



YAŞLILARDA KIRILGANLIK VE KANSER TARANMA ORANLARI

FRAILITY AND CANCER SCREENING RATES IN OLDER ADULTS

Birkan İLHAN¹ , Oğuz Kağan BAKKALOĞLU² 

¹Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Geriatri Bölümü, Gaziantep, Türkiye

²Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Kliniği, Gaziantep, Türkiye

ORCID IDs of the authors: B.İ. 0000-0001-6039-5866; O.K.B. 0000-0001-8661-5791

Cite this article as: İlhan B, Bakkaloğlu OK. Frailty and cancer screening rates in older adults. J Ist Faculty Med 2019;82(1):24-8. doi: 10.26650/IUITFD.2018.0030

ÖZET

Amaç: Son zamanlarda yaşlılarda kanser taramalarına kişinin kırılabilirlik düzeyi veya beklenen yaşam süresine göre karar verilmesi önerilmektedir. Yaşlılardaki kanser tarama oranları ile ilgili veriler kısıtlıdır. Bu çalışmada bir geriatri polikliniğine başvuran yaşlılarda kırılabilirlik durumları ile birlikte kolon, meme, prostat ve akciğer kanser taraması oranlarının bildirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Eylül 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında bir geriatri polikliniğine ilk kez başvuran 60 yaş ve üzeri hastaların verileri retrospektif olarak incelendi. Kapsamlı geriatrik değerlendirme sırasında sorgulanmış olan kolon, meme, prostat ve risk gruplarında akciğer kanser taramalarının yapıp yapılmadığı bilgisi kaydedildi. Kırılabilirlik durumlarını FRAIL ölçeği ile değerlendirilerek hastalar kırılabilir olan veya olmayan olarak sınıflandırıldı.

Bulgular: Yüz elli yedi (%73) kadın, 57 (%27) erkek hastanın verileri incelendi. Yaş ortalaması 76±7,3 yıl idi. Kırılabilirlik sorgusu yapılmış olan 203 hastanın 17'si (%8,4) fit; 55'i (%27,1) kırılabilirlik öncesi dönemde; 131'i (%64,5) kırılabilir yaşlı idi. Kırılabilir olmayan yaşlılarda (kırılabilirlik öncesi dönemdeki veya fit) kolon, meme ve prostat kanseri tarama sıklığı sırasıyla %8,3, %10,4 ve %33,3 idi. Kırılabilir grupta kolon, meme ve prostat kanseri tarama sıklığı sırasıyla %5,3, %4 ve %33,3 idi. Akciğer kanseri taraması yapılmış olan hasta yoktu.

Sonuç: Çalışmamızda kolon ve meme kanser tarama sıklığının kırılabilir olan ve olmayan her iki grupta da düşük olduğunu; bununla birlikte prostat kanserinin rutin taraması önerilmemesine rağmen en yüksek tarama sıklığının bu kanser grubunda olduğunu gördük. Akciğer kanseri taraması yapılmış olan hasta yoktu.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, kanser, kırılabilirlik

ABSTRACT

Objective: It has been suggested that the decision of when to implement cancer screening should be based on the frailty status or life expectancy in older adults. There is a limited number of studies reporting cancer screening prevalence in older adults. The aim of this study was to examine the patterns of colorectal, breast, prostate, and lung cancer screening in geriatric outpatients with different frailty statuses.

Material and Methods: Data from our geriatric outpatient clinic from September 2017 to May 2018 was examined retrospectively and included first time admission outpatients aged 60 years or older. The screening situations for colorectal, breast, prostate, and lung cancer (in at risk groups) were obtained from analysis of comprehensive geriatric assessment forms. Frailty was assessed using the FRAIL-scale. Participants were subsequently classified as frail or not frail.

Results: One hundred and fifty seven participants (73%) were female and 57 (27%) were male with a mean age of 76±7.3 years. Of the 203 participants who underwent frailty screening 17 (8.4%) were fit, 55 (27.1%) were prefrail, 131 (64.5%) were frail. Of the participants without frailty, 8.3%, 10.4% ve 33.3% had received recent cancer screening for colorectal, breast, or prostate cancer, respectively. Of the frail participants, 5.3%, 4% and 33.3% had received recent cancer screening for colorectal, breast, or prostate cancer respectively. No participants had been screened for lung cancer.

Conclusion: We observed that the prevalences of colorectal and breast cancer screening are lower in all groups. However the prevalence of prostate cancer screening was higher even though it is not routinely recommended for screening. Nobody was screened for lung cancer.

Keywords: Older adults, cancer, frailty

İletişim kurulacak yazar/Corresponding author: birkanilhan@hotmail.com

Geliş tarihi/Received Date: 17.11.2018 • **Kabul tarihi/Accepted Date:** 29.01.2019

©Telif Hakkı 2019 J Ist Faculty Med - Makale metnine jmed.istanbul.edu.tr web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2019 by J Ist Faculty Med - Available online at jmed.istanbul.edu.tr

GİRİŞ

Ülkemizde yaşlı nüfus giderek artış göstermektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2017 yılına ait verilerine göre 65 yaş üstü bireyler son beş yılda %17 artarak nüfusun %8,5'ini oluşturmuştur (1). Yaşlı nüfusun artışı kronik hastalıklar ve maligniteler gibi sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlılarda en önemli koruma stratejilerinden biri, erken tanı için rutin taramaların yapılmasıdır. T.C. Sağlık Bakanlığı ve Amerika Birleşik Devletleri Koruyucu Hizmetler Grubu (USPSTF) yaşlılarda bazı kanser taramalarının yapılmasını önermektedir. Bunlar meme kanseri, kolon kanseri ve bazı özel gruplarda akciğer ve prostat kanserleridir.

Meme kanserli hastaların %50'den fazlası 65 yaş üzerinde, %30'u 70 yaş üzerindedir (2). Hastalar genellikle geç tanı almakta olup, 65 yaş üzeri meme kanseri olan hastaların %48'inin tanı anında metastatik olduğu bildirilmiştir (3). Tarama ile mortalitede yaklaşık %30 azalma olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalar 70-74 yaşına kadar olan hastaları kapsamaktadır (4). Amerika Kanser Cemiyeti, taramaya kişi sağlıklı olduğu sürece ve 10 yıldan uzun yaşam beklentisi olduğu sürece meme kanseri taramasına devam edilmesini önermektedir (5). Ülkemiz Sağlık Bakanlığı'nca 40-69 yaş arası kadınlarda iki yılda bir mamografi ile tarama önerilmektedir. Yetmiş yaş ve üstü kadınlarda, takip gerektiren herhangi bir patoloji yoksa kişinin isteği ve kar-zarar oranı hesaba katılarak tarama planlanmasını önermektedir (6). USPSTF, 50-74 yaş arası kadınlara iki yılda bir mamografi ile tarama önermektedir (Kanıt B) (7).

Kolorektal kanser için ileri yaş bir risk faktörüdür. Kolorektal kanser kaynaklı ölümlerin %80'i 55 yaş üzeri kişilerde meydana gelmektedir (8). Taramada kullanılan yöntemler gaitada gizli kan testi, sigmoidoskopi veya kolonoskopi olup tarama yöntemlerinin kolon kanserinden ölümleri 50-70 yaş grubunda önemli ölçüde azalttığı kanıtlanmıştır (Kanıt B) (9). Sağlık bakanlığı ve USPSTF 50-75 yaş arası kişilerde tarama önermektedir (Kanıt A).

Prostat kanserinin erken tanı ve tedavisinin yaşam süresini uzattığına dair yeterli kanıt bulunmamaktadır. Prostat spesifik antijen (PSA) testinin yaygınlaşmasıyla prostat biyopsi sıklığının arttığı ve sessiz gidiş gösteren prostat kanserinin de erken tanı aldığı görülmüştür. Dolayısıyla tüm erkeklerin taranmasının kişilerin "aşırı" tanı ve tedavi almasına yol açarak bunlarla ilişkili zararlı etkilerin artışına sebep olduğu gözükmektedir. Bu nedenle prostat kanserinin rutin olarak tüm erkeklerde taranması önerilmemektedir. USPSTF hasta ile olası yararları ve zararlarını tartışmaları neticesinde buna karar vermelerini önermektedir (10). Ülkemizde sağlık bakanlığı da rutin olarak prostat kanserinin rutin taranmasını önermemekte, kişisel olarak karar verilmesini önermektedir (11).

USPTF akciğer kanserinin risk gruplarında taranmasını önermektedir. 50-80 yaş grubunda olan 30 paket yıl sigara içmiş olan, bıraktığından itibaren 15 yıldan uzun süre geçmemiş olan, sağlıklı kişilere düşük doz bilgisayarlı tomografi taramasını önermektedir. Ülkemizde sağlık bakanlığının akciğer kanseri çalıştay raporuna göre; akciğer kanserinin özellikle erkeklerde görülme sıklığı ve ölümcül bir kanser olması yönü ile toplumsal tarama için uygun bir kanser olduğu, ancak mevcut olanaklarla (alt yapı-insan kaynakları yetersizliği, zararın daha fazla olabileceği, overdiagnosis, yalancı pozitiflik gibi nedenlerden ötürü) ülke çapında tarama için uygulanabilir olmadığı bildirilmiştir (12).

Geriatik yaklaşımda genel olarak hastanın tarama ve tedavi planı yapılırken kişinin kronolojik yaşından ziyade genel sağlık durumu ve kırılgnalığı gözetilir. Kırılgnalık ilerleyen yaşla birlikte nöromusküler, metabolik ve immün sistemlerde fizyolojik rezervlerin azalmasına bağlı ortaya çıkan güçsüzlük hali ve stres durumlarına adaptasyonun bozulması olarak tanımlanır (13). Kırılgnalık kalça kırıkları, engellilik durumu, hastaneye yatış riskinde artış ve mortalite ile ilişkilidir (13). Yaşlılarda kanser taramasının irdelendiği bir derlemede taramaların kişinin yaşından ziyade kırılgnalık durumuna göre ve hasta tercihlerine göre yapılmasının daha uygun olacağı vurgulanmıştır (14, 15). Öte yandan taramaya son verilecek olan yaş sınırı da net değildir. Rehberler yine bunun kararının da hastaya göre verilmesi gerektiğini önermektedir (15, 16). Yaşlılarda kanser tarama sıklığını kişinin kırılgnalık durumu ile beraber bildiren çalışmaya literatürde rastlamadık. Ülkemizde de yaşlılarda kanser tarama sıklığını bildiren herhangi bir yayına rastlamadık. Bu çalışmada geriatri polikliniğine ilk kez başvuran yaşlılarda kırılgnalık durumları ile birlikte kolon, meme, prostat ve akciğer kanserlerinin tarama sıklığına bakılması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma retrospektif olarak tasarlandı. Eylül 2017-Mayıs 2018 tarihleri arasında bir geriatri polikliniğine ilk kez başvuran 60 yaş ve üzeri hastaların verileri incelendi. Demografik verileri kaydedildi. Hastaların kapsamlı geriatrik değerlendirme sırasında not alınmış olan, kullanmakta oldukları ilaç sayıları kaydedildi. Öyküde kanser tanısı olan hastalar çalışmaya dahil edilmedi. Polikliniğe ilk başvuruları sırasında hastaların kırılgnalık değerlendirmesi için kullanılan FRAIL ölçeği (17) verileri kaydedildi. FRAIL ölçeğinde yorgunluk, dayanıklılık, ambulasyon, kilo kaybı ve hastalık sayısı sorgulanır. Ölçek 0-5 arasında puanlandırılır. 0: fit, 1-2 puan: kırılgnalık öncesi, 3-5 puan: kırılgnak yaşlıyı ifade eder. Polikliniğimizde kapsamlı geriatrik değerlendirme sırasında hastalara kolon, meme, prostat ve akciğer kanseri taramaları rutin olarak sorulmaktadır. Kanser taramaları sorgusu şu şekillerde yapılmaktadır: Kolon kanseri taraması için son 1 yıl içerisinde gaytada gizli kan

testi ve/veya son 5 yıl içinde rektosigmoidoskopi ve/veya son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırdığı sorulmaktadır. Bunlardan herhangi birini belirtilen süre içerisinde yaptırmış olanlar kolon kanseri taraması yapılmış kişiler olarak kabul edildi. Meme kanseri taraması için kadın hastalara son iki yıl içerisinde mamografi yaptırdığı sorulmaktadır. Prostat kanseri taraması için erkek hastalara son 2 yıl içinde kanda PSA ölçümü yaptırdığı sorulmaktadır. Düşük doz BT ile akciğer kanseri taraması yapılmış yapılmadığı sadece risk grubundaki hastalara sorulmakta (30 paket yıl sigara içmiş olan, bıraktığından itibaren 15 yıldan uzun süre geçmemiş olan).

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizler SPSS 21,0 programı kullanılarak yapıldı. Normal dağılım analizi yapıldıktan sonra numerik veriler ortalama±standart sapma veya ortanca değer minimum ve maksimum değer ile birlikte verildi. Kategorik veriler yüzde şeklinde verildi ve gruplar arasındaki kıyaslamaları ki-kare testi ile yapıldı. Kadın ve erkekler arasında yaş ortalaması karşılaştırılmasında Student T-testi kullanıldı. <0,05 p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Polikliniğe başvuran 562 hastadan kanser tarama sorguları yapılmış olan 214 kişi çalışmaya dahil edildi. Yüz elli yedi olgu (%73) kadın, 57 olgu (%27) ise erkekti. Olguların yaş aralığı 61-97 ve yaş ortalaması 76±7,3 yıl idi. Kadın ve erkekler arasında yaş ortalaması farklı bulunmadı (sırasıyla 77,2 yıl ve 76,4 yıl; p>0,05). Kronik kullanılan ilaç sayısı ortanca değeri 4 adet (min-max. 0-16 adet) idi. FRAIL kırılgnlık taraması yapılmış olan 203 hastanın 17'si (%8,4) fit; 55'i (%27,1) kırılgnlık öncesi dönemde; 131'i (%64,5) kırılgn yaşlı idi.

Çalışma populasyonunda kolon kanseri taraması yapılmış olan 13 kişi (%6,1) vardı. Cinsiyetler arasında kolon kanseri taranma sıklığı açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yok idi (kadınlarda %6,4, erkeklerde %5,3; p>0,05). Meme kanseri taraması yapılmış olan 9 kadın (%5,7) vardı. Prostat kanseri taraması 20 erkekte (%35,1) yapılmış idi. Akciğer kanseri taraması yapılmış olan hasta yoktu. Fit, kırılgnlık öncesi dönem ve kırılgn gruplardaki kanser taraması yapılmış olan hasta sayılarının çok az olması nedeniyle, istatistikler, hastalar kırılgn olan ve kırılgn olmayan (kırılgnlık öncesi dönemde veya fit) olarak iki gruba ayrılarak yapılmıştır (Tablo 1, 2 ve 3). Kırılgn olmayan yaşlılarda kolon, meme ve prostat kanseri taranma sıklığı sırasıyla %8,3, %10,4 ve %33,3 idi. Kırılgn grupta kolon, meme ve prostat kanseri taranma sıklığı sırasıyla %5,3, %4 ve %33,3 idi. Kırılgn olmayan gruplarda kolon ve meme kanseri taranma oranları kırılgn gruba göre daha yüksek olmakla birlikte bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmadı (p>0,05).

Tablo 1: Hastaların kırılgnlık durumlarına göre kolon kanseri taraması oranları

Kırılgnlık durumu	N, %	P değeri
Kırılgn olmayan (n=72)	6 (%8,3)	>0,05
Kırılgn olan (n=131)	7 (%5,3)	

*Kırılgnlık testi verilerine ulaşılmayan 11 hasta bulunmaktadır.

Tablo 2: Kadın hastaların kırılgnlık durumlarına göre meme kanseri taraması oranları

Kırılgnlık durumu	N, %	P değeri
Kırılgn olmayan (n=48)	5 (%10,4)	>0,05
Kırılgn (n=101)	4 (%4)	

*Kırılgnlık testi verilerine ulaşılmayan 8 kadın hasta bulunmaktadır.

Tablo 3: Erkek hastaların kırılgnlık durumlarına göre prostat kanseri taraması oranları

Kırılgnlık durumu	N, %	P değeri
Kırılgn olmayan (n=24)	8 (%33,3)	>0,05
Kırılgn (n=30)	10 (%33,3)	

*Kırılgnlık testi verilerine ulaşılmayan 3 erkek hasta bulunmaktadır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda geriatri polikliniğine ilk kez başvuran yaşlılarda kanser taranma sıklığını kırılgnlık verileri ile beraber sunduk. Kırılgn olmayan yaşlılarda kolon, meme ve prostat kanseri taranma sıklığı sırasıyla %8,3, %10,4 ve %33,3 idi. Akciğer kanseri için tarama yapılmış herhangi bir yaşlı yok idi. Kolon ve meme kanser taranma sıklığının düşük olduğunu; bununla birlikte prostat kanserinin rutinde taranması önerilmemesine rağmen en yüksek taranma sıklığının bu kanser grubunda olduğunu görmekteyiz. Kırılgn dönemdeki hastalarda da kolon ve meme kanser taranma oranlarının düşük olduğunu ve prostat kanser taranma sıklığının ise yine aynı oranda (%33,3) olduğunu gördük.

Poliklinik oranlarımızı ülkemizde kıyaslayabileceğimiz daha evvel yapılmış benzer çalışmaya literatürde rastlamadık. Uluslararası literatürde benzer şekilde yapılmış olan 2 çalışmaya rastladık. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014 yılında yapılmış olan 10 yıllık süreli ve 27404 yaşlıyı içeren bir kohort çalışmasında yaşam beklentisine göre kanser tarama oranları çalışılmış (18). Kişilerin yaşam beklentisi mortalite index testi kullanılarak hesaplanmış. Bu index sonucuna göre 5 yıllık mortalite riskleri düşük, orta ve yüksek olarak sınıflandırılmış. Her bir grupta kolon, meme ve prostat kanseri taranma prevalanslarına bakılmış. Beş yıllık mortalite riskinin düşük olduğu grupta kolon, meme ve prostat kanseri taranma oranları sırası-

la %48,5, %67,9, %66,9; orta riskli olan grupta sırasıyla %40,1, %44,4 ve %58,5 saptanırken yüksek riskli grupta sırasıyla %40,8, %34,2, %51,6 saptanmış. Çalışma sonunda yaşam beklentisi düşük olan grupta dahi taramaların yapılma oranının yüksek olması eleştirilmiştir. Çünkü ek fayda sağlamayacağı görüşü savunulmuş. Bizim çalışmamızdaki fit, kırılgnalık öncesi dönem ve kırılgn gruptaki tüm yaşlılardaki taranma oranlarını bu çalışmadaki mortalite riski açısından düşük, orta ve yüksek olan grup ile birebir kıyaslamak her ne kadar uygun olmasa da yine de oranların daha düşük olduğunu görmekteyiz.

Literatürde bildirilmiş olan diğer çalışma ise yine Amerika Birleşik Devletleri'nde 60 yaş ve üzerindeki 42 yaşlıda taramaların incelendiği ve hastaların kanser taramasına devam etmek isteyip istemediklerinin sorgulandığı bir çalışmaya yapılmış (19). Bu çalışmada son 5 yıl içinde kolon kanseri taraması yaptıran yaşlıların oranı %58; son 2 yıl içinde meme kanseri taraması yaptırmış olan kadınların oranı %78; son 2 yıl içinde prostat kanseri taraması yaptırmış olan erkeklerin oranı %33 olarak bildirilmiş. Çalışmada hastaların kırılgnalık durumları hakkında bilgi verilmemiş. Fakat demanslı hastalar çalışmadan dışlanmış. Mini mental test skorları 20'nin üzerindeki hastalar çalışmaya dahil edilmiş. Hastaların %39'unun sosyoekonomik düzeyi yetersiz, kalan %61'i yeterli olarak bildirilmiş. Bizim çalışma grubu ile kıyaslandığında Amerika'dan bildirilen bu çalışmada prostat kanseri taranma oranının benzer; kolon kanseri ve meme kanseri taranma oranlarının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Bunun nedenleri arasında çalışma popülasyonunun genel sağlık durumu ve kırılgnalık özelliklerinin farklı olması olabilir. Ayrıca sosyoekonomik düzey farklılığı da olabilir. Polikliniğimize başvuran hastalar genel olarak kırsal alandan gelmekte. Çalışmamızda sosyoekonomik düzey ayrıntılı sorgulanmamış olmasına rağmen Amerika'daki çalışma popülasyonunun bildirilmiş olan sosyoekonomik yeterlilik oranından (%71) daha düşük olduğunu düşünüyoruz. Düşük sosyoekonomik düzey de literatürde (15) düşük taranma oranları ile birlikte bildirilmiş. Çalışmamızda özellikle kırılgn olmayan gruptaki taranma oranlarının düşük olmasının bir diğer olası nedeni de hastaların yaptırmak istememiş olması olabilir. Nitekim yukarıda bahsedilen, Amerika'da 42 kişide yapılmış olan çalışmada (19) hastalara yüz yüze görüşmede kanser taramasına devam edip etmedikleri sorulduğunda kimileri taramanın artık kendilerine faydası olmayacağını, olası zararlarının daha fazla olacağını düşünerek taramaya devam etmek istemediklerini belirtmişler. Öte yandan bir grup hasta da hekimleri kendilerine artık kanser taramasına devam etmenin gerekli olmadığını belirttiğinde bunu duyduklarına üzüldüklerini bildirmişler. Bu konu ülkemizde planlanacak başka bir çalışmanın konusu olabilir.

Çalışmamızın bazı olumlu yanları ile birlikte kısıtlılıkları da mevcut. Bildiğimiz kadarıyla bu çalışma ülkemizde yaşlılarda kanser taraması oranını bildiren ilk çalışma. Ayrıca

çalışmamız; literatürde son zamanlarda gündeme gelen kanser taramalarının yapılmasına kişinin yaşından ziyade genel sağlık durumunun değerlendirilerek karar verilmesi (14, 15) hususunu göz önünde bulundurarak kanser tarama prevalansını "kırılgnalık durumları" ile birlikte sunan, bildiğimiz kadarıyla, uluslararası literatürdeki de ilk çalışmadır. Öte yandan çalışmanın retrospektif olması, polikliniğe başvurmuş olan fakat kapsamlı geriatrik değerlendirmeleri yapılmamış olan hastaların verilerinin incelenememiş olması yöntemsel bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Çalışma popülasyonunda kırılgnalık oranının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmanın yapıldığı poliklinik çoğunlukla diğer bölümlerden yönlendirilen daha düşük bir hasta profiline hizmet verdiğinden ve yine retrospektif dizayndan ötürü tüm hastaların verilerinin incelenememiş olması nedeniyle kırılgnalık daha yüksek oranda saptanmış olabilir. Kanser taranma sonuçlarına kayıtlı herhangi bir yazılı veya dijital ortamda ulaşmanın mümkün olmaması nedeniyle taranma sorgusu hasta beyanına dayalı olarak yapılmıştır. Bu durum verilerin güvenilirliği açısından bir kısıtlılık oluşturmaktadır. Kişilerin kırılgnalık sorguları polikliniğimize başvurdukları sırada yapılmış olup taramanın yapılmış olduğu dönemdeki kırılgnalık durumunu tam olarak yansıtmayabilir. Ayrıca çalışma popülasyonu bir geriatri polikliniğine başvuran 214 yaşlıdan oluşmaktadır, bütün toplumu yansıtmayabilir. Fakat bu çalışma, bu konuda toplumsal bazlı daha büyük bir çalışma için fikir oluşturabilir.

Yaşlılarda kanser taramalarına ne zaman son verilmesi gerekliliğine dair herhangi net bir öneri bulunmamaktadır. Sonuç olarak çalışmamızda, polikliniğimize başvuran yaşlılarda, hem kırılgn olmayan grupta hem de kırılgn olan grupta kanser taranma oranlarının düşük olduğunu gördük. Prostat kanser taraması rutinde önerilmemesine rağmen diğer iki kanser türlerinden daha fazla tarandığını görmekteyiz.

Bilgilendirilmiş Onam: Retrospektif bir çalışma olduğundan bilgilendirilmiş onam alınmamıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Çalışma Konsepti/Tasarım- B.İ.; Veri Toplama- B.İ., O.K.B.; Veri Analizi/Yorumlama- B.İ., O.K.B.; Yazı Taslağı- B.İ.; İçeriğin Eleştirel İncelemesi- B.İ., O.K.B.; Son Onay ve Sorumluluk- B.İ., O.K.B.; Malzeme ve Teknik Destek- B.İ., O.K.B.; Süpervizyon- B.İ.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

Informed Consent: Informed consent was not received due to the retrospective nature of the study.

Peer Review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Conception/Design of Study- B.İ.; Data Acquisition- B.İ., O.K.B.; Data Analysis/Interpretation- B.İ., O.K.B.; Drafting Manuscript- B.İ.; Critical Revision of Manuscript- B.İ., O.K.B.; Final Approval and Accountability- B.İ., O.K.B.; Technical or Material Support- B.İ., O.K.B.; Supervision- B.İ.

Conflict of Interest: Authors declared no conflict of interest.

Financial Disclosure: Authors declared no financial support.

KAYNAKLAR

1. İstatistiklerle Yaşlılar 2017. TÜİK Haber Bülteni 2018:27595. Available from <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24644>
2. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008;56(3):159-75. [CrossRef]
3. Ries LAG, Harkins D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. SEER cancer statistics review 1975–2014: Introduction. National Cancer Institute. Available from https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2014/results_merged/sect_01_overview.pdf
4. Nyström L, Rutqvist LE, Wall S, Lindgren A, Lindqvist M, Rydén S, et al. Breast cancer screening with mammography: overview of Swedish randomised trials. *Lancet* 1993;341(8851):973-8. Erratum in: *Lancet* 1993 Nov 27;342(8883):1372. [CrossRef]
5. Oeffinger KC, Fontham ET, Etzioni R, Herzig A, Michaelson JS, Shih YC, et al., Breast Cancer Screening for Women at Average Risk: 2015 Guideline Update From the American Cancer Society. *JAMA* 2015;314(15):1599-614. [CrossRef]
6. Özkan S, Keskinliç B, Gültekin M, Karaca A.S, Öztürk C, Boztaş G et al. editors. Meme Kanseri Taramaları; Ulusal Kanseri Kontrol Planı 2013-2018. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu; 2014.
7. Breast Cancer Recommendation Statement From the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2016;164(6):448.
8. Horner M, Ries L, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Howlader N, et al. SEER cancer statistics review 1975–2006: Introduction. National Cancer Institute. Available from https://seer.cancer.gov/archive/csr/1975_2006/results_merged/sect_01_overview.pdf.
9. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Hekimler için Yaşlı Sağlığı Tanı ve Tedavi Rehberi 2010", 78:(37-46).
10. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;319(18):1901-13. [CrossRef]
11. Prostat kanseri klinik protokolü, Tarama, Türk Üroloji Derneği ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı, TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, 2017:(6). Available from http://hta.gov.tr/pdf/prostat_ca_20_09_1.pdf
12. Akciğer Kanseri Çalıştayı Sonuç Raporu; T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2016:(13-21). Available from https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/Akciger_Kanseri_Calistay_Raporu28042016.pdf
13. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013;381(9868):752-62. [CrossRef]
14. Eckstrom E, Feeny DH, Walter LC, Perdue LA, Whitlock EP. Individualizing cancer screening in older adults: a narrative review and framework for future research. *J Gen Intern Med* 2013;28(2):292-8. [CrossRef]
15. Kotwal AA, Schonberg MA. Cancer Screening in the Elderly: A Review of Breast, Colorectal, Lung, and Prostate Cancer Screening. *Cancer J* 2017;23(4):246-53. [CrossRef]
16. Walter LC, Lewis CL, Barton MB. Screening for colorectal, breast, and cervical cancer in the elderly: A review of the evidence. *Am J Med* 2005;118(10):1078-86. [CrossRef]
17. Morley JE, Malmstrom TK, Miller DK. A simple frailty questionnaire (FRAIL) predicts outcomes in middle aged African Americans. *J Nutr Health Aging* 2012;16(7):601-8. [CrossRef]
18. Royce TJ, Hendrix LH, Stokes WA, Allen IM, Chen RC. Cancer screening rates in individuals with different life expectancies. *JAMA Intern Med* 2014;174(10):1558-65. [CrossRef]
19. Torke AM, Schwartz PH, Holtz LR, Montz K, Sachs GA. Older adults and forgoing cancer screening: "I think it would be strange". *JAMA Intern Med* 2013;173(7):526-31. [CrossRef]