

Dr. Hülya ÇAKMUR¹
Dr. M. Tülin EREM²
Dr. Mehmet KOÇ²
Dr. Vecdi ERTEKİN²
Dr. İhsan KARSLIOĞLU²
Dr. Dilek KIRAĞI³

CA TANISI ALMIŞ GERİATRİK OLGULARIN DEMOGRAFİK İNCELEMESİ

DEMOGRAPHIC EVALUATION OF THE ELDERLY CANCER PATIENTS

ÖZET

Ca tanısı almış geriatric olguların incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Birimi'ne Ocak 1996-Kasım 1999 tarihleri arasında Ca tanısı alıp tedavi amacıyla başvuran olgularla ilgili kayıtlar tarandı. Olguların yaş, cins, tümör karakteristiği, sosyo ekonomik durum, bilinç durumu, depresyon, fiziksel performans ve eşlik eden hastalıklar yönünden demografik özellikleri incelendi. Çalışma grubumuz %34 kadın (n= 124), %66 erkek (n= 245) olmak üzere toplam 369 olgudan oluştu. Çalışmaya dahil edilen olguların yaş skalası 50-59, 60-69 ve 70 yaş üzeri olmak üzere üç grupta incelendi. Yaş gruplarına göre olgu grubumuzu değerlendirdiğimizde Ca görülme sıklığı kadınlarda %16 ile en fazla 50-59 yaş grubunda iken erkek popülasyonda %30 ile 60-69 yaş grubunda idi. Her iki cinste de 70 yaş üzerinde Ca sıklığı popülasyondaki azalmayla orantılı olarak düşüktü. Tüm Ca'lardan en fazla sıklık %44 ile 60-69 yaş grubunda idi. Grubun sosyo-ekonomik düzeyi %60 (n=221) oranında düşüktü. Tüm hastalar koopere ve oryente olup, Depresyon-Anksiyete-Ümitsizlik testine göre %80 (n= 295) olguda depresyon vardı. Karnofsky skalasına göre fizik performans %90 (n= 332) olguda %70'in üzerinde değerlendirildi. Akciğer (AC) %32 (n= 118) oranıyla olgu grubumuzda en sık görülen Ca türü olup, hastaların %99'u erkekti, sırasıyla Meme Ca %14 (n= 48), %92'si kadın, Larinks Ca %12(n=44), %99'u erkek, Primer beyin tümörü (PBT), %10 (n= 37) %70'i erkek, GİS Ca (özefagus, mide, kolorektal) %9 oranında olup (n= 35), %54'ü erkekti. Ülkemizde geriatric popülasyonla ilgili çok az veri ve araştırma vardır. Biz bu kesitsel retrospektif çalışmamızda kanser tanısı almış geriatric nüfusun profilini inceledik. Bu çalışmanın daha geniş kapsamlı araştırmalara esin olmasını umuyoruz.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, Kanser, Araştırma dizaynı, Geriatric tıp, Demografi.

Geliş: 11.12.1999

Kabul: 12.01.2000

¹6 No'lu AÇS-AP-Karşıyaka-İZMİR, ²Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı-ERZURUM, ³Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servis-EDİRNE

İletişim: Dr. Hülya ÇAKMUR: 524. Sokak, No: 47/2-Şirinyer/İZMİR Tel: (0232) 487 26 87 veya (0232) 365 37 34

ABSTRACT

In the study we were intended to collect information on demographics in elderly patient with cancer. Age, genitality, tumor characteristics, socioeconomic status, cognitive status, depression, physical performance, coexisting disease of cases who applied for treatment to the Department of Oncology of Radiation in Atatürk University, School of Medicine between January 1996 and November 1999, were evaluated from the patient files. Data from 369 cases of several cancer species investigated between January 1996 and November 1999 were reviewed (245 males, 124 females) and management of patients less than 60 years, 60 to 69 and older than 70 years. Between 50-59 age group, incidence of cancer is %16 in women. But after 60 age group, the incidence is %30 in men after age 70 incidence is decrease parallel with population. %44 of all cancer occur in people 60-69 age group. In our study group; socioeconomic status was low percentage (%60). %80 of patients were depressive and physical performance was higher than expected. Although Lung ca has been seen in equal ratio male and female in developed country; in our study %99 was male and half of all breast cancer was age of 40-49 age group. In our country; there is little investigation with elderly patient. The purpose of this retrospective study examine the profile of elderly patient with cancer. We hope this study will be inspired another wide studies

Key Words: Aged, Cancer, Research design, Geriatric Medicine. Demography.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımına göre yaşlılık, "çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneği"nin giderek azalmasıdır. Yaşlılıkta çeşitli hastalıkların yaygın sonucu olan fonksiyonel bozulma, kişinin kendi gereksinimlerini karşılama yeteneğinde azalmaya neden olur.

Gelişen yaşam koşulları ve insan değerinin daha iyi anlaşılmasına koşut olarak tüm dünyada yaşlı nüfus hızla artmaktadır. 2030 yılına kadar dünya nüfusunun %20'den fazlasını 65 yaş üzeri popülasyonun oluşturması beklenmektedir. Dünyada toplam nüfusta geriatrik popülasyon-yıl yüzdesi; 1980-%17.8, 2000-%20.5, 2020-%23.3, 2034-%26 olarak bildirilmiştir. Ülkemiz 1990 verilerine göre 65 yaş üzeri nüfusun genel nüfusa oranı %4.19'dur. Bu sayının 2010 yılında %5.6 olacağı kestirilmektedir (5,6).

Günümüzde kanser etiyojisinde virüslerden radyasyona, genetikten çevresel faktörlere, beslenme alışkanlığından kimyasallara kadar birçok faktör suçlanmaktadır. Yaşlılık da kanser (Ca) için en önemli risk faktörlerinde biridir. Yeni Ca olgularının %50'den fazlası ve bütün Ca'ların %67'si 65 yaşın üzerinde görülür. 55 yaşından sonra da kanser mortalitesi %17 artar. Ancak yaşla beraber kanser insidansının artmasının, yaşlanmanın getirdiği biyolojik değişimlerden mi, yoksa yaşla beraber karsinojenlere daha uzun süre maruz kalınmasından mı kaynaklandığı bilinmemektedir (10,11).

Ülkemizde geriatrik popülasyonla ilgili çok az veri ve araştırma vardır. Biz bu kesitsel retrospektif çalışmamızda kanser tanısı almış geriatrik nüfusun profilini inceledik. Bu çalışmanın daha geniş kapsamlı araştırmalara esin olmasını umuyoruz.

YÖNTEM ve GEREÇ

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyasyon Onkolojisi Birimi'ne Ocak 1996-Kasım 1999 tarihleri arasında kanser tanısı alıp tedavi amacıyla başvuran olgularla ilgili kayıtlar tarandı. Olguların yaş, cins, tümör karakteristiği, sosyo-ekonomik durum, bilinç durumu, depresyon, fiziksel performans ve eşlik eden hastalıklar yönünden demografik özellikleri incelendi.

BULGULAR

Çalışma grubumuzu oluşturan 369 olgunun %34'ü kadın (n= 124), %66'sı erkekti (n= 245). Çalışmaya dahil edilen olguların yaş skalasını 50-59, 60-69 ve 70 yaş üzeri olmak üzere üç grupta inceledik. Yaş gruplarına göre olgu grubumuzu değerlendirdiğimizde Ca görülme sıklığı kadınlarda %16 ile en fazla 50-59 yaş grubunda iken erkek popülasyonda %30 ile 60-69 yaş grubunda idi. Her iki cinsten de 70 yaş

üzerinde Ca sıklığı popülasyondaki azalmayla orantılı olarak düşüktü. Tüm Ca'larda en fazla sıklık %44 ile 60-69 yaş grubunda idi (Tablo 1).

Tablo-1: Olguların sosyo-ekonomik düzeyi

SED	n	%
Düşük	221	60
Orta	92	25
Orta↑	37	10
Yüksek	19	5
	369	100

Grubun sosyo-ekonomik düzeyi, gelir ve eğitim durumları baz alınarak; düşük %60 (n= 221), orta %25 (n= 92), ortanın üstü %10 (n= 37) ve yüksek %5 (n= 19) olmak üzere dört kategoride incelendi (Tablo 2). Tüm hastalar koopere ve oryente olup, Depresyon-Anksiyete-Ümitsizlik testine göre %80 (n= 295) olguda depresyon vardı. Karnofsky skalasına göre fizik performans %90 (n= 332) olguda %70'in üzerinde değerlendirildi.

Tablo-2: Cinsiyete göre olgu gruplarının yaş dağılımı

Yaş Grupları	Erkek	%	Kadın	%	Toplam*
50-59	100	27	60	16	160 (43)
60-69	111	30	51	13	162 (44)
70↑	34	9	13	3.5	47 (13)

*Toplama göre yüzdeler parantez içinde verilmiştir.

Tümör karakteristiklerine göre olguların dağılımını değerlendirdiğimizde; Akciğer (AC) Ca %32 (n= 118) oranıyla olgu grubumuzda en sık görülen Ca türü olup, hastaların %99'u erkekti, sırasıyla Meme Ca %14 (n= 48), %92'si kadın, Larinks Ca %12 (n= 44), %99'u erkek, Primer beyin tümörü (PBT) %10 (n= 37) oranında olup, %70'i erkek, GİS Ca (özefagus, mide, kolorektal) %9 (n= 35), %54'ü erkekti (Tablo 3).

Eşlik eden hastalıklar ve alışkanlıklar yönünden olgu grubumuzu incelediğimizde; AC Ca'ların %94'ünde sigara alışkanlığının yanı sıra %14 kronik obstrüktif AC hastalığı (KOA), %4 derin ven trombozu (DVT), %2 koroner arter hastalığına (KAH) rastlandı. Meme Ca'ların %6'sında DVT, %4'ünde sigara alışkanlığı, %6'sında osteoporoz varken, Larinx Ca'da sigara kullanım oranı %98 idi. Primer beyin tümörlü (PBT) olguların %30'u sigara kullanıyor olup, %3'ünde DVT saptandı. GİS Ca'ların %25'inde beslenme bozukluğu ve %17'sinde sigara alışkanlığı vardı.

Tablo-3: Tümör karakteristiklerine göre olguların cinsiyet dağılımları

Tümör Karakteristiği	Erkek	%	Kadın	%	Toplam*
AC	111	94	8	6	118 (34)
Meme	3	6	48	94	52 (14)
Larinx	43	98	1	2	44 (9)
PBT	26	60	11	30	37 (8)
Deri	12	45	14	55	26 (7)
MBT**	16	80	3	20	19 (6)
Nasofarinx	4	30	8	70	12 (4)
Mesane	6	65	3	35	9 (2)
Prostat	8	100	-	-	8 (1)
Servix	-	-	7	100	7
Endometri.	-	-	2	100	2

*Toplama göre yüzdelere parantez içinde verilmiştir, **Metastatik beyin tümörü

TARTIŞMA ve SONUÇ

Ortalama yaşam beklentisi gelişmiş ülkelerde 80 yıl, ülkemizde ise 70 yıldır. Tüm dünyada yaşlılık 65 yaşından sonra başlayan bir süreç olarak kabul edilir ve; 65-74 genç yaşlılar, 75-84 orta yaşlılar, 85 y[↑] yaşlı yaşlılar olarak değerlendirilir. Günümüzde beklenen yaşam süresinin artmasıyla, yaşlılıkta kanser insidansının da artması önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

Bazı deneysel çalışmalar, kanser gelişim sürecinin zaman aldığı, bu yüzden hastalığın ortaya çıkmasının yaşamın geç yıllarına rastladığını göstermektedir (1-3). Ancak yaşlılık, organ fonksiyonlarında azalmayla beraberdir ve eşlik eden bu durumlar süreci hızlandırabilmektedir. Örneğin yaşla beraber timus hacim ve fonksiyonlarında azalma olur, otoantikor yapımı artar. Genç, sağlıklı popülasyonda otoantikor oranı %4 iken, 65 yaş üzerinde %20'dir (4,9).

Yaşlılık 65 yaşından sonra başlayan bir süreç olarak kabul edilir. Oysa hem ülkemiz beklenen yaşam süresini, hem de çalışma yaptığımız bölgenin gelişmemişliğini göz önünde bulundurarak, olgu grubumuzun genç yaşlarını 50-59 yaş grubu olarak belirledik. Ama veri grubuna eklediğimiz 40-49 yaş grubunun kanser görülme sıklığında diğer yaş gruplarıyla arasında anlamlı bir fark yoktu. Yapılan çalışmalarda 65 yaşından sonra kanser insidansının önemli oranda arttığı gösterilmiştir. 50 yaşına kadar Ca riski kadınlarda yüksek iken 60 yaşından sonra ise bu riskin erkekler yönünde arttığı bildirilmektedir (7,8). Bizim çalışmamızda da değerlendirmeye almadığımız 40-49 yaş arası grupta toplam 167 olguda kanser sıklığını kadın popülasyonda %64 (n= 102), erkek popülasyonda %39 (n=65) olarak bulduk. 60 yaş üstü grubumuzda ise toplam 209 olgunun %69'u (n= 145) erkek, %36'sı (n= 64) kadındı.

Çalışma grubumuzu oluşturan olgular %90'ı Kars, Muş, Van illerinden olmak üzere, Doğu Anadolu bölgesi yerleşik nüfusundandı ve sosyo-ekonomik düzey oldukça düşüktü (%60). Depresyon oranının yüksekliği (%80), beklediğimiz bir sonuçtu. Ancak Karnovsky skalasına göre fizik performans %90, %70'in üzerinde idi. Bunu olgu grubumuzun daha çok genç ve orta yaşlılardan oluşmasıyla açıklayabiliriz. Tümör karakteristiklerine göre, çalışma grubumuzu incelediğimizde en sık görülen Ca türü AC Ca idi ve hastaların %99'u erkekti. Gelişmiş ülkelerde artık, akciğer kanseri kadın ve erkekte ikinci sırada görülen bir kanser türüdür (erkek en sık prostat Ca, kadında meme Ca'dır),

Bizim çalışmamızda Meme Ca olgularının %52'sini (n= 65) 40-49 yaş arası grup oluşturmaktaydı. Çalışmamıza bu yaş grubunu dahil etmemize karşın, Meme kanserini ikinci sıklıkla gördük. Eşlik eden hastalıklar ve alışkanlıklar yönünden olgu grubumuzda sigara önemli bir risk faktörüdür. Bizim grubumuzda da %10 oranında DVT'lu olgu vardı.

Kişiler, aynı kronolojik zaman dilimi içinde farklı biçim ve düzeyde yaşlanırlar. Bu nedenle geriatrik değerlendirmenin kronolojik yaştan çok, "başarılı bir yaşlanma süreciyle" ölçülmesi gerektiğine inanıyoruz. Ülkemizde geriatrik popülasyonla ilgili araştırmaların az olması nedeniyle kanser ve geriatri ve diğer hastalıklar yönünden yeterli verilere ulaşamadık. Bu çalışmanın daha geniş kapsamlı araştırmalara esin olmasını umuyoruz.

KAYNAKLAR

1. Byrne A. Carney DN. Cancer in the elderly, Curr-Probl-Cancer: 1993 May-Jun; 17(3):145-218.
2. Cohen HJ: The Oncology Geriatric Education Retreat; commentary and conclusion. Cancer, 1997 Oct 1; 80(7): 1354-6.

3. Ershler WB, Balducci L: Treatment considerations for older patients with cancer. *In-Vivo*. 1994 Nov-Dec, 8(5):737-44,
4. Ganz-PA: Interaction between the physician and the older patient. *Cancer* 1997 Oct 1; 80(7):1323-5.
5. Goldberg TH, Chavin SI: Preventive medicine and screening in older adults. *J-AM-Geriatric-Soc* 1997 Mar; 45(3):344-54.
6. Guthrie TH Jr, Gaddis TG: Geriatric oncology. *J-Fla-Med-Assoc* 1993 Feb; 80(2): 1 12-6.
7. Hunter-Mellado-RF, Negron-J, Gomez-MA: A strategic supportive model for health prevention in the dderly. *Bol-Asoc-Med-P-R*, 1997 Jul-Sep; 89(7-9): 102-10.
8. Monfardini S, Ferrucci L: Valudations of a multidimensional evaluation scale for use in elderly cancer patients. *Cancer* 1996 Jan;77(2):395-401.
9. Siverman MA, Temple JD: Cancer in the elderly patient. Unique aspects of presentation, management and screening. *J-Fla-Med-Assoc* 1992; 79(2):89-92.
10. The Merck Manual of Geriatrics. Second Edition 1995: 153-15.
11. Wells NL, Balducci L: Geriatric Oncology. Medical and psychosocial perspectives, *Cancer Pract*. 1997 Mar-Apr; 5(2):87-91.