



ONKOLOJİ HASTALARINDA AKUT AĞRI PALYASYONU YAKLAŞIMLARI

Mustafa ERSOY¹

GİRİŞ

Ağrı kanser hastalarında en sık görülen belirti olarak karşımıza çıkmakta ve yaşamın son dönemlerinde görülme sıklığı ve şiddeti artmaktadır. Yaşam kalitesi ve bütünlüğünü olumsuz etkileyerek hasta ve hasta yakınları için ölümün kendisinden bile daha büyük bir korku kaynağı olabilmektedir. Kanser tanısı konulan hastaların %20 -30'u, ileri dönemdeki hastaların ise %60-100 'ü orta ve şiddetli derecede ağrı çekerler. Hastaların önemli bir kısmında ağrı akut olarak ortaya çıkmakta veya kronik ağrının akut alevlenmeleri gözlenmektedir. Bu yüzden sadece onkoloji branşında görevli hekimler değil diğer branş hekimlerinin de akut ağrı palyasyonu konusunda temel yaklaşımı bilmeleri gerekmektedir(1).

Kanser ağrısı basit farmakolojik yöntemlerle %80-90 oranında etkin şekilde tedavi edilebilmesine karşın, pratikte bu oran %30-40 civarında kalmaktadır. Bu başarısızlık nedeniyle akut ağrı palyasyonu gerektiren hastalar çok sık karşımıza çıkmaktadırlar. Bu başarısızlığın nedenleri;

1. Sağlık personeline ait: Ağrının patofizyolojisi, tedavi yöntemleri ve analjezikler hakkında yetersiz bilgi, opioidler ile bağımlılık ve tolerans oluşma korkusu, yan etki korkusu ve ağrının yetersiz değerlendirilmesi
2. Hasta ve ailesine ait: Ağrıyı söylemede isteksizlik (hastalığın ilerlediğini gösterdiğini düşünmeleri ve iyi hasta olamama korkusu), ağrı kesici kullanmada isteksizlik (bağımlılık, yan etki korkusu)

¹ Uzm. Dr., Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Kliniği, muersoy0743@gmail.com

resyonundan sorumlu sistemlerin stimülasyonu prensibine dayanır. Pahalıdır ve başarı şansı düşüktür. Yaşam beklentisi uzun olan hastalarda tercih edilir (29,30).

SONUÇ

Akut kanser ağrısı ile prezente olan hastaların çok sayıda olması genelde ağrı tedavisindeki sorunlardan kaynaklanmaktadır. Ağrı tedavisinin önündeki temel sorunlar, sağlık personelinin etkin ağrı tedavisi konusunda bilgi eksikliğinin olması ve hastalığın tedavisi ile karşılaştırıldığında semptom kontrolüne yeterince önem verilmemesi, hasta ve yakınlarının narkotik bağımlılığıyla ilgili yanlış inanışları ve kanser hastalığında ağrının doğal olduğu düşüncesiyle semptomların gizlenmesi, bazı ülkelerdeki kısıtlayıcı düzenlemeler olarak sayılabilir. Analjezik tedavisine uyumsuzluk da etkin kanser ağrısı yönetiminde bir başka engel olarak ifade edilebilmektedir. Kontrol edilmemiş şiddetli ağrı, acil hizmetlere ve agresif tedaviye ihtiyacı artırmaktadır (31).

KAYNAKLAR

1. M 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. *Ann Oncol* 2009; 20: 729-735
2. Cherny NI, Portenoy RK. Cancer pain management. *Cancer* 1993; 72 (Suppl): 3393-415.
3. Portenoy RK, Lesage P. Management of cancer pain. *Lancet* 1999; 353: 1695-700.
4. Eti Z. Kansede ağrı tedavisi. *Üroonkoloji Bülteni* 2005;2: 16-20.
5. Hall AJ, Sykes NP. Analgesia for patients with advanced disease. *Postgrad Med J* 2004; 80: 148-154
6. Paice JA, Ferrell B. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 2011;61(3):157-82.
7. Caraceni A, Cherny N, Fainsinger R et al. The Steering Committee of the EAPC Research. Pain measurement tools and methods in clinical research in palliative care: recommendations of an expert working group of the European Network. *Association of Palliative Care. J Pain Symptom Manage* 2002; 23: 239-255
8. World Health Organization Cancer Pain Relief. Geneva: World Health Organization, 1986.
9. 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.
10. Camu F, Vanlersberghe C. Pharmacology of systemic anesics. *Best practice and research clinical anesthesiology* 2002; 4: 475- 488

11. Eisenberg E, Berkey C, Carr DB, Mosteller F, Chalmers C. Efficacy and safety of non-steroidal antiinflammatory drugs for cancer pain:a meta-analysis. *J Clin Oncol* 1994; 12:2756-2765
12. Raffa RB, Friderich E, Reimann W, et al. Opioid and nonopioid components independently contribute to the mechanism of action of tramadol, an atypical opioid analgesic. *J Pharmacol Exp Ther* 1992; 260(1): 275-279
13. Bandieri E, Chirarolanza A, Luppi M, Magrini N, Marata AM, Ripamonti C. Prescription of opioids in Italy:everything but the morphin. *Ann Oncol* 2009; 20: 961-962
14. Bercovitch M, Adunsky A. Patterns of highdose morphine use in a home-care hospital service: should we be afraid of it? *Cancer* 2004; 101: 1473-7
15. National Comprehensive Cancer Network. (NCCN) Clinical Practice Guideline in Oncology. Adult Cancer Pain V.II.2011
16. Tan P, Barry S, Reken S et al. Pharmacological management of neuropathic pain in non-specialist settings:summary of NICE guidance. *BMJ* 2010; 340: c1079
17. Saarto T, Wiffen P. Antidepressants for neuropathic pain (Cochrane Review) *Cochrane Syst Rev* 2007; 2: CD002068
18. Wiffen P, Mcquary H, Edwards J, Moore R. Gabapentin for acute and chronic pain (Cochrane Review) *Cochrane Syst Rev* 2005; 2:CD005452
19. Wiffen P, Collins S, Mcquary H, Carroll D, Jadad A, Moore A. Anticonvulsant drugs for acute and chronic pain.(Cochrane Review) *Cochrane Syst Rev* 2005; 3:CD001133
20. Mercadante SL, Berchovich M, Casuccio A et al. A prospective randomized study of corticosteroids as adjuvant drugs to opioids as adjuvant drugs to opioids in advanced cancer patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2007; 24: 13-19
21. Shih A, Jackson KC. Role of corticosteroids in palliative care. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2007; 21: 69-76
22. Aapro M, Abrahamsson PA, Body JJ et al. Guidance on the use of bisphosphonates in solid tumors: recommendations of an international expert panel. *Ann Oncol* 2008; 19: 420-432
23. Mercadante S. Neuraxial techniques for cancer pain: An opinion about unresolved therapeutic dilemma. *Reg Anesth Pain Med* 1999; 24: 74- 83.
24. Nguyen H, Garber JE, Hassenbusch SJ. Spinal analgesics. *Anesthesiology Clin N Am* 2003; 21: 805-16.
25. de Leon-Casasola OA. Interventional procedures for cancer pain management: are they indicated? *Cancer Invest* 2004; 22: 630-42.
26. de Leon-Casasola OA. How should I treat refractory metastatic cancer pain? *The International Monitor* 2001; 13 (4): 3-6.
27. Teng J. Cancer pain and neurolysis. *Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain* 2003; 22: 175-85.
28. Ashburn MA, Lipman AG. Management of pain in the cancer patient. *Anesth Analg* 1993; 76: 402-16
29. Krames E. Implantable devices for pain control: spinal cord stimulation and intrathecal therapies. *Best Practice and Research Clinical Anesthesiology* 2002 ; 4: 619-50.

30. Meglio M. Spinal cord stimulation in chronic pain management. *Neurosurg Clin N Am* 2004; 297-306.
31. Miaskowski C, Dodd MJ, West C, Paul SM, Tripathy D, Koo P, Schumacher K. Lack of adherence with the analgesic regimen: a significant barrier to effective cancer pain management. *J Clin Oncol* 2001; 19(23):4275-79.