

Yansıyan omuz ağrısı

N. İnan*, S. Takmaz*, A. Özcan*, B. Dikmen**

SUMMARY

Referred shoulder pain

Referred pain; feeling pain at a site different than the source of pain; is also included in cancer pain. Mechanisms and treatment of referred pain has been evaluated because of a case with shoulder pain rising from diaphragmatic irritation.

Key words: Referred pain, treatment, cancer pain

ÖZET

Ağrının kaynaklandığı bölgeden farklı bir yerde algılanması olan yansıyan ağrı, kanser ağrıları içinde de yer almaktadır. Diafragma basısı sonucu aynı tarafta omuz ağrısı olan bir olgu nedeni ile yansıyan ağrı mekanizmaları ve tedavileri irdelenmiştir.

Anahtar kelimeler: Yansıyan ağrı, tedavi, kanser ağrısı

(*) S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzm. Dr., Başasistan
(**) S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, II. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzm. Dr.
(***) S. B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, I. Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Uzm. Dr., Başasistan
(****) S. B. Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, Klinik Şefi

Başvuru adresi / Correspondence to:

Uzm. Dr. Nurten İnan, Esat Caddesi 60/3 Küçükesat, 06660 Ankara
N. İnan, M. D., Ankara Teaching and Education Hospital, Department of Anesthesiology, Ankara, TURKEY
Tel: (+90 312) 363 33 30 / 3900 e-mail: nurteninan@yahoo.com

Yansıyan ağrı terimi, ağrının oluşum yerinden farklı bir yerde lokalize edilmesi anlamına gelir (Coda ve Bonica 2001).

Kanser ağrısının etyolojisinde tümörün infiltrasyonu, metastazı veya direkt kansere yönelik tedaviler gibi pek çok neden vardır. Ağrı sorgulaması sırasında, kaynaklandığı bölgeye göre sınıflandırılabilir. Somatik ağrı somatik sinirlerden kaynaklanır, ani başlar, keskindir, iyi lokalize edilir ve sinir köklerinin yayılım bölgesinde veya periferik sinirler boyunca algılanır. Viseral ağrılar yavaş başlar, künt ve sızlayıcıdır. Yerinin belirlenmesi zordur, kolik ve kramp tarzında olabilir. Başka bölgelerde yansıyan ağrı şeklinde ortaya çıkabilir. Sempatik ağrılar sempatik sinir sisteminin aktivasyonuna bağlı olarak ortaya çıkar. Yanma tarzındadır (Önal 2002). Vissero-somatik refleks olarak tanımlanan yansıyan ağrı da kanser ağrıları içinde yer alır (Lema ve ark. 2000).

Yansıyan ağrı genellikle, refleks kas spazmı, derin duyarlılık, hiperaljezi ve otonomik hiperaktivite ile beraber olmaktadır.

Derin somatik ağrı, viseral ağrı veya her ikisinin de birlikte olduğu hastalıklar sekonder hiperaljezi olarak belirti verirler. Bu duyu viseral organlardan duyuları getiren segmentler ile aynı yerde olan dermatomlarda dağılım göstermektedir. Hiper-aljezi ilgili tüm dermatomlarda veya spesifik dermatomların bir bölümünde görülebilir. Hiper-aljezi ve hiperestezinin iyi değerlendirilmesi, ağrının kaynağını tespit etmek açısından önemlidir.

Yansıyan ağrıya eşlik eden diğer klinik belirti refleks kas spazmıdır. Derin somatik ve viseral hastalıklarda kas rijiditesi ve kontraksiyonu önemli klinik belirtidir. Orta düzeyde yansıyan ağrı oluşturan hastalıklarda refleks kas spazmı da orta düzeydedir. Kas spazmı patolojinin bulunduğu dokulardan uyarıları toplayan medulla spinalis segmentleri ile sınırlı olabilmektedir. Klinik olarak, yansıyan viseral ağrıya eşlik eden kas spazmı uzun süre devam edebilir ve hatta ağrı ortadan kalktığında da devam edebilir. Ayrıca, derin dokulardan gelen uyarılarla oluşan uzamış kas spazmı sonucu kaslardan da nosiseptif uyarıların oluşmasına neden olur. Dolayısıyla ağrı düzeyi artmış olur. Kas spazmının engellenememesi nedeni ile kısır döngü oluşur ve rahatsızlık uzar.

Yansıyan ağrıda, yüzeysel hiperaljezi, hiperestezi ve hassasiyete ilave olarak, viseral ve derin somatik hastalıklarda sıklıkla derin hiperaljezi ve hassasiyet de bulunmaktadır. Hassasiyet, hastalar tarafından ciltten derinlerde algılanmakta ve çoğun-

lukla kas spazmı ile birlikte olmakta ve etkisi ağrı ile spazmdan daha uzun sürebilmektedir.

Viseral ağrıda olduğu gibi yansıyan ağrıda da sempatik ve parasempatik hiperaktivite bulunabilmektedir. Bu hastalarda kan basıncında yükselme, taşikardi, terleme, piloereksiyon, vazokonstriksiyon ve nöroendokrin cevaplar görülebilmektedir. Bazı hastalarda, abdominal viseral organlardan gelen ani yoğun uyarı parasempatik hiperaktiviteye neden olmakta ve bu kişilerde bradikardi, hipotansiyon ve halsizlik görülebilmektedir (Coda ve Bonica 2001).

Yansıyan ağrının mekanizması ile ilgili çeşitli teoriler öne sürülmekle birlikte, yapılan çalışmalarda bu teorilerin mekanizmayı tam olarak açıklayamadığı ortaya konmuştur. Özellikle yansıyan ağrının lokal ağrıdan daha sonra ortaya çıkması, belirli bölgelere yansması ve ağrı karakteri ve eşiklerinin farklı olması mekanizmanın çok karışık olduğunu göstermektedir (Yücel 2003).

Mide kanseri (Leiomyosarkom) tanısı ile total gastrektomi, omentektomi, splenektomi, distal pankreatektomi ve özefagojejunostomi operasyonu yapılan 62 yaşında erkek hasta, operasyondan 3 ay sonra sol omuz, boyun ağrısı ile tekrar cerrahi kliniğine başvurmuştur. Abdominal tomografisinde solda subdiafragmatik alandan başlayarak dalak lojunu dolduran, 10x7x6 cm büyüklüğünde solid kitle tesbit edilen hasta nüks kabul edilerek, kemoterapi ve radyoterapi uygulanmaksızın ağrı tedavisi için kliniğimizle konsülte edilmiştir. Hasta, sol omuzundan boyna doğru yayılan, çeşitli analjezik kullanımı ile geçmeyen, sürekli ve şiddetli (VAS;7-8) bir ağrıdan yakınmakta idi. Boyun, omuz ve kolda kas iskelet sistemi patolojisi saptanmayan hastanın nörolojik muayenesi de normaldi. Kemik metastazı olmadığı tesbit edildikten sonra ağrının, subdiafragmatik nüks kitlenin yol açtığı yansıyan ağrı olduğu düşünüldü. Anterior yaklaşım ile interskalen kateter yerleştirilen hastaya 3 gün boyunca 12 saatte bir 10 ml % 0.125 bupivakain verildi. 3 günlük tedavi süresince ağrısı tamamen geçen hastanın, 40 gün süre ile tek doz Naproksen sodyum kullanımı ile VAS; 2-3 şiddetinde kontrol edilebilen ağrısı oldu. Bu sürenin sonunda ağrısı tekrar şiddetlenen hastaya yeniden interskalen kateter takılarak 3 gün süre ile aynı tedavi yapıldı. Tedavi sonrası sadece naproksen sodyum ile ağrı kontrolü sağlanabildi.

Omuza yansıyan kanser ağrılı olguda, ikinci basamağa geçmeksizin, birinci basamak ağrı tedavisi, rejyonel bir yöntem ile kombine edilerek etkin bir analjezi elde edilmiştir.

Bilindiği gibi, omuza yansıyan ağrı; frenik sinir tarafından iletilen, diafragmatik irritasyon sonucu oluşan ağrıdır (Khaw ve Ball 2000, Ranson ve ark. 1959).

Khaw ve Ball'un yaptıkları 3 vakalı sunularında; akciğer kanserli ve omuzda patolojisi olmadığı halde omuza yansıyan ağrısı olan vakalarda, frenik sinirin geçtiği bölgelere, mediastinal radyoterapi uygulamışlar ve omuz ağrısını geçirmişlerdir. Bu vakalarda diafragma irritasyonu yerine, frenik sinirin tümör tarafından mediastinal irritasyonu görülmektedir. Hastalarda akciğer apeksinde tutulum yoktur (Khaw ve Ball 2000).

Bindoff ve Heseltine, akciğer kanseri hastalarda vagal tutulumla bağlı yansıyan unilaterale yüz ağrısını göstermişlerdir (Bindoff ve Heseltine 1988). Benzer bir şekilde Schoenen ve ark, akciğer kanserinde ilk belirti olarak görülen, yansıyan unilaterale yüz ağrısını vurgulamışlardır (Schoenen ve ark. 1992).

Vranken ve ark., brakial pleksus tutulumu olan kanser hastalarında, servikal kateter yerleştirerek, devamlı lokal anestezi infüzyonu uygulamışlardır. Farmakolojik tedaviye yeterli yanıt vermeyen bu hastalarda, bu tekniğin de ilave edilmesi ile etkin analjezi elde etmişlerdir. Hastaların günlük opioid tüketimi de azalmıştır (Vranken ve ark. 2001).

Bilindiği gibi kanser hastalarında ağrı kontrolü amacı ile opioidlere ihtiyaç duyulmaktadır. Terminal dönemde opioid tedavisine hızlı tolerans gelişmesi ağrı kontrolünde güçlüklerle karşılaşmamıza neden olmaktadır (İnan ve ark. 2003). Farmakolojik tedaviyi azaltmak amacı ile bazı girişimlerden faydalanılabilir. Lokal anestezi ile devamlı sinir blokları, nörolitik bloklar, ağrı yollarının cerrahi olarak tahrip edilmesi bu girişimler arasında sayılabilir. Bu vakada da yansıyan omuz ağrısı, bi-

rinci basamak farmakolojik tedaviye ilave edilen interskalen blok uygulaması ile uzun süre kontrol altında tutulmuştur.

Abdominal malignite ile birlikte omuz ağrısı mevcut olan hastalarda diğer sebeplerin yanısıra yansıyan ağrı da akla gelmelidir. Yansıyan ağrı tedavisinde ağrı iletiminin kesilmesi gereklidir, dolayısıyla uyarıyı taşıyan sinirin blokajı efektif ağrı kontrolü sağlamaktadır. Gerekli durumlarda nörolitik bloklar ve radyoterapi uygulanması farmakolojik tedaviyi desteklemektedir.

Kaynaklar

- Bindoff L. A., Heseltine D.: Unilateral facial pain in patients with lung cancer: a referred pain via the vagus? *Lancet* 1988; i: 812-815.
- Coda A. B., Bonica J. J.: General considerations of acute pain. In Loeser J. D., ed. *Bonica's management of pain*. 3rd edition. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia 2001. pp. 659-703.
- İnan N., Aslan M., Dikmen B.: Opioid toleransı gelişen hastalarda tedavi ne olmalıdır? *Ağrı* 2003;15 (3): 41-44
- Khaw P. Y. L., Ball D. L.: Relief of non-metastatic shoulder pain with mediastinal radiotherapy in patients with lung cancer. *Lung Cancer* 2000; 28: 51-54.
- Lema M. J., Day M. R., Myres D. P.: Cancer Pain. In Raj P. P., ed. *Practical Management of Pain*. 3rd edition. Mosby, INC, Philadelphia 2000. pp. 241-253.
- Önal A.: Kanser ağrısı. Erdine S, ed. *Ağrı*. 2. baskı. Nobel matbaacılık 2002. pp. 397-408.
- Ranson S.W., Clark S. L.: *The Anatomy of the Nervous System*, 10th edition. Philadelphia, Saunders 1959. pp. 428.
- Schoenen J., Broux R., Moonen G.: Unilateral facial pain as the first symptom of lung cancer: are there diagnostic clues? *Cephalalgia* 1992; 12: 178-179.
- Vranken J. H. et al.: Continuous brachial plexus block at the cervical level using a posterior approach in the management of neuropathic cancer pain. *Regional Anesthesia and Pain Medicine* 2001; 26 (6): 572-575.
- Yücel A.: Muskuloskeletal sistem ağrılarında nörofizyoloji. 6. Ulusal Ağrı Kongresi Özet Kitabı 2003. pp. 25-26.