

# MEME KANSERİNDE AĞRIYA YAKLAŞIM (\*)

## APPROACH TO THE PAIN IN BREAST CANCER

Serdar ERDİNE

### SUMMARY

In women, carcinoma of the breast is the type of cancer most commonly responsible for causing pain. There are several explanations for this; metastatic bone pain, epidural spinal cord compression, malignant brachial plexopathy and postmastectomy syndrome. In terms of symptom control; one must distinguish between somatic and deafferentation pain. For somatic pain, analgesic therapy is used concomitantly. The WHO Step plan is a clinical approach to analgesic treatment of patients with breast cancer. For deafferentation pain; serotonergic antidepressants, nerve blocs, neuroablative and neurostimulatory surgery can be used.

(Key Words: Pain Control)

### ÖZET

Meme kanseri kadınlarda en şiddetli ağrı nedenleri arasında yer almaktadır. Kemik metastazları, epidural -spinal kord ve brakial pleksus basısı en önemli ağrı sendromlarıdır. Ağrının tipinin, yani oluş mekanizmasının anlaşılması tedavide kullanılacak ajan ve yöntem seçiminde önemlidir. Somatik kaynaklı ağrılarda analjezik tedavi ilk planda yer almaktadır. Analjezik kullanımı, Dünya Sağlık Teşkilatı'nın önerdiği basamak sistemine uygun olarak yapılmalıdır. Deafferentasyon tipi ağrılarda ise adjuvan analjeziklerin yansırı; sinir blokları ve çeşitli invaziv yöntemler kullanılabilir.

(Anahtar Sözcükler :Ağrı Kontrolü.)

(\*) 1. Ulusal Meme Hastalıkları Kongresinde (11-13 Kasım 1993, İzmir) konferans olarak sunulmuştur.

Ağrı olgusu yeni olmamakla birlikte; tıbbın ağrıya yaklaşımı oldukça yenidir. Bu anlamda ülkemiz gerçekten öncü rol oynayan ülkelerden birisi durumundadır. 1985 yılında Ağrı ünitesi olarak kliniğimiz kurulmuş ve 1990 yılında YÖK tarafından Algoloji Bilim Dalı olarak kabul edilmiştir. Kliniğimizde 12 yatak mevcuttur ve yılda 2500 yeni hastaya hizmet verilmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığında Algolojinin üst düzey ihtisas dalı olarak kabulüne ait çalışmalar mevcuttur.

Günümüzde birçok alanda olduğu gibi meme kanseri ağrılarında da Algoloji biliminin özel yardımına sıklıkla başvurulmaktadır.

Yeryüzünde kansere yakalanan milyonlarca hastanın %80'inde hastalığı son dönemlerinde şiddetli ağrı yakınması olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kanser ağrısı toplumsal bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Meme kanseri de kadınlarda en sık ve şiddetli ağrı nedenleri arasında yer almaktadır.

Tablo 1: Meme Kanseri Ağrı Nedenleri

A- Tümör infiltrasyonu ile ilgili ağrı sendromları

1. Kemiğe metastaz:

Kafa tabanı metastazları, Juguler foramen sendromu, Orbital kondil sendromu, Parasellar sendrom, Vertebra metastazları, Odontoid metastazlar, C7-T1 vertebra metastazları, Sakral metastazlar

2. Sinir pleksusu kök ve spinal korda yayılım:

Periferik sinir yayılımı, Malin brakial pleksopati, Malin lumbosakral pleksopati, Leptomeningeal karinomatöz, epidural spinalkorda bası, içi boş organlara yayılım.

B- Kanser Tedavisi ile ilgili ağrı Sendromları

1. Cerrahi sonrası ağrılar: Postmastektomi ve fantom meme ağrıları

2. Kemoterapi sonrası ağrılar: Periferik nöropati, steroid kesilmesi sendromu, femur başı aseptik nekrozu ve postherpetik nevralji.

3. Radyasyon sonrası ağrı sendromları:

Radyasyona bağlı brakial pleksopati, Radyasyon myelopatisi, Radyasyona bağlı periferik sinir tümörleri, Kemikte radyasyon nekrozu

C- Kanser Dışı Ağrı Sendromları

Meme kanserinde ağrı nedenlerini; tümör infiltrasyonuna ve kanser tedavisine bağlı olanlar diye iki ana grupta toplayabiliriz (Tablo1).

## OSTEOALJİ

Kemik metastazına bağlı kemik ağrısının fizyopatolojisinde; periostun bozulması, mekanoreseptörlerin uyarılması, inflamatuvar ödem, kemik içi basıncının artması, vazoaaktif aminlerin salgılanması ve serbest sinir uçlarının hassas hale gelmesi yanısıra; prostoglandinlerin ve kemik rezorpsiyonunun artması da suçlanmaktadır.

Kemik ağrısı somatik bir ağrı olup, tedavide metastaza yönelik tedavi yanısıra semptomatik olarak ta ağrının kontrolü yoluna gidilmez. Kemik metastazına, yani tümöre yönelik yaklaşımlar arasında; Kemoterapi, radyoterapi ve cerrahi tedavinin yanısıra; antiöstrojenler başta olmak üzere çeşitli hormonal tedaviler kullanılmaktadır.

Semptom Kontrolüne yönelik tedavi ise; farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavi olarak incelenebilir.

Kemik ağrısında nonopioid ve opioid analjeziklerle birlikte adjuvan ilaçlar kullanılmaktadır. Özellikle Non Steroid Antiinflamatuvar (NSAI) ajanların kemik ağrısında etkili olduğu bilinmektedir. Prostaglandin sentez inhibisyonunun bu etkide rolü olduğu düşünülmektedir. NSAI ilaçların özellikle uzun süreli kullanımında; dispepsi, peptik ülser, diyare, mukoza iskemisi gibi gastrointestinal yan etkileri, sıvı retansiyonu, böbrek yetmezliği, nefrotik sendrom, kanjistik kalp yetmezliği, hatta siroz gibi yan etkileri görülebilir.

Kemik ağrısında analjeziklerin yanısıra; kortikosteroidler, kalsitonin, levodopa da kullanılmaktadır. Son yıllarda özellikle kan kalsiyum düzeyi yüksek olan hastalarda sıklıkla bifosfonatlar kullanılmakta ve bu ajanların ağrı kontrolünde da etkili olduğu savunulmaktadır. Kalsitoninin kan kal-

siyum seviyesini, osteoklastik kemik rezorpsiyonunu ve tüm bu etkileri ile analjezik gereksinimi azalttığı bildirilmektedir. etki süresi çok kısa olan kalsitoninin, bulantıkusma, kızarıklık, baş dönmesi gibi yan etkileri bulunmaktadır.

Kortikosteroidler prostaglandin sentez inhibisyonu yolu ile antiinflamatuvar etki göstermekte ve kemik içi basıncının azalmasını sağlamaktadır.

Kemik ağrıları farmakolojik tedavi ile kontrol altına alınmadığı takdirde; nöroablasyon, perinöral ve spinal opioid uygulamaları ve nörostimülasyon gibi yöntemler denenebilir.

### BRAKİYALJİ

Brakiyal pleksopati metastatik olabildiği gibi; radyasyon sonrası da görülebilir. Pleksopatinin nedeni klinik bulgularla ortaya konabilir:

Metastatik pleksopatide;

a. Cerrahi eksplorasyonda tümör saptanması,

b. Tümör nüksünün olmaması

c. Radyoterapi uygulanmış olması söz konusudur.

Ağrının özellikleri: omuzda başlar, dirsek ve kolun medyal yüzüne yayılır. Brakiyal pleksusun alt dallarının tutulumunda 4 ve 5. parmaklarda, pleksusun üst bölümünün tutulumunda kol ve dirseğin arka yüzünde ağrı olur. Ağrı genellikle yanma ve donma hissi şeklindedir. Birlikte kolda ödem, allodini ve hipersensitivite görülebilir.

### POSTMASTEKTOMİ AĞRI SENDROMU

Radikal mastektomi sonrası göğüs ön duvarı, koltukaltı ve kolun arka yüzünde hissedilen ve interkostobrakial ve diğer torasik sinirlerin kesilmesini bağlı olarak ortaya

çıkan ağrı sendromudur. İnterkostobrakial sinirler ile 4. ve 5. sinirlerin lateral cilt dalları kesilir. Mastektomiden birkaç aya sonra ortaya çıkar ve olguların %5'inde görülür.

Göğsün ön yüzü, aksilla ve kolun medial ve arka yüzlerinde keskin, sıkıştırma ve yanma tarzında ağrı ile kendini belli eder. Gittikçe artan künt ve sızlanma tarzında bir ağrı şeklinde da olabilir. Arada bir yırtıcı ağrular, hipoestezi, hiperestezi ve hiperpati görülebilir. Bu ağrı hareketle artar. Lenfödem, immobilizasyon ve donuk omuz görülebilir. Tablo giderek refleks sempatik distrofi haline dönüşebilir. Brakiyal pleksopati ile ayırım gerekebilir. Tanıda diagnostik bloklar kullanılabilir.

Tedavide analjezikler ve özellikle de adjuvan analjezikler önemli bir yer tutmaktadır. Medikal tedavi ile birlikte TENS (Transkütan Elektrik Stimülasyonu) uygulamaları da yapılabilir. Bu tedaviler sonuç vermediği takdirde; radyofrekans stellat rizotomi, spinal kord stimülasyonu ve drez lezyonları gibi invaziv uygulamalara geçilmektedir.

### EPİDURAL VE SPİNAL KORD BASISI

%90 hastada ağrı ilk semptomdur. Orta hatta, baskı hissi niteliğinde, yansıyan veya radiküler tarzdadır. bazen de künt, sızlama tarzında; özellikle yatma, boyun fleksiyonu ve bacak kaldırma ile artan karakterde bir sırt ağrısı olduğunun belirlenmesi ile tedavi daha doğru olarak düzenlenebilmektedir.

Somatik ağrı tedavisinde opioid, nonopioid ve adjuvan analjeziklerin yanısıra; perkütan kordotomi, nörostimülasyon yöntemleri, ayrıca; sinir blokajı, intratekal ve subdural fenol ve brakiyal pleksus bloğu gibi nöroablatif yöntemler kullanılabilir. Spinal opioid uygulamaları da somatik ağrı kontrolünde önemli bir seçenektir.

Deaferentasyon ağrısı tedavisinde daha değişik yöntemler kullanmak gerekir ve bu tür ağrının tedavisi daha zor olmaktadır. Tıbbi tedavide özellikle Baklofen etkili olur-

ken; TENS, sempatik sinir blokları, radyofrekans stellar rizotomi, drez, dorsal kolon stimülasyonu ve talamik stimülasyon uygulanmaktadır.

Meme kanserinde de diğer kanser ağrılarında olduğu gibi hastalara uygulanacak ilk yöntem analjeziklerdir. Analjezikler WHO'nun merdiven yöntemine göre kullanılmalıdır. Buna göre; önce NSAİD, basit analjezikler ve adjuvanlar, 2.ncü basamakta; zayıf etkili opioidler, 3.ncü basamakta ise güçlü opioidler ve invaziv yöntemler sırasıyla uygulanmalıdır.

Analjezik kullanımında bazı ilkeler de gözönünde bulundurulmalıdır: Analjeziklerin verilme sıklığı her hasta için ayrı ayrı düzenlenir. Düzenli aralıklarla ve ağrı başlamadan önce verilmelidir. Analjezikler merdiven sistemine uygun olarak değiştirilmelidir. Kullanımda öncelikle oral yol tercih edilmelidir.

Spinal (peridural ve intratekal) Opioid Uygulama Yöntemleri:

1. Perkütan kateter
2. Cilt altına yerleştirilen kateter
3. Port sistemleri
4. Manuel pompalar
5. Implantabl infüzyon pompaları

6. Eksternal infüzyon sistemleri gibi çeşitli şekillerde spinal opioid uygulaması mümkündür. Uygulamanın hangi ajanla, hangi yolla ve hangi tip sistemle yapılacağıın belirlenmesinde bazı ilkeler gözönünde bulundurulmalıdır.

Bu ilkeler:

1. Hastanın beklenen yaşam süresi, 2. Ağrının kökeni ve mekanizması, 3. Oral opioidlerin yeterli dozda kullanılıp kullanılmadığı, 4. Hastanın çevresinde sistemi kullanabilecek kişilerin varlığı, 5. Maliyet

Hastanın yaşam süresi günlerle sınırlı ise perkütan, bu süre haftalarla ifade edi-

liyorsa subkutan, eğer daha da uzun bir ömür bekleniyorsa port ve pompa sistemlerinden faydalanılır.

Spinal opioidlerin komplikasyonları:

A. Ajana bağlı

Solunum depresyonu / İdrar retansiyonu / Bulantı, kusma / Pruritus / Sedasyon / Kabızlık / Tolerans / Opioid yoksunluğu sendromu.

B. Sisteme bağlı

Tıkanma/Diskonneksiyon/Epidural fibroz/enfeksiyon

Bu yöntemler 1984'den beri kliniğimizde 400'den fazla hastaya uygulanmıştır.

**Hipofize alkol-gliserol enjeksiyonu:** İlk kez 1963'de uygulanmış, oldukça invaziv bir yöntemdir. Özellikle hormon kökenli ve tümöre bağlı yaygın ağrılarda kullanılmaktadır. Transnazal-transsfenoidal girişim ile 1-2 cc alkol yada gliserol enjeksiyonu yapılır.

**Dorsal Kord Stimülasyonu (DCS):** Lezyonun bulunduğu segmentin 2 segment üzerine perkütan veya cerrahi olarak epidural aralığa yerleştirilen elektrotlar aracılığı ile kronik elektriksel stimülasyon uygulanmasıdır. Mutlaka skopi altında doğru dermatom uyarılarak yapılmalıdır. Oldukça zaman alan bu yöntem, yaklaşık 3 saatte gerçekleştirilebilir.

Komplikasyonları: Elektrot migrasyonu (%25) ve enfeksiyon (%5)

**Palyatif Bakım:** Kanserli hastalarda yaşamın süresinden çok niteliği ile ilgilenen palyatif bakım; hastanın kalan ömrünün niteliğini düzeltmeye yönelik bir bakımdır. Ağrı tedavisi, palyatif bakımın en önemli parçalarından birisidir. Diğer kanser ağrılarında olduğu gibi meme kanserinde de palyatif yaklaşım hastanın kalan ömrünün kalitesini arttırmada en önemli faktördür.

### KAYNAKLAR

1. Bonica JJ. *The Management of Pain*, Second edition, Philadelphia, Lea and Febiger, 1990.

2. Chrubasik J, Cousins M, Martin E. *Advances in Pain Therapy I*, Berlin, Springer-Verlag, 1992.

3. Foley KM, Payne RM. *Current Therapy of Pain*, Toronto, B.C. Decker, 1989.

4. Patt RB. *Cancer Pain*, Philadelphia J.B. Lippincott Comp., 1993.

5. Raj PP. *Practical Management of Pain*, Second ed., St. Louis, Mosby Year Book, 1992.

**Dergimize**

**ABONE  
OLDUNUZ MU ?**

Not: Abone formu  
derginin sonundadır.