

Bölüm 34

REKTUM KANSERİ VE AĞRI

Cem Batuhan OFLUOĞLU³⁶

GİRİŞ

Rektum kanseri dünya genelinde sık görülen ve mortalite sıralamasında başlarda gelen bir hastalıktır. Tüm kanser hastalarında olduğu gibi, rektum kanseri hastaları da tanı anında, tedavi sırasında, ileri evre veya son dönemde ağrı şikayeti ile doktora başvurabilmektedir. Kanser hastalarındaki ağrıya yaklaşımda primer amaç şikayetleri azaltmak ve şikayet sıklığının önüne geçmek olmalıdır.

REKTUM KANSERİ

Epidemiyoloji

Dünyada her sene 1 milyonun üzerinde insan kolorektal kanser tanısı almakta ve yarısından fazlasında hastalık, metastaz gelişmektedir (1). Kolorektal kanser tüm dünyada en sık görülen 3.kanserdir. Yine kanser nedeniyle ölümler arasında da dünyada 3.sırada yer alır. Avrupa'da en sık görülen 2.kanserdir. Avrupa'da yılda 200.000'nin üzerinde kişi kolon ve rektum kanseri sebebiyle hayatını kaybetmektedir. Kolorektal kanserlerin 1/3' ünü rektal kanserler oluşturmaktadır.

Rektum kanseri için risk faktörleri arasında;

- Yağdan zengin, posadan fakir diyet,
- 50 yaş üzerinde olmak,
- Kolorektal adenom (senkron veya metakron),
- Polipozis sendromları olması (Famiyal adenomatöz polipozis (FAP), Gardner sendromu, Turcot sendromu, Muir-Torre sendromu, Peutz-Jeghers sendromu, Familyal juvenil polipozis sendromu), aile öyküsü,
- HNPCC (Hereditör nonpolipozis kolorektal kanser) öyküsü,

³⁶ Operatör Doktor, SBÜ Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Cerrahi Kliniği, dr.cemofluoglu@gmail.com

Nörostimülasyon

Diğer yöntemlere dirençli ağrılarda spinal kord, periaquaduktal gri madde ve talamik bölgeye yerleştirilen elektrotlar ile SSS'de ağrı modülasyonu ve supresyonun-
dan sorumlu sistemlerin stimülasyonu prensibine dayanır. Pahalıdır ve başarı şansı
düşüktür. Yaşam beklentisi uzun olan hastalarda tercih edilir (11,12)

Nöroablatif yöntemler

Kimyasal Rizotomi: Epidural veya intratekal bölgeye nörolitik solüsyon enjek-
syonu yapılır. Ekstremitte, pelvis, perineal bölge ve göğüs duvarı ağrılarında %50
başarılıdır. Menenjit, araknoidit ve parapleji gelişebilir. Lumbosakral bölgede parezi,
sfinkter disfonksiyonu, temas duyusunun kaybı ve disestezi olabilir.

Kordotomi: Anterolateral spinotalamik yolların servikal bölgede perkütan rad-
yofrekans termokoagülasyon ile tahribatı sonucu, karşı vücut yarısında ağrı ve sıcak-
lık duyusu bloke edilir. Alt ekstremitede tek taraflı ağrılarda uygundur. Başarı oranı
%80-90 dır. Etkisi bir yıl sürer. Parezi, ataksi, mesane disfonksiyonu, disestezi ağrı,
solunum sistemi disfonksiyonu en önemli komplikasyonlarıdır.

SONUÇ

Rektum kanserli hastaların ağrı tedavisinde, diğer tüm ağrılarda olduğu gibi oral opi-
oid kullanımından, invaziv tedavilere kadar farklı seçenekler mevcuttur. Uygulanacak
olan tedavi ağrının tipine, şiddetine, hastanın kliniğine göre Dünya Sağlık Örgütü'nün
basamak tedavisi dikkate alınarak düzenlenmelidir. Tedavide öncelikli hedefimiz ağ-
rının en kısa sürede azaltılması ve tekrarının önlenmesi olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Rektum kanseri, ağrı, ağrı tedavisi, basamak tedavisi, total
mezorektal eksizyon

KAYNAKLAR

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. CA Cancer J Clin. 2005 Mar-Apr; 55(2):74-108.
2. Ford AC, Veldhuyzen van Zanten SJ, Rodgers CC, Talley NJ, Vakil NB, Moayyedi P. Diagnostic utility of alarm features for colorectal cancer: systematic review and meta-analysis. Gut 2008 Nov; 57(11):1545-53. doi: 10.1136/gut.2008.159723
3. NCCN guidelines version 3 rectal cancer,2018;65
4. Gualdi, GF, Casciani, E, Guadalaxara, A, et al. Local Staging of Rectal Cancer with Transrectal Ultrasound and Endorectal Magnetic Resonance Imaging: Comparison with Histologic Findings. Dis Colon Rectum 2000; 43:338.
5. Brown, G, Richards, CJ, Bourne, MW, et al. Morphologic Predictors of Lymph Node Status in Rectal Cancer with Use of High-Spatial-Resolution MR Imaging with Histopathologic Comparison. Radiology 2003; 227:371.
6. MacFarlane J. K., Ryall R. D. H. & Heald R. J. Mesorectal excision for rectal cancer. The lancet 1993; 341(8843):457-460.

7. Ventafridda V, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987;59(4):850-6
8. Orhan ME, Bilgin F, Ergin A, Dere K, Güzeldemir ME. Pain treatment practice according to the WHO analgesic ladder in cancer patients: eight years experience of a single center. *Agri* 2008;20(4):37-43.
9. dMcGuire DB. Occurrence of cancer pain. *J Natl Cancer Ins Monogr* 2004; 32: 51-6.c pain management. *Neurosurg Clin N Am* 2004; 297306.
10. Mitra R, Jones S. Adjuvant analgesics in cancer pain: a review. *Am J Hosp Palliat Car* 2012;29(1):70-9.
11. Ripamonti CI, Bandieri E, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol* 2011; 22 (6): 69-77. 6-Fleishman SB. Treatment of symptom clusters: pain,
12. 2019 WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents (ocak, 2019 <https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/cancer-pain-guidelines/en/>)