

Çocukluk Çağında Kronik Kabızlık

Mahya Sultan TOSUN¹, Fulya G. DEMİRÇEKEN²

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Pediatri Bölümü, Ankara

Kronik kabızlık, fekal sızıntı olsun veya olmasın, çocuklukta yaygın ve sıkıntı verici bir şikayettir (1). Pediatri kliniklerine başvuran hastaların % 3-5'ini, pediatrik gastroenteroloji polikliniğine başvuran hastaların % 25'ini defekasyon problemi olan hastalar oluşturur (2-7). Kabızlık genellikle sert dışkı, ağnı defekasyon veya haftada 3'ten az dışkı boşaltımı olarak tanımlanmaktadır (2). Çocukların çoğunda dışkı sıklığı hayatın ilk haftasında ortalama günde 4'tür; bu sıklık 2 yaşına kadar günde 1.7'ye ve 4 yaşına kadar 1.2'ye düşmektedir (2,7). Ağızdan rektuma intestinal geçiş zamanı hayatın ilk ayında 8 saatten, 2 yaşında 16 saate ve 10 yaşında 26 saate çıkmaktadır (2).

"Kontinans", "Soiling" ve "Enkoprezis" terimlerine açıklık getirilmesi konunun daha iyi anlaşılması için gereklidir.

Kontinans (Kontrol etme): Vücudun rektumdaki dolgunluğu algılayıp buradaki içeriğin katı, sıvı ve gaz ayrımını yaparak uygun zaman ve uygun sosyal ortamda rektumu boşaltabilme yeteneğidir (4). Bu durum ortalama 28. ayda gelişmektedir (4, 8).

Soiling (Çamaşırını kirletme): Sıvı veya yarı sıvı dışkının istemsiz olarak iç çamaşırına kaçması durumudur. Burada kronik kabızlık nedeniyle sert taşlaşmış dışkı ile dolu rektumdan sıvı dışkının taşp sızması söz konusudur (4).

Enkoprezis (Dışkı kaçırma): 4 yaş ve üstü çocuklarda, 3 ay boyunca, en az ayda 1 kez olan çamaşırına veya uygun olmayan bir yere dışkının yapılması olarak tanımlanmaktadır (1). 7-8 yaşlarında ki çocukların % 1.5'unda görülen enkoprezis (1, 8),

erkeklerde kızlara oranla 2.5-6 kat daha fazladır (2,8). Enkoprezis sıklıkla fonksiyonel fekal retansiyon sonucu gelişen kabızlığa eşlik eder (1).

Kontinans ve defekasyondan sorumlu olan yapılar eksternal anal sfinkter, puborektalis kası, internal anal sfinkter ve rektumdur. Eksternal sfinkter ve puborektalis kasın kasılmasıyla fekal materyal bekletilir. Buna karşılık glottisin kapanması, diyaframın fiksasyonu ve karın kaslarının kontraksiyonuyla intraabdominal basıncın artışı ve internal-eksternal anal sfinkterlerin gevşemesi ile rektumun kontraksiyonu fekal materyalin dışarı atılmasını sağlar (8).

Kabızlığı olan çocukların % 90-95'inde organik bir sebep yoktur. Kabızlık insidansı tuvalet eğitiminin olduğu 2-4 yaşları arasında pik yapar. Çocuklarda kabızlığın en yaygın sebebi ağnı ve zor bir boşaltım tecrübesinden sonra çocuğun defekasyonu geciktirmeye başlamasıyla ortaya çıkan sonradan kazanılmış bir davranıştır. Kabızlığın en yaygın görülen organik sebepleri arasında Hirschsprung hastalığı, kistik fibrozis, anorektal anomaliler, hipotiroidizm, çölyak hastalığı ve kabızlık yapan ilaçların kullanılması gelir (1).

ÇOCUKLUK ÇAĞI DEFEKASYON BOZUKLUKLARI

Süt çocuğu dişeyyası, fonksiyonel kabızlık ve fonksiyonel fekal retansiyon çocuklardaki defekasyon bozukluklarıdır. Bu bozukluklar Roma II kriterleri olarak bilinen semptomaya dayalı tanısal kriterler kullanılarak sınıflandırılır (Tablo 1) (1).

Tablo 1. Çocukluk çağı defekasyon bozuklukları: Roma II tanısal kriterleri

Süt Çocuğu Dişeyyası	Fonksiyonel Kabızlık	Fonksiyonel Fekal Retansiyon
-Diğer zamanlarda sağlıklı olan, -6 aydan küçük bebeklerde, -En az 10 dk. çabalama ve ağlamaya neden olan, -Sonrasında yumuşak gaytanın başarılı pasacı ile sonuçlanan dışkılama şekli	-Sütçocuğu ile okul öncesi çocuklarda, -En az 2 hafta süreyle sert, taş gibi dışkı yapılması veya -Haftada 2 veya daha az şekilli-katı dışkılama ve -Yapısal, endokrin ve metabolik hastalık olmaması	-Süt çocuğundan 16 yaşa kadar her yaşta, -Haftada 2 veya daha az, en az 12 hafta büyük çaplı dışkı boşaltımı, -Dışkı tutma postürünün görülmesi, -Pelvik taban ve gluteal kasları kullanarak defekasyondan kaçınma

Süt Çocuğu Dişeyyası: Yumuşak ve sıvı dışkı boşaltımına rağmen bazı süt çocukları defekasyon sırasında ıknırlar, zorlanırlar ve acı acı bağırırlar. Bu durum 20 dk. veya daha fazla sürebilir, gün içinde birkaç kez tekrarlayabilir. Hayatın ilk birkaç ayında görülür, kendiliğinden birkaç haftada düzelir. Bu defekasyon bozukluğuna pelvik taban relaksasyonu ile intraabdominal basınçtaki artışın korelasyonunun iyi olmaması neden olur (1,3). Beslenme dahil tam öykü, rektal muayene dahil sistemik fizik muayene ve büyüme izlemi normaldir (3). Bu bozukluk abdominal kaslar ve pelvik taban kasları arasındaki koordinasyon sağlanınca kendiliğinden düzelecektir (1,3). Bu durumun çocuğun öğrenme süreci olduğu, ileri müdahale gerektirmediği ailelere anlatılmalı ve kaygılan giderilmelidir (1).

Fonksiyonel Kabızlık: Genellikle 5 yaş altında görülen fonksiyonel kabızlık, sıklıkla 1 haftada 3'ten az sıkı ve sert dışkının boşaltımı olarak tanımlanır. Çoğu aile kabızlığın anne sütü kesildiği zaman veya çocuğun diyetine katıksız süt eklendiği zaman başladığını hatırlar. Genellikle altta yatan bir fiziksel deformite veya medikal sebep yoktur (1). Süt çocuklarında kuru erik ve armut gibi fruktoz ve sorbitol içeren meyve suları sulu dışkılamaya neden olur. Arpa, mısır şurubu, laktuloz ve sorbitol kullanılabilir. Mineral yağı önerilmez. Solid gıdalar verildiğinde yeterli miktarda sıvı ve lif alımı da sağlanmalıdır. Günlük alınması gereken diyetteki lif miktarı yaş (yıl)+5 gr'dır (3, 5).

Fonksiyonel Fekal Retansiyon: Çocuklarda kabızlık ve fekal sızıntının en sık sebebidir (3). Daha önce hoş olmayan tecrübeye sahip çocuklarda defekasyon sürecinin son adımı bozulmaya başlar. Çocuklar kendi kalıplaşmış düşüncesi içinde şiddetle hoş olmayan aktiviteye reaksiyon gösterirler ve sıklıkla başarılı olurlar; ne pahasına olursa olsun bu tecrübelerini tekrarlamaktan kaçınırlar. Aileler karakteristik dışkı tutma postürünü şöyle tarif ederler: Aniden çok sinirli görünen, tüm vücudu katı-

laşmış, yüzü solmuş, bacaklarını çaprazlamış, aşağı-yukarı sıçrayan ve sıklıkla bir köşeye veya kanepenin arkasına kaçan çocuk görünümü. Bu fonksiyonel fekal retansiyonlu çocuğun stereotipik davranışdır ve "poop dance" kaka dansı olarak bilinir. Bu tip davranışın en yaygın sonucu taşma inkontinansı ile birlikte olan fekal retansiyondur. Çocuğun dışkı tutmadaki tekrarlayan başarısızlıklarından dolayı rektum dilate olmaya başlar ve büyük bir fekal materyal ile dolar. Sıvı dışkı rektuma ulaşır, taşlaşmış dışkı ile karşılaşır ve onun etrafından sızmaya başlar; böylece "soiling"-sızma meydana gelir (1).

Bu tabloya fekal sızıntı dışında eşlik eden diğer semptomlar huzursuzluk, abdominal kramplar, azalmış iştah ve/veya erken doygunluktur. Büyük dışkının boşaltımından sonra bu semptomlar hemen geçer (1,3). Fizik muayene ile fekal kitle rektumda hissedilebilir. Ağnı defekasyon korkusu olan çocuklarda rektal muayene gerekliliği tartışmalıdır. Bu çocukların muayene sırasındaki davranışları tanıyı koymada çok yardımcıdır. Olaydan habersiz görünürler, ama asıl gerçekte bu durumdan dolayı utanmışlar ve kendilerini yalnız hissettikleridir. Tedavi için aile, hasta ve doktor işbirliği içinde olmalıdır. Günlük oral mineral yağı kullanılır. Bazı uzmanlar obstrüksiyona yol açacak fekal kitleyi enema ve stimulan laksatiflerle yumuşatıp çocuğun rahatlamasını ve tuvalet eğitimi için güven sağlamalarını tercih ederler. Uzun süreli tedavide dışkı yumuşatıcılar (mineral yağı, laktuloz, kolonik lavaaj solüsyonları) ağnsız defekasyon olana kadar ve rahatsızlık tamamen geçene kadar verilebilirler (3).

AYIRICI TANI

Çocukluk çağındaki kabızlık % 95 fonksiyonel nitelikte olmasına rağmen, kabızlığın diğer sebeplerinin (organik nedenler) dışlanması gereklidir (1). Kabızlığın organik nedenleri Tablo 2'de sunulmuştur (1, 6-7).

Tablo 2. Kabızlığın organik sebepleri

Anatomik malformasyonlar	İmpertore anüs, anal stenoz, anterior yerleşimli anüs, pelvik kitle (sakral teratom), ağırlı perianal durumlar (abse, fissür, hemoroid)
Metabolik ve Gastrointestinal	Hipotirodizm, hiperparatiroidizm, hiperkalsemi, hipokalemi, hiponatremi, hipomagnezemi, hipofosfatemi, kistik fibrozis, diabetes mellitus, MEN* tip 2B, gluten enteropatisi
Nöropatik durumlar	Spinal kord anormallikleri, spinal kord travması, nörofibromatozis, tethered kord, serebral palsi, meningomyelosele
İntestinal sinir ve kas bozuklukları	Hirschsprung hastalığı, intestinal nöronal displazi, visseral miyopatiler, visseral nöropatiler
Anormal karn kas yapısı	Prune belly, gastrozis, Down sendromu
Bağ dokusu hastalıkları	Skleroderma, sistemik lupus eritematozus, Ehlers-Danlos sendromu
İlaçlar	Opiyatlar, fenobarbital, sükralfat, antasitler, antihipertansifler, antikolinerjikler, antidepressanlar, semptomimetikler
Diyet faktörleri	İnek sütü protein intoleransı, yetersiz lif alımı, yetersiz sıvı alımı, malnütrisyon
Diğer	Ağır metal alımı, D vitamini intoksikasyonu, botulizm

*MEN: Multipl Endokrin Neoplazi

Hirschsprung Hastalığı: Ayıncı tanıda en önemli durum Hirschsprung hastalığıdır. Hirschsprung hastalığı 1/5000 doğumda görülür (1,6-7) ve E/K oranı 4/1'dir. Pozitif aile öyküsü % 7 olguda vardır (6). Olguların % 75'inde hastalık rektosigmoid bölgeye sınırlıdır (1,6-7). Olguların %80'i 1 yaşından önce semptomatiktir, az sayıda olgu (% 10) 3-14 yaşları arasında bulgu verir (6). Yaşamın ilk haftalarında semptomatik olan hastalığın en yaygın klinik bulguları safralı kusma, abdominal distansiyon ve beslenmeye karşı dirençtir. Tanısı geciken vakalarda ileri dönemde kronik kabızlık, çakıl benzeri gayta, abdominal distansiyon ve sıklıkla gelişme geriliği vardır (1). Kısa segment ve ultra-kısa segment (< 5 cm) Hirschsprung hastalığında tanı daha ileri yaşlara kayabilir ve bunlarda medikal tedaviye yanıtız kabızlık vardır (6). Anamnezde Hirschsprung hastalığı açısından ipuçları; mekonyum pasajında gecikme, uzun süreli kabızlık fakat enkoprezis olmayışı, dışkı tutma postürünün gözlenmemesi, medikal ve davranış tedavisine cevapsızlıktır. Normal bebeklerin % 94'ünde mekonyum ilk 24 saat içinde çıkarılır; buna karşılık Hirschsprung hastalığı olan yenidoğanların ise % 94'ünde ilk 24 saat içinde mekonyum çıkışı olmaz.

Enkoprezis fonksiyonel kabızlığın bir bulgusudur fakat rektosigmoid tutulumlu Hirschsprung hastalığında % 3, kısa segment Hirschsprung hastalığında ise % 13 oranında enkoprezis görülebilir. Fizik muayenede abdominal distansiyon ve kannda fekal kitle olması, rektal tuşede ise rektumun boş olması destekleyici bulgulardır (6).

KLİNİK DEĞERLENDİRME

Dikkatli bir öykü ve tam bir fizik muayene tanı için gereklidir (4).

Yakınma ve Öykü: İlk barsak hareketlerinin doğumdan ne kadar süre sonra olduğu, şikayetin ne zaman başladığı, dışkı yapma sıklığı, dışkının kıvrımı ve boyutu, ağırlı defekasyon olup olmadığı, dışkı üzerinde kan varlığı, karn ağrısının ve üriner sistem şikayetlerinin eşlik edip etmediği önemli bilgilerdir (4,7). Bazı aileler fekal sızıntıyı yanlışlıkla diyare olarak ifade edebilirler. Tipik dışkı tutma davranışı olasılıkla organik bir nedeni dışlar. Kabızlık yapabilen ilaçların kullanılıp kullanılmadığı sorgulanmalıdır (7). Kabızlık sıklıkla anne sütünden formülaya geçildiği zaman ya da diyetle inek sütü veya katı gıda eklendiği zaman başlar (1,2). Oyun çağı çocuklarında dışkı retansiyonu sıklıkla aşırı aile baskısı, uygunsuz zaman veya ailelerine karşı güçlü bir savaşı vererek kendi kararlarını uygulamak nedenlerinden dolayı tuvalet eğitiminin olduğu dönemde başlar. Okul çağı çocuklarında ise kabızlık okula başlama ile eş zamanlıdır (1).

Ateş, abdominal distansiyon, iştahsızlık, bulantı, kusma, kilo kaybı, yetersiz kilo alımı organik bir bozukluğun bulgusu olabilir (7). Mekonyum pasajında gecikme ve abdominal distansiyona enkoprezisin eşlik etmemesi Hirschsprung hastalığından şüphelendirmelidir (6). Kabızlık hikayesi olan bir bebekte kanlı diyare, Hirschsprung hastalığının enterokolit komplikasyonunu gösterebilir (7).

Sosyal öykü açısından aile yapısı, çocukla birlikte kaç kişinin yaşadığı, çocuğun bu kişilerle ilişkisi ve istismar öyküsü değerlendirilmelidir (7).

Muayene Odasında En Yaygın Karşılaşılan Durum şudur: Bir köşede sessizce ve utangaç halde olan çocuk ve diğer tarafta öykü veren endişeli ve/veya kızgın anne ile baba vardır. Çocuk sıklıkla barsak alışkanlığı ile ilişkili bir probleminin varlığını inkar eder ve bunun söylenmesiyle de utanır. Aileler genellikle çocuklarının büyük bir dışkı boşaltımından sonra hemen ortadan kaybolduklarını söylerler. Bu büyük dışkı boşaltımı "bunun ondan çıktığına inanmıyorum" veya "tuvalet oturma kadar çok büyüktü" gibi ifadelerle şaşkınlık içinde tanımlanır (1).

Fizik Muayene: Kabızlık ile başvuran bir çocuğun dikkatli bir şekilde fizik muayenesinin yapılması önemlidir (1,7). Abdominal muayenede sol alt kadranda ve suprapubik bölgede fekal kitle ele gelebilir, bu fonksiyonel fekal retansiyonun en yaygın bulgusudur. Sakral bölgenin muayenesi, spinal anormallikleri gösterebilmesi nedeniyle mutlaka yapılmalıdır (1). Perinenin ve perianal bölgenin dış muayenesi önemlidir (7). Böylece fekal sızıntı, anterior yerleşimli anüs, "skin tag" (cilt takıntısı), grup A streptokok infeksiyonu ve cinsel istismarın bulguları görülebilir (1).

Rektal muayene, fonksiyonel konstipasyon ve fonksiyonel fekal retansiyonu düşündüren karakteristik öykü ve abdominal bulgu varlığında ertelenebilir. Bu çocukla doktor arasında tedavi amaçlı işbirliğine olanak sağlar (1). Rektal muayene kas tonusunu, dışkının kıvamını ve miktarını, anatomik anormalliklerin varlığını, rektumun boyutunu değerlendirmek için yapılır (1,7). Perianal duyu ve alt ekstremitelerde reflekslerini içeren nörolojik muayene mutlaka yapılmalıdır (1).

Tam bir öykü ve fizik muayene genellikle çocuğun daha ileri bir değerlendirmeye gereksinimi olup olmadığını belirlemeye yeterlidir (7). Öykü ve fizik muayene ile fonksiyonel defekasyon bozukluğu düşünüldüğünde başka bir tanınmış müdahale gerekmeden tedavi planı belirlenir. Organik ve tehlikeli bir hastalık olmadığı söylenerek ailenin ve çocuğun kaygılan giderilmelidir (1).

TANISAL ARAŞTIRMALAR

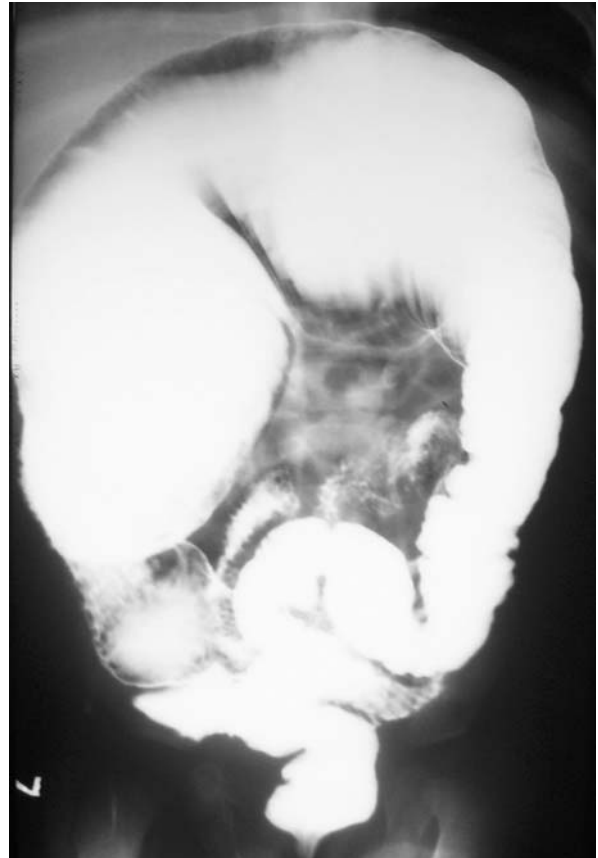
Tiroid fonksiyon testleri, serum kalsiyum, serum magnezyum ve diğer elektrolit düzeyleri sistemik bozuklukları dışlamak için yapılmalıdır. Özellikle enkoprezisin eşlik ettiği kabızlık vakalarında tam idrar tahlili ve idrar kültürüne bakılmalıdır (2).

Düz Karın Grafisi: Fekal retansiyonun derecesini ve fekal boşaltımın gerekliliğini değerlendirmek için yararlı olabilir. Aynı zamanda fekal inkonti-

nans ve üriner semptomları olan çocuklarda alt spinal bölgenin değerlendirilmesini mümkün kılar (1). Ayrıca rektopelvik oranın ölçülmesi için kullanılabilir. Bu oran maksimum rektal çapın maksimum pelvik çapa oranıdır ve normal <0.61 'dir (4).

Baryumlu Kolon Grafisi: Hirschsprung hastalığı olduğundan şüphelenilen vakalara barsak temizliği yapılmadan baryumlu kolon grafisi önerilmektedir (1). Böylece gangliyonik ve agangliyonik barsak segmentleri arasındaki geçiş zonu görülebilir (8). Proksimalde gangliyonik segment dışkıyla dolu olarak genişir ve rektosigmoid indeks 1'in altındadır (Resim 1). Eğer barsak temizliği yapılsa geçiş zonu fark edilmeyebilir ve indeks yanlış hesaplanır (9). (İndeks: Maksimum rektum çapı/sigmoid kolon çapı, Normal: >1).

Anorektal Manometri: Manometrik çalışmalar erken başlangıçlı kabızlığı olan hastalar, fekal sızıntı öyküsü olmayan hastalar ve/veya fizik muayenede abdominal kitlesi olmayan ve rektumu boş olan hastalarda endikedir (1). Hirschsprung



Resim 1. Hirschsprung hastalığında baryumlu kolon grafisinde geçiş zonu

hastalığında rektal balon distansiyonuna cevap olarak internal anal sfinkterde gevşeme görülmez (1,8). Anorektal manometride internal anal sfinkter relaksasyonunun normal olması büyük olasılıkla fonksiyonel defekasyon bozukluğu olduğunu gösterir. Rektoanal inhibitör refleks doğumdan en erken 2 hafta sonra gelişir; bu refleksin yokluğu Hirschsprung hastalığını düşündürmelidir (1).

Kolonik manometri, dirençli kabızlığın ayırıcı tanısına yardımcı olur. Çocukluk çağındaki kronik kabızlık vakalarının çoğunda kolonik motilite normaldir; yani yüksek amplitüdümlü ilerleyici kontraksiyonlar ve farmakolojik ajanlar ile beslenmeye cevap olarak motilitede artış görülür. Kronik kabızlığı olan çocukta anormal motor aktivite sadece rektumda bulunur; çünkü oldukça dilatedir ve atonik olmaya başlayabilir ve anal kanal içine dışkının atılması için yeterli basıncı sağlayamayabilir. Miyopati veya kolonik nöropatisi olan hastalarda yüksek amplitüdümlü kontraksiyonlar ve gastrokolik refleks hiç yoktur veya yetersizdir (1).

Kolonik Geçiş Zamanı: Barsak hareketi sıklığının objektif ölçümü radyoopak işaretleyiciler kullanılarak kolonik geçiş çalışmalarıyla yapılabilir. İşaretleyiciyi içeren kapsül çocuğa 1., 2., ve 3. günler içinilir ve 4. gün düz karın grafisi çekilir (4). Bu test çocuk veya ebeveynlerden kesin öykü alınmadığı zaman veya kabızlık şikayeti ile gelip bu şikayetin objektif bulguları olmadığı zaman tanıya yardımcı olabilir. Geçiş zamanı normalse çocuk kabız değildir. Geçiş zamanının normal ve fekal sızıntısının olmadığı durumlarda daha ileri bir değerlendirmeye gerek yoktur. Geçiş zamanı anormal ve fekal birikim mevcutsa ileri bir araştırma gereklidir. Kabızlığın objektif bulgularının olması ve tedaviye direnç durumunda Hirschsprung hastalığını düşünmek önemlidir (7).

Rektal Biyopsi: Klinik olarak intestinal nöromusküler bozukluk (Hirschsprung hastalığı gibi) olduğundan şüphelenilen hastalarda rektal biyopsi, intramural gangliyon hücrelerinin yokluğunu göstermesi açısından altın standarttır (1).

KOMPLİKASYONLAR

Enürezis ve Sık İdrara Çıkma: Enkoprezis şikayeti olan çocukların % 40'ında enürezis görülebilmektedir (2). Bundan dilate rektumun mesane üzerine yaptığı bası sorumludur (1). Kabızlığın tedavisi ile bu durum düzelir (10).

İdrar Yolu Enfeksiyonu: Kronik kabızlığı olan çocuklarda yaygındır; kızlarda erkeklerden daha fazla görülür (1,10). Etken çoğunlukla E. Coli'dir (10).

Karın Ağrısı: Okul çağı çocuklarındaki en sık şikayettir (10).

Anal Fissür: Büyük çaplı sert dışkının anal kanal mukozasında fissüre yol açtığı düşünülmektedir (10).

Rektal Kanama: Kabızlığı çocuklarda dışkı ile birlikte veya dışkı boşaltımını takiben kan gözlenmesi yaygındır (10).

Hemoroid: Dış hemoroidler çocuk yaş grubunda kronik ıkmmanın bir sonucu olarak ortaya çıkabilirler. Genellikle küçük ve kendi kendini sınırlayan lezyonlardır (10).

Rektal prolapsus: Kabızlığın tedavi edilmesi ile düzelir, nadiren cerrahi müdahale gerektirir (10).

**Perirektal abse,
Perineal veya diaper dermatit,
Perineal sellülit,
Sosyal dışlanma/depresyon/anksiyete.**

TEDAVİ

Kronik kabızlığı olan çocuklarda tedavi 4 adımdan oluşmaktadır (4). Tedavideki en önemli hedef ağrsız dışkı boşaltımını sağlamaktır (1).

Eğitim: Çocukluk çağı fonksiyonel defekasyon bozukluklarının tedavisinde eğitim en önemli adımı oluşturmaktadır. Bu da aileye ve çocuğa ciddi bir hastalık ile karşı karşıya olmadıkları söylenerek başlanmalıdır. Aileye fekal sızıntısının istemsiz bir durum olduğu, uygun bir şekilde tedavi edilmesi gerektiği ve hayat boyu devam edecek bir problem olmadığı söylenmelidir. Aileye ve çocuğa tedavi süresinin birkaç haftadan birkaç aya, hatta birkaç yıla kadar değişebileceğinin söylenmesi önemlidir (1).

Rektumdaki Taşlaşmış Dışkının Boşaltılması: Dışkı boşaltımının sağlanmasında oral yol, rektal yol veya her ikisinin kombinasyonunun etkili olduğu gösterilmiştir. Oral yol invaziv değildir ve çocukta kendi probleminin tedavisi için bir güç duygusu yaratır. Rektal yolla dışkının boşaltılması invaziv ve hızlı bir yoldur; fakat çoğu kez aileler için uygulaması zordur (1,7).

North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition (NASPGHAN) rehberine göre, kabızlık tedavisinde oral yol tercih edileceği zaman, mineral yağlan, magnezyum sitrat, laktuloz, senna ve PEG (polietilen glikol) solüsyonları gibi ilaçlar kullanılabilir (1).

Rektal yolla dışkı boşaltımında saline enemayı takiben kullanılan fosfat veya mineral yağları

enemalarının etkin olduğu gösterilmiştir (1). Ayrıca süt çocuklarında gliserin supozituarlar ve daha büyük çocuklarda bisakodil supozituarlar etkili rektal boşaltımı sağlamaktadırlar (7).

Dışkı Birikiminin Önlenmesi ve Düzenli Barsak Alışkanlığının Sağlanması (İdame tedavisi): Rektum temizlendikten sonra tedavinin amacı dışkının tekrar birikimini önlemektir. Bu genellikle diyet, davranış değişiklikleri ve farmakolojik ilaçların kombinasyonu ile sağlanır (1, 7).

Diyet modifikasyonunda yumuşak dışkının devamı için sıvı alımı ile absorbe edilebilen ve edilemeyen karbonhidratların alımının artırılması önerilmektedir (1,7). Karbonhidratlar, özellikle sorbitol, kuru erik, armut ve elma suyu gibi bazı meyve sularında bulunur; bunlar dışkının sıvı içeriğini ve sıklığını artırırlar (7). Meyve suları osmotik etkileri ile laksatif şeklinde yararlı olurlar (11).

Diyet lifi, kolondaki su retansiyonunu ve mikrobiyal kitleyi artırır; böylece dışkı yumuşar ve geçiş zamanı azalır. Patlamış mısır çok iyi bir lifli gıdadır (11). Çocuğun günlük alması gereken lif miktarı yaş (yıl)+5 g'dır (3,5).

Kabızlığı olan çocukta düzenli barsak alışkanlığını sağlamak için sıklıkla ilaç kullanımına gerek vardır. İlaça ihtiyaç duyulduğunda mineral yağı gibi lubrikan veya magnezyum hidroksit, laktuloz, sorbitol gibi osmotik laksatifler ya da bunların

kombinasyonu önerilmektedir. Senna, bisakodil gibi stimulan laksatiflerin uzun süreli kullanımı önerilmemektedir (7). İlaçlar arasındaki tercih ilacın güvenliği, maliyeti, çocuğun seçimi, uygulama kolaylığı ve hekimin tedavi tecrübesine bağlıdır (1,7).

Laktuloz 1-2 cc/kg/gün ve günde 1-2 kez olarak verilir; sonra günde 1-2 kez dışkılamanın sağlanması amacıyla doz ayarlanır. İdame tedavisi için mineral yağı kullananlar da vardır; bu 1-4 cc/kg/gün ve günde 1-2 kez verilir. Fakat uzun süreli kullanımda yağda eriyen vitaminlerin emilimini azalttığı için pek tercih edilmez (11). İdame tedavi aylar alabilir ve burada en büyük problem laksatif dozunun hızlı bir şekilde azaltılmasıdır. Bu olursa, dışkının kıvamı değişecek ve çocuk ağrının tekrarlayacağı korkusuyla tekrar dışkısını biriktirmeye başlayacaktır. Ağrısız defekasyonun birkaç ay devamından sonra tedavi bitirilebilir; bunun için her 1-2 ayda bir laksatif dozu % 25 azaltılır (11).

Davranış Değişikliği: Yemeklerden sonra tuvalette geçirilen zamanın artırılması ve ödüllendirmeye pozitif takviye yapılması önerilmektedir (1,7). Tuvalette her başarılı dışkı boşaltımı takvime kayıt edilmeli ve çocuk her hafta belli bir sayıya ulaştıncaya ödüllendirilmelidir (1).

Sonuç olarak tedavinin amacına ulaşması, aile-hekim işbirliğinin başarısızdır.

KAYNAKLAR

1. Youssef NN, Di Lorenzo C. Childhood constipation. Evaluation and treatment. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33(3): 199-205.
2. Abi-Hanna A, Lake AM. Constipation and encopresis in childhood. *Pediatrics in Review* 1998; 19(1): 23-30.
3. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (suppl II): 1160-1168.
4. Griffiths DM. The Physiology of continence: idiopathic fecal constipation and soiling. *Semin in Pediatr Surg* 2002; 11(2): 67-74.
5. Morais MB, Vitolo MR, Aguirre ANC, Fagundes-Neto U. Measurement of low dietary fiber intake as a risk factor for chronic constipation in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29: 132-135.
6. Nowicki MJ, Bishop PR. Organic causes of constipation in infants and children. *Pediatr Ann* 1999; 28(May): 293-300.
7. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29(5): 612-626.
8. Loening-Baucke V. Encopresis and soiling. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43(1): 279-298.
9. Croffie J, Fitzgerald JF. Idiopathic constipation, In: Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB, Editors. *Pediatric gastrointestinal disease, pathophysiology, diagnosis, management*, 3 rd ed. B.C.Decker Inc 2000; 830-844.
10. Guerrero RA, Cavender CP. Constipation: physical and psychological sequelae. *Pediatr Ann* 1999; 28: 312-316.
11. Parker PH. To do or not to do? That is the question. *Pediatr Ann* 1999; 28: 283-290.