

Bölüm 18

AĞRI Palyasyonunda GİRİŞİMSEL UYGULAMALAR

Kamil GÖNDEREN¹

GİRİŞ

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; hasta ve ailesi yaşamı tehdit eden sorunlarla karşılaştığında ağrı başta olmak üzere diğer fiziksel, psiko-sosyal, manevi ve sosyal sorunların erken dönemde belirlenmesi, dikkatlice değerlendirilmesi ve tedavi edilmesiyle acı çekmenin önlenmesini, hasta ve ailesinin yaşam kalitesinin artırılmasını sağlayan multidisipliner bir bakım sistemi olarak tanımlanmıştır(1). Palyatif bakım, sadece yaşam sonu bakım ile sınırlı olmamakla birlikte tedavi edici veya yaşamı uzatan tedavilerde de hastalığın tüm aşamalarında ağrıyı hafifletmeyi amaçlar. Ağrıyı tedavi etme yöntemleri farmakolojik, fiziksel, davranışsal, nöromodülasyon, girişimsel ve cerrahi yaklaşımlar olmak üzere altı kategoriye ayrılmaktadır. Multidisipliner ağrı tedavisi ile hasta sonuçlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir(2). Mevcut tedavi yöntemlerinin ağrının giderilmesinde yaklaşık yüzde 30'luk bir azalmaya neden olduğu bildirilmektedir ancak bu cevap bile klinik olarak anlamlı olabilir ve hastanın yaşam kalitesini artırabilir. Palyatif bakım hastalarında, farmakolojik tedavilere rağmen ağrı kontrolü sağlanamıyor ya da farmakolojik tedaviye bağlı ortaya çıkan yan etkiler hastanın yaşam kalitesini bozuyorsa maliyet etkinlik açısından değerlendirildikten sonra nöroaksiyel teknikler ve spesifik sinirlere yönelik nörolitik bloklar, hem ağrının daha iyi kontrol edilmesini hem de analjezik doz-

larının azaltılmasını sağlayacağından yaşam kalitesini artırmak için kullanılabilir.

Hastalar tedavi edici yöntemler konusunda bilgilendirilmeli ve her tedavi yöntemi için yöntemin etkinliği, hastanın beklentileri ve gelişebilecek komplikasyonlar açısından neler sunduğu açıklanmalıdır. Ağrı tedavisinde invaziv girişimler DSÖ'nün basamak sisteminde dördüncü basamakta yer almasına rağmen özellikle son yıllarda görüntüleme tekniklerinin gelişimiyle daha erken dönemde güvenle kullanılmaya başlanmıştır.

Palyatif hastalarda kronik ağrı için önerilen sistemik farmakolojik tedaviler dışındaki multimodal yaklaşımlar şunlardır:

TETİK NOKTA ENJEKSİYONU

Tetik nokta enjeksiyonları, hastaların fokal kas-iskelet kaynaklı gelişen ağrısına yönelik uygulamalardır. Tetik noktaları, palpasyonun neden olduğu hassas noktalar ve bölgelerden ayırt edilmelidir. Bu enjeksiyonlar rutin tıbbi uygulama kapsamındadır ve uzman olmayanlar tarafından da yapılabilmektedir. Kanser hastalarında tetik nokta enjeksiyonlarının faydasını destekleyen kanıtlar sınırlı olsa da miyofasial ağrısı olan kanser hastaları için kontrendikasyon olmadığı sürece makul bir seçenek oluşturmaktadır(3,4). Ağrı metastatik kitle veya lokal sinir hasarı gibi aktif, tedavi edilmiş bir nedene sekonder gelişmemiş, miyofasial kaynaklı ise tetik nokta enjeksiyonundan sonra ağrısız dönem genellikle günler veya haftalar

¹ Doktor Öğretim Üyesi, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, kamilefe26@hotmail.com

zi basamaklarına uygun şekilde düzenlenmeli ve hastalar yan etkiler açısından yakından gözlenmeli ve tedavi edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Palyatif bakım, ağrı tedavisi, invaziv yöntemler

KAYNAKÇA

1. WHO analgesic pain ladder available online. www.who.int/cancer/palliative/painladder/en
2. Turk DC, Wilson HD, Cahana A. Treatment of chronic non-cancer pain. *Lancet* 2011; 377:22-6.
3. Sist T, Miner M, Lema M. Characteristics of postradical neck pain syndrome: a report of 25 cases. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18:95.
4. Hasuo H, Kanbara K, Abe T, et al. Factors Associated with the Efficacy of Trigger Point Injection in Advanced Cancer Patients. *J Palliat Med* 2017; 20:1085.
5. Rowe DS. Neurolytic techniques for pain management. *Jacksonville Medicine*; October 1998. <http://www.dcmsonline.org/jax-medicine/1998journals/october98/neurolytic.htm>
6. Ganji, A. Cancer pain management. *Biomedical Imaging and Intervention Journal* 2007; 3(1):e12, accessed online at <http://www.bij.org/2007/1/e12/abstract.asp?ID=230>
7. Arcidiacono PG, Calori G, Carrara S, et al. Celiac plexus block for pancreatic cancer pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; :CD007519.
8. Amr YM, Makharita MY. Neurolytic sympathectomy in the management of cancer pain-time effect: a prospective, randomized multicenter study. *J Pain Symptom Manage* 2014; 48:944.
9. Plancarte R, de Leon-Casasola OA, El-Helaly M, et al. Neurolytic superior hypogastric plexus block for chronic pelvic pain associated with cancer. *Reg Anesth* 1997;22:562.
10. Peng L, Min S, Zejun Z, et al. Spinal cord stimulation for cancer-related pain in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; :CD009389.
11. Brogan S, Junkins S. Interventional therapies for the management of cancer pain. *J Support Oncol* 2010;8:52.
12. Ballantyne JC, Carwood CM. Comparative efficacy of epidural, subarachnoid, and intracerebroventricular opioids in patients with pain due to cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Jan 25; (1):
13. Vissers KC, Besse K, Wagemans M, et al. Pain in patients with cancer. *Pain Pract* 2011; 11: 453-75.
14. Deer TR, Prager J, Levy R, et al. Polyanalgesic Consensus Conference 2012: recommendations for the management of pain by intrathecal (intraspinale) drug delivery: report of an interdisciplinary expert panel. *Neuromodulation* 2012; 15:436.
15. Hassenbusch SJ, Portenoy RK. Current practices in intraspinal therapy a survey of clinical trends and decision making. *J Pain Symptom Manage* 2000; 20:S4.
16. Sjöberg M, Nitescu P, Appलगren L, Curelaru I. Long-term intrathecal morphine and bupivacaine in patients with refractory cancer pain. Results from a morphine:bupivacaine dose regimen of 0.5:4.75 mg/ml. *Anesthesiology* 1994; 80:284.
17. Mercadante S, Intravaia G, Villari P, et al. Intrathecal treatment in cancer patients unresponsive to multiple trials of systemic opioids. *Clin J Pain* 2007; 23:793.
18. Racoosin JA, Seymour SM, Cascio L, Gill R. Serious Neurologic Events after Epidural Glucocorticoid Injection--The FDA's Risk Assessment. *N Engl J Med* 2015; 373:2299.
19. Arden NK, Price C, Reading I, et al. A multicentre randomized controlled trial of epidural corticosteroid injections for sciatica: the WEST study. *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44:1399.
20. Karppinen J, Malmivaara A, Kurunlahti M, et al. Periradicular infiltration for sciatica: a randomized controlled trial. *Spine (Phila Pa 1976)* 2001; 26:1059.
21. Manchikanti L, Malla Y, Wargo BW, et al. A prospective evaluation of complications of 10,000 fluoroscopically directed epidural injections. *Pain Physician* 2012; 15:131.
22. Lee JW, Lee E, Lee GY, et al. Epidural steroid injection-related events requiring hospitalisation or emergency room visits among 52,935 procedures performed at a single centre. *Eur Radiol* 2018; 28:418.