

Kanserli Hastalarda Ağrı Tedavisi

Kanser ağrı kontrolünde yetersizliğin nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kanser ağrısı kontrolünde son yıllarda atılan adımların yeterince tanıtılmaması.
- Sağlık personelinin ağrı kontrol yöntemleri konusunda yeterince eğitilmemiş olması.
- Ağrı kontrolünde kullanılan ilaçların temininde büyük yasal zorlukların bulunması.

Kanser ağrısının tedavisinde dört temel ilke vardır:

- Ağrıya neden olan durumun üzerine gidilmesi, yapılabiliirse ortadan kaldırılması,
- Ağrı eşiğinin yükseltilmesi,
- Ağrı yollarının değiştirilmesi,
- Ağrı yollarının kesilmesi.

Her tedavi yönteminde olduğu gibi ilk adım ağrı etkeninin ortadan kaldırılması olmalıdır. Bu amaçla kanser tedavisi için uygulanan cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi yöntemlerin öncelikle uygulanması gereklidir.

Kanserli hastalarda ağrı tedavisi genellikle kanser tedavisi için uygulanan cerrahi, kemoterapi, radyoterapi gibi yöntemler yetersiz olduğu zaman başlar. Ayrıca radyoterapi ve kemoterapi gibi yöntemler uygulanırken hastanın uygulama süresince rahat etmesini sağlamak, tedaviler sırasında ortaya çıkan ağrılara rağmen tedaviye uyum sağlamasını temin etmek amacı ile de ağrının kontrol altına alınması doğru olacaktır.

Ağrı eşiğinin yükseltilmesi için geleneksel olarak uygulanan yöntem, ağrı kesicilerin (analjeziklerin) verilmesidir. Ne yazık ki, en sık kullanılan ilaçların başında gelmesine rağmen hem sağlık personeli hem de hastalar analjezik kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip değillerdir. Bu ilaçların gelişigüzel, ilkesiz ve düzensiz kullanımı hastalarda ilaç bağımlılıklarına, ilaç zehirlenmelerine yol açtığı gibi, yeterli bir tedavi sağlanması konusunda çoğu kez etkili olmamaktadır. Kanserli hastalarda ağrı sorununun bu denli ileri boyutlara varmasının temel nedenlerinden birisi yanlış ve ilkesiz ağrı kesici kullanımınıdır.

Kanser ağrısında ağrı kesicilerin (analjeziklerin) kullanımı

Ağrı kontrolü çeşitli yollardan sağlanabilir. Yapılan çalışmalar doğru ve yerinde kullanıldığında ilaç tedavisinin hastaların büyük bir çoğunluğunda yararlı olduğunu göstermiştir. Ağrı kesicilerin kullanımında bazı ilkeler göz önünde bulundurulmalıdır:

- Veriliş yolu, miktarı ve düzeni her hasta için ayrı değerlendirilmelidir.
- Ağrı başladığında değil, düzenli aralıklarla verilmelidir.
- Morfin benzeri kuvvetli ağrı kesicilerin etkileri ve yan etkileri bilinmelidir.
- Bebek ve çocuklara uygun dozlar verilmelidir.
- İlaça başlarken ve değiştirirken hasta yakından ve dikkatle izlenmelidir.
- Hastada ilaca karşı tolerans, bağımlılık, yoksunluk gibi önemli durumlar gelişebilir. Bağımlılık fiziksel veya psikolojik olabilir. Hekimin bu tabloları iyi bilmesi ve hastayı bu açıdan izlemesi gerekmektedir.
- Hastanın psikolojik durumu izlenmelidir.

Kanser ağrısının kontrolünde Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) önerisi:

- Ağız yolu,
- Saat ile (düzenli aralıklar ile),
- Merdiven yöntemi ile,
- Birey için özel,
- Ayrıntılara inerek şekilde özetlenebilir.

Ağrı kesiciler mümkün olduğunca ağız yolu ile verilmelidir. Ancak ağız yolu ile hasta ilaç alamıyorsa diğer yollar düşünülmelidir. Ağrı kesiciler tıpkı antibiyotikler gibi belirli aralıklar ile alınmalıdır. Kullanılacak ilacın dozu hastanın ağrısına göre titre edilmelidir. Merdiven yöntemine göre ilk basamakta basit ağrı kesiciler, eğer yararlı olmazsa ikinci basamakta hafif-orta etkili morfin benzeri ilaçlar ve eğer olmazsa üçüncü basamakta orta-güçlü bir morfin benzeri ilaçlar kullanılır. Morfin benzeri ilaçların standart dozları yoktur. Doğru doz hastanın ağrısını gideren dozdur. Gerekliğinde yüksek dozlar kullanılabilir.

Analjezik Seçimi

Basit ağrı kesiciler ve romatizma ilaçları: Özellikle yumuşak doku ya da kas dokusundan kaynaklanan ağrılarda etkilidirler. Bu grupta bulunan ilaçlar ayrıca ateş düşürücü özelliğe sahip oldukları için hastalarda rahatlıkla kullanılabilirler. Kemik metastazlarında da bu tür ilaçlar iyi ağrı kontrolü sağlamaktadırlar. Bu ilaçların en önemli yan etkilerinden biri mide-barsak sistemi yan etkileridir ve bu konuda dikkatli olunmalıdır. Ayrıca böbrek hastalıklarında ve aşırı duyarlılık durumlarında dikkatli kullanılmalıdırlar.

Kuvvetli Analjezikler: Morfin benzeri ilaçlar ağız yolu ile kullanıldıklarında kolay uygulanabilmekte ve birçok hastada etkili olmaktadır. Daha önce kullanılan ilaçlar, ağrının özelliği, şiddeti, hastanın yaşı, kanserin boyutu ve eşlik eden hastalıklar morfin benzeri ilaçlara olan ihtiyacı etkileyen faktörlerdir.

İkincil/Adjuvan Analjezikler: Kendileri ağrı kesici olmadığı halde bazı ağrıların tedavisinde kullanılabilen ilaçlara ikincil ya da adjuvan ağrı kesiciler denmektedir. Bu ilaçlar bazen kullanılan ağrı kesicinin etkisini arttırmakta, bazen de ağrıya eşlik eden başka sorunları düzelterek ağrı kontrolünde dolaylı rol almaktadırlar. Bu ilaçların bir kısmı ise bazı ağrılı durumlarda tek başlarına kullanılmaktadırlar. Genellikle depresyon ilaçları, epilepsi ilaçları, bazı lokal anestezi ilaçları, kas gevşeticiler, allerji ilaçları, kortizon ya da bazı kalp ilaçları tedavide ağrı kesici olarak kullanılmaktadır.

Hastaya uygulanacak yöntemlerin amacı, ağrısız uyku süresini uzatmak, istirahat halinde ağrı hissini olmamasını ve hareket halinde iken hastanın ağrı duymamasını sağlamak olarak özetlenebilir. Ağrı kesici verilirken hastanın ağrısını kontrol altına almak esastır. Ancak ağrıyı kontrol ederken hastanın aktivitesinin de göz önünde bulundurulması gerekir. Özellikle kuvvetli ağrı kesiciler kullanılırken bu ilkenin akıldan çıkarılmaması gerekir.

Kanser Ağrısında Kullanılan Girişimsel Yöntemler

Kanser ağrısı ümitsizlik, yaşam kaybı korkusu, sosyal ilişkilerde bozulma, fiziksel kısıtlılık gibi ağrıyı artırıcı unsurların da eklenmesi ile tedavisi güçleşen bir sorundur. Bu karmaşık yapısı nedeniyle kanser ağrısı "total ağrı" kavramı ile anılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yayınlarına göre, uygun ilaç kullanımı ile kanser ağrısı sorununa %90'a yaklaşan oranlarda çözüm bulunmaktadır. Ancak ilaç tedavisi yeterli olmaz ise, hastanın yaşam süresi göz önünde bulundurularak ağrı kontrolünde bazı girişimsel teknikler kullanılmaktadır. Bu

yöntemler; ağrıya neden olan sinirlerin radyo dalgaları kullanılarak yok edilmesi (Radyofrekans Termokoagülasyon), omurilik pilleri ya da morfinin direkt olarak omuriliğe verildiği pompa sistemlerine kadar çok geniş bir yelpaze çizmektedir. Bu konuda deneyimi olan multidisipliner ekiplerin bulunması çok önemlidir. Zira hastaya hangi yöntemin uygulanabileceği, ağrının yeri, tipi ve şiddetine göre kararlaştırılabilir.

Kanser ağrısı kontrolünde sık olarak kullanılan bazı teknikleri şu başlıklar altında toplayabiliriz:

Kalıcı (Nörolitik) sinir blokları

- Cerrahi yöntemler
- Spinal opioidler

Ağrı tedavisinde özellikle kansere bağlı ağrıların tedavisinde nörolitik sinir blokları önemli bir yere sahiptir. Sinir iletilisinde uzun süreli veya kalıcı kesinti oluşturmak amacıyla kimyasal ajanlar ya da fiziksel uygulamalarla yapılan girişimlere nöroliz adı verilir. Değişik anatomik seviyelerde yapılan nöroliz uygulamaları farklı yapıda sinirlere yönelik olarak yapılabilmektedir. Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve diğer tedavi yöntemlerinin bulunması ile eskiden olduğu kadar sık kullanılmamakla birlikte, özellikle sempatik bloklar değerini korumaktadır.

Bu bloklar sadece deneyimli, becerikli ve bu uygulamalar ile ilgili eğitimi olan doktorlar tarafından yapılmalıdır. Hasta seçiminde çok dikkatli olunmalıdır ve uygun blok en az yan etki riski ile yapılmalıdır. Ağrının tipi, yayılımı, şiddeti, seyri ve hastalıkla ilgili bilgiler ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Blok mutlaka radyolojik kontrol altında yapılmalıdır.

Ağrı tedavisinin doğru yapılabilmesi özellikle ağrı tipinin belirlenmesine bağlıdır. Uluslararası Ağrı Araştırmaları Teşkilatı'nın (IASP) yaptığı tanımlamaya göre Nöropatik Ağrı olarak nitelenen ağrılar kanserde özellikle kemoterapi ya da radyoterapinin yan etkisi olarak görülebildiği gibi, sinir basısına neden olan tümörlerin oluşturduğu bazı ağrı sendromlarında da görülebilmektedir. Gerek nöropatik ağrıların tedavisinde, gerekse iç organlardan kaynaklanan ağrıların kontrolünde nörolitik sempatik bloklar çok etkili olmaktadır.

Blok uygulanmadan önce, hastanın bu uygulamadan yararlanıp yararlanmayacağını belirlenmesi çok önemlidir. Bu amaçla önce lokal anestezipler kullanılarak geçici blok yapılması ve bunun sonucuna göre tedavi edici blok uygulanması gerekmektedir. Klinikte en sık kullanılan kimyasal ajanlar; etil alkol ve fenoldür. Fiziksel ajanlardan Radyofrekans termokagülasyon yöntemi, radyo dalgaları kullanılarak ısı lezyonu oluşturma, kriyo ise ilgili sinirleri dondurarak tedavi etmektedir.

Stellar ganglion bloğu: Baş ve kollardaki nöropatik ağrılarda kullanılır. Blok sonrası o taraf göz kapağında düşme ve göz bebeğinde küçülme görülür. Blok aynı anda iki taraflı yapılmamalıdır.

Çöliak plexus bloğu: Pankreas, safra kesesi, mide, karaciğer ve barsak tümörlerine bağlı üst karın ve bel ağrısından yakınan kanserli hastalarda ağrı kontrolünde kullanılan bir yöntemdir. Blok etkisi ile barsak hareketleri de artacağı için dışkılama normale döner. Kullanılan ilaçların dozu azalır. Çöliak plexus bloğu anterior, retrokrural, transkrural veya transaortik yaklaşımlarla yapılabildiği gibi, operasyon sırasında karın içinden girerek direkt olarak da uygulanabilir.

Çok ciddi komplikasyonları olması nedeniyle ancak çok deneyimli ellerde uygulanması gerekir. Bu blok ile %80-90 oranında başarı sağlamak ve etkisi ortalama 3-12 ay sürmektedir.

Superior hipogastrik pleksus bloğu: Kadın üreme organları ve prostat kanserlerinde ortaya çıkan ağrı ve özellikle dışkılama hissini ortadan kaldırmak için kullanılmaktadır. Bu blok ile %70-80 oranında başarı sağlamakta ve etkisi ortalama 3-12 ay sürmektedir.

İmpar ganglion bloğu: Kansere bağlı makat ağrılarında özellikle, yanıcı ve batıcı özellikte hissedilen ve oturma veya ayağa kalkma ile artan ağrılarda uygulanır.

Sinir blokları deneyimli hekimler açısından uygulanması kolay ve hastanın kullandığı ilaçların dozunu azaltmasına yardımcı olan yöntemlerdir. Radyofrekans uygulamasının yanı sıra sinirleri öldürmeye yarayan özel ilaçlar da kullanılabilir.

Spinal opioid uygulamaları (Omurilik pompaları)

Daha önce uygulanan ilaç tedavisine yanıtız olan hastalar veya kullanılan yüksek doz ilaç nedeniyle oluşan yan etkileri tolere edemeyen hastalar spinal opioid uygulaması için aday olabilir. Morfin benzeri ilaçların bu yolla kullanılması, diğer verilmiş yollarına göre daha düşük dozda, daha uzun süreli ağrı kontrolü sağlamaktadırlar.

Özellikle omurilik pompaları çok düşük dozlarla ağrının kesilmesini sağlayan programlanabilen sistemler olarak bu tedavide önemli bir yere sahiptirler. Ağrının gün içindeki seyrine göre doz programlamaları yapılabilen bu sistemler, omurilik yakınına yerleştirilen çok ince bir kateter ve cerrahi olarak cilt altına yerleştirilen pompa sistemlerinden oluşmaktadır.

Omurilik pompalarının uygulamasında dikkat edilecek en önemli nokta hasta seçimidir. Daha önce uygulanan ilaç tedavilerine yanıtız olan hastalar veya kullanılan yüksek doz ilaç nedeniyle oluşan yan etkiler çok şiddetli olan hastalar bu uygulama için aday olabilir. Kalıcı sistemler yerleştirilmeden önce geçici bir kateter ile uygulanmanın etkili olup olmayacağını ortaya koymak gereklidir. Bu uygulamaya başarılı yanıt alınması halinde, bu hastalara kalıcı sistem yerleştirilir. Kalıcı sistemler port ya da pompa sistemleri olabilir. Günümüzde elektronik programlı pompa sistemleri ile çok düşük dozda etkili bir ağrı kontrolü sağlanırken, hasta aktif günlük hayatını yaşayabilir.

Kanserli Hastada Ağrıya Genel Yaklaşım

- Ağrı kontrolünün basamakları:
- Ağrı şiddetini değerlendirme,
- Ağrının ayrıntılı hikayesinin sorgulanması,
- Hastanın psikolojik durumunun değerlendirilmesi,
- Dikkatli bir fizik muayene,
- Gerekli tüm araştırmaların yapılması,
- Ağrı kontrolünde alternatif yöntemleri anımsamak,
- Tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi, şeklinde özetlenebilir.

Hastanın ağrısının varlığına inanmak ve bunu etraflıca irdelemek çok önemlidir. Ağrının şiddetinin yanlış değerlendirilmesi ya da hastaya yarattığı maluliyetin tam algılanmaması, yetersiz bir fizik muayene ve inceleme ne yazık ki yanlış tanı ve yetersiz tedaviye yol açar.

Tam anlamı ile çözümlenmemiş bir ağrı sendromunda doğru ve yeterli tedavi için mutlaka uygulanan tedavilerin sonuçlarının değerlendirilmesi ve alternatif analjezi yöntemlerinin hatırlanması gerekmektedir.

Kanserli hastanın ağrı şikayetinin değerlendirilmesinde ağrı nedeninin yanı sıra fiziksel kısıtlılık ile ağrıya bağlı veya bağımsız olarak ortaya çıkan diğer semptomların ele alınması gerekir.

Hasta ağrı şikayeti ile başvurduğunda tam bir hikaye alınmalı ve hastanın asıl hastalığının bütün ayrıntıları öğrenilmelidir. Ayrıca bu bilgiler ağrısının özellikleri ve hastalığın yayılma bölgeleri hakkında da ipucu verilebilir.

Ağrının ne zaman başladığı, süresi, sıklığı ve şiddeti değerlendirilmelidir. Hastanın daha önce kullandığı ilaçlar da ağrı şiddetinin değerlendirilmesinde önemlidir. Örneğin, daha önce basit ağrı kesiciler ile kontrol altına alınabilen bir ağrı, artık bu ajanlara cevap vermiyorsa şiddetinin arttığı sonucu ortaya çıkar.

Ağrının süresi ve dağılım bölgesi, ağrıyla birlikte ortaya çıkan bulgular, ağrıyı arttıran ve azaltan etkenler de değerlendirilmelidir.

Hastanın o güne dek aldığı ağrı kesici ilaçlar da ağrının şiddeti daha sonra uygulanacak yöntemler hakkında önemli ipuçları verir. Ayrıca hasta daha önce basit analjezikler kullanmış ve hekime başvurduğunda buna rağmen ağrısı geçmiyorsa artık daha güçlü ilaçlar ya da birtakım girişimsel tedaviler gündeme gelecektir. Ağrı tedavisine geçmeden önce hastaya mutlaka tam bir tıbbi ve nörolojik inceleme yapılmalıdır. Böylelikle ağrının kökeni, yayılım bölgeleri, tümörün hayati organlara yakınlığı gibi konularda önemli ipuçları yakalanabilir.

Kanser ve uygulanan tedaviye bağlı olarak hastanın psikolojik durumunda meydana gelen değişiklikler, çevresi ile ilişkileri, hastalığa karşı savaşım gücü, eğitim düzeyi ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Ağrı kontrolüne başlamadan önce, hastaya uygulanan yöntemlerin hastalığın esas tedavisi olmadığı, tedavisinin bu konuda uzmanlaşmış hekimler tarafından ayrıca sürdürüleceği, kendisine daha çok ağrı konusunda yardımcı olunacağı anlatılmalıdır.

Kanser ağrısı kontrolünde; önce ağrının geniş kapsamlı olarak değerlendirilmesi daha sonra tedavi stratejisinin belirlenmesi gereklidir.

Ağrı ölçülebilir mi?

Hastayı hekime getiren nedenlerin başında gelen ve insan hayatında çok önemli olumsuz etkileri olabilen ağrının ortak bir dil ile ölçülebilmesi, ağrının kendisi ve tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi açısından önemlidir. Ağrı şiddeti, ağrının objektif değerlendirilmesinde en önemli parametredir. Ağrı subjektif olduğu ve kişiden kişiye değişiklik gösterdiği için, objektif ölçümü çok zordur. Ölçümde asıl olan hastanın belirttiği ağrı şiddetine inanmaktır. Hastanın entelektüel düzeyi de göz önüne alınarak değerlendirme yapılmalıdır.

Ağrılı hastaya yaklaşım ve ağrının ölçülmesi, gerek başlangıçta ağrının değerlendirilmesi, gerekse tedavi sürecinde uygulanan ilaç veya yöntemin değerlendirilmesinde kullanılmakta ve değerlendirmede çeşitli parametreler kullanılmaktadır. Bunlar arasında en önemli olanı kuşkusuz anamnez yani hastanın hikyesidir. Ağrılı hastadan doğru alınmış bir anamnez, tanı açısından değerli bilgiler verecektir.

Ancak tedavinin takibi sırasında ağrı ölçüm yöntemleri mutlaka kullanılmalıdır. Ağrı subjektif bir duyu olduğu için değerlendirilmesi ve ölçümü çeşitli zorluklar içermektedir. Subjektif bir duyuyu objektif ölçebilmek için hasta ile doğru iletişim kurmak gerekmektedir. Kronik ağrılı hastaların büyük bir çoğunluğu sayısız hekime gitmiş ve bu konuda ciddi ön yargıları gelişmiş olduğu için genellikle önceki tedavilere ait başarısızlıklar nedeniyle, güvensiz, kırgın, hatta kızgın bir ruh halinde olabilir. Bu da ağrı ölçümünü doğru yapmada önemli bir engel oluşturmaktadır.

Ağrı şiddetinin ölçümünde asıl olan hastanın belirttiği ağrı şiddetine inanmaktır. Ağrı şiddetinin ölçümünde genellikle kişinin geçmişteki deneyimlerinden yararlanır. Ağrı ölçümünde kullanılan çok çeşitli ölçüm yöntemleri bulunmaktadır. Bu yöntemler genel olarak, tek boyutlu ve çift boyutlu yöntemler olarak ikiye ayrılmaktadır.

Tek boyutlu skalalarda, örneğin hastadan ağrısının şiddetini tanımlayan kelimeleri seçmesi istenir; hafif, can sıkıcı, rahatsız edici, berbat, çok şiddetli gibi. Subjektif ağrı değerlendirilmesinde en basit ve en sık kullanılan ölçüm şekli ise nümerik değerlendirmedir. Hastalar 0'ın ağrısızlığı 100'ün olabilecek en şiddetli ağrıyı belirttiği bir skalada ne şiddette ağrı duyduklarını ifade ederler. Bu tip skalalar hasta tarafından kolay anlaşılır. Hem yazılı hem sözlü olarak uygulanabilir. Yine sıklıkla kullanılan bir skalada hasta kendi başına bir ucunda "ağrı yok" diğer ucunda "olabilecek en şiddetli ağrı" yazan 10 cm'lik bir cetvel üzerinde kendi ağrısını işaretler. Bu yöntemde hastaya iki uç nokta olduğu ve bu noktalar arasında herhangi bir noktayı işaretlemekte özgür olduğu söylenir.

Çok boyutlu yöntemler içinde genellikle ağrı uzmanları tarafından kullanılan ağrı değerlendirme formları bulunmaktadır. Ayrıca hasta günlüğü denen ve hastanın günlük ağrı takibini yaptığı formlar da ağrı takibi ve tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi açısından çok yararlı olmaktadır.

Ağrı azalması ve tedavinin değerlendirilmesinde hastalara hissettikleri ağrı azalmasını yüzde olarak tahmin etmeleri istenebilir. Bu puanlama % 0 (değişiklik yok) ve % 100 arasında veya Hiç azalma yok, Hafif derecede azalma var, Orta derecede azalma var, Belirgin derecede azalma var ve Tamamen azalma var şeklinde bir puanlama kullanılabilir.

Objektif ölçüm yöntemleri

Kronik ağrılı hastalıkların bazılarında termometre ya da termografi ile deri ısısının ölçümü objektif bir parametre olabilir. Sinir ileti hızları, uyarılmış yanıtlar ya da kantitatif sensoriyal testler gibi farklı duyuvarın ölçülebileceği objektif yöntemler mevcuttur. Örneğin; dokunma, sıcak ve soğuk, basınç gibi duyuvarın eşiklerinin ölçümleri veya bu tip uyarılara karşı ağrı eşik ölçümleri gibi bazı objektif ölçümler ağrılı durumlarda tanı ve tedavinin değerlendirilmesinde yardımcı olabilir.

Kronik ağrının başlı başına bir hastalık olarak kabul edilmesi ve tedavisinin özel bir disiplin çerçevesinde yapılmasının gerekliliği bilinen bir gerçektir. Bu bağlamda, subjektif bir duyu olan ağrının objektif ölçüm yöntemleri yardımı ile tanı ve takibi önerilmekle birlikte, hasta anamnezi tanı ve tedavi takibi açısından en önemli parametre olmaktadır. Ağrılı hastadan alınacak ayrıntılı bir anamnez, fizik muayene ve laboratuvar incelemelerden önce ön tanı konusunda bize fikir verecektir.

Özellikle tedavi takibinde kullanılacak objektif yöntemler olmakla birlikte, hasta takibinde de anamnez ve ağrı şiddetinin ölçümü kilit rol oynamaktadır. Başarılı bir ölçüm ise, hekim ile hasta iletişiminin sağlanması sayesinde mümkün olabilir.

Palyatif Bakım

Palyatif bakım; kesin tedavi ya da uzun süreli kontrolün olanaksızlığını kabul eden, yaşam sürecinden çok niteliği ile ilgilenen, esas amacının, hastanın mümkün olabildiğince rahatt etmesini sağlamak ve hoş olmayan bulguları önlemek olan bir tedavi biçimidir.

Yaşlı nüfus gittikçe artmaktadır ve kanser yaşlılarda daha sık görülmektedir. Tedavisi mümkün olmayan ya da sona ermiş olan hastalarda ağrı ve diğer rahatsız edici bulguların tedavi edilmesi, hastanın psikolojik ve manevi yönden desteklenmesi, hastanın karşı karşıya kaldığı ölüme rağmen mümkün olduğunca aktif yaşamasına yardım eden bir destek sistemi kurulması, hasta yakınlarının hastalık ve ölüm sırasında desteklenmesi palyatif bakım kavramı içinde yer almaktadır.

Palyatif bakımın en önemli amaçlarından birisi de hastanın ölümünden önce ve sonra ailesine ve yakınlarına destek olmaktır. Bu desteğin kimlere verileceğini saptarken dikkatli olmak gerekir. Bu işte hekim ve hemşirelerin olduğu kadar, fizyoterapistler, meşguliyet tedavisi uygulayanlar ve sosyal danışmanlar da önem kazanmaktadır. Hatta, deneyimli gönüllülerin de yararı yadsınmamalıdır.

Kanserde palyatif bakımın organizasyonu

Sağlık hizmetleri açısından bakıldığında genellikle terminal dönemdeki hastanın hastanede bakımı çok uygun görünmemektedir. Özel kanser üniteleri veya merkezleri olan hastanelerde palyatif bakım için servisler ayırmak ve bu bölümde sağlık personellerinin yanı sıra destek grupları oluşturmak daha doğru bir yaklaşım olabilir. Ancak terminal dönemde hastaların bakımının hastaneden çok evde bakım ekipleri ya da "hospis" denilen terminal dönemdeki hastalara bakan özel kurumlarda yapılması gerektiği yadsınmaz. Böylece bu hastaların günlük gereksinimleri hemen karşılanırken aile ortamının dışında da kalmamış olurlar.

Hospisler, hastanın kronik şikayetleriyle ilgilenen, yalnızca hastalığın değil hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan diğer bütün bulguların ele alındığı, hasta için gerekli her türlü maddi ve manevi koşulun sağlanmaya çalışıldığı yer anlamına gelmektedir. Hospis ekibinde hekimlerin yanı sıra hemşireler, psikologlar, sosyal görevliler, diyetisyenler, meşguliyet terapistleri ve gönüllülerden oluşan bir ekip görev alır.

Hospis bakımının on ana ilkesi vardır:

- Hastaların daha sonra evlerinde de izlemlerinin sürdürülmesi,
- Bulguların kontrolünün sağlanması,
- Hekim tarafından kontrolün sağlanması,
- Multidisipliner ekip bakımı yapılması,
- Haftanın yedi günü, 24 saat servis hizmeti verilmesi,
- Hasta ve ailesinin ekibin bir parçası olarak kabul edilmesi,
- Ölüm sırasında ve ölüm sonrasında hasta yakınlarının desteklenmesi,
- Multidisipliner ekibin bir parçası olarak gönüllülerin kullanılması,
- İletişim sistemlerinin kurulması,
- Hospisin sigorta sistemi içerisine alınmasıdır.

Ancak günümüzde özellikle de ülkemizde palyatif bakım ve hospis konusunda ciddi yetersizlikler mevcuttur.

Yetersiz palyatif bakım nedenleri:

- Palyatif bakıma birçok sağlık görevlisinin olumsuz yaklaşımı,
- Ağrı ve diğer bulguların tedavisinde mevcut olanakların kavranamaması,
- Palyatif bakım konusunda sağlık çalışanlarının, özellikle hekim ve hemşirelerin eğitimlerindeki eksiklikler,
- Palyatif bakım konusunda araştırma ve ilerlemeler için gerekli maddi kaynakların yetersizliği olarak özetlenebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu konuda çalışmalar yürütmekte ve gerek profesyonel sağlık elemanlarının gerekse kamuoyunun bilgilendirilmesini amaçlamaktadır.

Kamuoyu özellikle aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir;

- Kanser tedavi edilemeyecek düzeyde bile olsa palyatif bakım hastanın yaşam niteliğini düzeltir.
- Bakım ağrının ve genellikle kanserin yayılması ile ilgili oluşan rahatsız edici bulguların giderilmesi için yapılmaktadır.
- Hastanın uzun süren dayanılmaz ağrıları çekmesine ve diğer sıkıntı veren bulgulara dayanmasına gerek yoktur. Konusunda uzmanlaşmış ekipler bu konuda kesin tedavi seçeneklerini sunabilirler.
- Her hükümet palyatif bakım programı oluşturmalıdır. Bu programa katılması gereken kuruluşlar: Sağlık Bakanlığı'na bağlı kuruluşlar, ilaç düzenleme ve eğitim kuruluşları, tabip odaları, kanser tedavisi ve mücadele ile ilgili meslek ve sivil toplum örgütleridir.
- Aldıkları eğitime uygun olarak bütün sağlık çalışanlarına palyatif bakımın gerekli öğeleri öğretilmelidir. Kanserli hastaların bakımı ile ilgili hekim hemşire ve diğer sağlık personelinin öğretim ve mezuniyet sonrası eğitimi sırasında palyatif bakım konusu da öğretilmeli ve önemi vurgulanmalıdır. Hastalar istedikleri takdirde palyatif bakım evde de verilebilmelidir. Aile bireylerine kanserli hastaların evde bakımı öğretilmelidir.

“Hospis ve Palyatif bakım; yaşamı destekler ve ölümü normal bir olay olarak kabul eder. Yaşamı ne uzatır ne de kısaltır”.

Kanser Ağrı Kontrolünde Strateji

Kanserde ağrı tedavisinin amacı, hasta açısından yeterli bir analjezi sağlayıp hastanın olabildiğince aktif ve kaliteli yaşam sürmesine katkıda bulunmaktadır. Kanser hastasına yaklaşım çok önemlidir. Öncelikle hekimler ve hasta yakınları bir takım olarak işbirliği içinde hastaya yaklaşmalıdırlar. Hastaya karşı anlayışlı olunmalı, hasta yalnız bırakılmamalıdır. Gereğinde profesyonel psikolojik destek sağlanmalıdır. Hastanın onkolojik açıdan değerlendirilmesi yapılmalı, hastalığa yönelik gerekli tedavileri uygulanırken ağrı kontrolü de sağlanmalıdır. Kanser ağrısının doğru ve yerinde değerlendirilmesi hasta için hayati olan ilk basamaktır. Kansere bağlı özgün ağrı sendromlarını tanımak, bunların altında yatan mekanizmaları anlamak her zaman yeterli olmamaktadır. Değerlendirmede fiziksel sorunu anlamakla kalmayıp, psikolojik, sosyal ve duygusal bileşenleri de anlamak gerekmektedir.

Kanser ağrısında uygulanan tedavi stratejisi Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ayrıntılı olarak belirlenmiştir. Ağrı kesici uygulamasında “merdiven sistemi,, adı verilen bu stratejiye göre basit ilaçlarla başlayarak daha karmaşık yöntemlere geçilmektedir.

Bu sistem hastadan hastaya ve ağrının yerine göre farklılık göstermekle birlikte bütün hastalarda uygulanabilir.

Hastaya uygulanacak yöntemlerin amaçları:

- Ağrısız uyku süresini uzatmak,
- İstirahat halinde ağrı hissettirmemek,
- Ayakta veya hareket halinde iken hastanın ağrı duymamasını sağlamak, olarak özetlenebilir.

İlk yaklaşım, kemoterapi, radyoterapi, cerrahi gibi kanser tedavi yöntemlerinin uygulanmasıdır. Ancak bu arada ağrı kontrolüne yönelik ilaç uygulamasında ve diğer yakınmalara yönelik semptomatik tedavinin başlamasında bir sakınca yoktur. Hatta ağrı kontrol yöntemlerinin uygulanması sözü edilen tedavi yöntemleri için uygun bir ortam hazırlamaktadır.

Kanserde ağrı kontrolü için öneriler:

- Özgün ve iyi tanıdığınız bir ilaçla başlayın.
- Uygulama yolunu hastanın gereksinimine göre ayarlayın.
- İlk doz ayarlamasından sonra düzenli uygulama önerin.
- Birden fazla ilaç kullanarak etkiyi artırın.
- Hastaya aşırı uyku veren ilaçlardan kaçının.
- Yan etkileri bilin ve koruyucu tedavi önerin.
- İlaça tolerans gelişimini izleyin ve gerekirse alternatif tedaviye geçin.
- Doz aşımından kaçının.

Yukarıda sözünü ettiğimiz anlayış, yaklaşım, kullana geldiğimiz ilaçlar ve yöntemlere karşın günümüzde özellikle gelişmekte olan ülkelerde kanser ağrısı tam olarak tedavi edilememektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çeşitli ülkelere topladığı bilgileri değerlendirdiğinde kanser ağrısının günümüzde neden tam olarak tedavi edilemediğine yönelik çeşitli nedenler saptamıştır:

- Kanser ağrısına yönelik tedaviye ve palyatif bakıma yönelik ulusal bir politikanın bulunmaması,
- Birçok kanser ağrısının denebileceği ile ilgili sağlık çalışanlarının, politikacıların, yöneticilerin yeterince bilinçli olmaması,
- Sağlık hizmeti sunum sistemlerinin ve personelin maddi kaynak kısıtlaması,
- Morfin benzeri ilaçların kullanımının bağımlılığa yol açma kaygısı,
- Bu tür ilaçların kullanımının kanuni kısıtlaması.

Kanser Ağrılarında Teknolojik Yaklaşımlar

Kanserde ağrı kontrolü konusunda gerek Ağrı Bilimi'nde gerekse teknolojide son otuz yılda elde edilen gelişmeler yüz güldürücüdür. İlaç tedavisi ile başarılı olunamayan hastalarda uygulan girişimsel yöntemler ağrıya neden olan sinirlerin radyo dalgaları kullanılarak yok edilmesi (Radyofrekans Termokoagülasyon), omurilik pilleri ya da morfinin doğrudan omuriliğe verildiği pompa sistemlerine kadar çok geniş bir yelpaze çizmektedir. Bu konuda deneyimi olan farklı uzmanlık dallarından bir araya gelmiş multidisipliner ekiplerin bulunması çok önemlidir. Hastaya hangi yöntemin uygulanabileceği, ağrının yeri, tipi ve şiddetine göre kararlaştırılabilir.

Omurilik pompaları

Omurilik pompalarının uygulamasında dikkat edilecek en önemli nokta hasta seçimidir. Daha önce uygulanan ilaç tedavilerine yanıt vermeyen hastalar veya kullanılan yüksek doz ilaç nedeniyle oluşan yan etkilerin çok şiddetli olduğu hastalar bu uygulama için aday olabilir. Kalıcı sistemler yerleştirilmeden önce geçici bir kateter ile uygulanmanın etkili olup olmayacağını ortaya koymak gereklidir. Bu uygulamaya başarılı yanıt alınması halinde, bu hastalara kalıcı sistem yerleştirilir.

Ameliyathane koşullarında ve görüntüleme yöntemleri eşliğinde ağrının tipine ve yerine göre kalıcı sistem yerleştirilmektedir. İşlem lokal anestezi ve hastayı hafif uyuşturarak yapılabildiği gibi genel anestezi altında da uygulanabilir. Sistem omurilik yakınına yerleştirilen çok ince bir kateter ve cerrahi olarak cilt altına yerleştirilen pompadan oluşmaktadır.

Basıncılı veya programlı pompa sistemleri mevcuttur. Elektronik olarak programlanıp hastanın isteğine göre program ve doz değişimi yapılabilen pompalar tercih edilmektedir. Bu sistemler çok küçük dozlarda çok iyi ağrı kontrolü sağlamakta etkili ağrı kontrolü sayesinde hasta aktif günlük hayatını yaşayabilir.

Kalıcı (nörolitik) sinir blokları

Kalıcı ya da nörolitik sinir blokları ağrı tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Sinir iletiminde uzun süreli veya kalıcı kesinti oluşturmak amacıyla kimyasal ajanlar ya da fiziksel uygulamalarla yapılır. Günümüzde teknolojinin ilerlemesi ve diğer tedavi yöntemlerinin bulunması ile eskiden olduğu kadar sık kullanılmamakla birlikte, özellikle Radyofrekans termokoagülasyon (RF) ile sempatik bloklar değerini korumaktadır.

Radyofrekans termokoagülasyon (RF), radyo dalgaları ile ısı oluşturularak sinir iletiminin kesilmesidir. Ağrı tedavisinde bu yöntem kullanılarak ağrı ileten sinir lifleri devre dışı bırakılır.

Etki süresi ağrının yerine, tipine, başlangıç zamanına ve kişisel özelliklere göre değişiklik gösterebilir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri kanserde ağrı tedavisinin doğru stratejik yaklaşımlarla %70-90 oranında başarı ile yapıldığını göstermektedir. Bugün için genellikle ihmal edilen, hatta hastalığın kendi tedavisi içerisinde neredeyse unutulmuş kanser ağrısı bir kader değildir ve doğru değerlendirme ve tedavi ile ortadan kaldırılarak hastaya yaşam kalitesi ve hastalığının tedavisi açısından moral verecektir.