

Bölüm 16

KANSER HASTASINDA AĞRI SINIFLAMALARI

Ahmet Ziya ŞAHİN¹

GİRİŞ

Melzack ve Wall'un 1965 yılında medulla spinaliste substantia gelatinoza adı verilen bölgede ağrı duyusunun presinaptik inhibisyon yolu ile bloke edildiğini açıklayan kapı kontrol teorisinden beri ağrı konusunda pek çok gelişme kaydedilmiştir¹. Geçmişte beynin sadece belirli bölgelerinin ağrının algılanmasında rolü olduğu düşünülürken yeni görüntüleme yöntemleriyle beynin bütünü'nün ağrının algılanmasında etkin rol oynadığı saptanmıştır. Günümüzde ağrı duyusunun nasıl algılandığını açıklayan nöromatriks teorisine göre ağrı duyusu bireyler tarafından doğrudan yaralanma, inflamasyon veya diğer patolojiler tarafından uyarılan duysal girdiden ziyade beyinde nöromatriks ismi verilen yaygın olarak dağıtılmış bir sinir ağının çıktıları ile üretilmekte ve beynin birçok bölgesinden kaynaklanan bilişsel, duygusal ve algısal bir kompleks olarak yaşanmaktadır². Uluslararası ağrı araştırmaları derneği (International Association for the Study of Pain=IASP) ağrıyı, vücudun herhangi bir yerinden başlayan, organik bir nedene bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoryal, emosyonel, hoş olmayan bir duygu olarak tarif etmiştir³. Ağrı duyusu etkin şekilde tedavi edilmediğinde fizyolojik ve psikolojik açıdan bireyleri olumsuz yönde etkileyerek yaşam kalitelerini düşürmektedir⁴. Kansere ilişkili en yaygın semptomlardan biri olan ağrıya hastalık süresi boyunca hastaların yarısından fazlası maruz kalmakta ve bu durum

hastaların günlük aktivitelerini, motivasyonlarını, emosyonel durumlarını ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilemektedir. Kanser tanısı konulan hastaların %20-30'u, ileri evre hastaların %60-90'ı, kanser nedeniyle ölen hastaların yaşamının son üç ayında %82'sinin ağrı şikayeti bildirdiği saptanmıştır. ⁵ Kansere bağlı ağrının değerlendirilmesi ve tedavisi ile ilgili yayınlanmış kılavuzlara ve eğitim programlarına rağmen, onkolojik hastalığın herhangi bir aşamasında, şiddetli ağrı, solid veya hematolojik maligniteleri olan hastalarda dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir.⁶

Kanser hastalarında ağrıyı başladığı zamana, etyolojisine, mekanizmasına ve kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırmak mümkündür.

AĞRI SINIFLAMALARI

1. Başladığı Zamana Göre Ağrı Sınıflaması

Kanser hastalarında başladığı zamana göre ağrı akut ve kronik olarak ikiye ayrılmaktadır. Kronik ağrı kanserin kendisinden, metastazlarından veya tedavisinden kaynaklanan, 3 aydan daha uzun süren, sabit veya aralıklı olarak hissedilen ağrı olarak tanımlanmaktadır. Literatürde kanser hastalarında kronik ağrı oranının % 19 ile 41 arasında değiştiği belirtilmektedir. Hastalığın ilerlemesiyle artan kronik ağrı şiddeti hastalarda depresif belirtilerin artmasına, emosyonel labiliteye ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır.⁷ Akut ağrı ise

¹ Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Ziya Şahin, SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı draahmetziya@hotmail.com

da nöropatik ağrının nedenleri arasında tümör ile ilişkili pleksus kompresyonu, tümörün sinir dokusuna ve spinal korda invazyonu, kemoterapötik ajanlar ve radyasyonun indüklediği sinir hasarı, terapötik cerrahi girişimler ve postherpetik neuralji bulunmaktadır. Kanser hastalarının yaklaşık üçte birinde nöropatik ağrı görülmekte olup hastalar tarafından en sık yanıcı batıcı bir ağrı olarak tarif edilmekte ve klasik tedavilere daha az yanıt vermektedir.¹⁴

Deafferentasyon ağrısı iskemik enfarkt gibi santral bir neden veya trigeminal sinir hasarı, herpetik enfeksiyon, uzuv amputasyonu gibi periferik nedenlerle oluşan somatosensoryal uyarın iletiminin merkezi sinir sistemine gidişinin bloke olması ile ortaya çıkar. Talamik ağrılar ve fantom ağrıları deafferentasyon ağrılarına örnektir. Kanserli hastalarda ağrı palyasyonu için uygulanan sinir blokları da somatik sinir hasarına sebebiyet vererek deafferentasyon ağrısına sebep olabilir.^{10, 15}

Reaktif ağrı vücudun çeşitli durumlara karşı bir reaksiyonu olarak motor veya sempatik afferentlerin refleks aktivasyonu ile nosiseptörlerin uyarılması sonucu meydana gelir. Miyofasyal ağrı sendromları ve refleks sempatik distrofiler bu grup ağrılara örnektir.¹⁶

Psikosomatik ağrı mental, duygusal veya davranışsal faktörlere bağlı gelişen fiziksel ağrıdır. Yaygın anksiyete bozukluğu, majör depresyon, sosyal fobi, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikopatolojiler zemininde nörofizyolojik duyarlılığın artması ile ağrının abartılı olarak algılanmasıdır. Baş ağrısı, sırt ağrısı ve mide ağrısı en yaygın psikosomatik ağrı türlerinden bazılarıdır.¹⁶

4. Kaynaklandığı Bölgeye Göre Ağrı Sınıflaması

Kanser hastalarında görülen ağrı kaynaklandığı bölgeye göre 3 başlık altında sınıflandırılmaktadır.

1. Somatik ağrı
2. Visseral ağrı
3. Sempatik ağrı

Sempatik ağrı sempatik sinir sisteminin aktivasyonu ile ortaya çıkan ve yanma tarzında hissedilen ağrıdır. Vasküler kökenli ağrılar, refleks sempatik distrofi ve kozalji bu tip ağrılara örnektir.

Ağrı özellikle geceleri artar ve etkilenen bölgede cilt hassas ve soğuktur.¹⁶ (Somatik ve visseral tip ağrıya nosiseptif ağrı başlığı altında değinilmiştir)

SONUÇ

Sonuç olarak ağrı kanser hastalarının en yaygın semptomlarından birisidir ve hastalık boyunca hastaların yarısından fazlası bu duyudan şikayetçi olmaktadır. Etkin bir şekilde tedavi edilmediğinde hastaları fizyolojik ve psikolojik olarak olumsuz yönde etkilemekte ve yaşam kalitelerini düşürmektedir. Kanser hastalarında ağrı başladığı zamana, etyolojisine, mekanizmasına ve kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. Science. 1965;150(3699):971-979.
2. Melzack R. Evolution of the neuromatrix theory of pain. The Prithvi Raj Lecture: presented at the third World Congress of World Institute of Pain, Barcelona 2004. Pain practice. 2005;5(2):85-94.
3. Yurtsever S, Çavuşoğlu E. Onkoloji Hastalarının Palyatif Bakımında Semptom Yönetimi. Bu kitabın yayın hakkı Akademisyen Kitabevi'ne aittir Kaynak gösterilmeden alıntı yapılamaz, izin almadan hiçbir yolla çoğaltılamaz.
4. Tel H. Ağrı, Ağrıya Yönelik Uygulamalar ve Hasta Bakımı, Edt: Sabuncu N, Ay FA. Klinik Beceriler, Sağlığın Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Matbaacılık, İstanbul, 2010:652-74.
5. Costantini M, Ripamonti C, Beccaro M et al. Prevalence, distress, management, and relief of pain during the last 3 months of cancer patients' life. Results of an Italian mortality follow-back survey. Annals of Oncology. 2009;20(4):729-735.
6. Ripamonti C, Santini D, Maranzano E et al. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. Annals of oncology. 2012;23(suppl_7):vii139-vii154.
7. Xu X, Cheng Q, Ou M et al. Pain acceptance in cancer patients with chronic pain in Hunan, China: A qualitative study. International journal of nursing sciences. 2019;6(4):385-391.
8. Günvar T. Birinci Basamakta Kronik Ağrı Yönetiminin Temel İlkeleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2009;3(3).
9. McGuire DB. Occurrence of cancer pain. JNCI Monographs. 2004;2004(32):51-56.
10. Eti Z. Kanserde ağrı tedavisi. Uroonkoloji Bülteni. 2005;2(1):16-20.
11. Şentürk İA. Ağrı Değerlendirilmesi: Tipleri Ve Mekanizmaları. Medical Research Reports.1(3):78-81.
12. Treede R-D, Jensen TS, Campbell JN et al. Neuropathic pain: redefinition and a grading system for clinical and research purposes. Neurology. 2008;70(18):1630-1635.
13. Scadding J, Koltzenburg M. Neuropathic pain. Advances in Clinical Neuroscience & Rehabilitation. 2003;3:8-14.

14. Moulin D, Boulanger A, Clark A et al. Pharmacological management of chronic neuropathic pain: revised consensus statement from the Canadian Pain Society. *Pain Research and Management*. 2014;19(6):328-335.
15. Hussein AE, Esfahani DR, Moisak GI et al. Motor Cortex Stimulation for Deafferentation Pain. *Current pain and headache reports*. 2018;22(6):45.
16. Aydın ON. Ağrı ve ağrı mekanizmalarına güncel bakış. 2002.