

Bölüm 16

ÖLMEKTE OLAN KANSER HASTALARINDA AĞRI YÖNETİMİ

Ali ALKAN¹

Son dönem kanser hastalarında birçok fiziksel ve psikolojik semptom karşımıza çıkmaktadır. Bu semptomlar; primer hastalık, uygulanan tedaviler veya mevcut komorbiditilerden kaynaklanabilmektedir. Özellikle ağrı, halsizlik, dispne, deliryum, kaygı hastaların %50'sinden fazlasında görülen sık semptomlardır[1]. Şikayetlerin palyasyonu sürecin temelini oluşturmaktadır. Bunu yaparken; tarif edilen semptomun ortaya çıkış şekli, şiddeti, tipi, arttıran azaltan faktörler, daha önce uygulanan tedavilere yanıtı ve ilişkili semptomlar değerlendirilmeli ve bu doğrultuda yönetilmelidir. Semptomları değerlendirmek ve tedavi yanıtının takibi amacıyla birçok ölçek geliştirilmiş ve kullanılmaktadır. Edmonton semptom değerlendirme ölçeği (ESAS) ve Memorial semptom değerlendirme ölçeği (MSAS) en sık kullanılan ölçeklerdir[2, 3]. Değerlendirmede hastanın semptomlar ve şiddeti hakkındaki tarifi değerlendirmenin temelini oluşturmalıdır. Psikolojik ve kognitif semptomlar da süreçte yaşam kalitesini etkileyen önemli sorunlardır. Depresyon, anksiyete ve özellikle de ölmekte olan kanser hastasında deliryum bazen yönetimi zor sorunlardandır.

Kanser hastasında ağrı en sık semptomdur ve tanıdan ölüme kadar olan sürecin her basamağında karşımıza çıkabilir. Ağrı, “doku harabiyeti veya hasarı sonucu oluşan nahoş duyuşsal ve duygusal tecrübe” olarak tanımlanmaktadır ve hastalık, hasar ve duygusal algı ile şiddeti değişkenlik gösterebilir[4]. Son dönem kanser hastalarının %70'inde orta ve çok şiddetli ağrı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir[5]. Özellikle baş boyun kanserli hastalarda daha sık tanımlanmıştır. Kanser hastasında ağrı; tümör ilişkili(%70-75), tedavi ilişkili(%20-25) veya kanser dışı sebepler(%5-10) şeklinde ortaya çıkabilir. Tümör lokal olarak komşu organ, doku, sinir, kemik veya damarlara hasar verebileceği gibi tümör ilişkili inflamasyon da ağrıya sebep olabilir. Ayrıca uygulanan cerrahi, kemoterapi, radyoterapi de nosiseptif ve nöropatik ağrıya neden olabilir. Bu ağrılar ciddi psikososyal sorunlara da neden olabilmektedir[6, 7]. İyi yönetilmeyen ağrı özellikle son dönem kanser hastasında önemli bir kaygı sebebidir ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir faktördür[8].

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Muğla. alkanali@yahoo.com

Tablo-2 Opioid analjeziklerin eş değer dozları PO: Oral, IV: İntravenöz[16]

PO Morfin- PO Kodein	1:0.15
IV Morfin- PO Morfin	1:3
IV Hidromorfon- PO Hidromorfon	1:2
PO Morfin- PO Hidromorfon	1:5
IV fentanil- IV Morfin	1:100
PO Hidrokodon- PO Morfin	1:1
PO oksimorfon- PO Morfin	1:3
PO Oksikodon- PO Morfin	1-1.5
PO Hidromorfon- PO Morfin	1:5

REFERANSLAR

1. Moens, K., et al., Are There Differences in the Prevalence of Palliative Care-Related Problems in People Living With Advanced Cancer and Eight Non-Cancer Conditions? A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2014. 48(4): p. 660-677.
2. Portenoy, R.K., et al., The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *Eur J Cancer*, 1994. 30A(9): p. 1326-36.
3. Watanabe, S.M., et al., A multicenter study comparing two numerical versions of the Edmonton Symptom Assessment System in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage*, 2011. 41(2): p. 456-68.
4. Pain terms: a list with definitions and notes on usage. Recommended by the IASP Subcommittee on Taxonomy. *Pain*, 1979. 6(3): p. 249.
5. van den Beuken-van Everdingen, M.H., et al., High prevalence of pain in patients with cancer in a large population-based study in The Netherlands. *Pain*, 2007. 132(3): p. 312-20.
6. Russo, M.M. and T. Sundaramurthi, An Overview of Cancer Pain: Epidemiology and Pathophysiology. *Semin Oncol Nurs*, 2019.
7. Alkan, A., et al., Breast cancer survivors suffer from persistent postmastectomy pain syndrome and posttraumatic stress disorder (ORTHUS study): a study of the palliative care working committee of the Turkish Oncology Group (TOG). *Support Care Cancer*, 2016. 24(9): p. 3747-55.
8. Rodriguez, C., et al., Cancer Pain and Quality of Life. *J Hosp Palliat Nurs*, 2019. 21(2): p. 116-123.
9. Teno, J.M., et al., Is Care for the Dying Improving in the United States? *J Palliat Med*, 2015. 18(8): p. 662-6.
10. Higginson, I.J. and W. Gao, Opioid prescribing for cancer pain during the last 3 months of life: associated factors and 9-year trends in a nationwide United Kingdom cohort study. *J Clin Oncol*, 2012. 30(35): p. 4373-9.
11. Dalal, S., K.C. Tanco, and E. Bruera, State of art of managing pain in patients with cancer. *Cancer J*, 2013. 19(5): p. 379-89.
12. Breitbart, W., et al., The Memorial Delirium Assessment Scale. *J Pain Symptom Manage*, 1997. 13(3): p. 128-37.
13. Folstein, M.F., S.E. Folstein, and P.R. McHugh, "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 1975. 12(3): p. 189-98.
14. Dalal, S., et al., Achievement of personalized pain goal in cancer patients referred to a supportive care clinic at a comprehensive cancer center. *Cancer*, 2012. 118(15): p. 3869-77.

15. Mercadante, S., et al., Low morphine doses in opioid-naive cancer patients with pain. *J Pain Symptom Manage*, 2006. 31(3): p. 242-7.
16. Bruera E, D.S., *The MD Anderson Supportive and Palliative Care Handbook*, fifth edition. 2015.
17. Rai, A.S., et al., Preoperative pregabalin or gabapentin for acute and chronic postoperative pain among patients undergoing breast cancer surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 2017. 70(10): p. 1317-1328.
18. Wilson, J., C. Stack, and J. Hester, Recent advances in cancer pain management. *F1000Prime Rep*, 2014. 6: p. 10.
19. Davies, P.S., Pharmacologic pain management at the end of life. *Nurse Practitioner*, 2016. 41(5): p. 26-37.
20. Breitbart, W. and Y. Alici, Evidence-based treatment of delirium in patients with cancer. *J Clin Oncol*, 2012. 30(11): p. 1206-14.
21. Breitbart, W. and Y. Alici, Agitation and delirium at the end of life: "We couldn't manage him". *JAMA*, 2008. 300(24): p. 2898-910, E1.
22. Lawlor, P.G., et al., Occurrence, causes, and outcome of delirium in patients with advanced cancer: a prospective study. *Arch Intern Med*, 2000. 160(6): p. 786-94.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington 2013.
24. Inouye, S.K., et al., Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 1990. 113(12): p. 941-8.
25. Practice guideline for the treatment of patients with delirium. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry*, 1999. 156(5 Suppl): p. 1-20.
26. Hsieh, T.T., et al., Effectiveness of multicomponent nonpharmacological delirium interventions: a meta-analysis. *JAMA Intern Med*, 2015. 175(4): p. 512-20.
27. Breitbart, W. and Y. Alici, Agitation and Delirium at the End of Life "We Couldn't Manage Him". *Jama-Journal of the American Medical Association*, 2008. 300(24): p. 2898-2910.
28. Candy, B., et al., Drug therapy for delirium in terminally ill adult patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012. 11: p. CD004770.
29. Maltoni, M., E. Scarpi, and O. Nanni, Palliative sedation in end-of-life care. *Curr Opin Oncol*, 2013. 25(4): p. 360-7.
30. Chin, C. and S. Booth, Managing breathlessness: a palliative care approach. *Postgrad Med J*, 2016. 92(1089): p. 393-400.
31. Tice, M.A., Managing breathlessness: providing comfort at the end of life. *Home Healthc Nurse*, 2006. 24(4): p. 207-10.
32. Kamal, A.H., et al., Dyspnea review for the palliative care professional: treatment goals and therapeutic options. *J Palliat Med*, 2012. 15(1): p. 106-14.
33. Vargas-Bermudez, A., F. Cardenal, and J. Porta-Sales, Opioids for the Management of Dyspnea in Cancer Patients: Evidence of the Last 15 Years--A Systematic Review. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 2015. 29(4): p. 341-52.
34. Allard, P., et al., How effective are supplementary doses of opioids for dyspnea in terminally ill cancer patients? A randomized continuous sequential clinical trial. *J Pain Symptom Manage*, 1999. 17(4): p. 256-65.
35. Maeda, T. and T. Hayakawa, Effectiveness of Corticosteroid Monotherapy for Dyspnea Relief in Patients with Terminal Cancer. *J Pain Palliat Care Pharmacother*, 2017. 31(2): p. 148-153.
36. Strieder, M., M. Pecherstorfer, and G. Kreye, Symptomatic treatment of dyspnea in advanced cancer patients : A narrative review of the current literature. *Wien Med Wochenschr*, 2018. 168(13-14): p. 333-343.