

Bölüm 2

AĞRI TİPLERİ

Emel GÜLER¹

Ağrı, Uluslararası Ağrı Çalışma Grubu tarafından, vücudun belli bir bölgesinden kaynaklanan, gerçek veya potansiyel doku hasarına bağlı olarak ortaya çıkan, kişinin geçmiş deneyimleri ile ilgili, hoş gitmeyen duysal ve emosyonel durum olarak tanımlanmaktadır [1]. Bu tanımlamada da belirtildiği gibi ağrı; fiziksel hasarın bulunmadığı durumlarda da ortaya çıkabileceğinden dolayı, sadece objektif kriterlerle değerlendirilebilecek bir bulgu değildir. Aslında ağrı bir dokuda meydana gelen hasar sonrası veya oluşma potansiyeline karşı, organizmanın zararlı uyarandan uzaklaşmak için verdiği bir tepkidir. Ağrı deneyimi sadece merkezi sinir sistemde meydana gelen olaylarla açıklanamaz. Eş zamanlı olarak emosyonel durum, düşünce ve inançların da etkileşimi söz konusudur. Bunun sonucu olarak ağrı kişiye özeldir ve kişiden kişiye büyük farklılık gösterir.

Ağrı değerlendirilmesinin temelini, hastadan alınacak iyi bir anamnez oluşturmaktadır. Anamnez olası nedenler ve mekanizma açısından çok kıymetli bilgiler verirken, aynı zamanda geçmiş deneyimlerin sorgulanması, emosyonel ve psikiyatrik durumun belirlenmesi ve bunların ağrı üzerine etkilerinin tespitinde önemlidir.

Değerlendirme sırasında ağrı etiolojisinin ortaya konması, patolojinin kaynağının belirlenebilmesi, aynı zamanda sınıflandırmanın yapılabilmesi için; ağrının başlangıç şekli, zaman içindeki seyri, şiddetindeki değişiklikler, ağrıyı arttıran veya azaltan faktörler, eşlik eden başka semptomların varlığı büyük önem taşımaktadır. Bu değerlendirme bizlere hem tanı, hem de tedavide yol gösterici olacaktır.

ANAMNEZ'DE

Sorgulanması gereken soruları sıralamak gerekirse;

1-Ağrının yeri ve yayılımı: Lokalize, dermatomal yayılım, yansıyan ağrı şeklinde mi? (Bu soruların cevaplarına göre lokalize bir ağrıda; tendon injurisi, der-

¹ Uzm. Dr. Emel Güler, Kayseri Şehir Hastanesi/Algoloji Kliniği. dremelguler@gmail.com

ve üşüme arasında bir his tanımlanmaktadır ve özellikle geceleri ağrı artmaktadır. Ağrıyan kol ve bacaklarda deri bozuklukları da ortaya çıkmaktadır. Kozalji adını verdiğimiz yanma tarzındaki ağrılar ve damarlardan kaynaklanan ağrılar sempatik ağrılara örnektir [31].

Tüm bu ağrı tanımlamalarından sonra yansıyan ağrı kesinlikle unutulmamalıdır.

Yansıyan ağrı; patolojinin meydana geldiği organın uzağında bulunan yerlerde hissedilen ağrıdır. Bu ağrı, visseral afferent nöronların farklı anatomik bölgelerden gelen somatik afferent nöronlarla spinal kordda aynı spinal segmentte yer alan ikinci sıra nöronlar üzerinde birleşmesi sonucunda meydana gelir. Bu nedenle organlardan gelen duyuların bağlandığı medulla spinalis segmentlerinden çıkan spinal sinirler, hangi deri bölgesinde dağılıyor ise organların ağrısı o bölgede hissedilir. Başka bir teoriye göre ise deriden kaynaklanan ağrı duyusu ile organ kaynaklı ağrı duyusu kortekse aynı lifler ile iletilmektedir. Bu nedenle de kortekste, ağrının tam kaynağı lokalize edilemez. Sonuçta yansıyan ağrı ciltte ya da daha derin dokularda hissedilebilir ancak genellikle iyi lokalizedir [32]. Yansıyan ağrı genellikle, visseral uyarı daha şiddetli bir hale geldikten sonra ortaya çıkar. Örnek olarak; subfrenik bir hematomdan ya da abseden kaynaklanan diyaf-ram irritasyonu omuz ağrısına neden olabilir [33].

SONUÇ

Ağrı kişinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen, tüm yönleriyle değerlendirilmesi gereken klinik bir parametredir. Yukarıda anlatılan tüm bu bilgiler doğrultusunda, hasta değerlendirmenin en önemli kısmının anamnez olduğunu görmekteyiz. Anamnez sırasında sorulacak sorular; özellikle ağrı sınıflandırması sırasında çok önemlidir. Yaptığımız sınıflandırma sayesinde tanı sırasında neler düşünülmeli, değerlendirme sırasında hangi laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri kullanılmalı, bize bu konuda yardımcı olacaktır. Konulan teşhis doğrultusunda ise verilecek tedavide, bize yol gösterici olacaktır. Hastanın eş zamanlı olarak hem nosiseptif, hem nöropatik ağrısı olabilir. Medikal tedavi seçimi buna göre yapılmalıdır. Aynı şekilde hem sempatik, hem nöropatik ağrısı olan bir hastada verilecek tedavi oluşum mekanizmaları da göz önünde bulundurularak, her iki ağrı paternine göre ayrı ayrı olmalıdır.

KAYNAKÇA

1. Harvey AM. Classification of chronic pain-descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. The Clinical Journal of Pain 1995; 11: 163.
2. Raj PP. Ağrı taksonomisi. Editör: Serdar Erdine Ağrı, İstanbul, Alemdar Ofset 2000: 12-8.
3. Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. 2002.

4. Woolf CJ, Ma Q. Nociceptors—noxious stimulus detectors. *Neuron* 2007; 55: 353-64.
5. Lawson S. Phenotype and function of somatic primary afferent nociceptive neurones with C-, A δ -or A α / β -fibres. *Experimental physiology* 2002; 87: 239-44.
6. Ertekin C. Ağrının nöroanatomi ve nörofizyolojisi. Ağrı ve tedavisi 1993: 1-18.
7. Uyar M, Köken İ. Kronik ağrı nörofizyolojisi. *Neurophysiology of chronic pain TOTBİD Dergisi* 2017; 16: 70-6.
8. Jensen TS, Baron R, Haanpää M et al. A new definition of neuropathic pain. *Pain* 2011; 152: 2204-5.
9. Marchand S. The physiology of pain mechanisms: from the periphery to the brain. *Rheumatic disease clinics of North America* 2008; 34: 285-309.
10. Tan E. Nöropatik ağrı ve tedavisi. 2007.
11. Sobczyk A, Svoboda K. Activity-dependent plasticity of the NMDA-receptor fractional Ca²⁺ current. *Neuron* 2007; 53: 17-24.
12. Basbaum AI, Bautista DM, Scherrer G, Julius D. Cellular and molecular mechanisms of pain. *Cell* 2009; 139: 267-84.
13. Ossipov MH, Dussor GO, Porreca F. Central modulation of pain. *The Journal of clinical investigation* 2010; 120: 3779-87.
14. Saitoh Y, Hirano S-i, Kato A et al. Motor cortex stimulation for deafferentation pain. *Neurosurgical focus* 2001; 11: 1-5.
15. Hanakawa T. Neural mechanisms underlying deafferentation pain: a hypothesis from a neuro-imaging perspective. *Journal of Orthopaedic Science* 2012; 17: 331-5.
16. Osenbach RK. Motor cortex stimulation for intractable pain. *Neurosurgical focus* 2006; 21: E7-E.
17. Russo CM, Brose WG. Chronic pain. *Annual review of medicine* 1998; 49: 123-33.
18. Lynch ME. Antidepressants as analgesics: a review of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatry and Neuroscience* 2001; 26: 30.
19. Tütüncü R, Günay H. Kronik ağrı, psikolojik etmenler ve depresyon. *Dicle Tıp Dergisi* 2011; 38: 257-62.
20. Shipton E. The transition from acute to chronic post surgical pain. *Anaesthesia and intensive care* 2011; 39: 824-36.
21. Rasminsky M. Ectopic impulse generation in pathological nerve fibres. *Trends in Neurosciences* 1983; 6: 388-90.
22. Schott G. Mechanisms of causalgia and related clinical conditions: the role of the central and of the sympathetic nervous systems. *Brain* 1986; 109: 717-38.
23. Indo Y, Tsuruta M, Hayashida Y et al. Mutations in the TRKA/NGF receptor gene in patients with congenital insensitivity to pain with anhidrosis. *Nature genetics* 1996; 13: 485.
24. McIntosh AM, Hall LS, Zeng Y et al. Genetic and environmental risk for chronic pain and the contribution of risk variants for major depressive disorder: a family-based mixed-model analysis. *PLoS medicine* 2016; 13: e1002090.
25. Zorina-Lichtenwalter K, Meloto C, Khoury S, Diatchenko L. Genetic predictors of human chronic pain conditions. *Neuroscience* 2016; 338: 36-62.
26. ONA AY. Kronik Ağrı Etiyopatogenezi. *Türkiye Klinikleri J PM&R-Special Topics* 2017; 10: 234-41.
27. Cervero F. Visceral versus somatic pain: similarities and differences. *Digestive Diseases* 2009; 27: 3-10.
28. Woolf C. Somatic pain--pathogenesis and prevention. *British Journal of Anaesthesia* 1995; 75: 169-76.
29. Cervero F, Laird JM. Visceral pain. *The Lancet* 1999; 353: 2145-8.
30. McMahon S. Mechanisms of sympathetic pain. *British medical bulletin* 1991; 47: 584-600.
31. Schlereth T, Birklein F. The sympathetic nervous system and pain. *Neuromolecular medicine* 2008; 10: 141-7.
32. İnan N, Takmaz S, Özcan A, Dikmen B. Yansıyan omuz ağrısı. 2004.
33. Tekin F, İlter T. Birinci basamakta akut karın ağrısı olan hastaya yaklaşım. *Güncel Gastroenteroloji* 2015; 19: 161-70.