GERİATRİK
ONKOLOJİ
DERNEĞİ

III.Geriatrik Onkoloji *Sempozyumu*



BİLDİRİ KİTABI

9 Kasım 2019
Wyndham Grand İzmir Özdilek -İzmir

***geriatrikonkolojisempozyumu2019**.com*

İÇİNDEKİLER

DAVET 3

KURULLAR 4

BİLİMSEL PROGRAM 6

SÖZLÜ BİLDİRİLER 7

YAŞLI KANSER HASTALARINDA METASTAZ DURMUNA GÖRE KOGNİTİF PERFORMANS VE DEPRESYON 8

YAŞLI KANSER HASTALARINDA MALNÜTRİSYON SIKLIĞI 10

KANSERİN YAŞLI HASTALARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÜZERİNE ETKİLERİ 12

YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN GERİATRİK HASTALARDA KANSER HASTALIĞI İNSİDANSI VE MORTALİTE ORANLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ 15

GERİATRİK ONKOLOJİ HASTASINA YAKLAŞIM KONUSUNDA ONKOLOJİ HEKİMLERİ OLARAK NE KADAR BİLGİ SAHİBİYİZ? 20

KANSER TANISI ALAN 90 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARIN TEDAVİ VE SAĞKALIM VERİLERİ 22

80 YAŞ ÜSTÜ MEME KANSERİ DENEYİMİMİZ 23

80 YAŞ ÜSTÜ MİDE KANSERİ CERRAHİSİ DENEYİMİMİZ 24

65 YAŞ ÜZERİ LOKAL İLERİ REKTUM KANSERİ TEDAVİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ 25

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

Yaşlı kanser olgularında modern onkolojik tedavi uygulamaları geriatrik prensipler içerisinde özel yaklaşımlar gerektirmektedir. Bu yönüyle Geriatrik Onkoloji bilim dalı bütün dünyada hızla gelişmeye devam etmektedir. Bu alandaki gelişmeleri yakından izlemeyi ve paylaşmayı hedefleyen Geriatrik Onkoloji Derneğinin kongre ve sempozyumları sizlerin destekleriyle her yıl artan coşku ve ilgiyle gerçekleştirilmektedir. Bu yıl 3.Geriatrik Onkoloji Sempozyumu, 9 KASIM 2019 tarihinde, İzmir'de gerçekleştirilecek olup, sizleri davet etmekten büyük onur duymaktayız.

Sempozyumun ana teması "YAŞLI KANSER HASTALARINDA BİYO—PSİKO - SOSYAL SORUNLAR VE ÇÖZÜMLERİ" olarak belirlenmiştir. Yaşlı kanserli insanı hastalıkla birlikte gözlediğimiz biyolojik-özellikleri yanısıra psikolojik ve sosyal bir varlık olarak değerlendirmek, onu hastalığı kadar psikolojik ve sosyal sorunlarıyla da irdelemek durumundayız. İşte bu konuyla ilgili görüşleri tartışmak üzere sizlerle düzenlediğimiz sempozyumda buluşmak istiyoruz.

Konu ile ilgilenen meslektaşlarımızın bilgi, deneyim ve katkılarıyla gerçekleştirilecek olan bu bir günlük sempozyumda hepinizi aramızda görmekten büyük mutluluk duyacağız. Katılımlarınızı bekler, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Saygılarımızla,

Sempozyum Başkanı
Prof.Dr. Mehmet Niyazi ALAKAVUKLAR

KURULLAR

SEMPOZYUM BAŞKANI
MEHMET NİYAZİ ALAKAVUKLAR

SEMPOZYUM SEKRETERİ
TARIK SALMAN

DÜZENLEME KURULU
(İlk İsim Alfabetik Sıraya Göre Düzenlenmiştir)

AZİZ KARAOĞLU
MEHMET ALAKAVUKLAR
RIZA ÇETİNGÖZ
RÜKSAN ÇEHRELİ
TARIK SALMAN
TARKAN YETİŞYİĞİT
TUĞBA YAVUZŞEN

BİLDİRİ DEĞERLENDİRME KURULU
(Soy İsim Alfabetik Sıraya Göre Düzenlenmiştir)

MEHMET ALAKAVUKLAR
RÜKSAN ÇEHRELİ
RIZA ÇETİNGÖZ
AZİZ KARAOĞLU
YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK
İLKAY TUĞBA ÜNEK
HALİL İBRAHİM PETEKKAYA
TARIK SALMAN
TUĞBA YAVUZŞEN
TARKAN YETİŞYİĞİT

BİLİMSEL KURUL
(İLK İSİM ALFABETİK SIRAYA GÖRE DÜZENLENMİŞTİR)

AHMET ALACACIOĞLU
AHMET DİRİCAN
AHMET TURAN IŞIK
ARZU YAREN
CANDEĞER YILMAZ
DUYGU SAĞ
ENGİN EKER
ERDEM GÖKER
ESİN OKTAY
GAMZE GÖKÖZ DOĞU
GAMZE GÖKSEL
GÜLER BAHADIR
HACER DEMİR
HASAN ŞENOL COŞKUN
IŞIL SOMALI
İBRAHİM HALİL PETEKKAYA
İDRİS YÜCEL
İLHAN ÖZTOP
İLKNUR BİLKAY GÖRKEN
MEHMET NİYAZİ ALAKAVUKLAR
MURAT AKYOL
NEZİH MEYDAN
NİL TEKİN
OKTAY TARHAN
ÖZGÜR TANRIVERDİ
ÖZLEM KÜÇÜKGÜÇLÜ
ÖZLEM YERSAL
PINAR SOYSAL
RIZA ÇETİNGÖZ
RÜKSAN ÇAHRELİ
SELAHATTİN FEHMİ AKÇİÇEK
SERDAR TURHAL
SEVNAZ ŞAHİN
SULTAN ESER
ŞEREF KÖMÜRCÜ
TUĞBA ÜNEK
UĞUR YILMAZ
ULUS ALİ ŞANLI
UMUT VAROL
YÜKSEL KÜÇÜKZEYBEK

BİLİMSEL PROGRAM

09 Kasım 2019 Cumartesi 3.GERİATRİK ONKOLOJİ SEMPOZYUMU BİLİMSEL PROGRAM		
09.00-09.15	**AÇILIŞ**	
	Geriatrik Onkoloji Derneği Başkanı	**Mehmet Niyazi ALAKAVUKLAR**
09.15 – 09.55	**KONFERANS 1** **BAŞKANLAR: İdris YÜCEL, Serdar TURHAL**	
	Atatürk, Bilim ve Kadın	Candeğer YILMAZ
09.55-10.25	**KONFERANS 2** **BAŞKANLAR: Uğur YILMAZ, Erdem GÖKER**	
	Geriatrik popülasyonda kanser ve tarama programları	Sultan ESER
10.25-10.40	**ARA**	
10.40-11.35	**GERİATRİK ONKOLOJİDE PSİKOLOJİ** **BAŞKANLAR: Rüksan ÇEHRELİ, Işıl SOMALI**	
10.40-11.10	Psikoloji, İmmun sistem ve kanser	Duygu SAĞ
11.10-11.30	Geriatrik Kanser Olgularında Depresyon ve Anksiyete Yönetimi	Engin EKER
11.30-11.35	Tartışma	
11.35 - 12.20	**GERİATRİK ONKOLOJİDE KANSER TEDAVİSİ VE BİLİŞSEL BOZULMA** **BAŞKANLAR: Gamze Gököz DOĞU, Selahattin Fehmi AKÇİÇEK**	
11.35-11.55	Geriatrik Olguda Bilişsel İşlevlerin Subjektif ve Objektif Değerlendirilmesi	Pınar SOSYAL
11.55-12.15	Geriatrik Olgularda Kanser Tedavilerinin Bilişsel İşlevlere Etkisi	Ahmet Turan IŞIK
12.15 -12.20	Tartışma	
12.20 -13.30	**ÖĞLE YEMEĞİ**	
13.30-14.35	**A SALONU - Konferans 3** **GERİATRİDE PSİKOSOSYAL YAKLAŞIMLAR** **BAŞKANLAR: Oktay TARHAN, Nezih MEYDAN, Ahmet ALACACIOĞLU**	**B SALONU** **SÖZEL BİLDİRİLER OTURUMU** **BAŞKANLAR: Yüksel KÜÇÜKZEYBEK, Tuğba ÜNEK, Halil İbrahim PETEKKAYA**
13.30-13.50	Psikodrama Aracılığıyla İleri Yaş Serüveni -Sevnaz ŞAHİN	**S1** : Ali Ekrem AYDIN **S2** : Fatma Sena DOST GÜNAY **S3** : Süleyman Emre KOÇYİĞİT **S4** : Özkan GÖRGÜLÜ **S5** : Hüseyin TEPETAM **S6** : Samed RAHATLI **S7** : İsmail ZİHNİ **S8** : İsmail ZİHNİ **S9** : Burcu CANER
13.50–14.10	Geriatrik Onkolojide Huzurevi ve Bakıcı Sorunları - Nil TEKİN	
14.10-14.30	Geriatrik Onkoloji Hastalarında Biyopsikososyal Yaklaşım - Güler BAHADIR	
14.30-14.35	Tartışma	
14.35-15.40	**ONKOLOJİ TEDAVİLERİNDE GELİŞMELER-1** **BAŞKANLAR: Ulus Ali ŞANLI, İlhan ÖZTOP, Gamze GÖKSEL**	
14.35- 14.55	Akciğer Kanseri Tedavisinde İmmünoterapi	Murat AKYOL
14.55-15.15	Akciğer Kanseri Tedavisinde Tirozin Kinaz İnhibitörleri	Esin OKTAY
15.15–15.35	Meme Kanserinde CDK4/6 inhibitörleri	Özgür TANRIVERDİ
15.35-15.40	Tartışma	
15.40-15.55	**ARA**	
15.55-17.00	**ONKOLOJİ TEDAVİLERİNDE GELİŞMELER-2** **BAŞKANLAR: Hasan Şenol COŞKUN, Rıza ÇETİNGÖZ**	
15.55-16.15	Meme Kanserlerinde Hipofraksiyone Radyoterapi	Zümre ARCAN ALICIKUŞ
16.15-16.35	Nonmetastatik PSA Artışı Olan Kastrasyon Dirençli Prostat Kanserinde Yeni Tedaviler	Umut VAROL
16.35-16.55	Kolon Kanserinde 3. Basamak Tedaviler	Hüseyin Salih Semiz
16.55-17.00	Tartışma	
17.00-17.35	**GERİATRİK ONKOLOJİDE BAKIM** **BAŞKANLAR: Şeref KÖMÜRCÜ , Ahmet DİRİCAN**	
17.00-17.15	Geriatrik Onkolojide Klinik Bilgilendirme	Arzu YAREN
17.15-17.30	Geriatrik Onkolojide Hemşirelik	Özlem KÜÇÜKGÜÇLÜ
17.30-17.35	Tartışma	
17.35-17.50	**Akılcı İlaç Kullanımı Oturum** **BAŞKAN: Özlem YERSAL**	
	Akılcı İlaç Sunumu	Hacer DEMİR
17.50-17.55	Tartışma	
18.00	**KAPANIŞ**	

SÖZLÜ BİLDİRİLER

S – 01

YAŞLI KANSER HASTALARINDA METASTAZ DURMUNA GÖRE KOGNİTİF PERFORMANS VE DEPRESYON

Ali Ekrem AYDIN[1], Esra ATEŞ BULUT[1]
[1]Geriatri Bilim Dalı, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Amaç: Günümüzde kanser tanısı alan hastaların tedavi başarısının artması, sağkalım süresinin uzaması; bu hastalarda hayat kalitesinin arttırılması ve tedavi ile ilişkili yan etkilerin en aza indirilmesi gibi başlıkların önem kazanmasına neden olmuştur. Kognitif etkilenme, depresyon, kronik yorgunluk bu hastalarda sıklıkla karşılaşılmaktadır ve hastanın yönetimini zorlaştırmaktadır. Bu çalışmayla hastalarda metastaz varlığının kognitif etkilenme ve depresyon riski ile ilişkisinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Geriatri kliniğine ayaktan başvuran beyin metastazı ve demans tanısı olmayan 107 kanser tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara global kognitif performansı değerlendirmek üzere Mini-Mental Durum Testi (MMSE), depresyon değerlendirilmesi için Yesevage Geriatrik Depresyon Skalası (YGDS), fonksiyonellik değerlendirmesi için Günlük Yaşam Aktivite Testleri (GYA) ile denge ve yürüme testleri uygulandı. Komorbidite değerlendirmesi Charlson Komorbidite İndeksi ile yapıldı.

Bulgular: Hastaların %41,1'inin kadın olduğu, yaş ortalamasının 76,18±6,43 yıl olduğu görüldü. Metastazı olan hastalarda kadın oranının düşük olduğu, Charlson Komorbidite İndeksi skorunun daha yüksek olduğu saptandı; ancak yaş açısından metastazı olmayan hastalara göre farklılık olmadığı belirlendi. Akciğer ve meme malignitesine kıyasla gastrointestinal sistem maligniteli hastalarda daha sık metastaz olduğu tespit edildi. Metastazı olan ve olmayan hastaların fiziksel ve kognitif performans ve depresyon açısından farklılıklarının bulunmadığı izlendi (Tablo 1).

Sonuç: Malignite tanısı olan yaşlı hastalarda fonksiyonellik, fiziksel ve kognitif performans; hastaların sistemik hastalıkları, kanser hastalığının evresi, verilen kemoterapi rejimi, hastanın bazal kırılganlık durumu gibi birçok faktörden etkilenebilir. Bu çalışmada metastazı olan ve olmayan hastalar arasında kognitif değerlendirme ve depresif duygu durum açısından belirgin farklılık olmaması, katılımcıların fiziksel performanslarının iyi olması ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmalarına bağlanabilir. Ancak; geniş heterojen bir grup oluşturan kanser hastalarında metastaz varlığının depresyon ve kognitif etkilenme ile ilişkisinin ortaya net olarak konulması için büyük örneklemli takip çalışmalarına ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: yaşlı, kanser, kognisyon, depresyon, fonksiyonellik

Tablo 1. Metastazı olan ve olmayan hastaların fonksiyonellik, kognitif ve fiziksel performanslarının kıyaslanması

	Metastazı Olmayan Hastalar (n=51)	Metastazı Olan Hastalar(n=56)	p değeri
Yaş	77,22±6,47	75,23±6,30	0,08
Cinsiyet (kadın%)	59,1	40,9	**0,04**
Akciğer Malignitesi (%)	31,7	16,0	**0,05**
Gastrointestinal Sistem Malignitesi (%)	17,6	46,4	**<0,01**
Meme malignitesi (%)	23,5	8,9	**0,03**
MMSE	25,33±3,57	25,88±3,75	0,34
YGDS	3,12±2,88	3,79±2,06	0,41
Temel GYA	90,29±14,86	89,38±13,88	0,54
Enstrümental GYA	18,69±4,86	18,13±4,53	0,15
Tinetti-Denge	13,78±4,07	14,13±2,91	0,77
Tinetti-Yürüme	10,88±2,76	10,82±2,08	0,59
Tinetti-Total	24,27±6,86	24,96±4,84	0,91
Kalk ve Yürü Testi (sn)	12,90±7,99	13,06±6,74	0,43
Charlson Komorbidite İndeksi	2,61±0,80	6,73±0,77	**<0,01**
Geriatrik Depresyon Ölçeği	3,12±2,88	3,79±2,06	0,23

MMSE: Mini Mental Durum Değerlendirmesi, YGDS: Yesevage Geriatrik Depresyon Skalası, GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

Kaynakça

1. Edelstein A, Pergolizzi D, Alici Y. Cancer-related cognitive impairment in older adults. Current opinion in supportive and palliative care, 2017, 11 (1):60-69. doi:10.1097/spc.0000000000000254

2. Galvin A, Helmer C, Coureau G, Amadeo B, Rainfray M, Soubeyran P, Dartigues JF, Peres K, Bellera C, Delva F, Mathoulin-Pelissier S. Determinants of functional decline in older adults experiencing cancer (the INCAPAC study). Journal of geriatric oncology, 2019. doi:10.1016/j.jgo.2019.03.006

3. Owusu C, Berger NA. Geriatric management of older cancer patients: A call for action beyond assessments. Journal of geriatric oncology, 2019. doi:10.1016/j.jgo.2019.08.007

4. Unutmaz GD, Soysal P, Tuven B, Isik AT. Costs of medication in older patients: before and after comprehensive geriatric assessment. Clinical interventions in aging , 2018, 13:607-613. doi:10.2147/cia.s159966

S – 02

YAŞLI KANSER HASTALARINDA MALNÜTRİSYON SIKLIĞI

Neziha Ulusoylar[1], Fatma Sena Dost Günay[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi Geriatri B.D

Giriş ve Amaç: Malnütrisyon, yaşlı bireylerde önemli morbidite ve mortalite sebebidir (1). İlerleyen yaşla birlikte artan komorbid durumlar gibi kanser varlığı da tek başına malnütrisyona sebep olmaktadır (2). Bu çalışmada 60 yaş üstü kanser hastalarının malnütrisyon sıklığını incelemek amaçlanmıştır.
Materyal ve Metot: Çalışmaya Ocak 2016 – Aralık 2018 tarihleri arasında Dokuz Eylül Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalına ayaktan başvuran toplam 305 kişi dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet, malignite varlığı, metastaz varlığı ve malnütrisyon açısından değerlendirildi. Malnütrisyon durumu Mini Nütrisyonel Değerlendirme Testi- kısa form (Mini Nutritional Assessment short form - MNA sf) ile değerlendirildi (3). MNA- sf skoru ≤7 olanlar malnütrisyon var olarak kabul edildi. Elde edilen sonuçlar ile prevelans analizi yapıldı. Malignite alt tipleri ile malnütrisyon arasındaki tahmini rölatif riskler hesaplandı.

Sonuçlar: Katılımcıların yaş ortalaması 74.90 ± 6.9 ve %61,3 (n = 187) 'ü kadın idi. Hastaların %30.2 (n =92)'sinin malignite tanısı vardı. (Tablo.1) Bu malignitelerin %28.3'ü (n=26) akciğer, %20,7'si (n=19) meme, %20,7'si (n=19) kolorektal kanser ve %10,9'u (n=10) mide kanseri idi. Hepatosellüler kanser, renal hücreli kanser, pankreas, over, prostat, duodenum kanserleri ve malign melanoma diğer olarak gruplandırıldı ve %19,6 (n=18) idi. Malignite tanısı olmayan hastaların ortalama MNA skoru 13, malignite tanısı olan grupta ise 9 olarak saptandı. Malnütrisyon tanısı olan 38 hastanın %81,6'sının (n=31) kanser tanısı mevcuttu. Malignite tanılarına bakıldığında en fazla malnütrisyon riski mide kanserinde görüldü (OR:44,143). (Tablo.2)

Tablo.1 Demografik Özellikler

Demografik Özellikler	**N (%)**
Cinsiyet	
Kadın	187 (%61,3)
Erkek	118 (%38,7)
Yaş	74.90 ± 6.9
Malignite	
Akciğer Kanseri	26 (%28,3)
Meme Kanseri	19 (%20,7)
Kolorektal Kanseri	19 (%20,7)
Mide Kanseri	10 (%10,9)
Diğer	18 (%19,6)
Metastaz	
Var	54 (%58,6)
Yok	38 (%41,4)

Tablo.2 Malignite Alt Tipleri Arasında Malnütrisyon Riski

Malignite	**Malnütrisyon Riski (OR)**
Akciğer	13,07
Meme	7,8
Kolorektal	17,167
Mide	44,143

Tartışma: Malnütrisyon tek başına önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Kanser varlığında malnütrisyon riski artmaktadır. Kanserin yarattığı katabolik sürecin dışında; iştahsızlık, erken doygunluk hissi, odinofaji, tat alma bozuklukları, bulantı gibi gastrointestinal semptomlar, efor kapasitesinde kısıtlanma da rol oynar. Bunun yanı sıra yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, kronik hastalıklar, gastrointestinal sorunlar, ağız diş problemleri, polifarmasi ve sosyoekonomik etmenler bireylerde beslenmeyi olumsuz etkilemektedir (4). Bir geriatrik sendrom olan malnütrisyon, kanser tanısı varlığında daha da önem kazanmaktadır.

Anahtar Kelime: *Malnütrisyon, Yaşlı, Kanser*

S – 03
KANSERİN YAŞLI HASTALARDA GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ ÜZERİNE ETKİLERİ

Süleyman Emre KOÇYİĞİT[1]; Özge DOKUZLAR[1]
[1] Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Geriatri Bilim Dalı

Amaç: İlerleyen yaşla, kişilerde komorbidite sayısı ve kanser insidansı artmaktadır. Kanser, yaştan bağımsız olarak temel ve enstrümental günlük yaşam aktivitelerini(GYA) etkileyebilir. GYA'larda bağımlılık düşük yaşam kalitesini ve mortaliteyi öngörmede önemlidir. Kanserin etkilediği GYA kategorilerini bilmek, tedavi sürecinde alınması gereken önlemlerin belirlenmesi için önemlidir. Çalışmamızda kanser tanısı alan yaşlıların, yaşıtlarından farklı hangi GYA alt kategorilerinde etkilenme olduğunu değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Ocak 2017-Mart 2019 tarihleri arasında geriatri kliniğine başvuran 342 hasta retrospektif ve kesitsel olarak incelendi. Hastalar kanser tanısı olan ve olmayan iki ayrı gruba ayrıldı. Demografik özellikleri, Mini-mental Durum Muayenesi (MMSE), Temel ve Enstrümental GYA skorları kaydedildi. Temel (kişisel bakım, banyo, giyinme, yemek yeme, tuvalet kullanımı, fekal inkontinans, üriner inkontinans, merdiven, mobilite, transfer) ve Enstrümental (telefon kullanabilme, alışveriş, yemek/yiyecek hazırlama, ev temizliği, çamaşır, yolculuk, ilaçlarını kullanabilme, mali işler) GYA alt kategorileri karşılaştırıldı. Anlamlı olan değişkenler için yaş, cinsiyet ve MMSE skoruna göre regresyon analizi uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %62,6'sı kadın ve ortalama yaşları 74,79±6,88 idi. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve enstrümental GYA skorları farklıydı(Tablo-1,$p<0,05$). Temel GYA total skorlarında fark yoktu(p:0,182). Ancak alt kategorilerden banyo ve giyinme skoru malignite grubunda, üriner inkotinans skoru ise kontrol grubunda daha düşüktü($p<0,05$). Enstrümental GYA alt kategorileri açısından ise alışveriş, yemek/yiyecek hazırlama, ev temizliği, çamaşır skoru malignite grubunda daha düşüktü(p:0,05)(Tablo-2). Yaş, cinsiyet ve MMSE skoruna göre regresyon analizinde Temel GYA alt kategorilerdeki anlamlılık devam ederken, Enstrümental GYA'larda sadece ev temizliğinde anlamlılık devam etmişti(risk oranı 0,68;$p<0,022$). Metastaz varlığına göre değerlendirildiğinde her iki GYA alt kategorilerinde anlamlı farklılık yoktu($p>0,05$)

Sonuç: Kanser tanısı olan yaşlıların temel GYA total skorlarında diğer yaşıtlarına göre farklılık saptanmazken, kanser hastaları özellikle banyo ve giyinmede yardıma ihtiyaç duyuyordu. Enstrümental GYA'larda ise ev içerisindeki işlevselliğin etkilendiği, yaş ve cinsiyet etkisi kaldırıldığında ise ev temizliğinde güçlük yaşadıkları görüldü. Yaşlı kanser hastalarında GYA'lar değerlendirilmeli ve primer tedavi planının yanı sıra destek tedavi ve rehabilitasyon planı belirlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Günlük yaşam aktiviteleri, kanser, yaşlı

Tablo 1- Malignitesi olan ve olmayan yaşlı bireylerin demografik özellik ve GYA karşılaştırılması

	Onkolojik Tanı Yok n=238	Onkolojik Tanı Var n=104	p değeri
Yaş (ortalama±SS)	74,15±7,00	76,25±6,39	**0,021**
Cinsiyet (Kadın %)	72,3	40,4	**<0,001**
Temel GYA (ortalama±SS)	90,55±8,77	89,37±14,92	0,182
Enstrümental GYA (ortalama±SS)	19,54±4,19	18,13±4,87	**0,001**
MMSE (ortalama±SS)	26,12±3,83	25,49±3,84	0,085

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri; MMSE: Mini-mental Durum Muayenesi; SS: Standart Sapma

Tablo 2- Malignitesi olan ve olmayan yaşlı bireylerin GYA alt kategorilerinin karşılaştırılması

	Onkolojik Tanı Yok n=238	Onkolojik Tanı Var n=104	p değeri
Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri (ortalama±SS)			
Kişisel Bakım	4,92±0,57	4,75±1,07	0,108
Banyo	4,75±1,07	4,22±1,82	**0,001**
Giyinme	9,83±0,87	9,17±1,99	**<0,001**
Yemek Yeme	9,97±0,80	9,85±0,84	0,058
Tuvalet Kullanımı	9,86±0,80	9,75±1,07	0,301
Fekal İnkontinans	9,70±1,39	9,41±2,13	0,273
Üriner İnkontinans	5,74±3,79	7,13±3,93	**0,001**
Merdiven	7,51±2,67	7,57±3,19	0,482
Mobilite	13,81±2,64	13,68±2,88	0,808
Transfer	14,62±1,32	14,36±2,06	0,462
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri(ortalama±SS)			
Telefon Kullanabilme	2,66±0,61	2,70±0,57	0,577
Alışveriş	2,57±0,72	2,35±0,89	**0,032**
Yemek/Yiyecek Hazırlama	2,55±0,71	2,17±0,90	**<0,001**
Ev Temizliği	3,24±0,81	2,72±1,01	**<0,001**
Çamaşır	1,70±0,55	1,48±0,65	**0,003**
Yolculuk	3,47±0,91	3,30±1,13	0,419
İlaçlarını Kullanabilme	1,79±0,52	1,83±0,54	0,543
Mali İşler	1,54±0,64	1,66±0,51	0,184

GYA: Günlük Yaşam Aktivileri; SS: Standart Sapma

Tablo 3- GYA alt kategorilerinin yaş, cinsiyet ve MMSE skoruna göre risk oranları

	Risk Oranı	Güven Aralığı %95	p değeri
Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri			
Banyo	0,78	0,64-0,95	**0,018**
Giyinme	0,77	0,62-0,95	**0,016**
Üriner İnkontinans	1,10	1,02-1,18	**0,009**
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri			
Alışveriş	0,74	0,51-1,08	0,123
Yemek/Yiyecek Hazırlama	0,73	0,51-1,04	0,087
Ev Temizliği	0,68	0,49-0,94	**0,022**
Çamaşır	0,96	0,58-1,57	0,875

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri; MMSE: Mini-mental Durum Muayenesi

Referanslar

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care , research , and medical education : a cross-sectional study. Lancet. 2012;380(9836):37–43.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12:189–198.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179–186.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965; 14:61–65

Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. Cancer Treat Rev. 2017; 61:94-106.

S – 04

YOĞUN BAKIMDA TAKİP EDİLEN GERİATRİK HASTALARDA KANSER HASTALIĞI İNSİDANSI VE MORTALİTE ORANLARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Özkan Görgülü[1]

[1]Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

Giriş ve Amaç: Kanser hastalığı daha çok geriatrik yaş grubunu etkiler. Kanser teşhisi ve ölüm yaş ortalaması sırasıyla 66 ve 72 yıl olup, yeni tanı alan tüm tüm kanser hastalarının % 54'ü ve hastalarda meydana gelen tüm kansere bağlı ölümlerin % 70'i 65 yaş ve üstündedir(1,2). Kanser insidansı ve mortalitenin geriatrik yaş grubunda artmasıyla, ABD'deki geriatrik popülasyonunun, 2018'de 52 milyondan 2060'a kadar 95 milyona artacağı tahminiyle daha da artmaktadır(2,3). Bu çalışmada yoğun bakım ünitesindeki kanser hastalarının dağılımı ve mortalite oranlarını incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışma için Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan onay alınmıştır(Karar tarih/Sayı 2019-301) , 2008-2018 yıllarını kapsayan son 10 yıllık dönemde, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım ünitesinde yatan 17.818 hastanın verileri taranarak oluşturuldu. Geriatrik 8638(%48,5) hastanın verileri kanser tanısı yönünden analiz edildi. Kanserlerin görülme sıklıklarına göre ve cinsiyete bağlı olarak gruplar değerlendirildi. Gruplandırılamayacak kadar çeşitlilik gösteren kanser türleri diğer olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: 10 yıllık dönemde yoğun bakımda takip edilen 17.818 hastadan 8.638(%48,5) hasta geriatrik yaş grubunu(yaş ≥65) oluşturdu**(Tablo 1)**. Çalışmada 4.106(%47,5)'i kadın ve 4.532(%52,5)'ü erkek olmak üzere toplam 8.638(%48,5) hasta değerlendirildi. Mortalite oranı 2931/8638(%33,9**)(Tablo 2)**'dır. Kanser tanısı alan kadınların sayısı 304(%35,2), mortalite sayısı 216/863(%25)**(Tablo 3).** Geriatrik hastalarda görülme sıklığına göre ilk 3 sırayı Beyin benign neoplazmı122(%14,1) > Mesane kanseri 120(%13,9)>Kolon kanseri 99(%11,5) şeklinde olmasına rağmen mortalitesi en yüksek olan akciğer kanseri 52(%24,1)**(Tablo 4)**dir. Geriatrik erkeklerin kanser tanısında ilk 3 sıra Mesane kanseri 94(%16,8)> Prostat kanseri 83(%14,8)>Akciğer kanseri 62(%11,1) şeklindeyken mortalitesi en yüksek olan akciğer kanseri 46(%30,7)'dır**(Tablo 5).** Geriatrik kadınların kanser tanısında ilk 3 sıra Beyin benign neoplazmı 62(%20,4)>Kolon kanseri 53(%17,4)> Mide kanseri 31(%10,2) şeklindedir, geriatrik kadınlarda mortalitesi en yüksek olan kanser hastalığı ise Kolon kanseri 16(%24,2)'dır.**(Tablo 6).**

Sonuç: Geriatrik hastalarda kanser hastalığı belirgin olarak artmıştır ve mortalitenin en önemli nedenlerindendir. Bizim çalışmamızda bütün gruplarda Beyin benign neoplazmı en sık görülmesine karşın, mortalitesi en yüksek kanser hastalığı erkeklerde akciğer kanseri olurken kadınlarda kolon kanseri 16(%24,2) dir.

Anahtar Kelimeler: Yoğun bakım ünitesi; Geriatrik kanser hastası; Mortalite

Kaynakça:

1. SEER Cancer statistics review (CSR) 1975–2016. Released April 15, 2019 https://seer.cancer.gov/statfacts/html/all.html (Last accessed on 08/14/2019).
2. Owusu C, Berger NA. Geriatric management of older cancer patients: A call for action beyond assessments. J Geriatr Oncol. 2019; pii: S1879-4068(19)30367-4
3. Older Population and Aging. United States Census Bureau. https://www.census.gov/newsroom/stories/2019/senior-citizens.html ([Last accessed August 14, 2019])

Tablo 1-Tüm hastaların genel özellikleri

	n:17818
Yatış gün, medyan(min-max)	2(1-267)
Yaş, medyan(min-max)	64(1-112)
Yaş, n(%)	
<65	9180(51,5)
≥65	**8638(48,5)**
Cinsiyet, n(%)	
Erkek	10149(57)
Kadın	7669(43)
Mortalite, n(%)	
Sağ	13287(74,6)
Exitus	4531(25,4)

Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur.
Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır.

Tablo 2- Geriatrik hasta genel özellikleri

	n:8638
Yatış gün, medyan(min-max)	2(1-116)
Yaş, ort±SS(min-max)	76,6±7,3(65-112)
Cinsiyet, n(%)	
Erkek	**4532(52,5)**
Kadın	4106(47,5)
Mortalite, n(%)	
Sağ	**5707(66,1)**
Exitus	2931(33,9)

Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur.
Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır.

Tablo 3- Geriatrik kanser tanısı alan hastaların genel özellikleri

	n:863
Yatış gün, medyan(min-max)	1(1-69)
Yaş, ort±SS(min-max)	73,6±6,2(65-91)
Cinsiyet, n(%)	
Erkek	**559(64,8)**
Kadın	304(35,2)
Mortalite, n(%)	
Sağ	**647(75)**
Exitus	216(25)

Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur.
Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır.

Tablo 4- Geriatrik kanser tanısı alan hastalara ait yatış süreleri ve mortalite oranları

			Mortalite, n(%)	
Tanı(n:863)	**n(%)**	**Medyan yatış gün sayısı**	**Sağ (n:647)**	**Exitus (n:216)**
Beyin benign neoplazmı	**122(14,1)**	**1(0-68)**	**115(17,8)**	**7(3,2)**
Mesane malign neoplazmı	**120(13,9)**	**1(0-21)**	**105(16,2)**	**15(6,9)**
Kolon malign neoplazmı	**99(11,5)**	**2(0-30)**	**71(11)**	**28(13)**
Prostat malign neoplazmı	83(9,6)	1(1-8)	77(11,9)	6(2,8)
Mide malign neoplazmı	70(8,1)	1(0-69)	49(7,6)	21(9,7)
Bronş ve akciğer malign neoplazmı	**68(7,9)**	**2(0-26)**	**16(2,5)**	**52(24,1)**
Rektum malign neoplazmı	59(6,8)	1(0-25)	54(8,3)	5(2,3)
Pankreas malign neoplazmı	24(2,8)	2(1-13)	20(3,1)	4(1,9)
Akut myeloid lösemi	20(2,3)	1(0-14)	9(1,4)	11(5,1)
Beyin malign neoplazmı	17(2)	4(1-26)	12(1,9)	5(2,3)
Non-Hodgkin lenfoma	14(1,6)	1(0-31)	4(0,6)	10(4,6)
Endometrium malign neoplazmı	9(1)	1(1-10)	9(1,4)	0(0)
Karaciğer malign neoplazmı	8(0,9)	0(0-12)	0(0)	8(3,7)
Over malign neoplazmı	8(0,9)	3(1-9)	6(0,9)	2(0,9)
Meme malign neoplazmı	7(0,8)	1(1-24)	5(0,8)	2(0,9)
Diğer	135(15,6)	2(0-42)	95(14,7)	40(18,5)

Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur.
Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır.

Tablo 5- Geriatrik erkek hastalara ait yatış süreleri ve mortalite oranları

			Mortalite, n(%)	
Tanı(n:559)	**n(%)**	**Medyan yatış gün sayısı**	**Sağ (n:409)**	**Exitus (n:150)**
Beyin benign neoplazmı	**60(10,7)**	**1(0-68)**	**56(13,7)**	**4(2,7)**
Mesane malign neoplazmı	**94(16,8)**	**1(0-21)**	**82(20)**	**12(8)**
Kolon malign neoplazmı	46(8,2)	2(0-30)	34(8,3)	12(8)
Prostat malign neoplazmı	**83(14,8)**	**1(1-8)**	**77(18,8)**	**6(4)**
Mide malign neoplazmı	39(7)	1(0-63)	26(6,4)	13(8,7)
Bronş ve akciğer malign neoplazmı	**62(11,1)**	**2(0-26)**	**16(3,9)**	**46(30,7)**
Rektum malign neoplazmı	43(7,7)	1(0-25)	43(10,5)	0(0)
Pankreas malign neoplazmı	13(2,3)	2(1-13)	12(2,9)	1(0,7)
Akut myeloid lösemi	13(2,3)	2(0-14)	6(1,5)	7(4,7)
Beyin malign neoplazmı	7(1,3)	5(1-26)	4(1)	3(2)
Non-Hodgkin lenfoma	10(1,8)	1(0-31)	1(0,2)	9(6)
Karaciğer malign neoplazmı	7(1,3)	0(0-2)	0(0)	7(4,7)
Diğer	82(14,7)	2(0-42)	52(12,7)	30(20)

Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur.

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır.

Tablo 6- Geriatrik kadın hastaların yatış süreleri ve mortalite oranları

			Mortalite, n(%)	
Tanı(n:304)	**n(%)**	**Medyan yatış gün sayısı**	**Sağ (n:238)**	**Exitus (n:66)**
Beyin benign neoplazmı	**62(20,4)**	**1(1-21)**	**59(24,8)**	**3(4,5)**
Mesane malign neoplazmı	26(8,6)	1(1-17)	23(9,7)	3(4,5)
Kolon malign neoplazmı	**53(17,4)**	**1(0-27)**	**37(15,5)**	**16(24,2)**
Mide malign neoplazmı	**31(10,2)**	**1(0-69)**	**23(9,7)**	**8(12,1)**
Bronş ve akciğer malign neoplazmı	6(2)	3(1-25)	0(0)	6(9,1)
Rektum malign neoplazmı	16(5,3)	1(1-18)	11(4,6)	5(7,6)
Pankreas malign neoplazmı	11(3,6)	2(1-5)	8(3,4)	3(4,5)
Akut myeloid lösemi	7(2,3)	1(0-2)	3(1,3)	4(6,1)
Beyin malign neoplazmı	10(3,3)	3(1-7)	8(3,4)	2(3)
Non-Hodgkin lenfoma	4(1,3)	8(7-8)	3(1,3)	1(1,5)
Endometrium malign neoplazmı	9(3)	1(1-10)	9(3,8)	0(0)
Karaciğer malign neoplazmı	1(0,3)	12(12-12)	0(0)	1(1,5)
Over malign neoplazmı	8(2,6)	3(1-9)	6(2,5)	2(3)
Meme malign neoplazmı	7(2,3)	1(1-24)	5(2,1)	2(3)
Diğer	53(17,4)	1(0-24)	43(18,1)	10(15,2)

Tanımlayıcı istatistikler n(%) ve ortalama ±standart sapma (SS) ve medyan(min-maks) değerleri ile sunulmuştur.

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler SPSS 23.0 paket programı ile yapılmıştır.

S – 05

GERİATRİK ONKOLOJİ HASTASINA YAKLAŞIM KONUSUNDA ONKOLOJİ HEKİMLERİ OLARAK NE KADAR BİLGİ SAHİBİYİZ?

Şule Karabulut Gül[1],Hüseyin Tepetam[1],Didem Çolpan Öksüz[2],Fazilet Öner Dinçbaş[2]
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi[1]
İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi[2]

Amaç: Geriatrik kanser tanısı alan hasta populasyonunun artması geriatrik hastaya yaklaşımı ne kadar biliyoruz sorusunu gündeme getirmiştir.Fizyolojik durumları uygun bile olsa çoğu vaka agresif tedavileri tolere edemeyeceği düşünülerek tedavisiz kalabilmektedir.
Günümüzde kabul gören yaklaşım komorbidite ve performansın esas belirleyici olması ve kapsamlı bir değerlendirme yaparak geriatrik yaş grubunda tedaviye kişiye özel karar vermektir.
Türk Onkoloji Grubu yan etki grubu olarak çalışmamızdaki amaç onkoloji hekimlerinin gerek tıp eğitimi gerekse asistanlık eğitimi süresince geriatrik hastalar hakkında eğitim alıp almadıkları ve geriatrik hastaya yaklaşımlarını irdelemektir.

Gereç ve Yöntem: Katılan hekimlerin demografik bilgileri, tıp eğitimleri ve asistanlık eğitimleri boyunca geriatrik hastalara yaklaşım konusunda eğitim alıp almadıklarını,eğitimi hangi süreçte aldıkları, ne kadarının geriatrik hasta tedavi ettiği,geriatrik hastayı değerlendirirken nelere önem verdikleri ve geriatrik hastaya yaklaşım konusunda eğitim alma hakkında düşüncelerini sorgulayan 24 soruluk anket hazırlanarak hekimlere internet aracılığı ile ulaştırılmıştır. Türk radyasyon onkolojisi derneği ve Türk Tıbbi Onkoloji dernekleri anket linkini sitelerinde yayınlayarak katılıma katkıda bulunmuşlardır.

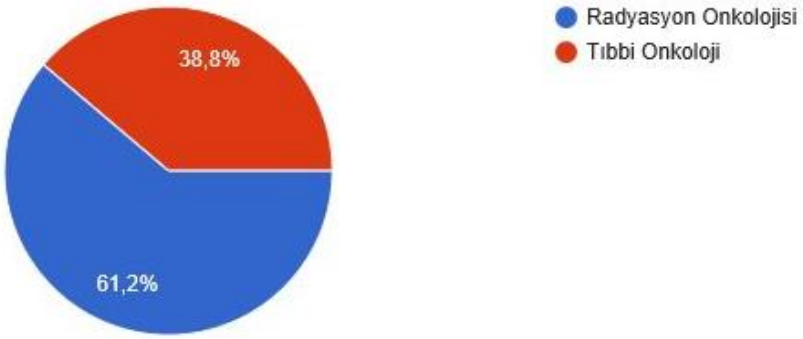
Bulgular:201 hekim ankete katılmış olup 130'u kadın, median yaş 40 (24-69)'dır.152'si uzmanlık eğitimini üniversitede almış,128'i radyasyon onkoloğu,73'ü medikal onkologdur(grafik1).Onkoloji eğitimi öncesi geriatrik eğitim alma oranı %19.4,onkoloji eğitimi sırasında ise bu oran %7'dir(grafik2). Radyoterapi veya kemoterapi uygunluğunu değerlendirirken sadece 26 hekim testlerle değerlendirme yaptığını belirtmiştir.Hekimlerin %52.2'si geriatrik değerlendirmenin sağ kalım oranını bağımsız olarak arttırabileceğini düşünmektedir.Hekimlere göre hastaların kognitif durumları,fonksiyonel durumları ve kronolojik yaşları tedaviye karar vermede etkilidir.Hekimlerin %92.5'i eğitim almanın geriatrik hastalarda tedaviye bakış açısını değiştireceğini düşünmektedir.

Sonuç: Anket sonucunda hekimlerin çoğunluğunun (%93) geriatrik hastaya yaklaşım konusunda eğitim almadıkları görülmüştür.
Yaşlı populasyonun artması ile kanser tanılı geriatrik hasta ile daha sık karşıkarşıya kalmakta olan hekimlerin bu grup hastayı tedavisiz bırakmaması ve bireysel tedaviler konusunda kendini geliştirmesi için geriatrik hastaya yaklaşım eğitimlerinin gerekli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler:Geriatri,Onkoloji,Eğitim

Bölüm:

201 yanıt



S – 06
KANSER TANISI ALAN 90 YAŞ VE ÜSTÜ HASTALARIN TEDAVİ VE SAĞKALIM VERİLERİ

Samed Rahatlı[1]
[1]Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Toplumların yaş ortalaması ve beklenen yaşam süreleri giderek artmaktadır ve bu durum ciddi bir sağlık problemi haline gelmektedir. Yaşlı bireylerde komorbid hastalıklar ve yaşlılığa bağlı kırılganlık nedeniyle kanser tedavisi verilmesi oldukça zor olmakta bu nedenle daha genç kişilere göre sağkalımlar daha düşük olmaktadır. Bu çalışmadaki amaç 90 yaş ve üzerinde kanser tanısı almış hastaların demografik verilerinin ve sağkalım sonuçlarının incelenmesidir.

Method: Hastanemize 2002-2018 tarihleri arasında başvuran 90 yaş ve üstünde kanser tanısı almış olan hastalar bu çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, tanı, aldıkları tedaviler, komorbid hastalıkları, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performans durumları gibi verileri dosya incelemesi yapılarak kaydedildi. SPSS version 23.0 programı ile sağkalım analizleri yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 32 hasta dahil edildi. Hastaların medyan yaşı 91 (90-97)'di. Kanser tanısı alan hastaların 18 (%56.3) tanesi erkek, 14 (%43.8) tanesi kadındı. En sık tanı olarak kolorektal kanser tanısı alan 8 (%25), meme kanseri tanısı alan 7 (%21.9), mesane kanseri tanısı alan 4(%12.5) hasta, mevcuttu. Cerrahi müdahele 14 hastaya uygulanmıştı, 7 hasta radyoterapi, 5 hasta hormonoterapi, 1hasta da kemoterapi almıştı. Tüm grupta genel sağkalım 19.9 ay, kolorektal kanserli hastalarda 25.4 ay, meme kanserli hastalarda 13.3 ay olarak hesaplandı. Cerrahi tedavi uygulanmış hastalarda sağ kalım 42.4 ay iken cerrahi olmamış hastalarda 7.5 ay olarak bulundu (p=0.01). Hastaların 9 tanesi onkolojik veya cerrahi hiçbir tedavi almamıştı. Tedavi almayanlarda sağ kalım 4.9 ay iken, tedavi alanlarda 27.2 aydı (p=0.001).

Sonuç: Geriatrik yaş grubunda kanser sık rastlanan mortalitesi yüksek bir hastalık olup yaş ilerledikçe bu hastalık için uygulanacak kanser tedavileri zorlaşmaktadır. Ancak bu çalışmada hasta sayısı az olmakla birlikte, 90 yaş üzerinde de cerrahi ve diğer medikal kanser tedavileri uygulanan hastalarda sağ kalımların daha iyi olduğu bulunmuştur. Daha fazla sayıda hasta sayısı ile yapılacak çalışmalar ile bu özel ve detaylı inceleme gerektiren hasta grubunda nasıl ve ne kadar tedavi uygulanması gerektiğinin ortaya çıkarılmasına ihtiyaç vardır.

S – 07
80 YAŞ ÜSTÜ MEME KANSERİ DENEYİMİMİZ

İsmail Zihni[1], Mustafa Tercan[1]
[1]SDÜ TIP FAKÜLTESİ CERRAHİ ONKOLOJİ BD

Giriş:İnsan ömrü giderek uzadığından malignitelerle karşılaşma olasılığımız da artmaktadır. Meme kanseri, yaşla beraber görülme olasılığı arttığından, yaşlı nüfus oranı yüksek ülkelerde öncelikli sağlık sorunları arasında yeralmaktadır(1). Bu yaş grubunda meme kanseri daha az agresif seyretmekle birlikte sahip olunan ek hastalıklar ile fiziksel kapasitenin azalması morbiditenin artmasına neden olmaktadır(2,3).

Materyal ve metod: 2009-2019 tarihleri arasında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp fakültesi hastanesine başvurup tedavi edilen 80 yaş ve üzeri meme kanseri tanılı hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Biri erkek olmak üzere 25 hasta çalışmaya dahil edildi. Yaş ortalaması 82.8 idi. Hastalardan 2 si 1. Evre, 12'si 2. Evre ve 11'i 3. Evre idi. Hastaların tamamına cerrahi tedavi uygulandı. Bu tedavilerden 4'ü basit mastektomi, 10'u modifiye radikal mastektomi, 11'i meme koruyucu cerrahi idi. Patolojilerden 3Ü invaziv lobüler karsinom , kalan22'si invaziv duktal karsinom idi.

Tartışma: Erken evre meme kanseri olgularında temel tedavi cerrahidir. İleri yaş grubunda da meme koruyucu cerrahi ve ardından uygulanan radyoterapinin , agresif cerrahiler kadar etkili olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (4). Bazı çalışmalarda da parsiyel mastektomi daha az önerilmektedir(5). Serimizde erken evrede daha çok meme koruyucu cerrahi, ileri evrede extensiv cerrahi tercih edilmiştir. Yaşlı hastalarda axiller diseksiyonun risklerine karşı faydaları iyi değerlendirilmelidir. Otörler ileri yaş grubu ,sentinel nod pozitif hastalar için , alternatif olarak radyoterapiyi önermektedirler(6). Serimizde erken evre nod pozitif hastalar için axiller diseksiyon tercih edilmiştir.

Sonuç: İleri yaş grubunda tedavi tercihinde , daha genç yaş grubuna göre daha az agresif tedavilerin seçimi tartışmalıdır. Yandaş hastalıkları nedeni ile yaşam beklentisi sınırlı olan hastalarda konservatif tedaviler tercih edilebilir. Komorbiditesi olmayan yaşam beklentisi uzun olan ileri yaş grubu hastalarda tedavi seçimi genç hasta grubundan farklı olmamalıdır.

Kaynakça

1- Louwman WJ., Vulto JCM, VerhoevenRHA, Nieuwenhuijzen GAP, Coebergh JWW,Voogd AC.Clinical epidemiologyof breast cancer in the elderly. Eur J Cancer 2007;43:2242-2252.
2- Caywood J, Gray RJ, Hentz J,Pockaj BA. Older age independently predicts a lower risk of a lower risk of sentinel node metastasis in breast cancer. Ann Surg Oncol 2005;12:1061- 1065
3- Wyld L, Reed M. The role of surgery in the management of older women with breast cancer. . Eur J Cancer 2007;43:2253-2263.
4- Wang H, Singh AP, Luce SAS, Go AR. Breast cancer treatment practices in elderly women in acommunity hospital. İnt J of Breast Cancer.2011;2011:467906.
5- Grube BJ, Hansen NM, Ye W, Herlong T, Giuliano AE. Surgical management of breast cancer in the elderly patient. The American Journol of Surgery.2001 Oct 1;182(4):359-64. 6- Straver ME, Meijnen P, van Tienhoven G, van de velde CJH, Mansel RE, Bogaerts J, et al. Role of axillary clearance after a tumor positive sentinel node in the administration of adjuvant therapy in early breast cancer.J Clin Oncol. 2010 Feb 10;28(5):731-7.

S -08
80 YAŞ ÜSTÜ MİDE KANSERİ CERRAHİSİ DENEYİMİMİZ

İsmail Zihni[1], Muhammed Selim Bodur[1]
[1]SDÜ TIP FAKÜLTESİ CERRAHİ ONKOLOJİ BD

Giriş: Mide kanseri kansere bağlı ölümlerde 3.sırada görülmektedir. Yaşam süresinin uzaması ile birlikte yaşlılarda daha sık görülmektedir. Mide kanseri tedavisinde tek küratif yöntem cerrahidir. Ancak geriatrik hasta grubunda yüksek morbidite ve mortalite endişesiyle bazı cerrahlar ameliyat kararında tereddüt edebilmektedir.(1)

Amaç: Geriatrik hasta grubunda mide kanseri cerrahisi deneyimimizi paylaşmayı amaçladık.

Method: Hastanemizde Ekim 2009 – Ekim 2019 arasında mide kanseri cerrahisi uygulanan 80 yaş üstü hastaların verileri retrospektif olarak toplandı. Distal gastrektomi, total gastrektomi ve palyatif cerrahi uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Küratif cerrahi uygulanan hastalara uygun lenf nodu diseksiyonu yapıldı.

Bulgular: 10 yıllık süreçte 80 yaş üstü grupta 36 hasta mide kanseri nedeniyle opere edildi. 26 hastaya küratif, 10 hastaya palyatif cerrahi uygulandı. 17 hastaya total gastrektomi, 9 hastaya distal gastrektomi uygulandı. Palyatif cerrahi uygulanan hasta grubunda 5'i metastatik, 5'i lokal ileri tm idi. Postoperatif mortalite biri palyatif cerrahi grubunda, biri küratif cerrahi grubunda olmak üzere Evre 3 ve 4 hastalığı olan 2 hastada görüldü.
Küratif cerrahi grubunda patoloji sonuçları değerlendirildiğinde 4 hastada Evre 1, 4 hastada Evre 2, 10 hastada Evre 3, 8 hastada Evre 4 hastalık olduğu görüldü. Palyatif cerrahi uygulanan grubunda Evre 3-4 hastalardan oluştuğu düşünüldüğünde 36 hastanın 28'inin Evre 3-4 hastalardan oluştuğu görülmektedir.

Sonuç: Yapılan çalışmalarda mide kanseri tedavisinde yaşın faktör olarak alınmaması gerektiği, geriatrik hasta grubunda onkolojik prensiplere uygun cerrahinin postoperatif ve geç dönem sonuçlara bakıldığında güvenle uygulanabileceği gösterilmiştir.(2)
Geriatrik hasta grubunda geç tanı, yüksek Evre 3-4 hastalık oranı görülmesi nedeniyle tanısal gastroskopi oranının artması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: mide kanseri, 80 yaş, evre

Kaynakça
1. Zhou CJ, Chen FF, Zhuang CL, Pang WY, Zhang FY, Huang DD, et al. Feasibility of radical gastrectomy for elderly patients with gastric cancer. Eur J Surg Oncol. 2016;42:303–311
2. Biondi A, Cananzi FC, Persiani R, Papa V, Degiuli M, Doglietto GB, et al. The road to curative surgery in gastric cancer treatment: a different path in the elderly? J Am Coll Surg. 2012;215:858–867.

S – 09
65 YAŞ ÜZERİ LOKAL İLERİ REKTUM KANSERİ TEDAVİSİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Burcu Caner[1], Ahmet Bilgehan Şahin[1], Birol Ocak[1], Sibel Oyucu Orhan[1], Hilal Kağızmanlı[1], Adem Deligönül[1], Erdem Çubukçu[1], Türkkan Evrensel[1]
[1]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Amaç: Lokal ileri rektum kanseri tanısı ile tedavi almış 65 yaş ve üzeri hastalarda tedavi yanıtı ve sağkalım verilerimizi sunmayı amaçladık.

Metod: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bölümünde lokal ileri rektum kanseri (adenokanser) tanısıyla tedavi alan hastalar retrospektif olarak tarandı. 65 yaş ve üzeri hastaların dosyaları incelendi. Hastaların ortalama yaşları, hastalık evreleri, uygulanan tedaviler, tedavi süreleri, yan etkiler, ortalama takip süreleri, 1.yıl, 3.yıl, 5.yıl hastalıksız sağkalım (DFS) ve genel sağkalım (OS) süreleri değerlendirildi. SPSS 22 ile analiz yapıldı.

Bulgular: Çalışmaya 26 hasta dâhil edildi. Hastaların 9'u erkek, 17'si kadındı. Hastaların ortalama yaşı 71,2 (±4,4) yıldı. Klinik olarak 14 hasta evre 3, 12 hasta evre 2 olarak değerlendirildi. Tüm hastalar neoadjuvan kemoradyoterapi aldı ve opere oldu. 3 hastada patolojik tam yanıt elde edildi. Patolojik olarak 8 hasta evre 1; 8 hasta evre 2 ve 7 hasta evre 3 olarak saptandı. 14 hasta adjuvan kemoterapi aldı, 12 hasta post op tedavisiz izleme alındı. Hastalıksız sağkalım oranı 1.yıl %88.1, 3.yıl %74.4, 5.yıl %74.4, genel sağkalım oranı 1.yıl %96.2, 3.yıl %83.2, 5.yıl %77.3 saptandı. Ölen 5 hastadan 3 tanesi kanser dışı nedenler sebebiyle öldü. Performans durumu nedeniyle adjuvan kapesitabin başlanan 2 hasta yorgunluk ve ishal sebepleriyle 2 kür ve 3 kür tedavi alabildi.

Sonuç: Evre 2 ve evre 3 rektum kanseri tedavisinde neoadjuvan kemoradyoterapi standarttır. Neoadjuvan kemoradyoterapi almış hastalarda adjuvan kemoterapinin faydası kesin olarak bilinmemekle birlikte önerilmektedir. Önerilen tedavi 4 aylık florourasil okzaliplatin kombinasyonu ya da evre 2 hastalarda florourasil tedavisidir. Çalışmamızda adjuvan tedavi almayan hasta oranı yüksek olmasına rağmen survi analizleri literatürle uyumludur. Geriatrik hasta grubunda adjuvan kemoterapi kararı performans durumu, komorbiditeler, patolojik evre değerlendirilerek verilmelidir. Gerçek yaşam verileri için daha fazla hasta sayısı ile büyük ölçekli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: rektum kanseri, neoadjuvan kemoradyoterapi, adjuvan kemoterapi