

# Ağrı Kliniğimize Başvuran Hastalarımızın 2001–2007 Tarihleri Arasındaki Retrospektif Değerlendirmesi

The Retrospektif Evaluation Of The Patients Applied To Our Pain Clinic Between The Years Of 2001-2007

<sup>1</sup>Doç.Dr. Lütfiye PİRBUĞAK ÇÖÇELLİ

<sup>1</sup>Arş.Gör. Dr. Neslihan AVCI

<sup>1</sup>Doç.Dr. Süleyman GANİDAĞLI

<sup>1</sup>Uzm.Dr. Ali GÖRGÜ

<sup>2</sup>Hem. Serpil OYUCU

<sup>1</sup>Prof.Dr. Ünsal ÖNER

<sup>1</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD, Algoloji BD

<sup>2</sup>Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Algoloji BD

Gaziantep Tıp Dergisi 2009;15(2):66-72.

## Özet

Kuruluşlarından bu yana ağrı polikliniklerine başvuran hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Bu hasta grubunu kanser ve kanser dışı ağrıları olan kronik ağrılı hastalar ile oluşturmaktadır. Bu çalışmada kronik ağrı nedeniyle polikliniğimize başvuran hastaları retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık. 2001-2007 tarihleri arasında Ağrı Polikliniğimize başvuran hastaların dosyaları incelendi. İncelemede hastaların kliniğimize gönderildikleri bölümler, ağrının nedenleri; kanser ve kanser dışı nedenler, yapılan farmakolojik ve invaziv tedaviler değerlendirildi. Kuruluşundan 31.12.2007 tarihine kadar polikliniğimize başvuran hastaların gönderildiği bölümlere bakıldığında Tıbbi Onkoloji Kliniğinden gelen hasta yüzdesi %42.3, Ortopedi Kliniğinden gelen hasta yüzdesi %34.1, kendisi başvuranların yüzdesi ise %47.8 olarak saptandı. Uygulanan girişimsel tedavilerin yıllara göre dağılımı göz önüne alındığında ise epidural steroid uygulaması, epidural kateter takılması, tetik nokta uygulaması ve epidural kan yaması sayısında artış, sadece reçete ve ilaç verilen hasta sayısında azalma görüldü. Başarılı tedavi uygulamalarımız sonucunda artan hasta memnuniyetinin ağrı kliniğine başvuran hasta sayısında ciddi artışlara neden olacağı ve multidisipliner yaklaşımın yerleşmesinin hasta yönlendirilmesinde önemli olduğu kanısındayız.

**Anahtar Kelimeler:** Ağrı kliniği, Kanser ve kanser dışı ağrı

## Abstract

The number of the patients referring to pain clinics for pain or other reasons, is increasing day by day since their establishment. In this study, we aimed to investigate the files of the patients referred to our pain clinic between the years 2001-2007. The sending clinics, the cause of the chronic pain, the pharmacological and other invasive therapies were evaluated. Considering the sending clinics, 47.8% of the patients came directly by themselves, 42.3% were sent by The Department of Oncology, 34.1% were directed from the The Department of Orthopedics. Analyzing the type of therapies over the years, the number of medical therapy decreased while the invasive procedures such as epidural steroid injection, epidural catheter application, trigger point injection, were increased. We assume that the satisfaction of the patients due to our multidisciplinary approach and successful treatment, will increase the number of the patients applying to Our Pain Clinic.

**Key words:** Pain clinic, Malign- nonmalign pain

## Giriş

Ağrının geçmişi insanoğlu ile birlikte başlamasına rağmen ağrıya tıbbi bilimsel yaklaşım son 25 yıl içerisinde olmuştur. Günümüzde artık ağrı çekmek bir kader değil, tedavisi mümkün bir hastalıktır. Son yıllarda kazanılan ilerlemeler eşliğinde kronik ağrısı olan hastaların tedavisi ile ilgilenen kurumlar yani ağrı klinikleri kurulmuştur. Dünyada ağrı biliminin önderi olarak kabul edilen John Bonica'dan sonra 1970'li yıllarla birlikte tıpta ağrı tedavisine verilen önemde büyük bir ivme başlamıştır. 1950'li yılların başında A.B.D' de başlayan bu yaklaşım 1970'li yıllarla birlikte önemli bir gelişme kazanmıştır. Geçmişte sadece çeşitli hastalıkların bir bulgusu olarak kabul edilen ağrı, özellikle kronik ağrı artık başlı başına bir hastalık, bir sendrom olarak ele alınmaya başlanmıştır. 1973'te IASP Uluslar arası Ağrı Teşkilatı'nın kurulması ile hızlanan ağrı ile ilgili çalışmalar ülkemizde de, 1990 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde kurulması ile başlamıştır. 1986 yılında kurulan Ağrı Ünitesi, 1990 yılında YÖK tarafından bilim dalı olarak kabul edilmiş, daha sonra diğer üniversite ve eğitim hastanelerinde de üniteler ve bilim dalları kurulmuştur. Şu anda ülkemizde başta Üniversite Hastanelerinde olmak üzere eğitim hastanelerimizin pek çoğunda Algoloji Poliklinik ve Klinikleri bu hizmeti vermektedirler (1). Algoloji (Ağrı) Bilim Dalı, bu kliniklerin kuruluşuna öncülük ederek, ağrı uzmanlığını gündeme getirmiştir. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalımızda 01.01.2001 tarihinde Ağrı Ünitesi kurulmuş 09.04.2008 tarihinde ise Algoloji bilim dalı olarak kabul edilmiştir.

Kliniğimizde farmakolojik tedavi, girişimsel invaziv tedaviler, doğum analjezi ve postoperatif ağrı tedavileri yapılmaktadır. Kuruluşundan bu yana ağrı polikliniklerine başvuran hasta sayısı her geçen gün artmaktadır. Kanser kökenli ağrı ile birlikte kanser kökenli olmayan kronik ağrı nedeniyle kliniğimize başvuran hasta sayısında geçmiş yıllara oranla anlamlı derecede artış görülmektedir.

Doç.Dr. Lütfiye PİRBUĞAK ÇÖÇELLİ Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon AD

**Adres:** Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi 27310 Şehitkamil / GAZİANTEP

**Tel:** 0342 360 22 44 **Fax:** 0342 360 22 44 **E-mail:** lutfiyep@hotmail.com



**Tablo 1.** 2001-2007 yılları arasında ağrı polikliniğine başvuran hastaların malign non-malign olarak ayrılması

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Malign	191(%47)	133(%21)	75(%30)	122(%38)	179(%42)	441(%53)	798(%40)
Non Malign	217(%53)	506(%79)	174(%70)	199(%62)	245(%58)	386(%47)	1197(%60)
Toplam Hasta Sayısı	408	639	249	321	424	827	1995

**Tablo 2.** 2001-2007 yılları arasında ağrı ünitesinde yapılan girişimler

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Toplam
Epidural steroid uygulaması	28(%8)	50(%14)	16(%4)	29(%8)	34(%10)	67(%19)	115(%33)	339(%6)
Stellat Ganglion blokajı	3	127(%43)	16(%5)	34(%11)	24(%8)	27(%9)	64(%21)	295(%6)
İnterkostal blok	-	37(%14)	8(%3)	2	41(%15)	54(%21)	116(%44)	258(%5)
Supraskapular blok	6(%2)	18(%8)	1	6(%2)	12(%5)	64(%30)	103(%49)	210(%4)
Epidural Port takılması	1(%4)	1(%4)	-	3(%13)	7(%31)	2(%9)	8(%36)	22
Epidural kateter takılması	16(%6)	32(%12)	22(%8)	24(%9)	27(%10)	41(%15)	96(%37)	258(%5)
Tetik Nokta	21(%3)	54(%9)	27(%4)	17(%3)	27(%4)	42(%7)	374(%66)	562(%20)
Paravertebral blok	19(%35)	8(%14)	4(%7)	1(%1)	1(%1)	3(%5)	18(%33)	54(%1)
Epidural Kan Yaması	-	4(%7)	6(%11)	7(%13)	10(%18)	11(%20)	15(%28)	53(%1)
İntratekal port	1(%9)	-	-	2(%18)	2(%18)	6(%54)	-	11
Reçete ve ilaç verilmesi	313(%11)	308(%11)	152(%5)	195(%6)	247(%8)	510(%18)	1061(%38)	2786(%57)

En çok kronik bel, sırt ve boyun ağrıları ve kanser kökenli ağrı nedeniyle başvuru olan Ağrı Kliniğimizde, ağrının nedenine yönelik incelemeler, modern tıbbin birçok dalı ve diğer tıbbi branşlarla konsültasyon yapılarak tam olarak ağrı nedeni anlaşılmaya çalışılmaktadır. Bu çalışmada kronik ağrı nedeniyle polikliniğimize başvuran hastaları retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

### Gereç ve Yöntemler

2001-2007 tarihleri arasında Ağrı Polikliniğimize başvuran hasta dosyaları incelendi.

İncelemede hastaların kliniğimize gönderildikleri bölümler (Tıbbi Onkoloji, Ortopedi Kliniği, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Üroloji, Dahiliye, Dermatoloji, Psikiyatri...), kronik ağrı nedenleri; kanser (Akciğer Ca, Kolon Ca, Meme Ca, Prostat Ca, Larinks Ca, Safra kesesi Ca...) ve kanser dışı nedenler (Lomber Disk Hernisi, Fibromiyalji, Migren, Trigeminal Nevralji, Refleks Sempatik Distrofi, vb.), yapılan farmakolojik işlemler (reçete verilmesi ve medikal tedavi), ağrı ünitemizde yapılan girişimler (epidural steroid enjeksiyonu, epidural kateter takılması, stellat ganglion blokajı, interkostal sinir blokajı...) ve kanser ağrısındaki invaziv tedavi seçenekleri (Sempatik Bloklar, Periferik Sinir Blokları, Nöroaksiyel Bloklar) ile girişim endikasyonları (Spinal Stenoz, Lomber Disk Hernisi, Meme Ca, Refleks Sempatik Distrofi, Kosta Kırıkları, Adeziv Kapsülit, Baş Ağrıları...) değerlendirildi.

Ağrı nedenini araştırılırken gerektiğinde diğer tıbbi branşlarla (Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon, Nöroloji, Tıbbi Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Beyin Cerrahi, Ortopedi Kliniği, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi, Üroloji, Dahiliye, Psikiyatri...) yapılan konsültasyonlar, postoperatif akut ağrı tedavisi ve doğum analjezisi uyguladığımız hasta grubu akut ağrı kapsamında değerlendirildiği için çalışmaya dahil edilmedi. Farmakolojik olmayan ağrı tedavi yöntemleri (meditasyon, progresif gevşeme, yardımla düşünme, ritmik solunum, biofeedback, terapötik dokunma, kütanöz stimülasyon, hipnoz, müzik, mizah, akupressure, sıcak soğuk uygulama ve buz masajı) kliniğimizde uygulanmadığı için çalışmaya dahil edilmedi (2).

Kanser ve kanser dışı ağrı hasta grubundaki yüzdeler başvuran hasta sayısının o yıl içerisinde başvuran toplam hasta sayısına (Tablo 1), ağrı ünitesinde yapılan girişimlerin yüzdeleri ilgili girişimin hesaplanan yıl içerisindeki sayısının ilgili girişimin toplam sayısına (Tablo 2), girişim endikasyonu yüzdeleri ilgili endikasyonun ilgili girişimin toplam sayısına oranlanmasıyla elde edildi.

Çalışmada verilerin istatistiksel analizi "MedCalc statistical software ve version 10.0.1.0" programında yapıldı. Veriler sayı ve % olarak kaydedildi. Veriler arasındaki istatistiksel değerlendirme ki-kare testi ile yapıldı. P<0.05 anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Kuruluşundan 31.12.2007 tarihine kadar polikliniğimize başvuran hastaların ve uygulanan girişimsel tedavilerin yıllara göre dağılımı Tablo 1 ve Tablo 2'de gösterilmiştir. Kanser ve kanser dışı ağrı grubundaki hasta sayılarının yıllara göre dağılımına bakıldığında hasta sayısında artış saptanmasıyla birlikte hasta dağılımı benzerdi (Tablo 1).

Yapılan girişimler göz önüne alındığında ise yıl içinde en çok epidural steroid uygulaması (%6), stellat ganglion blokajı (%6), epidural katater takılması (%5), interkostal blok uygulaması (%5) ve tetik nokta enjeksiyonu (%20) uygulandığı görülmüştür. 2001-2007 yılları arasında yapılan girişimlerden supraskapuler blok ve tetik nokta enjeksiyonu sayılarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı ( $p < 0.05$ ) (Tablo 2).

Hastaların gönderildiği bölümler göz önüne alındığında Tıbbi Onkolojiden gelen hasta yüzdesi %42.3, ortopediden gelen hasta yüzdesi %34.1, kendisi başvuranların yüzdesi ise %47.8 olarak saptandı (% değerleri; 2001-2007 yılları arasında ağrı kliniğine başvuran toplam hasta sayısına oranlanarak elde edildi). Kendisi başvuran hastaların %70'i daha önce ağrı polikliniğinde tedavi olan hastaların yönlendirmesi ile, %30'u ise televizyon ve gazete gibi iletişim araçlarından edindikleri bilgi ile başvurduklarını bildirmişlerdir. Çalışma sonuçlarımızda Nöroloji ve FTR gibi kronik ağrılı hastalıkların takip edildiği kliniklerce gönderilen hasta oranı yaklaşık %1 idi (Tablo 3). Ağrı polikliniğine başvuran hastaların gönderilen kliniklere göre dağılımına baktığımızda yıllara göre hasta sayısında artış saptanmasıyla birlikte hasta dağılımı benzerdi (Tablo 3).

**Tablo 3.** 2001-2007 yılları arasında ağrı polikliniğine başvuran hastaların gönderilen bölümlere göre ayrılması

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Onkoloji	85(%20)	91(%14)	57(%23)	59(%19)	71(%22)	294(%25)	158(%8)
Ortopedi	52(%12)	233(%36)	31(%22)	60(%19)	18(%4)	104(%9)	159(%8)
Kadın Doğum	52(%12)	9(%4)	5(%2)	4(%1)	3(%0.75)	6	20(%1)
Genel Cerrahi	6(%1)	2(%1)	5(%2)	12(%3)	2(%0.25)	26(%2)	51(%2)
Üroloji	15(%3)	2(%1)	7(%6)	8(%2)	3(%0.75)	10	46(%2)
Dahiliye	6(%1)	15(%3)	3(%2)	3(%1)	3(%0.75)	2	33(%1)
Cildiye	1	17(%5)	13(%4)	1	20(%4)	1	29(%1)
Psikiyatri	2	-	-	1	-	-	1
KBB	3	4(%2)	12(%5)	2	5(%1)	21(%1.8)	17
Acil	11(%2)	32(%5)	11(%4)	1	-	1	16
Göğüs Hastalıkları	6(%1)	16(%3)	-	1	2(%0.25)	2	15
Nöroloji	16(%3)	7(%2)	5(%2)	1	10(%2)	37(%3)	23(%1)
FTR	1	-	1(%0.2)	-	5(%1)	10	4
KDC	12(%2)	38(%6)	22(%8)	14(%4)	36(%8)	129(%11)	41(%2)
Enfeksiyon	-	4(%2)	-	-	-	5	-
Pediyatri	-	-	-	-	-	5	3
Göğüs Cerrahi.	-	7(%2)	2(%1)	2(%1)	31(%7)	35(%3)	48(%2)
Kendisi	140(%34)	159(%25)	70(%28)	143(%45)	212(%50)	454(%39)	1260(%65)
Toplam Hasta Sayısı	408	636	244	312	421	1152	1924

**Tablo 4.** Kanser ağrısında invaziv tedavi seçenekleri (15-17)

GİRİŞİM	UYGULAMA BÖLGESİ	ENDİKASYON
Sempatik bloklar	Stellat ganglion	Baş-boyun ağrısı
	İntraplevral blok (torasik sempatik zincire yaklaşım)	Üst: baş-boyun Orta: toraks, kalp, akciğer Alt: mesane, abdominal organlar, uterus
	Çöliak plexus, splanknik sinirler	Abdominal ağrı, visseral kanser ağrısı
	Lumbar sempatik blok	Alt ekstremité ağrısı
	Hipogastrik plexus blokajı	Perineal, pelvik, alt ekstremité
	Sakrokoksigeal ganglion blokajı	Rektal ağrı
Periferik sinir blokları	Oftalmik, Maksiler, Mandibuler, Trigeminal sinir	Yüzde primer veya metastatik kanser kaynaklı ağrı
	Glossofaringeal sinir	Çene ağrısı
	Frenik sinir	Diafragma invazyonu ile ağrı
	Vagus; trakeobronşial sinir	Trakea kanseri
	İnterkostal sinirler	Torakotomi skar ağrısı, kosta metastazı
	İliohipogastrik sinirler	Kasık ağrısı
	Sakral sinirler	Pelvik, rektal ağrı (spinal veya kaudal epidural bloklara alternatif)
Nöroaksiyel bloklar	Subaraknoid (nörolotik)	Unilateral segmental terminal kanser ağrısı

Tablo 5. Girişim Endikasyonları

GİRİŞİM	ENDİKASYON	SAYI
EPSİ	Spinal Stenoz	30 (%8)
	Lomber Disk Hernisi	270 (%77)
	Fail-back surgery	20 (%5)
	Spondilolistezis	5 (%1)
	Faset eklemler arthrozu	5 (%1)
	Ankilozan spondilit	10 (%2)
Stellat ganglion blokajı	Meme Ca	30 (%10)
	Refleks Sempatik Distrofi	155 (%52)
	Reynaud Sendromu	55 (%18)
	Fantom Ekstremitte Ağrısı	30 (%10)
İnterkostal Blok	Cerrahiye Bağlı Ödem	25 (%8)
	Kosta Kırıkları	53 (%20)
	Postoperatif Ağrı tedavisi	115 (%44)
	Herpes Zoster	29 (%11)
	Malignite ağrısı	50 (%19)
Supraskapuler blok	Diğerleri	11 (%4)
	Adeziv kapsülit	45 (%20)
	Brakiyal nöropati	13 (%6)
	Toraksik çıkış sendromu	9 (%4)
Tetik nokta enjeksiyonu	Refleks Sempatik Distrofi	149 (%68)
	Baş ağrıları	401 (%71)
	Myofasyal ağrı	92 (%16)
	Fibromyalji	69 (%12)

%:Yapılan girişimlerin toplam invaziv girişimlere oranı

Kanser ağrısında kliniğimizde uygulanan invaziv tedavi seçenekleri Tablo 4'de özetlenmiştir.

Uygulanan girişimlerin endikasyon yüzdeleri Tablo 5'de verilmektedir. EPSİ uygulanan hastalar arasında Lomber Disk Hernisi endikasyon oranı istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı yüksek bulundu ( $p < 0.0001$ ).

## TARTIŞMA

Ağrı yakınması akut ya da kronik tipte olabilir. Kronik ağrı; tedavi amaçlı girişimlere karşı yıllar hatta yıllardır süregelen ağrı yakınması şeklinde tanımlanmaktadır. Kronik ağrının en sık rapor edilen formu uzun süredir bulunan ve şiddet bakımından devamlılık arz eden tipidir. Ancak tedavi edilmeyen akut ağrı saatler içerisinde kronik ağrıya dönüşebilir. Toplumun %60'ı yaşamının belli bir döneminde kronik ağrıya yol açabilecek spor veya diğer nedenlere bağlı travma, enflamasyon, diyabet, kanser ve AIDS gibi patolojik süreçlerle bir şekilde karşılaşmaktadır (3).

Kronik ağrı sorunu yaratan durumlardan biride kanser ağrılarıdır (4). Kliniğimize başvuran hastaların büyük çoğunluğunu kanser hastaları oluşturmaktadır. Kanserle ilişkili ağrı ciddi bir problemdir ve kanserin sıradan bir semptomu değildir (5,6). Çeşitli eğitim programlarına, girişim stratejilerine ve multidisipliner ağrı topluluklarına rağmen, kanser hastalarının yaklaşık olarak % 60'ının ağrısının olduğu tahmin edilmektedir (7-9). Kanser ağrısı, hastanın başta uyku, çalışma, boş zaman aktiviteleri ve ilişkileri olmak üzere yaşamının her yönünü etkilemekte ve sonuçta yaşam kalitesi üzerinde büyük bir etkisi bulunmaktadır (10).

Bu nedenle, ağrıyı giderme onkoloji hastalarının yönetiminde hayati bir öneme sahiptir (11). Kronik kanser ağrıların nedenleri, kemik invazyonu ve nöral yapıların kompresyonudur.

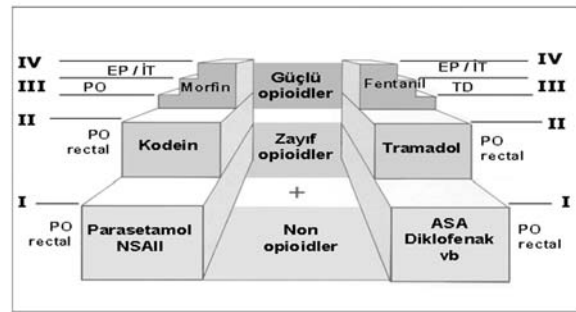
Ağrı tedavisinde öncelik, ağrının tüm yönleri ile araştırılması olmalıdır. Bu şekilde kullanılacak en uygun ilacın seçimi ve uygulama yolunun belirlenmesi ile birlikte başarılı bir ağrı tedavisi sağlanabilecektir (12). 1986 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), kanser ağrısında ilaç seçimi için basamak tedavi diye bilinen yararlı bir yaklaşım önermiştir (Şekil 1) (13).

### Basamak tedavisi:

1. Basamakta kanser ağrısında önce hafif ağrılara yönelik non-opioidler (parasetamol veya aspirin) gereğinde adjuvan analjezikler kullanılır.

2. Basamakta non-opioidlerle kontrol altına alınamayan, orta derecede ağrısı olan hastalarda 1. basamak tedaviye zayıf opioidler (kodein, tramadol) eklenir.

3. Basamakta zayıf opioidlerle kontrol altına alınamayan şiddetli ağrısı olan hastalar için güçlü opioidlere (morfin, fentanil) geçilir.



Şekil 1. WHO Tedavi Basamakları (13)

Bu metodun kullanımı ile hastaların ağrıların %75 ile %90 oranında etkin olarak kontrol altına alınabildiği gösterilmiştir. Kanser tanılı hastada ağrı tedavisinde basamak tedavisi ilkesi bizim kliniğimizde de kullanılan yöntem olmuştur.

Kanser ağrısının medikal tedavisinde kullanılan analjezikler; Non-Opioidler (parasetamol, aspirin, diflunisal, ibuprofen, naproksen, indometasin, diklofenak...), Opioidler (morfin, kodein, meperidin, fentanil...), Adjuvan analjezikler (kortikosteroidler, nöroleptikler, antihistaminikler, benzodiazepinler, antidepressanlar, antikonvülzanlar)dir. Opioidler orta şiddette veya şiddetli ağrıların tedavisinde çok yararlı ilaçlardır. Ağrılı hastanın tedavisinde bağımlılık oldukça ender görülür. Morfine bağımlılık korkusuna opiofobi adı verilir. Opiofobi, hastalarda olduğu kadar hekimlerde de olabilir (14).

Hekimlerin opioid kullanımı konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Medikal tedaviyle başladığımız ama sonuç almakta zorlandığımız dirençli kanser ağrısında invaziv tedavi seçeneklerini kliniğimizde uygulamaktayız.



Kanser ağrısında invaziv tedavi seçenekleri Tablo 4'de özetlenmektedir (15-17). Kliniğimizde invaziv tedavilerden sempatik bloklar (stellat ganglion bloğu, lomber sempatik blok...), periferik sinir blokları (oftalmik, maksiller, mandibuler, interkostal sinirler...), nöroaksiyel bloklar (subaraknoid (nörolitik)), epidural steroid enjeksiyonları, supraskapuler bloklar uygulanmaktadır (Tablo 4,5). Kliniğimizde radyofrekans (RF) uygulamalarına henüz başlanmamıştır.

Aslında kanserde ağrı tedavisinde invaziv-noninvaziv yaklaşımlar arasında yeterli karşılaştırmalı çalışma bulunmamaktadır. Koagülopati, elektrolit bozukluğu, major organ disfonksiyonu, kritik bölgede metastatik lezyon varlığı gibi durumlar geçerli olabileceği için bazı hasta grubunda erken aşamada invaziv tedaviye (asansör tedavisi) başlanılabılır (Şekil 2) (13).

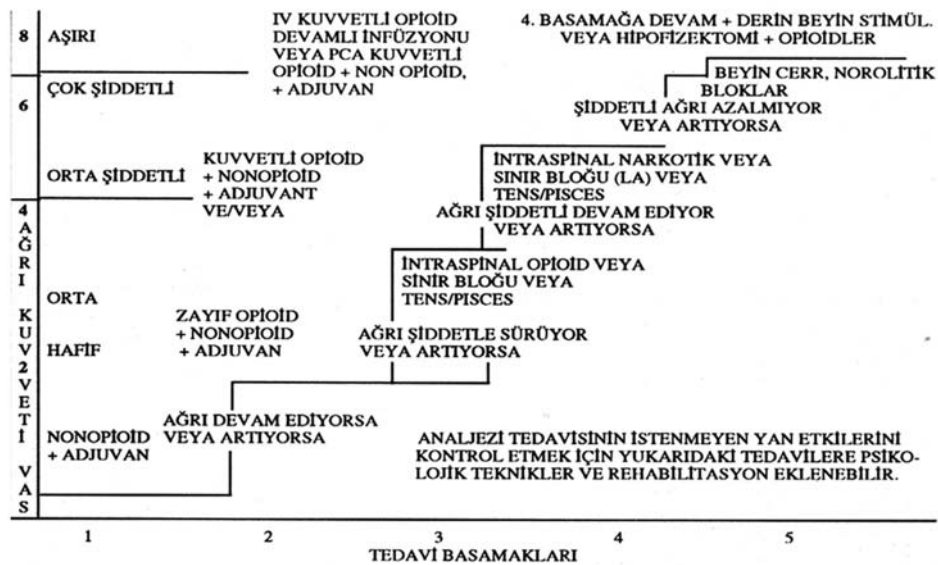
Kanser ağrısı tedavisinde son dönemlerde alternatif tıp yöntemleri giderek önem kazanmaktadır. Bunlar arasında Apiterapi, ağrı yakınmasını gidermede kullanışlı olabilecek bir uygulamadır. Pek çok ülkede arı zehiri, artrite ve diğer dejeneratif ve enflamatuar süreçlerle ilişkili ağrı yakınmasının tedavisinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Diğer bir tedavi yöntemi de biyotoksinlerdir. Deniz salyangozunun zehiri analjezik etkinliğe sahip bir madde içermektedir. Konotoksin adı verilen bu madde, ağrı yakınması bulunan bireyler için yeni bir umut ışığı olarak değerlendirilmekte ve bağımlılığa yol açmadan analjezi sağlamada morfinden 1000 kat daha potent bir ajan olduğu ifade edilmektedir (3).

Kronik ağrının tanı ve tedavisinde ağrı kliniklerinin önemi ülkemizde giderek daha iyi anlaşılmalıdır. Günümüzde kronik ağrı, geçmişten farklı olarak başlı başına bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Başlangıçta kanser ağrılı hastaların oranı %95 iken zamanla hasta profili değişerek kanser dışı ağrılar çoğunluğu oluşturmaya başlamıştır (4).

Kanser dışı ağrının kronik ağrının önemli bir kısmını oluşturduğu ve multidisipliner yaklaşımın önemi, yapılan çalışmalarda da (18) gösterilmektedir. Ege Üniversitesi Ağrı kliniğine gelen hastaların %80'i kanser dışı ağrılı olan hastalardan oluşmaktadır (4). Kliniğimizde de kanser dışı ağrı nedeniyle başvuran hasta sayısı yıllar içerisinde anlamlı artış göstermektedir (Tablo 1).

Kronik ağrıların önemli bir kısmını oluşturan bel ağrıları da özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir ağrı nedeni olup, ciddi fiziksel, psikolojik ve ekonomik kayıplara yol açmaktadır (19). Bel ağrıları üst solunum yolu infeksiyonundan sonra 2. en büyük iş gücü kaybı nedenidir. Radiküler semptomların oluşmasında en önemli faktör sinir ve civarındaki enflamasyondur. Epidural steroid enjeksiyonu (EPSİ), enflamasyonu azaltarak etkili olan alternatif bir methodur (20). Semptomların başlangıcındaki en ağırlı dönemde uygulanan traksiyon, fizik tedavi, oral antienflamatuar, mobilizasyon, breys ve korse tedavi yöntemlerinin etkilerinin ortaya çıkması için belli bir süre geçmesi gerektiğinden önce EPSİ önerilmektedir (21). Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ağrı Kliniğinde en sık yapılan girişimin EPSİ olduğu bildirilmiştir (18). Kliniğimizde de lomber ve servikal epidural steroid enjeksiyonu uyguladığımız hasta sayısı ön sıralardadır.

Miyofasiyal ağrı sendromu (MAS); bir veya daha fazla kasta, gergin bantlar ve tetik nokta adı verilen hipersensitif noktaların varlığı ile özelleşen geniş bir grup kas hastalığıdır. Tedavide tetik noktaların inaktivasyonu ve gergin kas bantlarının gevşetilmesi amaçlanır. Hedef, kas gerginliğini yok ederek normal kas uzunluğu, işlev ve gücüne ulaşmaktır. İğneleme yöntemleri MAS'nin başlangıç tedavisinde halen en etkili yöntem olarak kabul edilmektedir (22-25).



Şekil 2. Non invaziv ve invaziv tedavi basamakları (13)

Toplumda en sık karşılaşılan şikayetlerin başında gelen baş ağrılarının önemli bir kısmı (migren, gerilim tipi baş ağrısı gibi) primer baş ağrılarıdır (26). Gerilim tipi baş ağrılarında tetik nokta enjeksiyonu ve oksipital sinir blokları ilaç tedavileri ile birlikte kullanıldıklarında atak sıklığını ve şiddetini azaltmaktadır (27). Migren ve servikofasiyal baş ağrısında tetik nokta enjeksiyonunun ağrı sıklığı ve şiddetini önemli derecede azalttığı görülmektedir. Yılların dağılımına baktığımızda bizim kliniğimizde de tetik nokta enjeksiyonu yaptığımız hasta sayısının artmaya başladığını görmekteyiz.

### Sonuç

Günümüzde kronik ağrı geçmişten farklı olarak başlı başına bir hastalık olarak değerlendirilmektedir. Yeni kurulan pek çok ağrı kliniğinde olduğu gibi kliniğimizde de en çok uygulanan girişimler lomber ve servikal disk hernilerinde epidural steroid uygulaması; kansere bağlı kronik ağrılarda epidural kateter, epidural ve intratekal port implantasyonudur. Hasta endikasyonları ve imkanlarımız doğrultusunda bir sonraki aşama, flüroskopi eşliğinde yapılan RF uygulamaları olacaktır.

Polikliniğimize başvuran hasta sayısında yıllara göre anlamlı artış olmakla birlikte hastaların gönderilen kliniklere göre dağılımı değişmemiştir. Bu durum kliniğimizde multidisipliner yaklaşımın (diğer bölümlerle hasta ve bilgi dayanışması) yerleştiğini göstermektedir. Kendisi başvuran hastaların %70'inin daha önce kliniğimizde tedavi alan hastalar tarafından yönlendirilmiş olması hasta memnuniyetinin ağrı hizmetinin yaygınlaşmasındaki önemini göstermektedir.

### Kaynaklar

- 1.Erdine S. Önsöz.http://www.algoloji.org.tr /etkinlik-kitap, 2008
- 2.Uçan Ö, Ovayolu N. Kanser ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2007;2:123-133.
- 3.Ely T. Conotoxins reveal significant psychopharmacological effectiveness: the future of pain management. J Psyc Beha Sci. 2003;17:18-33.
- 4.Yeğül İ. Ağrı Tedavisindeki Deneyimlerim. Clinic Medicine. 2007;3-5.
- 5.Hameroff SR, Crago RB, Blitt CD, Womble J, Kanel J. Comparison of bupivacaine, etidocaine, and saline for trigger point therapy. Anesth Analg. 1981;60:752-5.
- 6.Önal A. Kanser ağrısı. Ağrı (Erdine S) 3. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2007;551-562.
- 7.Carver AC, Foley KM. Complications of cancer and its treatment. In, Bast RC, Kufe DW, Pollock RE, Weichselbaum RR, Holland JF, Frei E, editors Cancer Medicine, Fifth Edition, BC Decker Inc. 2000:2204-2205.

8.Howell D, Butler L, Vincent L, Watt-Watson J, Stearns N. Influencing nurse's knowledge, attitudes, and practice in cancer pain management. Cancer Nurs. 2000;23:55-63.

9.Pargeon KL, Hailey BJ. Barriers to effective cancer pain management: a review of the literature. J Pain Symptom Manage. 1999;18:358-368.

10.Tafas CA, Patiraki E, McDonald DD, Lemonidou C. Testing an instrument measuring Greek nurses' knowledge and attitudes regarding pain. Cancer Nurs. 2002;25:8-14.

11.Potter VT, Wiseman CE, Dunn SM, Boyle FM. Patient barriers to optimal cancer pain control. Psychooncology 2003;12:153-160.

12.Kayacan N, Karslı B. Kanserde Ağrı Tedavisi. Clinic Medicine. 2007;Nisan:61-65

13.NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology- v.1.2008. Adult Cancer Pain. www.nccn.org

14.Özgürloğlu M. Kanserli Hastalarda Ağrıya Yaklaşım: İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum Dizisi. 2002;30:225-239

15.Lema MJ. Invasive procedures for cancer pain. Pain Clinical Updates. 1998;6:1.

16.Ballantyne JC, Carr DB, Berkey CS, Chalmers TC, Mosteller F. Comparative efficacy of epidural, subarachnoid, and intracerebroventricular opioids in patients with pain due to cancer. Reg Anesth. 1996;21:542-556.

17.Raj PR, Lou L, Erdine S, Staats P. Radiographic imaging for regional anesthesia and pain management. Churchill Livingstone, Elsevier Science, New York 2003.

18.Özçekiç AN, Sarar S, Çelik M, Kuyruklyıldız U. Ağrı Ünitimize Başvuran Kronik Ağrılı Olguların Değerlendirilmesi; 8.Ulusal Ağrı Kongresi. İstanbul 2008, P-18.

19.Bonica-Loeser JD. Low back pain. In: Loeser JD, ed. Bonica's management of pain. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2001:1508-1564.

20.Rosen CD, Kahanovitz N, Bernstein R, Viola K. A retrospective analysis of the efficacy of epidural steroid injection. Clin Orthop Relat Res. 1988;228:270-272.

21.White AH. Injection techniques for the diagnosis and treatment of low back pain. Orthop Clin North Am. 1983;14:553-567.

22. Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: diagnosis and management. Am Fam Physician. 2002;65:653-60.

23. Borg-Stein J, Simons DG. Myofascial pain. Arch Phys Med Rehabil. 2002;83(1):40-9.
24. Wheeler AH. Myofascial pain disorders theory to therapy. Drugs. 2004;64:45-62.
25. Cummings TM, White AR. Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: A systematic review. Arch Phys Med Rehabil. 2001;82:986-92.
26. Göksan B. Baş Ağrılı Hastanın Değerlendirilmesi. Baş, Boyun, Bel Ağrıları Sempozyum. İstanbul, 2002;30:15-21
27. Göksan B. Gerilim tipi baş ağrısı. Ağrı (Erdine S) 3.Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2007;288-293.