

# Yaşlılık ve Kabızlık

Yusuf UZUN, Arif Mansur COŞAR, Murat ERKUT

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Trabzon

## GİRİŞ

Yaşlılık, zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik fonksiyon değişiklikleridir (1). Dünya sağlık örgütünün yaşlılıkla ilgili olarak kronolojik yaş sınıflandırması;

- 65-74 yaş arası genç yaşlılık,
- 75-84 yaş arası orta yaşlılık,
- 85 yaş üzeri ileri yaşlılık olarak tanımlanmıştır (2).

Yaşlılarda konstipasyon, yaşam kalitesini etkileyen önemli bir etkidir. Yaşlılarda kabızlık, polikliniğe müracaat ve hospitalizasyon sıklığı, gereğinde cerrahi müdahale ihtiyacı gibi nedenlerden dolayı sık görülen bir durumdur (3).

Konstipasyon için hastalar ve hekimler tarafından çeşitli tanımlar yapılmıştır (4). “Konstipasyon” yetersiz defekasyon, dışkılamada zorlanma ile karakterize bir tablodur.

Konstipasyon’un önemli bir tipi olan “Fonksiyonel konstipasyon”; yetersiz dışkılama, dijital manevra ile müdahale ihtiyacı olması, anorektal obstrüksiyon hissi ve haftada üçten daha az defekasyon hissi olması gibi çeşitli semptomlardan en az ikisinin olması ile karakterize bir tablodur. Fonksiyonel konstipasyon, son 6 ay içerisinde en az 3 ay bu semptomların görülmesiyle karakterizedir.

## EPİDEMİYOLOJİ ve RİSK FAKTÖRLERİ

Yaşlılarda konstipasyon prevalansı %24-50 olup, laksatif kullanımını %10-18, evde bakım altındaki yaşlı sıklığı ise %74’tür (3,5,6).

Başlıca risk faktörleri ise; yaş, fiziksel aktivite azlığı, düşük kültür düzeyi, sürekli kullanılan ilaçlar ve depresyondur. Yaşlılarda konstipasyonun diğer bir sebebi de düşük kalori alımı ile beraber az yemek yemeleridir (7).

## FİZYOPATOLOJİ

Konstipasyon, zannedilenin aksine yaşlanmanın fizyolojik bir sonucu değildir. Yaşlanmaya bağlı, mobilite azalması, çeşitli hastalıkların gelişmesi ve bu sebeplerle kullanılan çeşitli ilaçların yan etkileri ile uygulanan diyet, yaşlılarda konstipasyon gelişmesine sebep olmaktadır (8).

Konstipasyon, primer ve sekonder olarak 2 nedene bağlıdır (8):

- a) Primer Kolorektal Konstipasyon:** Konstipasyonun primer sebepleri, üç gruba ayrılır; normal transit konstipasyon, yavaş transit konstipasyon ve anorektal konstipasyon (8).

**Tablo 1.** Sekonder konstipasyon nedenleri (8)

<b>Endokrin ve Metabolik Hastalıklar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Diabetes Mellitus</li><li>- Hiperkalsemi</li><li>- Hiperparatiroidizm</li><li>- Üremi</li></ul>	<b>Psikolojik Sebepler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anksiyete</li><li>- Depresyon</li><li>- Somatizasyon</li></ul>
<b>Myopati Yapan Sebepler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amiloidozis</li><li>- Myotonik distrofi</li><li>- Skleroderma</li></ul>	<b>Yapısal Anormallikler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Anal fissür, hemoroidler</li><li>- Kolon strüktürleri</li><li>- İnflamatuvar barsak hastalığı</li><li>- Kolonda obstrüktif kitle lezyonları</li><li>- Rektal prolapsus</li></ul>
<b>Nörolojik Hastalıklar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Otonomik nöropati</li><li>- Serebrovasküler hastalık</li><li>- Hirschsprung's hastalığı</li><li>- Multipl skleroz</li><li>- Parkinson hastalığı</li><li>- Spinal kord yaralanmaları</li></ul>	<b>Diğerleri</b> <ul style="list-style-type: none"><li>-İrritabl barsak sendromu</li><li>-Hamilelik</li></ul>

**i.** Normal transit konstipasyon, aynı zamanda “fonksiyonel konstipasyon” olarak da bilinmekte olup, son derece yaygındır. Fonksiyonel konstipasyonu olan hastalarda gaita, kolondan normal hızda geçmektedir. “Kronik idiyopatik konstipasyon” da denilen bu kabızlık tipinde yetersiz defekasyon hissi söz konusu olup iritabl kolon kriterlerinden de farklı bir tablo gösterir (3,8).

**ii.** Yavaş transit konstipasyon ise, kolonda uzun bir gecikme ile gaitanın oluşmasıdır (8). Hastalar karında şişlik ve yetersiz barsak hareketlerinden yakınır. Yavaş transit konstipasyonun sebepleri net olmamakla beraber geliştirilen hipotezlere göre, kolonik düz kas fonksiyon bozukluklarına (myopati) veya nöropatile-re ya da dissinerjik defekasyona sekonder olarak gelişebilir (3,9).

**iii.** Anorektal disfonksiyon ise defekasyon mekanizmasında pelvik müsküler yapının yetersiz koordinasyonudur. Bu hastalar yetersiz defekasyondan, tıkanma hissinden hatta dijital manipülasyon ihtiyacı hissetmekten yakınır (8). Anorektal disfonksiyon, davranış bozukluğu veya çocuklukta öğrenilmeyen defekasyon eylem bozukluğundan da kaynaklanabilir.

**b) Sekonder Konstipasyon:** Çeşitli endokrin ve metabolik hastalıklar, nörolojik ve psikolojik bozukluklar sekonder konstipasyona sebep olur (Tablo 1) (8).

İrritabl barsak sendromu, konstipasyonun en yaygın sebeplerinden birisidir. Ancak kramplar ve alt karın ağrısı yakınmaları ve bunların defekasyonla geçmesi ve arada diyare yakınma dönemlerinin görülmesi ile fonksiyonel konstipasyondan ayrılır.

Ayrıca, çeşitli ilaçların kullanımı da sekonder konstipasyona yol açar (Tablo 2) (8).

Yapılan bir çalışmada, kabızlığı olan hastaların %40'ında ilaçlara bağlı konstipasyon geliştiği saptanmıştır (10).

**Tablo 2.** Sekonder konstipasyona sebep ilaçlar (8)

Antiasitler	Levodopa
Antidepresanlar	Narkotikler
Antihistaminikler	NSAID
Kalsiyum kanal blokerleri	Opioidler
Klonidin	Psikotropikler
Diüretikler	Sempatomimetikler
Fe+	

## KLİNİK BULGULAR

Konstipasyon, yetersiz defekasyon, dışkılamada zorlanma ile karakterize bir tablodur. Yaşlılarda 'fecal impaction' ve 'fecal inkontinans' ile beraber olabilir. Fekal impaksiyon, klinik olarak ülserasyonlara, kanamalara ve anemiye yol açar (3). Hastanın öyküsünde, alarm semptomları ve medikal sorunlar değerlendirilmeli, hastanın kullandığı ilaçlar, psikososyal problemler gözden geçirilmelidir. Hastada hareketsizlik, zayıf beslenme, fiziksel bağımlılık gibi komorbid nedenler gözden geçirilmelidir (11).

Fizik muayenede, rektal tuşe yaparak sertleşmiş gaita, kitle, anal fissür, hemoroid ve sfinkterler değerlendirilmelidir (3). Ayrıca laboratuvar tetkiklerinde tam kan, tiroid fonksiyon testleri yapılmalı, kolonoskopide rektal ülser, inflamasyon, kanser taraması uygulanmalıdır (3).

## TEDAVİ

Konstipasyon tedavisinde primer veya sekonder nedenlerden hangisine bağlı olduğu araştırılmalı ve nedenlere yönelik tedavi protokolü uygulanmalıdır. Konstipasyon tedavisinde "medikal olan" ve "medikal olmayan" yöntemler uygulanmaktadır. Medikal olmayan tedavide yaşlı hastanın yaşam tarzı, diyet ve sıvı alımı söz konusudur.

### a) Medikal Olmayan Tedavi:

- **Yaşam tarzının düzenlenmesi:** Tedavide birinci basamak, yaşam tarzının düzenlenmesidir (3). Konstipasyonların düzeltilmesi için sıvı alımı ve egzersiz yararlı olabilir (3). Tedavide barsak hareketlerinin düzenlenmesi de yarar sağlamaktadır. Bu nedenle, sabahları kahvaltudan 30 dk sonra defekasyon yapılması ancak 5 dk'dan fazla zorlanma yapılmaması önerilmektedir (3,12).
- **Diyet ve fiber:** Fiber, dışkı hacmini ve kolon distansiyonunu artırarak defekasyona yardımcı olur. Günlük fiber alımı 20-25 gr/günde olmalıdır (3). Fiber'in barsak hareketlerine katkısı birkaç hafta sürebilir. Fiber'in aşırı alımında şişkinlik ve gazlanma söz konusudur (3).
- **Sıvı alımı:** Sıvı alımının barsak hareketlerinde önemli rol oynadığına inanılmaktadır. Sıvı alımında eksikliğin söz konusu olmasının konstipasyon riskini artırdığına inanılmasına rağmen bu konudaki çalışmalar azdır. Yetersiz sıvı alımı, fekal impaksiyona, dışkının sertleşmesi ve sıkışmasına sebep olmaktadır (8).

**Tablo 3.** Kronik konstipasyonda medikal tedavi (8,13)

Medikal Etken	Doz
<b>Kitle yapıcı laksatifler</b>	
• Metilselüloz (500 mg tab.)	(1-3) x 1 tab.
• Polikarbofil (625 mg tab.)	(1-4) x 2 tab.
• Psyllium (3.4 gr/ölçek/250 ml su ile)	(1-4) x ölçek/3.4 gr
<b>Gaita yumuşatıcılar</b>	
• Docusate calcium (240 mg kapsül)	1 x 1 kapsül
• Docusate sodium (50/100 mg kapsül)	(1-3) x 50-100 mg
<b>Osmotik laksatifler:</b>	
• Laktulose (10 gr/15 cc)	(15-60 ml/günde/bölünmüş dozlarda)
• Magnesium hidroksid (400 mg/5 cc)	(30-60 ml/günde/bölünmüş dozlarda)
• Polietilen glycol (17 gr/ölçek/250 ml su ile)	(1 kez/günde)
• Sodyum bifosfat (25 ml) (125 ml su ile/takiben 250 ml su içilecek)	20-45 ml/günde
• Sorbitol (480 ml)	30-150 ml/günde
<b>Stimulan laksatifler</b>	
• Bisacodyl (tab. 5 mg)	5-15 mg/günde
• Senna (tab. 8.6 mg)	2-4 tab/günde (1x2 tab. veya 2x1 tab.)
• Cascara sagrada (sıvı 120 ml) (tab. 325 mg)	5 ml/günde 1 tab./günde

## b) Medikal Tedavi:

Konstipasyon tedavisinde fiber alımı ve laksatif kullanımı yaygın olarak kullanılmakta olup plasebo'ya oranla daha etkilidir. Ancak fiber alımının ve laksatif kullanımının uzun süre uygulamalarında yararı veya yan etkileri konusundaki çalışmalar sınırlıdır (8).

- **Laksatifler:** Yaşlılarda laksatif kullanımından önce hastaların kardiyak ve renal yetersizlikleri, kullandıkları ilaçlar ve yan etkileri daima göz önüne alınmalıdır (13).

### Laksatifler:

a) Kitle yapıcı laksatifler

b) Osmotik laksatifler

c) Stimulan laksatifler

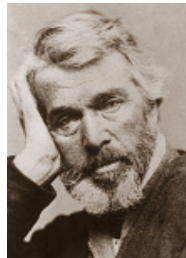
d) Diğerleri

## SONUÇ

Sonuç olarak, 60 yaş üstü olan yaşlılıkta %24-50 oranında görülen konstipasyonda alarm semptomları ve komorbid nedenler mutlaka sorgulanmalı, hasta kolon kanseri yönünden özellikle değerlendirilmeli ve tedavisinde, yaşam tarzı, diyet ve fiber kullanımı desteklenmeli ve gerektiğinde uygun laksatifler kullanılmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. Güler Ç. Yaşlılık Tanımlar, editöre mektup, Turkish Journal of Geriatrics 1998;1:105.
2. Aydın AH, Bilir Hİ, Bilgin A, et al. Tirajı yüksek dört ulusal gazetede yaşlılık değerlendirmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2016;69(3).
3. Rao SC S. Constipation in the older adult. Official reprint from UpToDate. Wolters Kluwer. www.uptodate.com Jan 2017
4. Drossman DA, Sandler RS, McKee DC, Lovitz AJ. Bowel patterns among subjects not seeking health care. Use of a questionnaire to identify a population with bowel dysfunction. Gastroenterology 1982;83:529-34.
5. Talley NJ, O'Keefe EA, Zinsmeister AR, Melton LJ 3rd. Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly. A population-based study. Gastroenterology 1992;102:895-901.
6. Whitehead WE1, Drinkwater D, Cheskin IJ, Heller BR, Schuster MM. Constipation in the elderly living at home. Definition, prevalence and relationship to lifestyle and health status. J Am Geriatr Soc 1989;37:423-9.
7. Towers AL, Burgio KL, Locher JL, et al. Constipation in the elderly; influence of dietary, psychological and physiological factors. J Am Geriatr Soc 1994;42:701-6.
8. Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. Am Fam Physician 2005;72:2277-84.
9. Rao SS. Constipation evaluation and treatment. Gastroenterol Clin North Am 2003;32:659-83.
10. Prather CM, Ortiz-Camacho CP. Evaluation and treatment of constipation and fecal impaction in adults. Mayo Clin Proc 1998;73:881-6.
11. Iovino P, Chiarioni G, Bilancio G, et al. New onset of constipation during long-term physical inactivity a proof of concept study on the immobility-induced bowel changes. PLoS One 2013;8:e72608.
12. Rao SS. Constipation, evaluation and treatment of colonic and anorectal motility disorders. Gastrointest Endosc Clin N Am 2009;19:117-39.
13. Kara H. Laksatif ve pürgeatifler. Güncel Gastroenteroloji 2015;19:30-3.



THOMAS CARLYLE  
(1795-1881)

En büyük yanlış, yanlışların farkında olmamaktır.