

nörofelsefe defteri - 3: hayalet ağrılar (phantom pains) - 1 tanım, kısa tarihçe ve etyoloji

İbrahim Halid Aldemir · 13 Ağustos 2026 · 5 dk okuma

bismillâh. elhamdulillâh. vessalâtu vesselâmu alâ rasûlullah (ﷺ).

hayalet ağrı nedir?

Bir uzvun, dokunun yahut organın kaybedilmesinden / amputasyonundan / deafferentasyonundan sonra duyuşal sinir liflerinin hasar görmesi ya da tahrip edilmesiyle duyuşal sinir uyarılarının ortadan kalkması veya kesintiye uğraması sonucu ortaya çıkan nöropatik ağrı, hayalet ağrı (phantom pain) olarak adlandırılır. Bu ağrıların artık var olmayan beden parçalarından geldiği ifade edilir. Hayalet ağrıları iç organların çıkarılması sonucunda da ortaya çıkabilir fakat çoğunlukla (%90) bir uzuv kaybı neticesinde gelişir.

Hastalar bu ağrıyı çoğunlukla batma, yanma, sızlama ve delinme hissi olarak tarifler. Hayalet ağrı; kural olarak aralıklı seyreder, ağrısız dönemlerle kesintiye uğrar. Aylar, yıllar sonra farklı etkenlerle tekrar tetiklenebilir ve farklı ağrı şekillerinde seyredebilir. Ağrı çoğunlukla birkaç saniyeden birkaç saate kadar süren ataklar halinde oluşur. Çoğu hastada ağrı, innervasyon yoğunluğunun ve kortikal temsil alanının en geniş olduğu yerler olan parmaklar gibi kayıp uzvun distal bölgelerinde hissedilir.

Batı literatürüne göre amputasyonların %65'inde ilk bir ay içinde, %82'sinde ilk bir yıl içinde ve %87'sinde yaşam boyu hayalet ağrının geliştiği tahmin edilmektedir. Genel olarak ise amputasyon sonrası hayalet ağrıların görülme sıklığı %50 ile %90 arasında değişiklik göstermektedir. Bu ağrı hastaların yaşam kalitesini etkileyen, rehabilitasyon sürecini sekteye uğratan cinstendir.

Hayalet ağrıların yanında, tam denervasyon yaşanan bölgelerde ağrısız duyuşal fenomenler de gözlemlenebilir; bu fenomenlere hayalet duyular (phantom sensation) denir. Hayalet duyular; basınç, sıcaklık ve dokunma gibi basit duyular yahut postür, uzunluk ve hacim gibi daha karmaşık duyular biçiminde ortaya çıkabilir. Ayrıca etkilenen bölgede kendiliğinden yahut istemli hareket hissi de yaşanabilir. Amputasyon geçiren hastaların neredeyse tamamı hayalet duyular hissettiğini bildirmektedir. En sık da proprioseptif algılardan bahsederler. Hayalet duyumun özel bir biçimi olan teleskopik ise hastanın kaybettiği uzvunun kıaldığı hissine kapılmasıdır.

Amputasyonların ardından hayalet ağrıları haricinde başka ağrı çeşitleri de ortaya çıkabilir ve bu ağrıların hayalet ağrılardan ayırt edilmesi tedavinin seyri açısından oldukça önemlidir. Güdük ağrı (residual pain) bunlardan biridir ve ampute edilen uzvun kalan kısmındaki ağrıyı ifade eder, yani ağrı uzvun kendisinden

kaynaklanır ve lokalizedir. hayalet ağrı ile güdük ağrının en önemli farkı ağrının seyrinde gözlenir. güdük ağrı genellikle ameliyatın hemen ardından başlar ve altta yatan neden tedavi edildikçe azalır; hayalet ağrının ise altta yatan nedenleri henüz tam olarak keşfedilememiştir ve standart tedavilere ne yazık ki yanıt vermez. ayrıca her iki ağrının aynı anda duyulması da çok olasıdır; hatta güdük ağrının varlığı, hayalet ağrı gelişimi için yüksek derecede risk faktörüdür.

hayalet ağrının keşfi ve kısa tarihçesi

hayalet ağrıların varlığı tarihin eski dönemlerinden beri biliniyor olsa da batı literatüründe ağrıların varlığını teorize ederek bunlara metninde yer veren ilk isim fransız askeri cerrah ambroise pare'dir (1510-1590). pare, bu ağrıların tek bir nedene indirgenemeyeceğini belirterek hem periferik hem de merkezi sinir sistemindeki birtakım değişikliklerden kaynaklanabileceğini öne sürmüştür. daha sonrasında descartes'in (1596-1650) de destekleyeceği bu fikrin isimlendirmesi ise tıp literatüründe resmi olarak silas weir mitchell'e (1829-1914) atfedilir.

mitchell, amerikan iç savaşı sırasında travmatik amputasyon geçiren askerlerden edindiği klinik deneyimler neticesinde, 1871 ve 1872 yıllarında yayımladığı çalışmalarda ilk kez hayalet uzuv ağrısı terimini kullanmıştır. ilerleyen dönemlerde bu ağrı türünün yalnızca uzuv amputasyonlarıyla sınırlı olmadığı; farklı ameliyatlardan sonra da ortaya çıkabildiği bildirilmiştir.

zamanla artan bu vakalar, tıbbi çözüm arayışlarına itmiştir. 1980 yılında sherman, hayalet ağrının tedavisine yönelik 68 farklı yöntemin yer aldığı bir liste oluşturmuştur. bu 68 yöntemin 50'si günümüzde hâlâ kullanılmakta olsa da 1980'den itibaren neredeyse tüm yöntemlerin aslında işe yaramadığına dair çalışmalar ortaya çıkmaya başlamıştır. günümüzdeyse bu tedavi yöntemlerinin genel başarı oranlarının, perioperatif plasebo tedavisinin bile altında kaldığı görülmektedir.

hayalet ağrı neden oluşur? (etyoloji)

hayalet ağrı, amputasyon sonrası ortaya çıkan deafferentasyonun aşırılışması sonucunda oluşan bir ağrıdır. ancak deafferentasyon ağrısı yalnızca uzuv kaybıyla sınırlı kalmayıp omurilik yaralanması, periferik sinir hasarları ve brakiyal plexus yaralanmalarının ardından da ortaya çıkabilir. benzer şekilde, hayalet ağrı da yalnızca ekstremité amputasyonlarının sonrasında değil; meme amputasyonu (mastektomi) ve diş çekimi gibi diğer beden parçalarının kaybından sonra da ortaya çıkabilir, ancak bu durum belirgin biçimde daha az görülür.

hayalet ağrı gelişimini öngören kesin bir parametreye dair pek kanıt bulunmasa da pek çok klinik araştırılmıştır. çocuklarda ve doğuştan uzuv eksikliği olan bireylerde hayalet ağrı görülme sıklığı daha düşüktür. bilateral amputasyonda, bacak amputasyonlarında ve daha proksimal düzeydeki amputasyonlarda daha sık görülür. amputasyon öncesi (preoperatif) ve ameliyat sonrası (postoperatif)

ağrının kronik hayalet ağrı oluşumu için risk faktörü oluşturduğuna ve insidansı artırdığına dair deliller mevcuttur ancak bu konuda çelişkili sonuçlar da bulunmaktadır.

bunların dışında protez kullanımı, zamansal seyir ve cinsiyet gibi değişkenlerin hiçbirinin klinik açıdan anlamlı bir ilişki göstermediği görülmüştür. amputasyona yol açan hastalığın türünün de hayalet ağrı prevalansı üzerinde belirleyici bir etkisi bulunmamaktadır. psikolojik faktörler olan stres ve depresyonun ise hayalet ağrıyı etkilediği ve tetiklediği gösterilmiştir.

kaynakça

- canavero, s. (1994). *dynamic reverberation: a unified mechanism for central and phantom pain*. *medical hypotheses*, 42, 203–207.
- culp, c. j., & abdi, s. (2022). *current understanding of phantom pain and its treatment*. *pain physician*, 25(7), e941–e957.
- dwornik, g., weiß, t., hofmann, g. o., & brückner, l. (2015). *stumpf- und phantomschmerzen: ursachen und therapieansätze*. *der orthopäde*, 44(6), 435–444. <https://doi.org/10.1007/s00132-015-3122-z>
- finger, s., & hustwit, m. p. (2003). *five early accounts of phantom limb in context: paré, descartes, lemos, bell, and mitchell*. *neurosurgery*, 52(3), 675–686. <https://doi.org/10.1227/01.neu.0000048478.42020.97>
- huse, e., larbig, w., birbaumer, n., & flor, h. (2001). *kortikale reorganisation und schmerz: empirische befunde und therapeutische implikationen am beispiel des phantomschmerzes*. *der schmerz*, 15(2), 131–137. <https://doi.org/10.1007/s004820100008>
- johnson, m. i., mulvey, m. r., & bagnall, a.-m. (2015). *transcutaneous electrical nerve stimulation (tens) for phantom pain and stump pain following amputation in adults*. *cochrane database of systematic reviews*, 8, cd007264. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007264.pub3>
- kern, u., busch, v., rockland, m., kohl, m., & birklein, f. (2009). *prävalenz und risikofaktoren von phantomschmerzen und phantomwahrnehmungen in deutschland. eine bundesweite befragung [prevalence and risk factors of phantom limb pain and phantom limb sensations in germany. a nationwide field survey]*. *schmerz (berlin, germany)*, 23(5), 479–488. <https://doi.org/10.1007/s00482-009-0786-5>
- nardone, r., versace, v., sebastianelli, l., brigo, f., christova, m., scarano, g. i., saltuari, l., trinka, e., hauer, l., & sellner, j. (2019). *transcranial magnetic stimulation in subjects with phantom pain and nonpainful phantom sensations: a systematic review*. *brain research bulletin*, 148, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2019.03.001>

- stremmel, c., sittl, r., & eder, s. (2002). *phantomschmerzen nach major-amputationen: pathogenese, therapie und ausblick. deutsches medizinisches wochenschrift*, 127(39), 2015–2020. <https://doi.org/10.1055/s-2002-34016>
- wolff, a., vanduyndhoven, e., van kleef, m., huygen, f., pope, j. e., & mekhail, n. (2011). *phantom pain. pain practice*, 11(4), 403–413. <https://doi.org/10.1111/j.1533-2500.2011.00454.x>