

Konstipasyon Tanım ve Epidemiyolojisi

Cansel TÜRKAY¹, Timuçin AYDOĞAN², Ali ÖZDEN³

Fatih Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı¹, İç Hastalıkları Anabilim Dalı², Ankara

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı³, Ankara

Konstipasyon toplumda oldukça sık görülen, sıklığı ise kullanılan tanımlara göre farklılık göstermekle birlikte %2-28 arasında değişen bir sağlık problemidir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalara göre konstipasyon yakınması olanların 1/3'ü sağlık birimlerine başvurmaktadır. Kadınlarda erkeklere göre, zencilerde beyazlara göre, çocuklarda erişkinlere göre, yaşlılarda gençlere göre, daha sık oranda görülmektedir. Şiddetli konstipasyon ağırlıklı olarak kadınlarda daha sıktır. Fiziksel inaktivite, eğitim düzeyinin düşüklüğü, cinsel suistimale uğrama öyküsü, depresyon semptomlarının varlığı, nonsteroid antiinflatuar ilaç (NSAI) kullanımı ve diğer konstipasyona yol açan ilaç kullanımları, bazı hastalıklar konstipasyon için risk faktörleri arasındadır. Yaşam kalitesini düşürerek semptomlara yol açmadıkça hafif ya da aralıklı konstipasyonlar klinik öneme sahip değildir ancak hekime başvuran vakalarda yapılan tetkiklerin maliyeti ve laksatif satışlarının maliyetinin yılda milyonlarca dolara ulaştığı bildirilmektedir (1, 2).

TANIM

Konstipasyon için tek bir tanım yoktur. Bu tanım her ne olursa olsun, yaşam kalitesini düşürmesi ve maliyeti arttıran bir problem olması nedeniyle oldukça önemlidir. Hastalar ve hekimler bu semptomu farklı tanımlayabilmektedir.

Hastaların çoğuna göre konstipasyon; sert dışkı, dışkı sayısının seyrekliği (tipik olarak haftada üçten az), yoğun ıkmama gerekliliği, tam boşalamama hissi, yetersiz dışkılama, anüs veya vajina

çevresine bası, parmakla müdahale ya da tuvalette uzun zaman geçirme semptomlarından biri veya daha fazlasının olmasıdır. Konstipasyonu tanımlamanın en kolay yolu hastaya "kabızlık hissediyor musunuz?" sorusunu sormaktır (3). Sandler ve Drossman (4) Bu soruyu sorduklarında, hastaların %52'sinin zorlu dışkılamayı, %44'ünün sert dışkılamayı, %34'ünün istemesine rağmen defakasyon yapamamayı ya da %32'sinin seyrek dışkılamayı kastettiklerini saptamışlardır. Kişilerin, normalde her gün dışkılamasının olması gerektiğine inanması halinde bunun dışındaki durum kabızlık olarak yorumlanabilmektedir. Bir çalışmada haftada iki ya da daha az dışkılamadan yakınan hastalara prospektif bir günlük verildiğinde daha fazla sıklıkta dışkılama olduğu saptanmış bunun seyrek dışkılama olanlarda yararlı olabileceği belirtilmiştir (5). Harari ve arkadaşları 60 yaş üzerinde 10875 bireyde 1999'da bireysel konstipasyon bildirimini değerlendirdiklerinde zorlu ve sert dışkılamasının daha ön planda olduğunu saptamışlardır (6). Glin ve Lindberg ise (7) öncelikle zorlu dışkılama, ardından da sert veya kalın dışkılamasının en sık semptomlar olarak tanımlandığını vurgulamışlardır. Kanada'dan bildirilen bir çalışmada kişilerin kendilerinin son 3 ayda bildirdiği konstipasyon oranı 1149 kişide %27 olarak bulunmuştur (8).

Literatürde kişilerin bildirdiği konstipasyon prevalansı yanında konstipasyon semptomları prevalansının araştırıldığı pek çok çalışma mevcuttur.

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) ve İngiltere’de normal dışkı sıklığı günde 3 kez ve haftada 3 kez arasında olarak tanımlanmaktadır (2, 4). Talley ve arkadaşları (9) 1021 kişide yaptıkları çalışmada %12.5’inin konstipe olduğunu bildirdiğini, bunların çoğunluğunda ara ara diyarenin de olduğunu, ilaç kullananların da (konstipe olduğunu bildirmese de) dahil ettiklerinde bu oranın %16’ya yükseldiğini bulmuşlardır. Kadınlarda daha sık olduğu, yine kadınlarda seyrek dışkılama, parmakla müdahale ve laksatif kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır. Erkeklerde ise uzun süre dışkılama ve tam boşalamama hissi daha sık imiş. Yaşlılardaki konstipasyon sıklığı ise %24 olarak saptanmış. Çetinkaya ve arkadaşlarının Ankara’nın değişik kesimlerinde 3268 bireyde yaptıkları konstipasyon çalışmasında prevalansı %30.5 , kadınlarda erkeklere göre daha sık (%34.2’ye %26.2) , 50 yaş üzerindekiilerde sıklık %39.2 iken, altındakilerde %23.8 imiş (10). Çolakoğlu ve arkadaşlarının (11) 1200 olguda Adana bölgesinde yaptıkları çalışmada, subjektif kabızlık oranı %29 olarak belirtilmektedir. Bu çalışmada da kadınlarda görülme oranı daha sıktır. Laksatif kullanım oranları bu iki çalışmada konstipasyonu olanlarda sırasıyla %26.7 ve %23’tür, ve obeslerde daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Pişkinpaşa ve arkadaşlarının (12) emniyet teşkilatında çalışan 100’ü kadın 1100 kişide yaptıkları bir çalışmada ise subjektif kabızlık oranı %40, laksatif kullanımı ise %46 olarak belirtilmektedir. Bu gruptaki prevelanstaki yükseklik her ne kadar meslekle ilgili olabilirse de genel olarak ülkemizdeki konstipasyon prevalansı batıya göre daha yüksek oranda görülmektedir.

Thompson ve arkadaşları İngiltere’de 301 sağlıklı bireyde yaptıkları bir çalışmada zorlu dışkılamasının yaşlılarda %20, orta yaşta %8, gençlerde %3 olduğunu bildirmektedirler (13). Whitehead ve arkadaşları 60 yaş üzerindekiilerde konstipasyon sıklığını %30 olarak bildirmektedirler (14). Wong ve arkadaşları Singapur’da fonksiyonel konstipasyon sıklığını %11.6 olarak belirlemişlerdir (15).

Pediyatrik popülasyonda konstipasyon prevalansı çalışmaları daha azdır (16). Kanada’da 22 aylık çocukların ebeveynleriyle yapılan görüşmelerde %16’sı çocuklarında kabızlık olduğunu bildirmişlerdir. Yunanistan’da 2-12 yaş arası çocukların %15’inde kronik kabızlık, İngiltere’de 4-7 yaş arasındaki çocukların %34’ünde kabızlık olduğu bildirilmiştir. Erişkinlerde bildirilen kadın cinsiyette belirtilen daha sık görülme oranı çocukluk yaş grubu için geçerli değildir (16).

Tanımlamada bir standart oluşturabilmek için Roma komitesi fonksiyonel konstipasyon kriterlerini belirlemiştir. Zorlu, seyrek ve tamamlanmamış dışkılamayla belirlenen bir grup fonksiyonel bozukluğu içermektedir. 1994 ve 2000’de tanımlanan Roma I (17) ve Roma II (18) kriterleri Tablo 1 ve Tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Roma I tanı kriterleri

En az üç ayda aşağıdaki kriterlerden iki veya daha fazlası olmalı
1. Defekasyon zamanının $\geq 1/4$ ’ünde zorlanma
2. Kalın ve/veya sert dışkı, zamanının $\geq 1/4$ ’ünde var
3. Yetersiz dışkılama hissi, tam boşalamama, zamanının $\geq 1/4$ ’ünde var ve/veya
4. Haftada ≤ 2 barsak hareketi
Karın ağrısı gerekmez, yumuşak dışkı yoktur ve IBS için kriterler yetersizdir. Bu kriterler laksatif alan hastaya uygulanamaz.

Tablo 2. Roma II tanı kriterleri

Son 12 ayın en az 12 haftasında (birbirini takip etmesi gerekmeyen) aşağıdaki kriterlerden iki veya daha fazlası olmalı
1. Defekasyonun $\geq 1/4$ ’ünde zorlanma
2. Kalın ve/veya sert dışkı, zamanının $\geq 1/4$ ’ünde var
3. Yetersiz dışkılama hissi, tam boşalamama, zamanının $\geq 1/4$ ’ünde var
4. Anorektal obstrüksiyon, blokaj hissi, zamanının $\geq 1/4$ ’ünde var
5. Manuel manevraların kullanımı, zamanının $\geq 1/4$ ’ünde var (örn; parmakla müdahale ve/veya pelvik tabanın desteklenişi)
6. Haftada ≤ 2 barsak hareketi
Yumuşak dışkı yoktur ve IBS için kriterler yetersizdir.

Roma I kriterlerinin kullanılarak Kanada’da yapılan bir çalışmada fonksiyonel konstipasyon sıklığı %16.7 olarak saptanmıştır (19). Roma I ve II’nin farkı Roma I’de dışandan basıyı düşündürecek semptomların olmamasıdır. Roma II kriterlerinin kullanıldığı başka bir çalışmada ABD’ de daha yüksek prevalans saptanmıştır (2).

Sadece semptomlara dayanarak konstipasyonun subtiplerini belirlemeye yönelik çalışmalar mevcuttur. Seyrek dışkılama sıklığının, yavaş-transitli konstipasyonun; kolonik tembellik, anal blokaj hissi, defekasyonun uzaması, manuel müdahale,

şiddetli zorlanmanın pelvik taban disfonksiyonu, Roma kriterlerine göre tanımlanan fonksiyonel konstüpsiyon ve karın ağrısı, şişkinliğin eşlik ettiği konstüpsiyon predominant IBS (2, 20). Veriler bu subgruplar arasında overlap semptomların varlığına dikkat çekmektedir. Semptom paternlerinin fizyolojik subtipleri tam olarak ayırt etmede yetersiz kalacağı ve bu konuda kabul edilen altın standardın olmadığını göstermektedir (2, 21). Çetinkaya ve arkadaşlarının çalışmasında da toplumdaki IBS oranı %5.8, kabızlık olanlardaki oran %14, olmayanlarda ise %2'dir (10).

ABD'de yıllık 2, 5 milyonun üstünde kabızlık nedeniyle doktora başvuru, 92000 hastanede yatış ve yüzlerce milyon tutarında laksatif satışı bildirilmektedir (1, 22).

KONSTİPASYONDA RİSK FAKTÖRLERİ

Fiberden zengin beslenmenin kolon transit zamanını kısaltıp, dışkı ağırlığı ve sıklığını arttırdığı, konstüpsiyon sıklığını azalttığı bildirilmiştir. Yetersiz sıvı alımının konstüpsiyonla ilişkisi bilinmektedir. Egzersiz ve fiziksel aktivitenin azlığının konstüpsiyon için risk faktörü olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (1, 3, 23). Çolakoğlu ve arkadaşları kadın cinsiyet, şişmanlık, hareketsiz hayat, antidepresan alımının konstüpsiyonlularda daha sık olduğunu, Çetinkaya ve arkadaşları çay içen, egzersiz yapan, şehirde apartmanda oturan, düzenli ve sebze ağırlıklı beslenenlerde, öğrencilerde daha az sıklıkta görüldüğünü ve sistemik ilaç kullanımı ve bazı hastalıkların konstüpsiyonda önemli olduğunu saptamışlardır (10, 11). Kayaçetin ve ark.

Tablo 3. Konstüpsiyonla ilişkili ilaçlar

Analjezikler	NSAI ilaçlar
Antikolinergikler	Antispazmotikler Anti depresanlar Bazı antiparkinson ilaçları
Katyon içeren ajanlar	Demir bileşikleri Alüminyum (antiasit, sukralfat) Metal entoksikasyonu (arsenik, kurşun, civa)
Nötral aktif ajanlar	Opiatlar Antihipertansifler Ganglion blokerleri Vinka alkaloidleri
Diğer	Antikonvülzanlar Kalsiyum kanal blokerleri 5-HT 3 reseptör antagonistleri

Konya'da ilaç almayan psikiyatrik hastalarda yaptıkları çalışmada konstüpsiyon oranını %43.75 olarak belirtmektedirler. Bu hastaların çoğu depresyonlu imiş (24).

Talley ve arkadaşları NSAI ve aspirin kullanımını özellikle yaşlılarda konstüpsiyon ile ilişkili bulmuşlardır (25). Adana'da yapılan bir çalışmada hastanede yatan hastalarda konstüpsiyon oranının %49.7 olduğu, yaş arttıkça sıklığın arttığı ve

Tablo 4. Konstüpsiyonla ilişkili hastalıklar

Mekanik Obstrüksiyon;	Miyopatiler;
Kolon kanseri	Amiloidoz
Malign lezyona bağlı eksternal bası	Skleroderma
Striktürler (divertiküler veya postiskemik)	Nöropatiler;
Rektosel (geniş ise)	Parkinson hastalığı
Cerrahi sonrası anormallikler	Spinal kord travması veya tümörü
Megakolon	Serebrovasküler hastalık
Anal fissür	Multipl skleroz
Metabolik Durumlar;	Diğer durumlar;
DM	Depresyon
Hipotiroidi	Dejeneratif eklem hastalığı
Hiperkalsemi	Otonom nöropati
Hipokalemi	Kognitif bozukluk
Hipomagnesimi	Hareketsizlik
Üremi	Kalp hastalığı
Ağır metal zehirlenmesi	

kadınlarda daha sık olduğu bildirilmektedir (26). Opioidler, diüretikler, antidepressanlar, antihistaminikler, antispazmotikler, antikonvülzanlar, alüminyumlu antiasitler konstipasyonla ilişkili ilaçlardır (27). Primer nörolojik hastalık, Diabetes Mellitus (DM), glisemik kontrolün kötü olması konstipasyon semptomlarını 3 kat arttırmaktadır (28). Düşük gelir düzeyindekilerde, kırsal kesimde yaşayanlarda konstipasyon daha sık bulunmuştur.

Tablo 3 (29) ve 4 (23)'de konstipasyona neden olan ilaçlar ve bazı hastalıklar görülmektedir.

Yaşam kalitesi üzerine konstipasyonun etkisini araştıran çalışmalarda ister hastanın kendi bildiri mi olsun (subjektif kabızlık), isterse Roma II kriterlerine göre olsun, psikolojik ve sosyal morbiditenin arttığı somatizasyonda artışın olduğu, cinsel yaşamda daha az tatmin olduğu belirtilmektedir (2, 22). Ancak; hangi semptomların, hangi düzeyde

yaşam kalitesini etkilediği konusunda daha çok veriye ihtiyaç vardır.

Yaşam kalitesindeki olumsuz etkileri yanında kronik konstipasyonun yol açtığı bazı fiziksel sonuçlar da bildirilmektedir (2, 30, 31). Dışkı retansiyonu sonucunda anorektal duyarlılıkta bozulmaya bağlı fekal enkontinans olabilir. Konstipasyonu olanlarda fekal enkontinans, hemoroid ile konstipasyon ve laksatif kullanım sıklığındaki artışa bağlı olarak kolorektal kanser sıklığında artış bildirilmektedir (2, 3, 30). Ankara bölgesindeki çalışmada konstipasyonu olanlarda hemoroid sıklığı %30.9 iken olmayanlarda %10.5 olarak saptanmıştır (10).

Sonuç olarak konstipasyon; görüldüğü gibi tanımlamadaki farklılıklar nedeniyle toplumlarda görülme sıklığı oldukça değişken olan, yaşam kalitesini etkileyen aynı zamanda tetkikler ve laksatif kullanımı ile maliyeti arttıran önemli bir sağlık problemidir.

KAYNAKLAR

1. Lembo A, Camilleri M. Chronic Constipation. NEJM 2003; 349: 1360-1368.
2. Talley NJ. Definitions, epidemiology and impact of chronic constipation. Rev in Gastroenterol Dis 2004; 4 Suppl 2: S3-S10.
3. Lennard-Jones JE. Constipation. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH eds. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease, 7th ed. Philadelphia, PA: WB Saunders Company; 2002: 181-210.
4. Sandler RS, Drossman DA. Bowel habits in young adults not seeking health care. Dig Dis Sci 1987; 32: 841-5.
5. Ashraf W, Park F, Lof J, et al. An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. Am J Gastroenterol 1996; 91: 26-32.
6. Harari D, Gurwitz JH, Avorn J, et al. How do older persons define constipation? Implications for therapeutic management. J Gen Intern Med 1997; 12: 63-6.
7. Glin A, Lindberg G. Quality of life in patients with different types of functional constipation. Scand J Gastroenterol 1997; 32: 1083-1089.
8. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. Am J Gastroenterol 2001; 96: 3130-37.
9. Talley NJ, Weaver AL, Zinsmeister AR, et al. Functional constipation and outlet delay: a population-based study. Gastroenterology 1993; 105: 781-90.
10. Çetinkaya H, Özkan H, Bektaş M, ve ark. Ankara'nın değişik kesimlerinde konstipasyon prevalansı ve demografik özelliklerin konstipasyon ile ilişkisi. Turk J Gastroenterol 2000; 11 (Suppl 1): 80, (P 280), 36 (P 104, 105), 37 (P 106, 108, 109).
11. Çolakoğlu S, Özdemir F, Hafta A, ve ark. Toplumumuzda kabızlık oranı ve değişik faktörlerle ilişkisi. Turk J Gastroenterol 2001; 12 (Suppl 1): 149, P-H/1.
12. Pişkinpaşa N, Durmuş H, Tarçın O, ve ark. Toplumumuzda kabızlık oranı ve bağlı olduğu faktörlerin emniyet teşkilatı mensupları ile karşılaştırılması. Turk J Gastroenterol 2004; 15 (Suppl 1): PB 02/6.
13. Thompson WG, Heaton KW. Functional bowel disorders in apparently healthy people. Gastroenterology 1980; 79: 283-88.
14. Whitehead WE, Drinkwater D, Cheskin LJ, et al. Constipation in the elderly living at home. Definition, prevalence and relationship to lifestyle and health status. J Am Geriatr Soc 1989; 37: 423-29.
15. Wong MH, Wee S, Hwee C, et al. Sociodemographic and lifestyle factors associated with constipation in elderly. Asian community. Am J Gastroenterol 1999; 94: 1283-91.
16. Batista de Moraes M, Maffei HVL. Constipation. J Pediatr (Rio J) 2000; 76 (Suppl 2): S147-S156.
17. Drossman DA, Richter JE, Talley NJ, et al. The Functional Gastrointestinal Disorders. 1st ed. Lippincott Williams and Wilkins; 1994; 4C: 140.
18. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. The Functional Gastrointestinal Disorders. 2nd ed. Williams & Associates; 2000; 384.

-
19. Pare P, Ferrazzi S, Thompson WG, et al. An epidemiological survey of constipation in Canada: definitions, rates, demographics and predictors of health care seeking. *Am J Gastroenterol.* 2000; 96: 3130-37.
 20. Prather CM. Subtypes of Constipation: Sorting out the confusion. *Rev in Gastroenterol Dis* 2004; (suppl 2): S11-S16.
 21. Knowles CH, Eccersley AJ, Scott SM, et al. Linear discriminant analysis of symptoms in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum.* 2000; 43: 1419-26.
 22. Talley NJ. Management of chronic constipation. *Rev in Gastroenterol Dis* 2004; 4(suppl 1): S18- S24.
 23. Dukas L, Willet WC, Giovannucci EL. Association between physical activity, fiber intake and other lifestyle variables and constipation in a study of women. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1790-96.
 24. Kayaçetin E, Oğuz F. Psikiyatrik hastalıklar ve konstipasyon. *Turk J Gastroenterol* 2003; 14 (suppl 1): 83 (P 04/1).
 25. Talley NJ, Fleming KC, Ewans JM et al. Constipation in an elderly community: a study of prevalence and potential risk factors. *Am J Gastroenterol.* 1996, 91: 19-25.
 26. Çolakoğlu S, Özgür G, Gözey A, ve ark. Hastanede yatan hastalarda kabızlık oranı. XI. Ulusal Türk Gastroenteroloji Kongresi Bildiriler Kitabı 1994; P 266.
 27. Talley NJ, Jones M, Nuyts G, et al. Risk factors for chronic constipation based on a general practice sample. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 1107-11.
 28. Bytzer P, Talley NJ, Leemon M, et al. Prevalence of gastrointestinal symptoms associated with diabetes mellitus: a population- based survey of 15000 adults. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1989-96.
 29. Wald A. Diagnosis of constipation in primary and secondary care. *Rev Gastroenterol Disord.* 2004; 4 (Suppl 2): S 28-33.
 30. De Lillo AR, Rose R. Functional bowel disorders in the geriatric patients: constipation, fecal impaction and fecal incontinence. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 901-5.
 31. Irvine EJ, Ferrazi S, Pare P, et al. Health-related quality of life in functional gastrointestinal disorders: focus on constipation and resource utilization. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1986-93.
 32. Roberts MC, Millicon RC, Galanko JA, et al. Constipation, laxative use and colon cancer in a North Carolina population. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 857-64.