

GERİATRİ VE ALT GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANSERLERİ

Bilal TOKA¹

Abdurrahim YILDIRIM²

GİRİŞ

Gastrointestinal kanserler hepsi bir arada ele alındığında dünya genelinde en yaygın malignitelerdir. Yeni kanser vakalarının %54'ü, kansere bağlı mortalitenin %70'i 65 yaş üstü hastalarda görülür (1,2). Bu kanserlerin insidansı 60'lı yaşlardan sonra belirgin bir şekilde artar ve geriatrik toplumda yaygın ciddi sağlık sorununu teşkil eder. Yaşlıların neden kansere yakalanma olasılığının daha yüksek olduğu tam olarak anlaşılammakla birlikte, azalmış bağışıklık sürveyansı, uzun süreli karsinojenlere maruz kalma ve yaşlı hücrelerin artan duyarlılığı dahil olmak üzere, birkaç teori vardır.

Kanserden korunmaya yönelik 2 ana yaklaşım vardır: Birincisi; kanser gelişimini önlemek için yaşam tarzı, egzersiz ve diyetdeki değişiklikleri içerir. Bu durum ileri yaşlarda çok mümkün değildir. İkincisi; kanserin erken teşhisine yardımcı olmak, kanserden kaynaklanan morbidite ve mortaliteyi azaltmak için yapılan tarama testleri ve muayenelerdir. Gastrointestinal kanserler arasında, kolorektal kanserler, taramanın sağkalımı iyileştirdiği gösterilen tek kanserdir.

Gastrointestinal kanserler, kanserle ilişkili belirti ve bulguların nonspesifik olması nedeniyle

yaşlılarda sıklıkla ileri evrede teşhis edilir. Yaşlılarda disfaji, kilo kaybı, bağırsak alışkanlıklarındaki son değişiklikler ve abdominal rahatsızlıklar araştırılmalı ve yaşlanma sürecinin bir parçası olarak görülmemelidir. Tedavi rejimleri yaşa, fizyolojiye, hastanın genel performansına ve hastanın isteklerine dayalı olmalıdır. Renal, kardiyak, pulmoner ve immün sistemdeki yaşa bağlı değişiklikler ve hastanın tedaviyi tolere etme yeteneği tedavi sırasında dikkate alınmalıdır.

İNCE BARSAK TÜMÖRLERİ

İnce barsak (duodenum, ileum, jejunum) her ne kadar gastrointestinal sistemin uzunluk olarak %75'ini, mukozal alan olarak %90'ını kaplasa da tümörleri sık değildir. Yeni tanı sindirim sistemi tümörlerinin %5'ini oluşturur (3). İnce bağırsak tümörleri natürel gereği çeşitlilik gösterir. Yaklaşık 40 farklı histolojik tipi tanımlanmıştır. Çünkü ince bağırsak tümörleri hem epitelyal hem de mezenkimal bileşenlerden türeyen tümörlerdir. Histolojik tiplerinin dağılımı, yıllar içinde nöroendokrin (karsinoid) tümörlerin lehine değişmektedir (1). En sık görülen histolojik tipleri, adenokarsinomlar, karsinoid tümörler, lenfomalar ve sarkomlardır.

¹ Doç. Dr., Medicana Konya Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, bilaltoka@hotmail.com, ORCID iD: 0000-0002-8872-2125

² Uzm. Dr., Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, dr.abdurrahim@hotmail.com, ORCID iD: 0009-0006-1280-1392

sil edilmemiştir. Bu, şüphesiz yaşlı yetişkinlerde yeni geliştirilen rejimlerin tolere edilebilirliği ve sağkalım faydaları konusundaki bilgi eksikliğine sebep olmaktadır.

Yaşlı hastalar, tedavi yönetimi için tıbbi onkoloğa yönlendirilmelidir. Onkolog tarafından yapılan değerlendirme, hastanın genel fiziksel işlevinin, eşlik eden hastalıklarının, zihinsel sağlığının, kullandığı ilaçların ve sosyal desteğin derecesinin bir değerlendirmesini içermelidir. Buna göre çok uygun yaşlı yetişkinler, orta derecede uyumlu yaşlı yetişkinler ve uygun olmayan yaşlı yetişkinler olmak üzere ayrılarak uygun tedavi modalitesi belirlenmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ries EM, Kosary CL, Hankey BF, et al. SEER Cancer Statistics Review: 1975-2000. National Cancer Institute, Bethesda, MD.
2. Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Cancer Statistics Review, 1975-2015. http://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2015/ (Accessed on July 31, 2019).
3. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2018. *CA Cancer J Clin* 2018;68:7-30.
4. Bilimoria KY, Bentrem DJ, Wayne JD, et al. Small bowel cancer in the United States: changes in epidemiology, treatment, and survival over the last 20 years. *Ann Surg* 2009;249:63-71.
5. Haselkorn T, Whittemore AS, Lilienfeld DE. Incidence of small bowel cancer in the United States and worldwide: geographic, temporal, and racial differences. *Cancer Causes Control* 2005;16:781-7.
6. Goodman MT, Matsuno RK, Shvetsov YB. Racial and ethnic variation in the incidence of small-bowel cancer subtypes in the United States, 1995-2008. *Dis Colon Rectum* 2013;56:441-8.
7. Qubaiah O, Devesa SS, Platz CE, et al. Small intestinal cancer: a population-based study of incidence and survival patterns in the United States, 1992-2006. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2010;19:1908-18.
8. Chang HK, Yu E, Kim J, et al. Adenocarcinoma of the small intestine: a multi-institutional study of 197 surgically resected cases. *Hum Pathol* 2010;41:1087-96.
9. Cross AJ, Hollenbeck AR, Park Y. A large prospective study of risk factors for adenocarcinomas and malignant carcinoid tumors of the small intestine. *Cancer Causes Control* 2013;24:1737-46.
10. Bennett CM, Coleman HG, Veal PG, et al. Lifestyle factors and small intestine adenocarcinoma risk: a systematic review and metaanalysis. *Cancer Epidemiol* 2015;39:265-73.
11. Boffetta P, Hazelton WD, Chen Y, et al. Body mass, tobacco smoking, alcohol drinking and risk of cancer of the small intestine—a pooled analysis of over 500,000 subjects in the Asia Cohort Consortium. *Ann Oncol* 2012;23:1894-8.
12. Bulow S, Bjork J, Christensen IJ, et al. Duodenal adenomatosis in familial adenomatous polyposis. *Gut* 2004;53:381-6.
13. Wood LD, Salaria SN, Cruise MW, et al. Upper GI tract lesions in familial adenomatous polyposis (FAP): enrichment of pyloric gland adenomas and other gastric and duodenal neoplasms. *Am J Surg Pathol* 2014;38:389-93.
14. Alderlieste YA, Rauws EA, Mathus-Vliegen EM, et al. Prospective enteroscopic evaluation of jejunal polyposis in patients with familial adenomatous polyposis and advanced duodenal polyposis. *Fam Cancer* 2013;12:51-6.
15. Yamada A, Watabe H, Iwama T, et al. The prevalence of small intestinal polyps in patients with familial adenomatous polyposis: a prospective capsule endoscopy study. *Fam Cancer* 2014;13:23-8.
16. Haanstra JF, Al-Toma A, Dekker E, et al. Prevalence of small-bowel neoplasia in Lynch syndrome assessed by video capsule endoscopy. *Gut* 2015;64:1578-83.
17. Koornstra JJ, Kleibeuker JH, Vasen HF. Small-bowel cancer in Lynch syndrome: is it time for surveillance? *Lancet Oncol* 2008;9:901-5.
18. Win AK, Lindor NM, Young JP, et al. Risks of primary extracolonic cancers following colorectal cancer in lynch syndrome. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:1363-72.
19. Schulmann K, Brasch FE, Kunstmann E, et al. HNPCC-associated small bowel cancer: clinical and molecular characteristics. *Gastroenterology* 2005;128:590-9.
20. Giardiello FM, Brensinger JD, Tersmette AC, et al. Very high risk of cancer in familial Peutz-Jeghers syndrome. *Gastroenterology* 2000;119:1447-53. 48. van Hattem WA, Brosens LA, de Leng WW, et al. Large genomic deletions of SMAD4, BMPR1A and PTEN in juvenile polyposis. *Gut* 2008;57:623-7.
21. Kappelman MD, Long MD, Martin C, et al. Evaluation of the patient-reported outcomes measurement information system in a large cohort of patients with inflammatory bowel diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2014;12:1315-23 e2.
22. Solem CA, Harmsen WS, Zinsmeister AR, et al. Small intestinal adenocarcinoma in Crohn's disease: a case-control study. *Inflamm Bowel Dis* 2004;10:32-5.
23. Shaukat A, Virnig DJ, Howard D, et al. Crohn's disease and small bowel adenocarcinoma: a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011;20:1120-3.
24. Lagergren J, Ye W, Ekblom A. Intestinal cancer after cholecystectomy: is bile involved in carcinogenesis? *Gastroenterology* 2001;121:542-7.
25. Lebwahl B, Granath F, Ekblom A, et al. Mucosal healing and risk for lymphoproliferative malignancy in celiac disease: a populationbased cohort study. *Ann Intern Med* 2013;159:169-75.
26. Shimizu N, Kuramoto S, Mimura T, Kobayashi K, Ko-

- bayashi M, Sakai S, Kaminishi M, Oohara T *Surg Today*. 1997;27(6):546.
27. Ries L, Melbert D, Krapcho M, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006, National Cancer Institute. Bethesda, MD. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/ (Accessed on March 14, 2011).
 28. Cancer Stat Facts: Colorectal Cancer. Available at: <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html> (Accessed on October 24, 2019).
 29. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for colorectal cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2008; 149:627-37.
 30. Goodman D, Irvin TT *Br J Surg*. 1993;80(10):1327.
 31. Saw KS, Liu C, Xu W, Varghese C, Parry S, Bissett I *Br J Surg*. 2022;109(2):182
 32. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17.
 33. Rex DK, Rahmani EY, Haseman JH, Lemmel GT, Kaster S, Buckley JS *Gastroenterology*. 1997 Jan;112(1):17-23.
 34. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2015. *CA Cancer J Clin* 2015;65: 5-29
 35. Neuman HB, Weiss JM, Levenson G, et al. Predictors of short-term postoperative survival after elective colectomy in colon cancer patients >5 80 years of age. *Ann Surg Oncol* 2013;20:1427-35.
 36. Tran Ba Loc P, du Montcel ST, Duron JJ, et al. Elderly POSSUM, a dedicated score for prediction of mortality and morbidity after major colorectal surgery in older patients. *Br J Surg* 2010;97:396-403.
 37. Cook EJ, Welsh FK, Chandrakumaran K, et al. Resection of colorectal liver metastases in the elderly: does age matter? *Colorectal Dis* 2012;14:1210-6.
 38. Cannon RM, Martin RC, Callender GG, et al. Safety and efficacy of hepatectomy for colorectal metastases in the elderly. *J Surg Oncol* 2011;104:804-8.
 39. Tanis E, Nordlinger B, Mauer M, et al. Local recurrence rates after radiofrequency ablation or resection of colorectal liver metastases. Analysis of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer #40004 and #40983. *Eur J Cancer* 2014;50:912-9.
 40. Ngan SY, Burmeister B, Fisher RJ, et al. Randomized trial of short-course radiotherapy versus long-course chemoradiation comparing rates of local recurrence in patients with T3 rectal cancer: Trans-Tasman Radiation Oncology Group trial 01.04. *J Clin Oncol* 2012;30:3827-33.
 41. Sanoff HK, Carpenter WR, Sturmer T, et al. Effect of adjuvant chemotherapy on survival of patients with stage III colon cancer diagnosed after age 75 years. *J Clin Oncol* 2012;30:2624-34.
 42. Neugut AI, Matasar M, Wang X, et al. Duration of adjuvant chemotherapy for colon cancer and survival among the elderly. *J Clin Oncol* 2006;24:2368-75.