 2}, Joseph Barbi^{1 3}

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

- Ameliyat öncesi sistemik tedavinin bir diğer faydası, “**mediastinal downstaging**” sağlayabilmesi ve primer tümör hacminde azalmaya neden olabilmesi, dolayısıyla da cerrahi rezeksiyon potansiyelini artırmasıdır. İnoperabl olarak kabul edilen Evre IIIA KHDAK hastalarının %30'unun ameliyat öncesi kemoterapiden sonra küratif amaçlı ameliyata girebildiği belirtilmektedir.
- Ek olarak, neoadjuvan sistemik tedavinin adjuvan yaklaşımlara kıyasla daha iyi tolere edilebilmektedir.
- Neoadjuvan tedavi sırasında kazanılan sürede sigara bırakılması ve hayat tarzı değişiklikleri postoperatif komplikasyon ve hastanede kalış süresini kısaltabilir.

Neoadjuvant therapy in non-small cell lung cancer: basis, promise, and challenges

Sukumar Kalvapudi¹, Yeshwanth Vedire¹, Sai Yendamuri^{1 2}, Joseph Barbi^{1 3}

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya

Neoadjuvan Tedavinin Dezavantajları

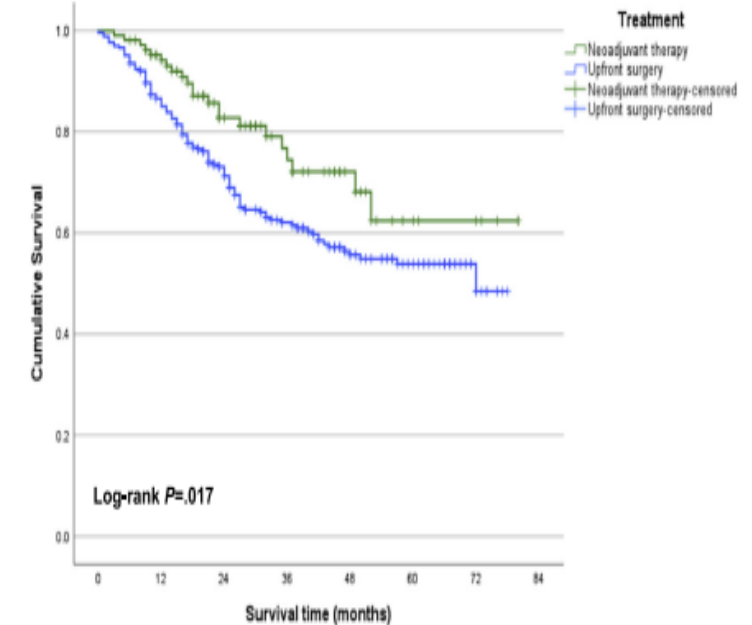
- Neoadjuvan tedavilerin potansiyel faydaları çok sayıda olsa da bazı dezavantajları da vardır. Tedavi sonrası inflamasyon ve fibrozis minimal invaziv rezeksiyonları zorlaştırabilir. Neoadjuvan tedaviden sonra VATS veya robotik rezeksiyonların güvenle uygulanabilir olduğu bildirmiş olsa da, torakotomiye dönüşüm oranları da daha yüksektir.
- Neoadjuvan tedavi, erken evre NSCLC tedavisinin altın standardı olan cerrahi rezeksiyonda gecikmelere de yol açabilir. Bu nedenle, hastaların ameliyat öncesi tedaviye yanıt vermelerine izin vermek için yeterli zaman verilmesi gerekirken, bu süre potansiyel olarak küratif cerrahiyi aşırı geciktirmemelidir. Neoadjuvan kemoterapi veya immünoterapi alan hastaların yaklaşık %10'u küratif amaçlı rezeksiyona girememektedir.

Original Study

Transitioning to Neoadjuvant Therapy for Resectable Non-Small Cell Lung Cancer: Trends and Surgical Outcomes in a Regionalized Pulmonary Oncology Network

Yohann Pilon¹, Merav Rokah¹, Joseph Seitlinger¹, Boris Sepesi², Roni F. Rayes^{1,3}, Jonathan Cools-Lartigue¹, Sara Najmeh¹, Christian Sirois¹, David Mulder¹, Lorenzo Ferri¹, Bassam Abdulkarim⁴, Nicole Ezer⁵, Richard Fraser⁶, Sophie Camilleri-Broët⁶, Pierre-Olivier Fiset⁶, Annick Wong^{4,7}, Shelly Sud⁸, Adrian Langleben⁴, Jason Agulnik^{4,9}, Carmela Pepe^{4,9}...Jonathan D. Spicer^{1,3}  

Figure 3 Kaplan–Meier overall survival curve comparing patients having received neoadjuvant and upfront surgery with death as the endpoint excluding pTNM IA-IB upfront surgery patients (n = 58).

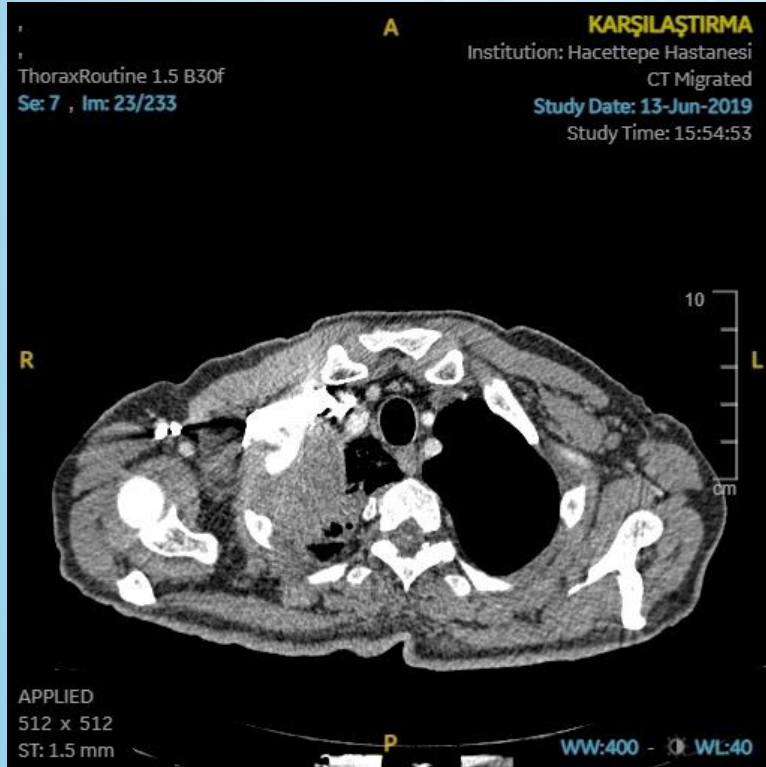


No. at risk

Neoadjuvant:	106	76	44	26	13	6	2	0
Upfront surgery:	264	205	147	98	63	29	5	0

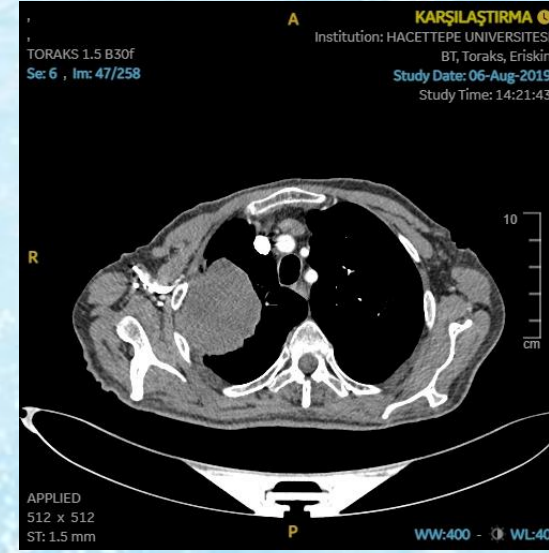
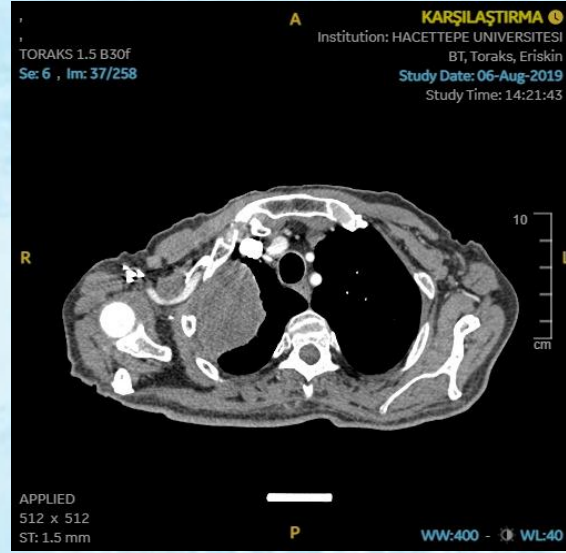
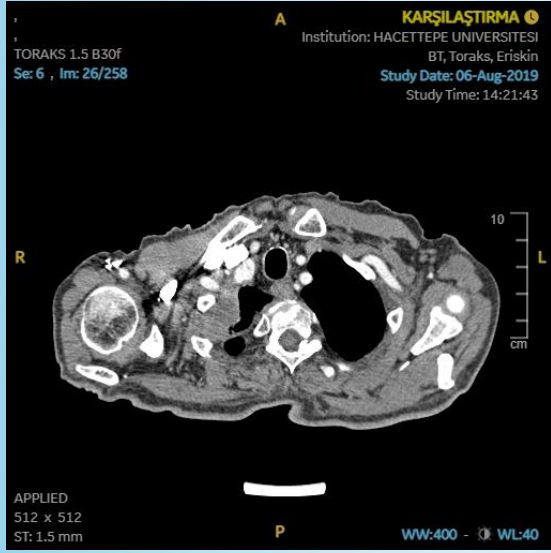
Rezektabiliteyi Artırma

T4N0M0, 67 yaş, erkek hasta



- **Transtorasik bx:** Squamous hücreli kanser,
- Tm Çapı:8,5cm,Toraks Duvarı İnvazyonu ?
- Neoadjuvan Kemoradyoterapi

Neoadjuvan KRT Sonrası Minimal Yanıt



Mediastinal Evreleme: Servikal Mediastinoskopi, metastaz izlenmedi

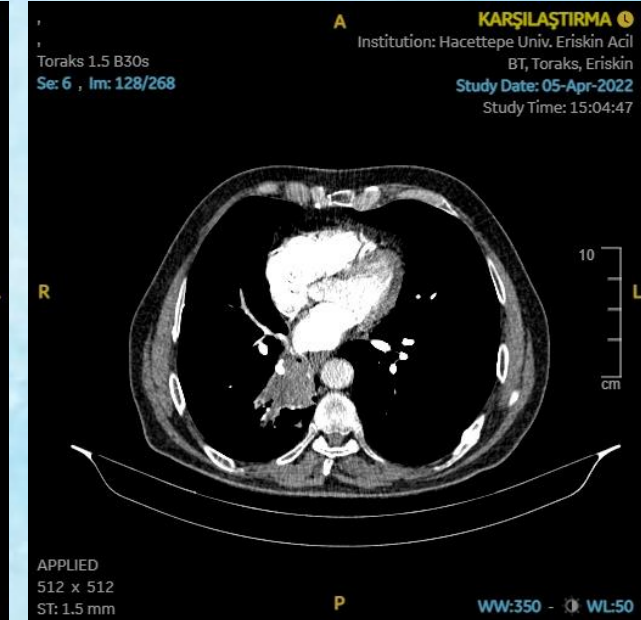
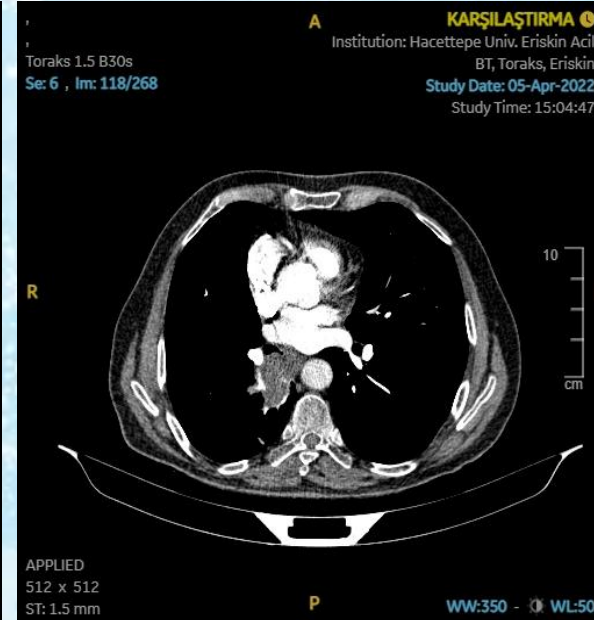
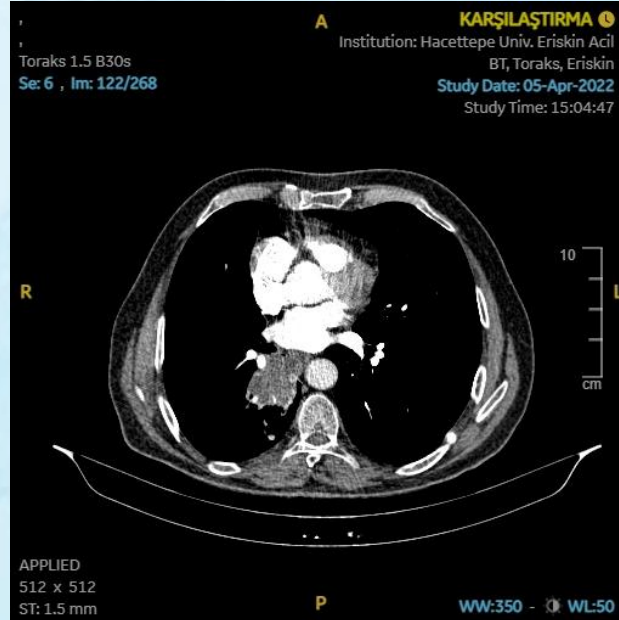
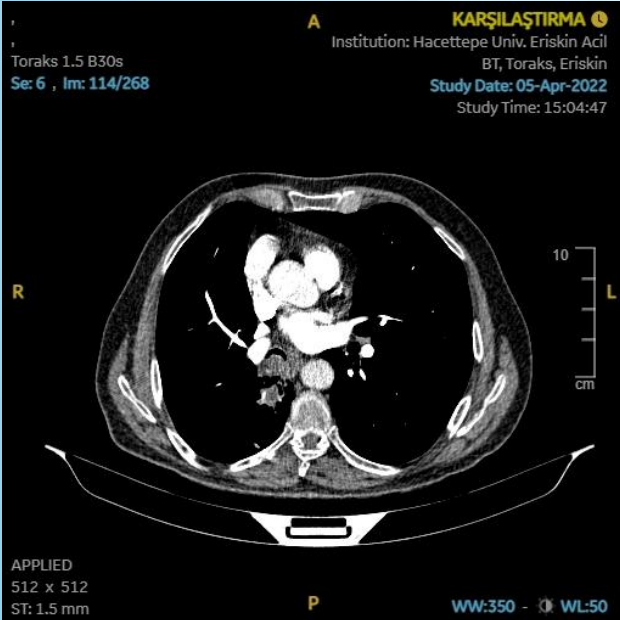
Operasyon: Sağ Üst Lobektomi + Mediastinal Lenf Nodu Diseksiyonu

Patolojik İnceleme:

- Lezyon hemen tümüyle nekrozdan ibaret olup bir kaç mikroskopik odakta neoplastik olduğu düşünülen seyrek canlı hücre dışında örnekte belirgin neoplazm izlenmemiştir
- Parietal ve visseral plevrada yaygın nekroz olup canlı tümör hücresi yoktur.
- Damar ve bronş cerrahi sınırları intaktır.
- Hiler ve mediastinal lenf nodlarında tümör izlenmemiştir.
- Postop 40.ay Nüks veya Metastaz izlenmedi

Rezektabilitayı Artırma

T4N0M0, Özofagus invazyonu ?, 66 yaş, erkek hasta



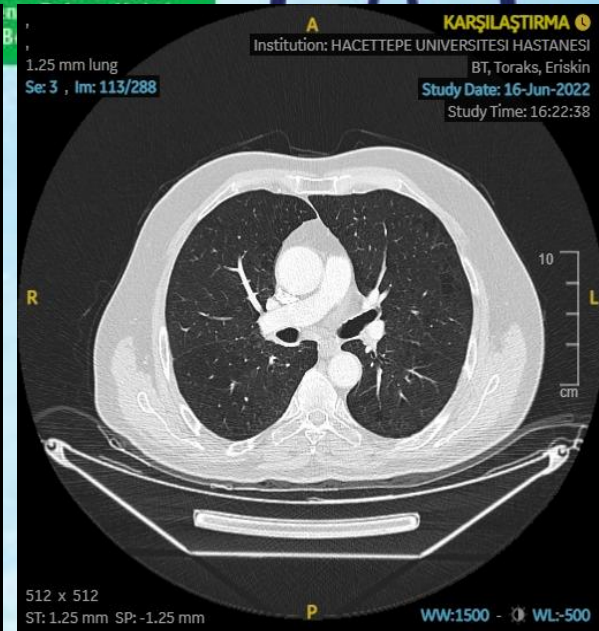
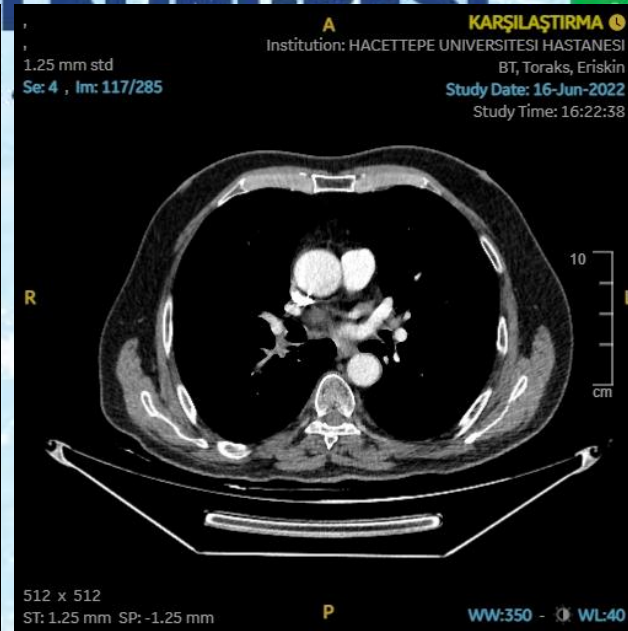
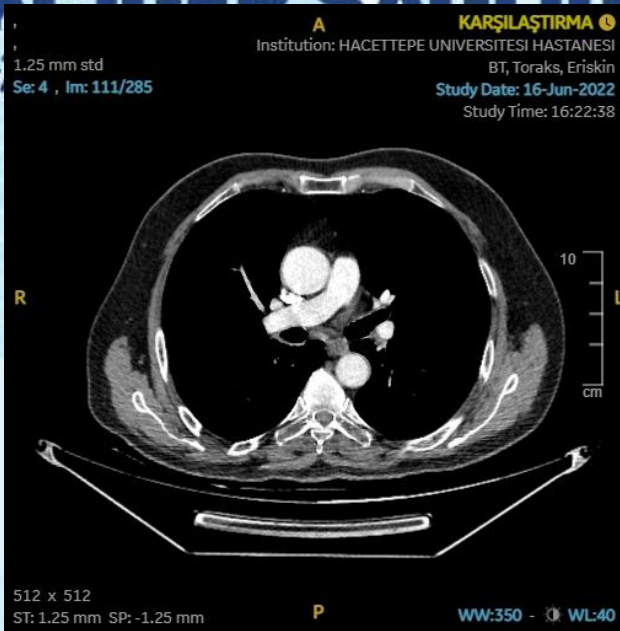
- Bronkoskopik bx: Adenokarsinom
- Neoadjuvan KT aldı

Neoadjuvan KT Sonrası Tama Yakın Yanıt

Uluslararası Katılımlı

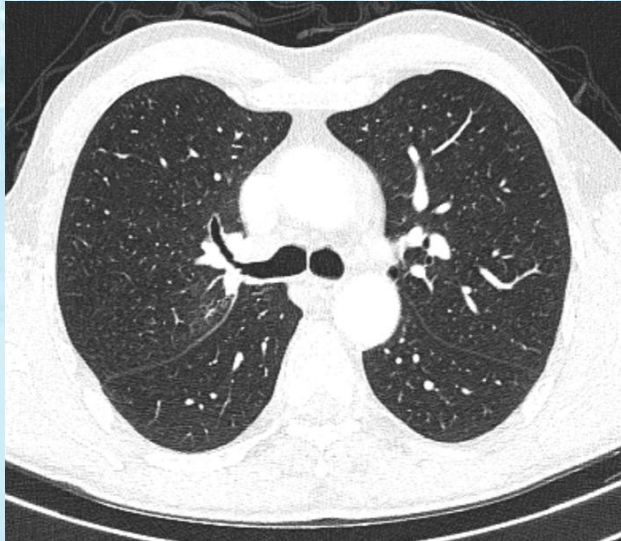
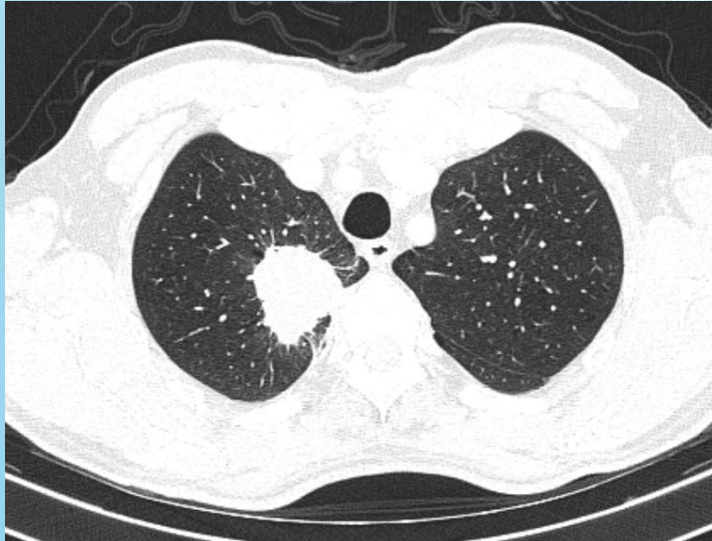
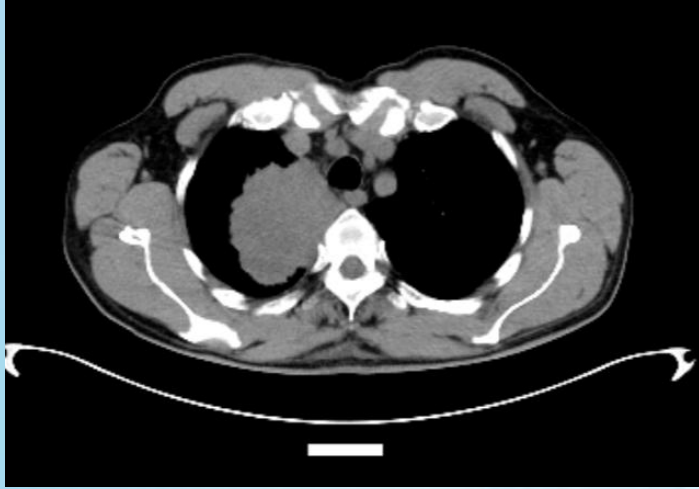
UASK 2025

9-12 Nisan 2025



- **Tedavi sonrası BT:** Bronkus intermedius duvarında minimal kalınlaşma dışında patolojik bulgu izlenmedi. Mediastinal Evreleme için EBUS-TBNA yapıldı, metastaz izlenmedi
- **Operasyon:** Orta-Alt Lobektomi + Mediastinal Lenf Nodu Diseksiyonu
- **Patoloji:**
 - Fibrozis ve kronik inflamasyon, rezidü tümör görülmedi
 - Damar ve bronş cerrahi sınırları intakttır.
 - Hiler ve mediastinal lenf nodlarında tümör izlenmedi

Rezektabiliteyi Artırma-Pnöminektomiden Kacınma

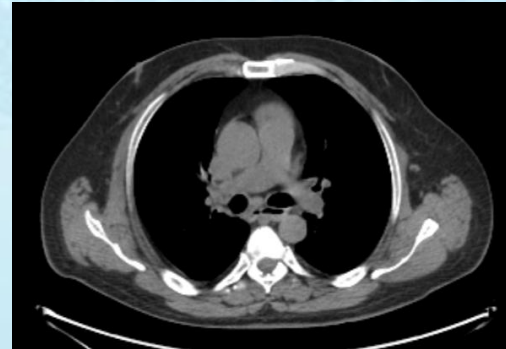
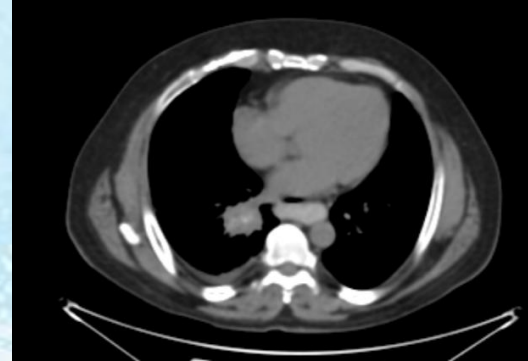
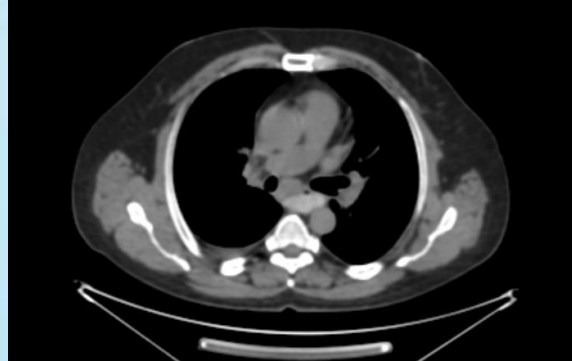
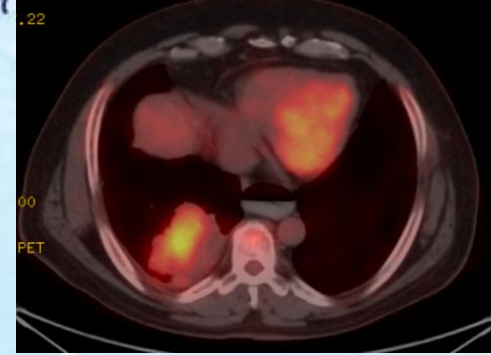
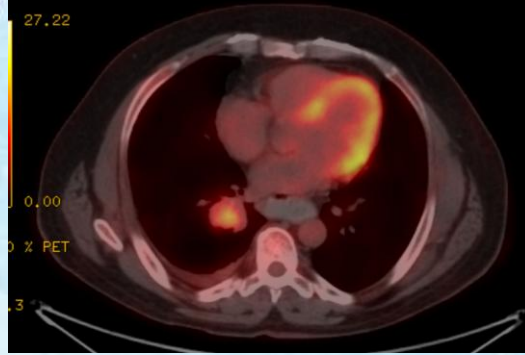


TANI:

- 1- Tedaviye ikincil değişiklikler (nekroz, hyalinizasyon, fibrohistiositik reaksiyon, kronik inflamasyon, yabancı cisim dev hücre reaksiyonu, rezidü neoplazm izlenmedi, sağ akciğer üst lob,
- 2- Tedaviye ikincil değişiklikler gösteren lenf nodları, 2 adet, peribronşial,
- 3- Reaksiyoner lenf nodları, 10 adet (peribronşial: 2 adet, R4: 1 adet, 7: 3 adet, R8: 1 adet, R9: 1 adet, R10: 2 adet),
- 4- Konjesyone dilate vasküler yapılar ve hemoraji, plevra,
- 5- Sağ akciğer üst lobektomi + parsiyel plevral dekortikasyon + L4, 8, 9, 10 ve 7 lenf nodu diseksiyonu.

Subkarinal N2 – Neoadj KT Sonrası Rezeksiyon

9-12 Nisan 2025
Sueno Deluxe Hotel,
Belek/Antalya



Tedavi
Sonrası →

TANI:

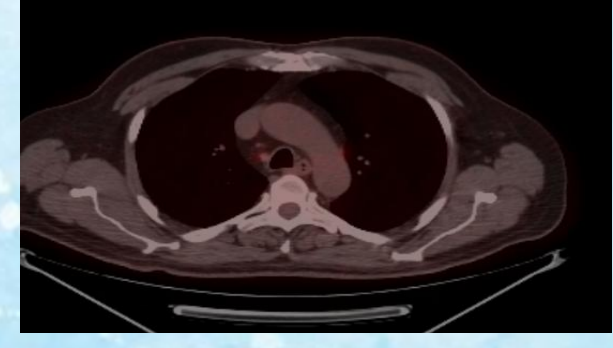
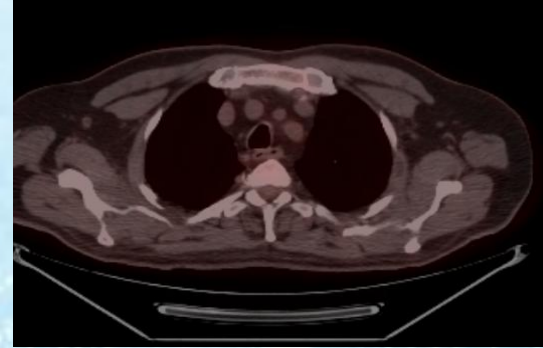
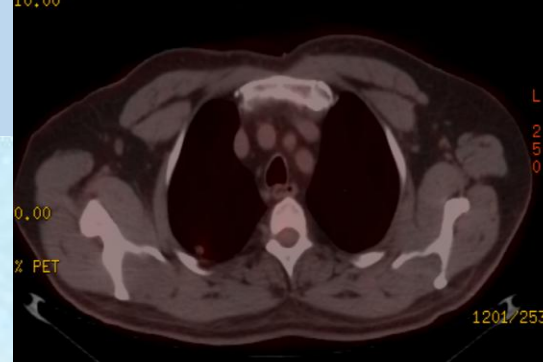
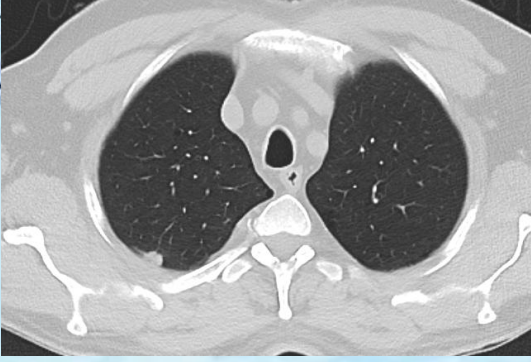
- 1- Skuamöz hücreli karsinom, sağ akciğer alt lob,
- 2- Reaksiyoner lenf nodları, 9 adet (peribronşiyal: 1 adet, 7/subkarina: 2 adet, R8: 1 adet, R9: 1 adet, R10: 2 adet, R11: 2 adet),
- 3- Fibroadipöz doku, plevra,
- 4- Sağ akciğer alt lobektomi + mediastinal 7, R8, R9, R10, R11 lenf nodu diseksiyonu + plevral dekortikasyon.

NOT:

- 1- Neoplazm 3,7x3,4x3 cm boyutlardadır. Yaklaşık %10-20 oranında nekrotik alanlar içermektedir. Çevre akciğer parankiminde yabancı cisim tipi dev hücre reaksiyonları bulunmaktadır.
- 2- Plevra intaktır.
- 3- Damar ve bronş cerrahi sınırları intaktır.

N2

UASK 2025



Tedavi
Sonrası

19/08/2024 tarihli önceki FDG PET-BT çalışması ile yapılan karşılaştırmada:

- Sağ alt paratrakeal lenf nodunun boyut ve FDG tutulumu gerilemiştir (SUVmaks 11,55'ten 3,8'e), diğer hiperdens lenf nodlarının boyutları benzer olup FDG tutulumları genel olarak stabildir.
- Sağ akciğer üst lobdaki nodülün boyutları belirgin gerilemiş, FDG tutulumu kaybolmuştur.

TANI :

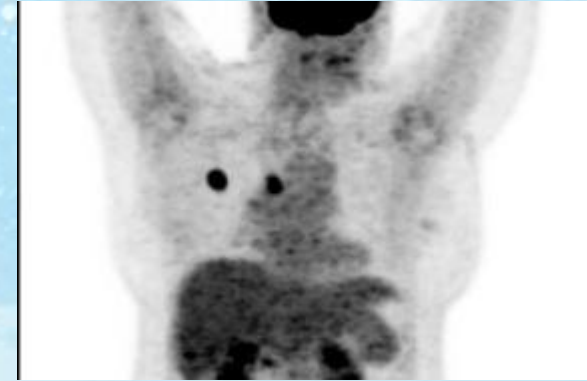
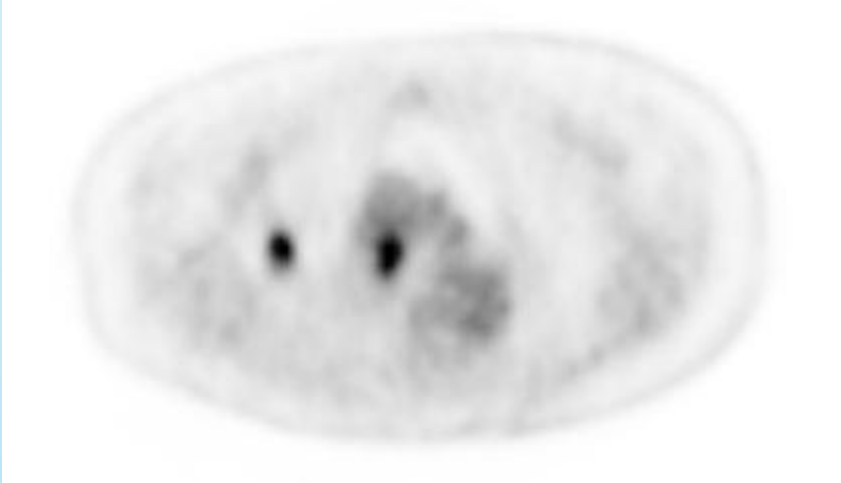
- 1- Tedaviye ikincil değişiklikler, (hyalinizasyon, fibrozis, kronik inflamasyon ve kalsifikasyon), sağ akciğer üst lob,
- 2- Tedaviye ikincil değişiklikler gösteren lenf nodları, metastaz izlenmedi, 7 adet (peribronşiyal: 2 adet, R2: 2 adet, 7/subkarinal: 1 adet, R10: 1 adet, R11: 1 adet),
- 3- Reaksiyoner lenf nodları, metastaz izlenmedi, 12 adet (peribronşiyal: 2 adet, R2: 2 adet, 7/subkarinal: 4 adet, R8: 3 adet, R11: 1 adet),
- 4- Subplevral bül formasyonu, amfizem, fibrotik odaklar ve tümörlet odağı (1 mm çapta, 1 adet),
- 5- Sağ akciğer, üst lobektomi ve mediastinal R 2, 8, 10, 11 ve subkarinal lenf nodu diseksiyonu.

NOT :

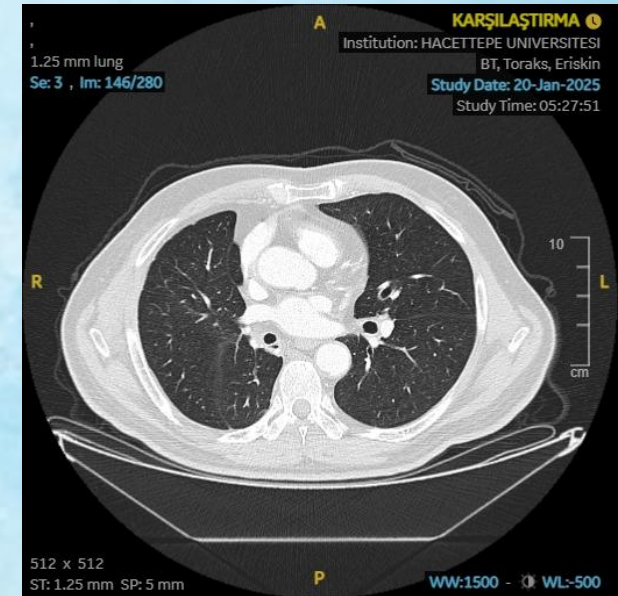
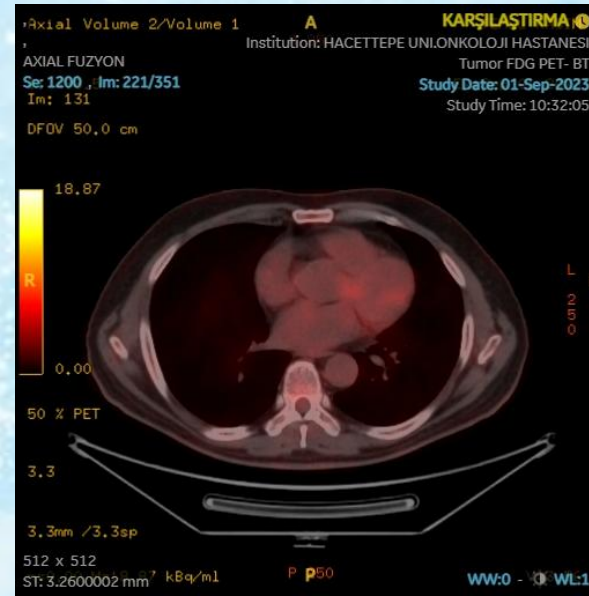
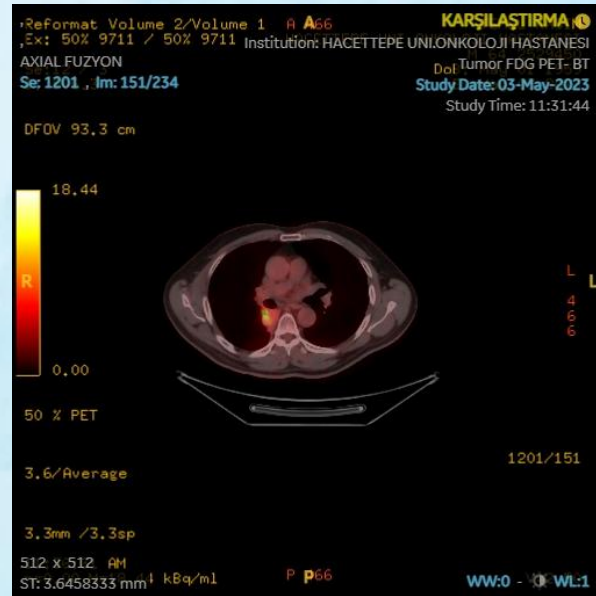
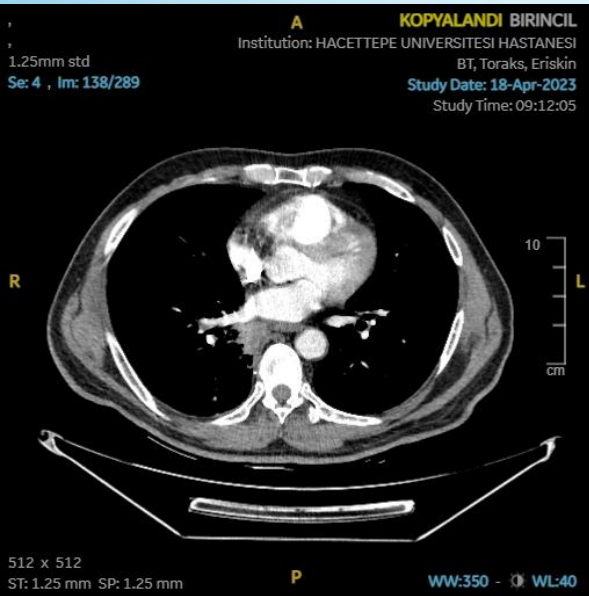
Akciğer lobektomi materyalinden alınan örneklerde rezidü canlı neoplazm izlenmemiştir. Lenf nodu örnekleri yeni kesitler ve immünohistokimyasal çalışmalarla birlikte değerlendirilmiş olup bu örneklerde de rezidü canlı neoplazm saptanmamıştır.



Lenf Nodu Boyutu ve SUVmaks değeri Primer Tümörden daha Yüksek !!!



Erken Evre – Neoadjuvan Kemoterapi



TANI :

- 1- Fibrozis, kronik inflamasyon, intraalveolar ve subplevral hemoraji ve amfizematöz değişiklikler, rezidü neoplazm izlenmedi, akciğer, sağ alt lob,
- 2- Reaksiyoner lenf nodları, 6 adet (peribronşial 1 adet, subkarina 1 adet, R8 2 adet, R10 1 adet, R11 1 adet),
- 3- Akciğer sağ alt lobektomi + lenf nodu diseksiyonu.