

GERİATRİK HASTA POPULASYONUNDA GENETİK TESTLER TEMELİNDE BİREYSELLEŞTİRİLMİŞ TEDAVİ SEÇENEKLERİ

45. BÖLÜM

Ertuğrul BAYRAM¹

GİRİŞ

Tüm dünyada beklenen yaşam süresinin giderek artıyor olması beraberinde bazı sağlık sorunlarının önemini arttırmaktadır. İleri yaş kanser için önemli bir risk faktörüdür. Tüm dünyada hem toplam nüfusun, hem de yaşlı popülasyonun gelişmekte olan ülkelerde sanayileşmiş ülkelerin 2 katı kadar fazla olduğu bilinmektedir (1).

Bu oranın ilerleyen yıllarda daha da artması beklenmektedir. Türkiye'de 1990-2000 yılları arasında yaşlı nüfusta belirgin bir artış olmuştur (2).

Bu dönemde yıllık toplam nüfus artışı %1,83 civarında iken, 65 yaş üstü grupta bu oran %4,6'dır. İki bin yılında 65 yaş ve üstü bireyler tüm nüfusun %5,7'sini oluştururken, 2050 yılında bu oranın %21,7'ye ulaşması beklenmektedir (2).

Uluslararası kanser kayıtlarına göre tüm kanserler genç nüfusa oranla ileri yaşta daha sık görülmektedir. Genç bireylere göre tüm kanserler yaşlı erkeklerde ortalama yedi, yaşlı kadınlarda ise dört kat daha fazla görülmektedir (3).

Yaşlı popülasyonda görülen kanserlerin sıklığı genç nüfusa göre farklılık gösterebilir.(3)

Altmış beş yaş üzerinde, kanserlerin % 60'ı ve kanserden ölümlerin 2/3'si görülür. ABD'de, 2000-2002 yılları arasında 60 yaş üstünde en sık görülen maligniteler sıklık sırasına göre erkeklerde; prostat, akciğer, kolon-rektum, mesane ve non-Hodgkin lenfoma, kadınlarda ise meme, kolon-rektum, akciğer, endometrium ve non-Hodgkin lenfoma olarak bildirilmiştir. (4)

Yaşlı ileri evre kanserli hastalarda sağlık durumunu saptamak çok önemlidir, çünkü bu hastalarda tedavi kazancı az ve tedavi toksisitesi fazladır. Tedaviyi etkileyen faktörler evre, komorbid hastalıklar, azalan ve bozulan organ fonksiyonla-

¹ Uzm. Dr., Çukurova Üniversitesi, Balcalı Hastanesi, Tıbbi Onkoloji Kliniği

larının düzelmesi yaşlı hastalarda da güvenle kullanılacaklarını düşündürmektedir. Inoueve ekibinin çalışmasında daha önce herhangi bir tedavi almamış, EGFR mutant 30 yaşlı hastaya gefitinib (250mg/gün) başlanmış; değerlendirilebilen 29 hastanın 19'sünde kısmi veya tam yanıt alındığı; performans durumu ≥ 3 olan 22 hastanın 15'inin tedavi sonrası performans durumunun belirgin düzeldiği görülmüştür. Medyan progresyonsuz sağkalımın 6,5 ay, medyan sağkalım 18 ay ve bir yıllık sağkalım oranı %63 bulunmuştur. Erlotinibin birinci basamak tedavide kullanıldığı faz II çalışmada, ≥ 70 yaş olan 80 hastaya erlotinib verilmiştir. Hastaların %10'unda parsiyel yanıt, %41'inde stabli yanıt elde edilmiştir. Progresyonsuz sağkalım 3,5 ayiken, genel sağkalım 10,9 ay bulunmuştur. Bir ve iki yıllık sağkalım hızları sırasıyla %46 ve %19'dur. En sık görülen toksik etkiler, akneiform döküntü (%79) ve diyare(%69) olarak bildirilmiştir.(9-10)

Meme kanseri olgularının % 43'ü ise 65 yaş ve üzeri olan geriatrik dönemde görülürken , meme kanseri tanısında ortalama yaş 61-69'dur. Meme kanseri olan ve sağ kalan kadınların %72'si ise 60 yaş ve üzeridir. Yine bu hastalarda hedefe yönelik anti-her tedaviler ve immunoterapiler kemoterapiye oranla daha az toksiktir.Bu nedenle BRCA , PDL-1, HER-2 genetik testler mutlaka istenmelidir.(11) Hormonal tedaviye aramotöz inhibitörlerine yanıtız olgularda pı3Ca mutasyonu bakılabilir. Bu mutasyon pozitif gelen hastalarda alpesilip tedavisi kullanılmaya başlanmıştır.(12)

KAYNAKLAR

1. Shrestha LB. Population aging in developing countries. Health Aff (Millwood).2000;19:204-12.
2. Devlet İstatistik Enstitüsü, 2000 Nüfus Sayımı: Nüfusun Sosyal ve Ekonomik Karakteristikleri. TC Başbakanlık Basım No: 2759. Ankara 2003, p.29-33.
3. Hansen J. Common cancers in the elderly. Drugs Aging 1998;13:467-78.
4. Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Smigal C, Thun MJ. Cancer statistics, 2006. CA Cancer J Clin 2006;56:106-30.
5. Caillet P, Canoui-Poitaine F, Vouriot J, et al. Comprehensive geriatric assessment in the decision-making process in elderly patients with cancer: ELCAPA study. *J Clin Oncol* 2011; 29: 3636-3642.
6. Geriatrik Onkoloji Sempozyumu Silivri 11-14 Aralık 2003
7. Boland CR, Goel A. Microsatellite instability in colorectal cancer. *Gastroenterology* 2010; 138(6): 2073-2087.e3.
8. Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol* 2005;55:241-52
9. Pallis AG, Gridelli C, Van Meerbeek JP, Greillier L, Wedding U, Lacombe D, et al. EORTC Elderly Task Force and Lung cancer Group and International Society for Geriatric Oncology (SIOG) Experts' opinion for the treatment of non-small-cell lung cancer in an elderly population. *Ann Oncol* 2010;21(4):692-706.

10. Jackman DM, Yeap BY, Lindeman NI, Fidas P, Rabin MS, Temel J, et al. Phase II clinical trial of chemotherapy-naive patients \geq 70 years of age treated with erlotinib for advanced non-small cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2007;25(7):760-6.
11. Miller KD, Siegel RL, Lin CC, Mariotto AB, Kramer JL, Rowland JH, et al. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*. 2016;66(4): 271-89.
12. André F, Ciruelos E, Rubovszky G, et al: Alpelisib for *PIK3CA*-mutated, hormone receptor-positive advanced breast cancer. *N Engl J Med* 380:1929-1940, 2019.