

Ulusal Akciğer Kanseri Kongresi

İleri Evre Küçük Hücreli Dışı Akciğer
Kanserlerinde Neoadjuvan Tedavi Sonrası
Pulmoner Rezeksiyon Sonuçlarımız

Dr. Levent Alpay

Süreyyapaşa Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- Mart 2006 ile Mart 2012 tarihleri arasında 91 olguya neoadjuvan tedavi başlandı
- 70 olguya anatomik pulmoner rezeksiyon uygulandı (%76,9)
- 21 olgu çalışma dışı bırakıldı (mediyastinal lenf nodu tutulumu devam eden ya da tm. yerleşimi ve boyut nedeniyle anrezektabl)
- Olguların ortalama yaşı $56,31 \pm 7,36$ (41-76 arası)
- 65 erkek, 5 kadın; ortalama yaş $56,31 \pm 7,36$



ÇALIŞMAYA ALINAN OLGULAR

- Radyolojik ya da histolojik tek istasyon mediastinal lenf nodu tutulumu olan
- Santral yerleşimli ya da lokoregional ileri evre KHDAK
- Pancoast
- Eş zamanlı soliter beyin metastazı olan olgular idi.



ÇALIŞMA DIŞI BIRAKILANLAR

- Diğer maligniteler için kemoterapi ve/veya radyoterapi uygulanmıő olgular
- Tedavisi tamamlanmıő KT ve/veya RT alan olgular
- Neoadjuvan tedaviye rađmen anrezektabl dűőnűlen
- Psikolojik olarak rejimi tolere etmeye uygun olmayan olgular



TANISAL İŞLEM

○ FOB	42 olgu (%60)
○ TTİAB	17 olgu (%24)
○ Mediastinoskopi	4 olgu (%6)
○ Torakotomi	2 olgu (%3)
○ Tru-cut biyopsi	2 olgu (%3)
○ VATS	1 olgu (%1)
○ Rijid bronkoskopi	1 olgu (%1)
○ EBUS	1 olgu (%1)



TANI YÖNTEMLERİ İLE ELDE EDİLEN HİSTOLOJİK ALT TIPLER

- Skuamöz hücreli karsinom 37
- Adenokarsinom 19
- Büyük hücreli karsinom 3
- Diğer alt tipler 11



NEOADJUVAN TEDAVİ KARARI

Neoadjuvan Tedavi Kararı		N	%
Biyopsi N2	Mediastinoskopi	28	40
	VATS	1	1,4
	Torakotomi	1	1,4
Radyolojik N2		19	27,1
cT4		10	14,2
Pancoast		8	11,4
Soliter Beyin Metastazı (M1b)		3	4,3



NEOADJUVAN ÖNCESİ N2 ŞÜPHESİ İÇİN YAPILAN CERRAHİ İŞLEMLER

Cerrahi İşlem		N	%
Mediastinoskopi	Servikal	23	76,6
	Ekstended	4	13,3
	VAMS	1	3,3
VATS		1	3,3
Torakotomi		1	3,3



KLİNİK EVRE

- Evre IIB 7 (%10)
- Evre IIIA 54 (%77,1)
- Evre IIIB 6 (%8,6)
- Evre IV 3 (%4,3)



KLİNİK EVRE

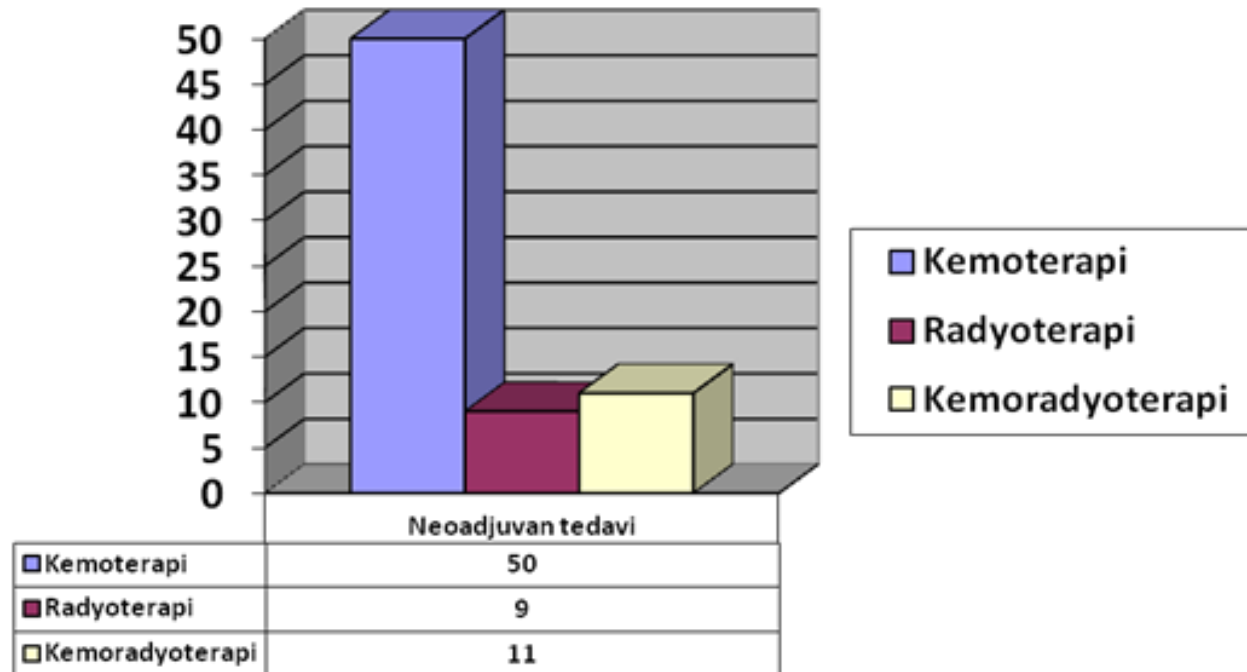
		Neoadjuvan Öncesi		Neoadjuvan Sonrası	
		N	%	N	%
Klinik T	T0	-	-	24	34,2
	T1	9	12,8	20	28,5
	T2	22	31,4	17	24,2
	T3	24	34,2	9	12,8
	T4	15	21,4	-	-
Klinik N	N0	17	24,3	26	57,8
	N1	2	2,9	1	2,2
	N2	50	71,4	17	37,8
	N3	1	1,4	1	2,2
Klinik M	M0	67	95,5	44	100
	M1	3	4,5	-	-
Klinik Evre	Evre 2B	7	10,0		
	Evre 3A	54	77,1		
	Evre 3B	6	8,6		
	Evre 4	3	4,3		



		N	%
BT Yerleşimi	Santral	16	23,2
	Sağ üst	30	43,5
	Sağ alt	3	4,3
	Sol üst	15	21,7
	Sol alt	5	7,2
		Min-Max	Ort±SD
BT Boyut (cm)		1,80–10,80	4,94±1,98
Patolojik Tümör Boyutu		1–12	3,50±2,26

	Min-Max	Ort±SD
Neoadjuvan Öncesi Tümör Boyutu	1,8-10,8	4,93±1,97
Neoadjuvan Sonrası Tümör Boyutu	1,0-12,0	3,70±2,22
Son Patoloji Tümör Boyutu	1,0-12,0	3,51±2,26

NEOADJUVAN TEDAVİ



KEMOTERAPİ REJİMİ

- Cisplatin (60-75 mgr/m²) + Docetaxel (75 mgr/m²) 21 gün aralar ile operasyon öncesi 3 kür ve operasyon sonrası 3 kür olarak toplamda 6 kür
- Cisplatin (60-75 mgr/m²) + Gemcitabin (1gr/ m²) 21 gün aralar ile operasyon öncesi 3 kür ve operasyon sonrası 3 kür olarak toplamda 6 kür
- Neoadjuvan kemoterapi sonrası ortalama 20 gün (9-31 gün) sonra cerrahi uygulandı.



RADYOTERAPİ REJİMİ

Endikasyon	Neoadjuvan Doz	Adjuvan Doz	N	%
cT4	4000-4600 cGy/gün	2000 cGy/gün	12	60
Pancoast	4600 cGy/gün	2000-2400 cGy/gün	8	40

Radyoterapi sonrası torakotomi ortalama 33 gün (25-45 gün) sonra yapıldı.

Pet/BT ve TBT ile yeniden evreleme radyoterapi son dozundan en erken 3 hafta sonra yapıldı



NEOADJUVAN TEDAVİ UYGULAMA ŞEKLİ

		Min-Max	Ort±SD
RT. DOZU		30,00–66,00	47,20±10,23
		N	%
KT Siklus	2	3	4,9
	3	51	83,6
	4	3	4,9
	6	4	6,6
KT Tipi	Cisplatin-Docetaxel	52	85,2
	Cisplatin-Gemcitabin	6	9,8
	Cisplatin-Paclitaxel	2	3,2
	Cisplatin	1	1,6



NEOADJUVAN TEDAVİ SONRASI DEĞERLENDİRME

Değerlendirme		N	%
Radyolojik	TBT	59	84,2
	PET/BT	44	62,8
Mediastinoskopi		37	53,1

Neoadjuvan öncesi 40 olguya (%57,1) radyolojik değerlendirme sonucu neoadjuvan tedavi kararı verildi

Neoadjuvan sonrası 33 olgu (% 47,1) radyolojik olarak yeniden değerlendirilerek cerrahi evreleme yapılmaksızın cerrahi rezeksiyon uygulandı



		Neoadjuvan Öncesi		Neoadjuvan Sonrası	
		Min-Max	Ort±SD (medyan)	Min-Max	Ort±SD (medyan)
PET/BT 1 SUV		5,10-47	16,45±7,76 (14,15)	0-22	6,21±6,05 (5,30)
		N	%	N	%
PET/BT N Durumu	N0	-	-	23	50,0
	N1	3	6,4	2	4,3
	N2	25	53,2	12	17,1
	N1+ N2	19	40,4	9	19,6

	PET SUV		p
	Ort± SD	Medyan	
PET/BT 1 SUV	16,45±7,66	14,15	0,001**
PET/BT 2 SUV	6,21±6,05	5,30	

	PET/BT 1 N		PET/BT 2 N		p
	N	%	N	%	
N0	-	-	23	50,0	0,001**
N1	3	6,4	2	4,3	
N2	25	53,2	12	17,1	
N1+N2	19	40,4	9	19,6	

CERRAHİ DEĞERLENDİRME

Cerrahi İşlem		N	%
Mediastinoskopi	Servikal İlk	28	75,6
	Servikal re-	9	24,4
	Ekstended	4	10,8

Neoadjuvan sonrası N2 varlığını göstermek için toplam 37 olguya (%53) mediastinoskopi uygulandı.

Servikal mediastinoskopi ile beraber 4 olguya ayrıca ekstended mediastinoskopi yapıldı.

37 olgunun 28'ine ilk kez mediastinoskopi işlemi uygulanırken 9'una servikal remediastinoskopi yapıldı

CERRAHİ UYGULAMA

		N	%
Rezeksiyon Tipi	Lobektomi	37	52,9
	Pnomonektomi	22	31,4
	Bilobektomi	11	15,7
		Toplam: 70	100
Pnomonektomi	Sağ	9	40,9
	Sol	13	59,1
		Toplam: 24	100
Sleeve +		6	8,6
	R0	65	92,6
	R1	5	7,1
		Toplam: 70	100
Patolojik N Durumu	N0	45	64,3
	N1	14	20,0
	N2	9	12,9
	N1+N2	2	2,9
		Toplam: 70	100
Hücre Tipi	Tümör Yok	9	12,9
	Adenokarsinom	18	25,7
	Skvamöz Hücreli	37	52,9
	Diğer	6	8,6

MORBİDİTE

- İlk 30 günlük hastane morbiditesi 25 (%36)
- En sık major morbidite sebebi pnömoni
- En sık görülen minör morbidite uzamış hava kaçağı
- Rezeksiyon tipi ile morbidite arasında anlamlı ilişki yok
- Sleeve rezeksiyonların %50' sinde morbidite
- Sağ pnomonektomilerde daha fazla komplikasyon (sağ 5 olgu ve %71) (sol 2 olgu ve %29)



Morbidite	N	%
Major		
Pnömoni		
Postop kanama	8	32
Mukus tıkaçı (FOB uygulanan)	7	28
Bronkoplevral fistül	5	20
Akut Respiratuar Distres Sendromu (ARDS)	5	20
	2	8
	Toplam: 27	100
Minör		
Hava kaçağı	9	45
Atelektazi	6	30
Cilt altı amfizem	3	15
Yara yeri enfeksiyonu	1	5
Elektrolit inbalansı	1	5

MORBİDİTE

- Pnomonektomi sağ ve sol tarafı ile kanama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı

Rezeksiyon Tipi		Kanama		p
		Var; N (%)	Yok; N (%)	
Pnomonektomi	Sağ	1 (%33,1)	8 (%42,1)	1,000
	Sol	2 (%66,7)	11 (%57,9)	

- Neoadjuvan tedavi olarak sadece RT alan olguların 6' sında (%66) ilk ay morbidite gözlemlendi (sınırdan anlamlı)
- Neoadjuvan KT alan olguların morbidite oranları arasında anlamlı farklılık görülmedi
- KRT alanlarda hiç morbidite yok
- Cinsiyet, yaş, cerrahi prosedür, FEV1, neoadjuvan KT ile morbidite arasında anlamlı farklılık yok



MORBİDİTE VE DEĞİŞKENLER

		Morbidite		p
		Var (N:26) N (%)	Yok (N:44) N (%)	
Rezeksiyon Tipi	Lobektomi	16 (%61,5)	21 (%47,7)	0,384
	Pnomonektomi	8 (%30,8)	14 (%31,8)	0,518
	Bilobektomi	2 (%7,7)	9 (%20,5)	0,710
Endikasyon	cT4	5 (%19,2)	5 (%11,4)	0,483
	N2	16 (%61,5)	33 (%75,0)	0,359
	Pancoast	5 (%19,2)	3 (%6,8)	0,137
	Beyin Metastazı	0 (%0)	3 (%6,8)	0,083
Neoadjuvan Tedavi Şekli	KT	20 (%76,9)	30 (%68,2)	0,434
	KT+RT	0 (%0)	11 (%25,0)	0,005**
	RT	6 (%23,1)	3 (%6,8)	0,050*
Yaş	<60 yaş	14 (%53,8)	32 (%72,7)	0,178
	≥ 60 yaş	12 (%46,2)	12 (%27,3)	
FEV 1 (%)	<%80	14 (%53,8)	20(%45,5)	0,666
	≥ %80	12 (%46,2)	24 (%54,5)	
Kororbit Hastalık	Var	10 (%38,5)	20(%45,5)	0,748
	Yok	16 (%61,5)	24 (%54,5)	

- Rezeksiyon tipine göre en sık pnomonektomi sonrası fistül gözlendi
- Sütur tiplerine göre fistül görülme oranları açısından anlamlı farklılık saptanmadı
- Stapler kullanımında fistül daha yüksek oranda fakat anlamlı değil
- Sütur şekline göre fistül görülme oranları açısından anlamlı farklılık saptanmadı



SÜTÜR ŞEKLİ VE TİPİ

		N	%
Sütür	Prolen	21	30,0
	Stapler	16	22,9
	Vicryl	33	47,1
Sütür Şekli	Devamlı	5	7,1
	Goldtsraw	16	22,9
	HM-OO	33	47,1
	Stapler	16	22,9

		Fistül		p
		Fistül Var N(%)	Fistül Yok N(%)	
Sütür Materyali	Prolen	2 (%25,0)	19 (%30,6)	1,000
	Stapler	4 (%50,0)	12 (%19,4)	0,135
	Vicryl	2 (%25,0)	31 (%50,0)	0,266
Sütür Şekli	Devamlı	1 (%12,5)	4 (%6,5)	0,465
	Goldtsraw	1 (%12,5)	15 (%24,2)	0,672
	HM-OO	2 (%25,0)	31 (%50,0)	0,266
	Stapler	4 (%50,0)	12 (%19,4)	0,074
Sleeve	+	1 (%12,5)	5 (%8,1)	0,531
	-	7 (%87,5)	57 (%91,9)	
Pnomonektomi	Sağ	3 (%60,0)	6 (%35,3)	0,609
	Sol	2 (%40,0)	11 (%64,7)	

FİSTÜL İŞLEM

İşlem	N	Başarılı
Tüp Torakostomi	6	1
FOB-Siyanoakrilat	5	1
Stent	2	1
Torakotomi	Primer Onarım	1
	Primer Onarım+Omentoplasti	1
	Tamamlayıcı Pnomonektomi	1

YOĞUN BAKIM

- Postoperatif 14 olgu (%20) yoğun bakımda takip edildi
- Rezeksiyon tipi ve yoğun bakım ihtiyacı arasında anlamlı ilişki yok
- Fakat diğer akciğer rezeksiyonlarına göre daha yüksek
- Sleeve rezeksiyonlarda yoğun bakım ihtiyacı yüksek (%50) ve anlamlı
- Sadece RT alan hastalarda anlamlı düzeyde yüksek
- KT ya da KRT alan hastalarda anlamlı farklılık yok
- N2 ve cT4 olgularda anlamlı farklılık yok, pancoastlarda anlamlı düzeyde yüksek

		YBÜ		p
		Var N (%)	Yok N (%)	
Rezeksiyon Tipi	Lobelektomi	8 (%57,1)	29 (%51,8)	0,957
	Pnomonektomi	5 (%35,7)	17 (%30,4)	0,693
	Bilobektomi	1 (%7,1)	10 (%17,9)	0,422
Neoadjuvan	KT	10 (%71,4)	40 (%71,4)	1,000
	RT	4 (%28,6)	5 (%8,9)	0,050*
	KT-RT	0 (%0)	11 (%19,6)	0,105

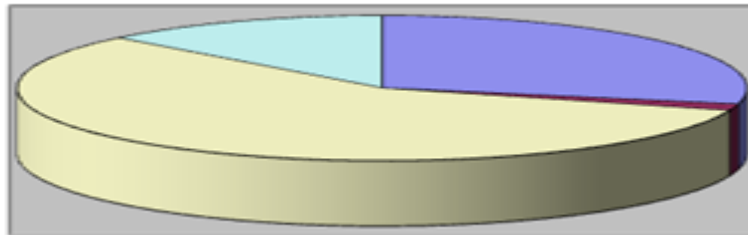
PATOLOJİ

Hücre tipleri incelendiğinde; olguların 9' unda (%12,9) tümör yok, 18' inde (%25,7) adenokarsinom, 37' sinde (%52,9) skuamöz hücreli karsinom ve 6' sında (%8,6) diğer hücre tipleri

		Cerrahi Sonrası	
		N	%
Patolojik T Evre	T0	9	12,8
	T1A	18	25,7
	T1B	6	8,5
	T2A	10	14,2
	T2B	1	1,4
	T3	20	28,5
	T4	6	8,5
Patolojik N Evre	N0	45	64,3
	N1	14	20,0
	N2	11	15,7
Patolojik M Evre	M0	70	100
Patolojik Evre	Evre 0	9	12,8
	1A	13	18,5
	1B	7	10
	2A	9	12,8
	2B	13	18,5
	3A	18	25,7
	3B	1	1,4

○ Patolojik evre ve neoadjuvan tedavi öncesi klinik evre karşılaştırıldığında,

- 9' unda (%13) tam yanıt
- 40' inde (%57) parsiyel yanıt
- 20' inde (%29) deęişmezken
- 1 hastada (% 1) progresyon



MORTALİTE

- İlk 30 gün içerisinde cerrahi mortalite % 4 (3 olgu)
- Cinsiyet, rezeksiyon tipi, sleeve rezeksiyon, BT yerleşimi, pnömonektomi tarafı, neoadjuvan tedavi rejimi, kemoterapi tipi, morbidite ve klinik evre arasındaki ilişki anlamlı bulundu.
- Skuamöz hücreli karsinomda mortalite daha yüksek.



NÜKS

- 21 olguda (%30) nüks saptandı
 - 14 olguda (% 20) uzak metastaz (3 beyin metastazı)
 - 7 olguda (%10) lokal nüks tespit edildi.
- Neoadjuvan kemoterapi sonrası nüks olan olguların oranı anlamlı düzeyde yüksekti
- Nükse ve hücre tipi oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı
- Lobektomi sonrası nüks olan olguların oranı anlamlı düzeyde yüksekti
- Nüks ve endikasyon tipleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı

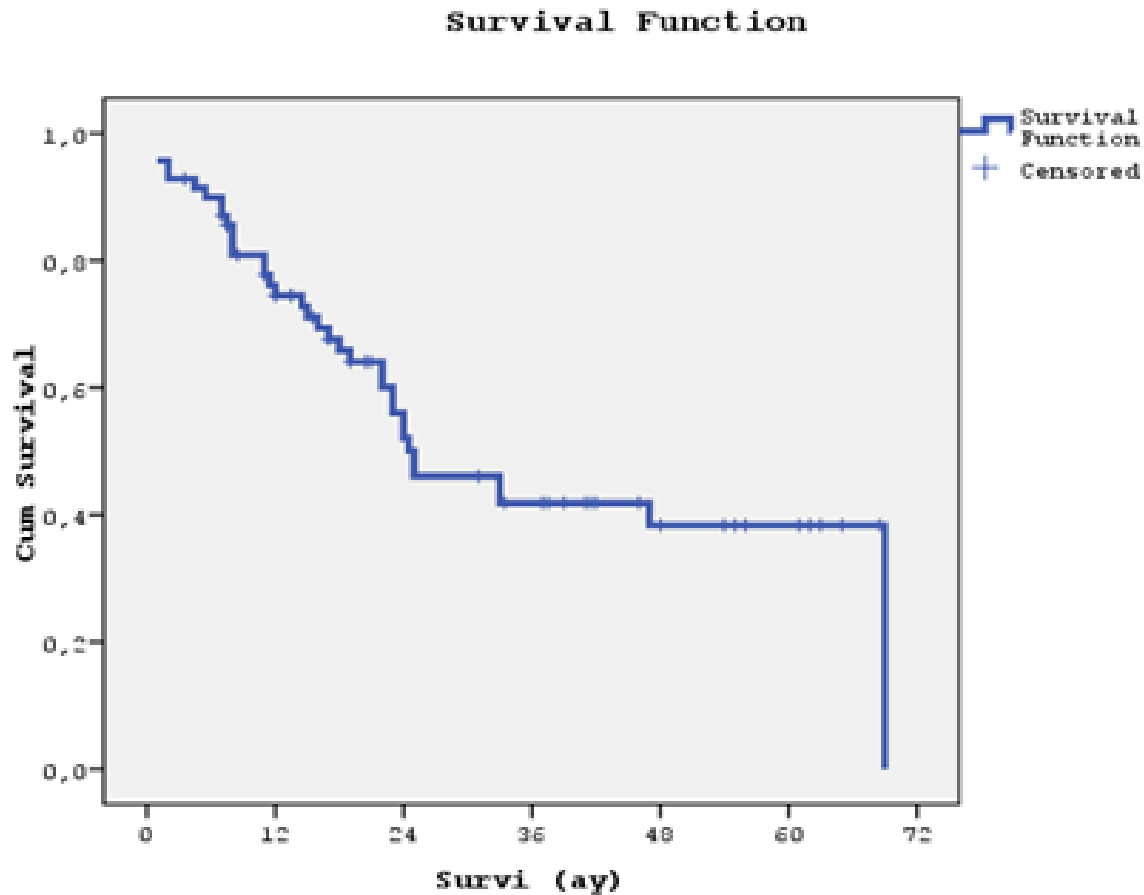


SAĞKALIM

- Toplam 70 ameliyatta; 34 olgu yaşarken (%48,6), 36 ölüm tespit edildi
- Ortalama sağkalım süresi $37,15 \pm 3,06$ ay
- Üç yıllık sağkalım oranı $\%39,16 \pm 6,8$ ay
- Beş yıllık sağkalım oranı $\%29,37 \pm 9,89$ ay
- Ortalama izlem süresi 18,86 ay
- 34 olgu relapssız yaşamakta
- 33 olgu (% 47) kansere bağlı sebeplerle, 3 olgu (%4) kansere dışı sebeplerle öldü

Sağ Kalım ve Mortalite		N	%
Kansere Bağlı Ölüm	Uzak Metastaz	22	66
	Lokal Nüks	11	34
Kanser Dışı		3	4
Yaşayan (relapssız)		34	49

TÜM OLGULARDA SAĞKALIM GRAFIĞİ



- Santral ve sol üst lob yerleşimli olan olgularda sağkalım süreleri anlamlı düzeyde düşüktü

BT Yerleşim Yeri	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
Santral	16	10	6	37,5	32,96±7,54
Sağ Üst Lob	30	12	18	60,0	45,03±5,13
Sağ Alt Lob	3	1	2	66,7	28,66±6,80
Sol Üst Lob	15	11	4	26,7	19,96±4,54
Sol Alt Lob	5	2	3	60,0	10,73±1,46

- Endikasyonlara göre sağ kalım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı

Endikasyonlar	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
CT4	10	3	7	70,0	43,99±8,54
N2	49	26	23	46,9	37,48±4,17
Pancoast	8	5	3	37,5	22,05±9,34
Beyin Metastazı	3	2	1	33,3	16,33±3,08

- Neoadjuvan tedavi ve sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı

Neoadjuvan Tedavi	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
KT	50	25	25	50,0	40,67±4,08
RT	9	5	4	44,4	24,49±9,96
KT+RT	11	6	5	45,5	19,88±4,25

- Neoadjuvan sonrası tümör boyutları ve sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı

Neoadjuvan sonrası Tümör Boyutu	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
<3 cm	34	16	18	52,9	38,15±4,55
>3 cm	25	16	10	40,0	33,48±5,95



- Rezeksiyon tipi ve sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı

Rezeksiyon Tipi	N	Eks	Sağ	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
Lobektomi	37	22	15	%40,5	33,35±4,59
Pnomonektomi	22	10	12	%54,5	40,81±7,00
Bilobektomi	11	4	7	%63,6	36,39±6,89

- Sol pnomonektomili olgularda sağkalım anlamlı düzeyde düşüktü

Pnomonektomi	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
Sağ	9	3	6	66,7	56,18±9,70
Sol	13	7	6	46,2	18,08±2,55

- Kullanılan sütün materyaline göre sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı



- R1 rezeksiyonlarda sağkalım süresi daha kısa

Rezeksiyon	N	Eks	Sağ	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
RO	65	31	34	%52,3	39,42±3,78
R1	5	5	0	%0	12,70±3,64

- Patolojik evre arttıkça sağkalım süresi kısalmakta

Patolojik Evre	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
Evre 0	9	1	8	88,9	50,00±5,65
Evre 1	20	14	6	30,0	35,39±5,85
Evre 2	22	10	12	54,5	37,40±6,89
Evre 3	19	11	8	42,1	21,44±3,10

- T evreleri arttıkça sağkalım süresi kısalmakta

Patolojik T Evre	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
T0	8	1	7	87,5	49,25±6,21
T1	24	12	12	50,0	40,66±6,04
T2	11	5	6	54,5	41,35±8,41
T3	20	14	6	30,0	21,77±4,89
T4	6	4	2	33,3	13,83±3,93



- Patolojik N evrelerine göre sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı

Patolojik N Evre	N	Eks	Yaşayan	Sağkalım Oranı	Ortalama Sağkalım Süresi
N0	45	25	20	44,4	37,54±4,35
N1	14	5	9	64,3	44,77±8,40
N2	11	6	5	45,5	25,68±3,63



SONUÇLAR 1

- Neoadjuvan tedavi sonrası tümör boyutunda küçülme, kitle SUV değerlerinde ve lenf nodu tutulumunda azalma tespit edildi.
- Neoadjuvan tedavi sonrası evre düzeylerinde azalma gözlemlendi.
- Morbidite oranı standart akciğer rezeksiyonlarına göre yüksek saptandı (%36).
- En sık morbidite sebebi pnömoni, en sık minör morbidite sebebi ise uzamış hava kaçağı idi.
- Rezeksiyon tipi ve endikasyon ile morbidite gelişimi arasında anlamlı farklılık saptanmadı.
- Sadece RT alan hastalarda anlamlı düzeyde morbidite gözlemlendi. KT alan hastalarda anlamlı farklılık saptanmadı. KT-RT alan hastalarda ise morbidite gözlenmedi.
- Sütür materyali ve şekli ile fistül gelişimi arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Sadece stapler kullanımında daha fazla fistül geliştiği gözlemlendi.



SONUÇLAR 2

- Sleeve rezeksiyonlarda yoğun bakım ihtiyacı daha fazla gözlemlendi.
- RT alan hastalarda yoğun bakım ihtiyacı anlamlı düzeyde yüksek saptandı.
- Pancoast hastalarda yoğun bakım ihtiyacı anlamlı düzeyde yüksek saptandı.
- Neoadjuvan KT alan hastalarda nüks anlamlı düzeyde yüksek saptandı.
- Erken uzak nüks genellikle beyinde tespit edildi.
- Neoadjuvan tedavi sonrası anatomik rezeksiyonlar ile hatırı sayılır sağkalım düzeyi saptandı (ortalama sağkalım süresi 37,1 ay).
- Santral ve sol üst lob yerleşimli tümörlerde sağkalım süreleri anlamlı düzeyde düşüktü.
- Endikasyona göre sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat pancoast ve soliter beyin metastazı olan olgularda sağkalım sürelerinin daha kısa olduğu gözlemlendi.



SONUÇLAR 3

- Neoadjuvan tedavi şekline göre sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi. Fakat KT alan hastalarda sağkalım süreleri daha yüksek tespit edildi.
- Rezeksiyon tipine göre sağkalım oranları arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Fakat literatür bilgilerinin aksine pnömonektomilerde daha yüksek sağkalım süreleri gözlemlendi.
- Literatür bilgilerinin aksine sağ pnömonektomilerde sağkalım oranları sol tarafa göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.
- R0 rezeksiyonlarda sağkalım süreleri R1 rezeksiyonlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu.
- Son patolojik evre sonuçlarına göre evre düzeyi arttıkça sağkalım sürelerinin azaldığı tespit edildi.
- Son patolojik T değişkenine göre, en yüksek sağkalım süreleri T0 ve en düşük sağkalım süreleri ise T3 ve T4' lerde gözlemlendi.
- Son patolojik N değişkenine göre, en düşük sağkalım süreleri N2' lerde gözlemlendi.

