

Kronik Kabızlığa Yaklaşım; Sebepleri Nelerdir ve Nasıl Tanı Konulur?

Özdal ERSOY

Mehmet Ali Aydınlar Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ

Kabızlık, gastrointestinal sistemin en sık görülen yakınmasıdır (1). Kabızlık özellikle de kronik bir sorun haline geldiğinde (6 aydan daha uzun süredir var olan) hem hasta için hem de sağlık politikaları açısından önemli bir ekonomik yüke sebep olabilmektedir. Kabızlık, hastalar için yeni ortaya çıkmış ya da 6 aydan fazla bir süredir var olan bir yakınma olabilmektedir.

Kronik kabızlığın tanımı ve tarifi çok değişken olabilir. Hastalar kabızlığı barsak düzeninde bozulma ve yavaşlama olarak da tarif ederler. Dışkıının sert olmasından yakınan hastalar da kabızlıktan yakılarak hekime başvurabilirler, ancak kabızlık genelde hem hastalar hem de birçok birinci basamak hekimi tarafından defekasyon sıklığının az olması olarak bilinmektedir. Kendisinde kabızlık olduğunu ifade eden hastalar arasında yapılmış bir ankette, hastaların %60'nın her gün tuvalete çıktıkları saptanmıştır (2). Bu tanım karmaşası Roma tanı kriterleri ile açıklığa kavuşmuştur. Mayıs 2016'da güncellenmiş Roma 4 kriterlerine (3) göre fonksiyonel kabızlığın tanımı aşağıda gösterilmiştir (Tablo 1).

Kronik kabızlığın sebepleri çeşitlidir. Sıklıkla sebep; yeterli su ve liften zengin diyetin alınmaması ve hareketsiz yaşam alışkanlıklarıdır; ayrıca başka sebeplerle alınan bazı ilaçların (anti-depresanlar, demir takviyeleri vb.) da yan etki olarak kabızlığa yol açtığı unutulmamalıdır. Daha nadir olarak ise metabolik hastalıklar (diabetes mellitus, hipotiroidizm, hiperkalsemi), ağır metal zehirlenmeleri, nörolojik hastalıklar (multiple skle-

roz, Parkinson hastalığı, inmeler, Alzheimer hastalığı), spinal kord yaralanmaları ya da hastalıkları ve obstrüktif anorektal hastalıklar kabızlığa yol açar (4).

Hastadan detaylı alınan hikaye tanı koymakta oldukça yol göstericidir. İleri tanı yöntemlerine (kolonoskopi, anorektal fizyoloji testleri, defekografi, vb.); basit yaşam ve diyet tarzı değişiklikleri ve bazı ozmotik laksatiflere iyileşme anlamında klinik yanıt alınamayan, alarm yakınmalarının (geçmeyen karın ağrısı, rektal kanama, anemi, kilo kaybı ve iştahsızlık, akut başlangıçlı barsak alışkanlığında değişiklikler) eşlik ettiği ve ileri yaş hastalarda görülen kabızlık yakınmasında ihtiyaç duyulmaktadır (5).

Kronik kabızlığın tedavisi de altta yatan sebebe göre değişiklikler gösterir. Malignitelere bağlı gelişmiş kolonik obstrüksiyon sebebi ile ortaya çıkmış kabızlık düşünülmeyi takdirde ya da dışlandıktan sonra, öncelikle yaşam ve diyet alışkanlıklarının değiştirilmesi (yeterli lif alımı ve su tüketimi, egzersiz yapılması gibi) ve iyi bir tuvalet eğitiminin verilmesi (düzenli defekasyon zamanı planlayabilmek, doğru diyafram ve karın nefes egzersizlerinin gösterilmesi ile doğru kınmayı ve kınmırken pelvik taban kaslarını yeterli gevşetmeyi öğretmek) tedavideki ilk basamak olmalıdır. Özellikle ileri yaş hastalarda ek alınan ve kabızlık yan etkisi olan ilaçların gözden geçirilmesi, mümkünse başka ilaçlarla değiştirilmesi ileri tetkik ve tedavi yöntemlerine gerek duyulmadan kabızlığın te-

Tablo 1. Fonksiyonel kabızlık-Roma 4 kriterleri

Aşağıdaki kriterlerin en az 3 aydır sürmesi ve semptomların tanı konulmadan en az 6 ay öncesinde başlamış olması tanı koydurucudur.
1. Aşağıdaki kriterlerden en az 2 veya daha fazlasının bulunması
<ul style="list-style-type: none">Defekasyon eylemlerinin %25'inden fazlasında ıkınmakDefekasyon eylemlerinin %25'inden fazlasında, dışkının sert veya parça parça (Bristol dışkı ölçeği I-2 formunda) olmasıDefekasyon eylemlerinin %25'inden fazlasında, defekasyon sonrasında tam bitmemişlik hissinin yaşanmasıDefekasyon eylemlerinin %25'inden fazlasında anorektal tıkanıklık/blokaj hissedilmesiDefekasyon eylemlerinin %25'inden fazlasında, yardımcı manuel manevralara (örn; parmakla rektumu boşaltma, pelvik tabana elle destek sağlama) ihtiyaç duyulmasıHaftada 3 seferden daha az sayıda defekasyon yapmak
2. Laksatif kullanımı olmaksızın yumuşak dışkının çok nadir sağlanabilmesi
3. IBS için kriterlerin yeterli olmaması*
<i>*Fonksiyonel kabızlıkta da IBS'de görüldüğü gibi karın ağrısı ve /veya şişkinlik görülebilse de ana yakınmalar değildir.</i>

davisine olanak sağlayacağı unutulmamalıdır. Birinci basamak tedavi yöntemleri ile kabızlık yakınması geçmeyen hastalarda ek ileri tetkikler yapılarak organik (obstrüktif defekasyon sorunları, maligniteler, yandaş hastalıklar, nöropatiler, vb.) sebepler araştırılmalıdır. Etiyolojik tanıya göre farklı gruplardan laksatif ilaçların verilmesi (ozmotik/sekretuar/stimulan laksatifler), görsel/işitsel veya sesli şekillerde elektromiyografi (EMG) eşlikli ya da elektriksel uyarılı cihazlarla birlikte veya cihazsız şekilde pelvik taban kas eğitimleri (biofeedback ya da pelvik taban kas eğitimleri), tibial ve sakral sinirlerin nöromodülasyon yöntemleri ile uyarılması ve de özellikli cihazlarla barsağın rutin aralıklarla boşaltılması 2. basamak tedaviler olarak hastaya önerilmelidir. Anatomik olarak obstrüksiyon yaratmış patolojilerde (kolorektal tümörler, anorektal malformasyonlar, rektosel, enterosel, pelvik organ prolapsusu, intususepsiyon, vb.) ya da kabızlığa bağlı gelişmiş kronik komplikasyonlarda (komplike hemoroidler, kronik anal fisür, perianal abse, inguinal herniler, vb.) konvansiyonel tedaviler ve biofeedback tedavilerine rağmen defekasyonda iyileşme sağlanamayan hastalarda ise uygun cerrahi tedaviler akla getirilmelidir (6). İlgili ve deneyimli uzmanlarca uygulanan psikoterapi ya da hipnoterapi seansları veya psikiyatrik yaklaşımlar içeren tedaviler de inatçı fonksiyonel kabızlık tedavisinde başarı sağlayabilmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ

Erişkinlerdeki kabızlığın prevalansı, farklı kabızlık anketleri ve yöntemlerinin kullanıldığı çok çeşitli epidemiyolojik çalışmalarda oldukça değişkenlik gösterir (%10-19). Roma IV

kriterlerine göre bakıldığında erişkinlerin ortalama %15'inde kabızlık görülmektedir. Bu oran yaş arttıkça artmakta (65 yaş üstü) ve hatta huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda %50'ye yaklaşmaktadır (7). Kadınlarda erkeklere göre daha sık görülür. Günlük hareketleri, aktiviteleri az olanlar, düşük kalorili ve yetersiz lif ile beslenenler, düşük gelirli, düşük eğitim seviyesi olanlar ve beyaz olmayan ırkta da kabızlık daha sık görülür.

ETİYOLOJİ ve PATOGENEZ

Kabızlık; genelde kalın barsaktaki dışkının anorektuma ulaşmasında ve/veya buradan ıkınarak dışarı atılmasındaki sıkıntılar sonucunda ya da dışkının kıvamının sertleşmesine sebep olan çeşitli durumlarda oluşur. Sağlıklı defekasyon için; yeterli kalori alımı, belli uzunlukta ve yeterli motiliteye (dışkıyı çalkalayan ve rektuma ilerleten kontraksiyonların olması) ve açık bir lümeneye sahip kalın barsak, yeterli lif ve su alımı ile yumuşak kıvamlı ve düzgün hacimli olan dışkı, sağlıklı gastrokolik refleksler ve dışkının rektumda rahatlıkla hissedilmesi ve atılmasını sağlayan sağlıklı anorektal duyum ve refleksler ile defekasyon anında rektum ile doğru koordinasyon sağlayacak intakt anal sfinkter kaslarına gerek vardır. Yeterli yumuşaklıktaki dışkı yeterli bir zamanda, lümeninde takılmadan rektuma ulaşabilmeli ve anorektal bölgeden de doğru ıkınma ve gevşeme manevraları ile dışarı atılabilmelidir. Barsağı yol, dışkıyı yolcu, anorektumu da çıkış kapısı olarak düşünürsek, bunların herhangi birinde ya da birlikte birkaçında sorunlar yaşandığında (yoldaki yavaşlama ya da tıkanıklık, yolcu olan dışkının sertleşmesi, kapı olan anorektumda yaşanan çıkış

zorlukları) kabızlık ortaya çıkar. Kabızlık bütün bu mekanizmalardaki oluşan sorunların sonucunda ortaya çıkar. Birkaç istisna dışında, kabızlık yakınması olan hastalarda üst gastrointestinal traktusta transit normal hızdadır, ancak kabızlık yakınması olan hastalarda eş zamanlı üst gastrointestinal traktusa ait yakınmalar olmayacak anlamına da gelmemektedir.

Normal defekasyon eylemi basit görünmekle beraber oldukça komplekstir. Dışkı rektuma ulaştığında ve rektum hacmi artmaya başladıkça normalde kasılmış ve kapalı şekilde duran internal anal sfinkterde refleks olarak gevşeme başlar ve kişide ilk tuvalet isteği ve rektum doluluğu arttıkça da artan tuvalete gitme isteği oluşur. Kişi bu hislerle defekasyon eylemini gerçekleştirene kadar, dışkısını rektumda istemli olarak kasarak kapalı tutabildiği eksternal anal sfinkter sayesinde tutar. Defekasyon eylemi uygun olduğunda ise, kişi çömelir ya da klozete oturur ve normalde dar olan anorektal açığı istemli olarak genişletilir. Sonra kişi, doğru diyafram nefesi ve karın kasılması ile karın içi basıncını ve dolaylı olarak rektum basıncını artırır. Bu basınç artışı ile birlikte pelvik taban kasları aşağı doğru itilir, eksternal anal sfinkter kasılması inhibe edilir ve anüsün basıncı azalır, sonuç olarak yüksek basınçlı rektumdan itilen dışkı basıncı düşmüş anüsten dışarı atılır. Defekasyon işlemi tamamlanınca (rektum tam boşalınca), internal ve eksternal anal sfinkterler tekrar kasılmış haline geri dönerler. Bu basamaklarda aksama olduğunda kontinans (dışkıyı tutabilme hali, kabiliyeti) bozulur ve kabızlık ya da anal inkontinans yakınmaları ortaya çıkar. Bu basamakların sağlıklı çalışabilmesi için kişinin; mental fonksiyonlarının sağlıklı, dışkısının yumuşak, kolon transitini ve rektum genişlemesini, anal sfinkter kaslarının fonksiyonlarını, anorektumun refleks ve duyumlarını sağlıklı halde tutan sağlam sinir ağlarına sahip olması gerekir (8).

Kolon transitini, süreklilik gösteren bir motilite durumu değildir, çoğunlukla transit çok yavaş diğer kalan zamanlarda ise hızlıdır. Sağ kolonda dışkı uzun süre bekleyebilirken, güçlü bir kütle hareketle dışkı çok kısa sürede sigmoid kolondan rektuma ilerletilebilmektedir. Gıda alımı barsak içeriğinin hareketlenmesine yol açar, bu duruma gastrokolik cevap ya da refleks denir. Rektumun dışkı ile dolu olduğu durumlarda, kişiler bu refleks sayesinde en iyi yemek sonrası zamanlarda defekasyon hissi hissederler. Sağlıklı bir kişide ağız-çekum transit zamanı 6 saat, sağ kolon, sol kolon ve sigmoid kolonunun her birinin transit zamanı ise 10-12 saattir. Diyetle yeterli

lif alındığında ortalama kolon transit zamanı kısalır, defekasyon frekansı artar ve dışkı kıvamı da yumuşar. Düşük kalorili diyetle beslenmek ise kolon transit zamanını uzatır yani defekasyon frekansını azaltır, ancak tipik 500 kcal'den fazla ve özellikle yağdan zengin beslenme ise kolon transitini belirgin hızlandırır. Pelvik taban disfonksiyonu olan ya da defekasyon eylemini bilinçli/bilinçsiz doğru yapmayan kişilerde görülen çıkış obstrüksiyonlarında da kolon transitini sıklıkla yavaşlatır ve gıda alımı sonrası kolonda oluşan motor cevaplar da azalmıştır.

Sıvı reabsorpsiyonu da kolon transitini etkiler. İnce barsaklar, oral alım ve endojen salgılar sonucu sindirim sistemine günlük giren yaklaşık 9 litre (lt) sıvının, 1.5 lt'sini kalın barsaklara iletir ve bu iletilen sıvının çoğunluğu kalın barsaktan reabsorbe olur ve dışkıyla birlikte maksimum 200 ml sıvı atılır. İleokolonik geçiş veya kolon motilitesi bozulmadığı sürece kalın barsaklardan 24 saat içinde 3 lt'ye kadar sıvı reabsorbe olur (9).

Kolonik ve anorektal motor fonksiyonları ve refleksleri enterik, sempatik ve parasempatik sinirler tarafından kontrol edilir. Bu sebeple herhangi bir santral ya da periferik sinir sistemi hastalığı da kabızlığa sebep olabilir. Distal kolonun sinirleri, pelvisten geçerek rektumun bağırsak duvarına ulaşan sakral sinirlerin parasempatik dallarıdır ve sinir ağı zedelenir (S1-S3 ve konus medullaris seviyesinde) ya da kauda ekina lezyonları olursa hipomotilite, rektumda dilatasyon, rektal duyumda azalma ya da bozulma, dışkının distal kolonda stazı ve bozulmuş defekasyon eylemi ortaya çıkar, birçok kolonik refleks ağı bu durumda oldukça bozulur. Lumbosakral spinal yaralanmalar (L1-L3 seviyelerinde), meningomyosel ya da alt spinal anestezilerinde de benzer sorunlar ortaya çıkabilir. Yüksek spinal kord yaralanmalarında da kabızlık olabilir ama bu tip yaralanmalarda kolonik refleksler çalışır durumda olup, dijital uyarı ile (fitil veya parmak uyarısı) ile defekasyon başlatılabilir. Kabızlığa yol açabilen Multiple skleroz, Alzheimer ya da Parkinson gibi nörolojik hastalıklarda da, kolonik motor aktivasyonun normal kortikal inhibisyonunda ve kolonik reflekslerinde bozulma gelişir (10). Bu hastalıkların tedavilerinde kullanılan bazı ilaçların da kabızlık yan etkilerinin olduğu unutulmamalıdır.

Kronik kabızlık nedenleri genelde primer ve sekonder olarak ikiye ayrılır. Sekonder kabızlık sebeplerini genelde eşlik eden

diğer medikal sorunlar ve alınan ilaçlar teşkil ederken, primer kabızlık ise kendi içinde normal-transitli kabızlık, yavaş-transitli kabızlık ve çıkış obstrüksiyonları olmak üzere 3 alt tipe ayrılır. Bu üç alt grup kabızlığın etiolojisinde ayrı ayrı sebepler olabileceği gibi, birbirleriyle örtüşmeler de (overlap) gösterebilirler (11).

Normal Transitli Konstipasyon

Normal transitli konstipasyon, dışının kalın barsakta ilerlemesi ve anorektumdan çıkışı normal olmasına rağmen, hastanın kabızlık hissetmesidir. Genelde hasta dışısının geldiğini hisseder ama daha az sıklıkla ya da zorlanarak defekasyon yaptığını ifade eder. Bazı hastalarda anorektumun duysal ve motor fonksiyonlarında bozulma görülebilse de bunun patofizyolojideki anlamı netlik kazanmamıştır. Hastada eş zamanlı olarak karın ağrısı veya şişkinlik de olabilmektedir. Psikososyal stresin arttığı (seyahat, sınav, ayrılık dönemleri gibi) durumlarda daha sıklıkla görülmektedir. Diyete düzenli lif eklenmesi ya da laksatiflerin kullanıldığı medikal tedavilere alınan yanıt hastadan hastaya değişkenlik gösterebilir, algi azaltıcı psikiyatrik tedavilerden de hastalar daha çok fayda görebilir.

Yavaş-Transitli Konstipasyon

Yavaş-transitli konstipasyon (kolonik inertia olarak da bilinmektedir), kolon transitinin yavaşladığı durumlarda ortaya çıkar. Yavaş-transitli konstipasyonda kolonun dinlenim motilitesi normaldir, ancak gıda alımı sonrası artması beklenen peristaltik aktivite oluşmaz ya da çok az oluşur. Bazı hastalarda kabızlığın tedavisi olarak yapılmış kolon rezeksiyonlarında miyenterik pleksusdaki Cajal interstisyel hücrelerinin azlığı/yokluğu dikkat çekmiştir. Bu hücrelerin kolon motilitesinde önemli rol aldığı düşünülmektedir. Yavaş-transitli konstipasyonda, hastada defekasyon sıklığı çok azdır ve defekasyon hissi de genelde hissedilmez ancak şişkinlik ve karında huzursuzluk görülür. Düzenli barsak masajı, lifli beslenme ve laksatif (bisacodyl gibi stimulan laksatifler) ve kolinerjik tedaviler önerilse de alınan yanıt her zaman yeterli değildir (12).

Çıkış Obstrüksiyonlu (Obstrüktif) Konstipasyon

Kolon transit zamanı ölçümü yapıldığında radyoopak markerların rektum bölgesinde toplandığı idiyopatik konstipasyona çıkış obstrüksiyonlu (obstrüktif) konstipasyon denilmektedir. Bu durum Hirschsprung hastalığında, fekal tıkaçta, me-

garektum veya obstrüktif defekasyona sebep olmuş yapısal/organik (rektosel, intusussepsiyon, prolapsus gibi) veya fonksiyonel (dissinerjik defekasyon-pelvik taban disfonksiyonu gibi) anorektal bozuklukların varlığında görülmektedir. Çıkış obstrüksiyonlarından olan dissinerjik defekasyon pelvik taban disfonksiyonu olarak da bilinir. Defekasyon sırasında pelvik taban kaslarının birbirleriyle uyumsuzluğu sonucu çoğunlukla puborektal kas ve eksternal anal sfinkter gevşeyemez ve dışkı rahatlıkla atılamaz ve kabızlık gelişir (13). Yukarıda da bahsedildiği üzere, sağlıklı defekasyon-ıkınma sırasında, istirahat halindeyken kasılmış durumda olan puborektal kas gevşer, anorektal açığı genişler, karın kası kasılır ve rektum içi basıncı artar ve anal sfinkter kasları da gevşer ve dışkı atılır. Bu koordineli basamakların herhangi bir yerinde aksama olduğunda çıkış obstrüksiyonlu kabızlık meydana gelir, özetle rektuma kadar gelmiş dışkı dışarı atılamaz.

Çıkış obstrüksiyonlu kabızlık çoğunlukla sinir ve kas hastalıklarına bağlı gelişmez ve çoğunlukla kolon transitini normaldir. Ancak uzun süreli obstrüktif defekasyon sorunlarında rektumun giderek genişlemesi, pelvik taban kaslarının istem dışı aşırı gergin olması sonucunda bölgesel sinir ağı sıkışabilir (çoğunlukla pudendal sinir) ve fonksiyonları bozulup rektum ve/veya anal kanalda his kusurları oluşabilir.

Çıkış obstrüksiyonlu kabızlık gelişen hastalarda defekasyon hissi genelde olur ancak hasta dışkısını bir türlü boşaltamadığından şikayet eder ya da ıkınma safhasında aşırı zorlanma, defekasyon sonrası bitmemişlik hissi, parmak ya da el desteği ile rektumu boşaltma yakınmaları da görülmektedir. Hastalar yumuşak dışkıyı çıkarmakta bile zorlanırlar. İleri aşamalarda hasta parmağıyla anüsden dijitalizasyon yaparak dışkısını boşaltma ihtiyacı duyar. Pelvik taban disfonksiyonu/dissinerjik defekasyonun nedeni hala net olmamakla birlikte; çocukluğun 2-6 yaş arası anal dönemindeki yanlış defekasyon öğretileri, obsesif kişiliğe sahip olma, taciz durumları ve dışkı tutma alışkanlığı gibi sebeplerin de etiolojide yeri olduğu bilinmektedir. Geleneksel medikal tedavilere yanıt oldukça az olup, uygun merkezlerde deneyimli hekim/hemşire ya da pelvik fizyoterapist eşliğinde yapılan ve barsağın ve pelvik kasların yeniden eğitimini sağlayan sözel/duysal ya da görsel geribildirimlerin verildiği biofeedback tedavisi ile oldukça etkili iyi sonuçlar alınır, psikolojik desteğe de sıklıkla ihtiyaç duyulur.

KLİNİK BULGULAR ve DEĞERLENDİRME

Kronik konstipasyonu olan hastanın ilk değerlendirilmesi detaylı hikaye alma ve fizik muayene ile başlamalıdır. Laboratuvar tetkikleri (anemi tarama amaçlı tam kan sayımı, hipo/hiperkalsemi açısından serum kalsiyum seviyesi, hipotiroidizm açısından tiroid fonksiyon testleri), endoskopik incelemeler (kolonoskopi, fleksible sigmoidoskopi) ve radyolojik (kolon transit zamanı, defekografi) ya da fizyolojik tanı testleri (anorektal manometre, rektum ve anal kanalın duyarlılık testleri, balon atım testi) ancak seçilmiş hastalarda ve deneyimli merkezlerde yapılmalı, uygulanmalıdır (14). İlk değerlendirmede alarm yakınmaları (hematokezya, sebebi açıklanmamış karın ağrısı, istemsiz veya progresif kilo kaybı, ailede kolon kanseri ya da inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü varlığı, anemi varlığı, dışkıda gizli kan pozitifliği, akut başlangıçlı kabızlığın olması) varsa kolonoskopik inceleme gecikmeden uygulanmalı, kabızlığı açıklayacak herhangi bir olası organik sebep (kolon-rektum kanserleri, büyük polipler

gibi) dışlanmalı ya da varlığı hızla gösterilmelidir. Kabızlığın tanısına hikayeyi detaylı almaya yönelik soruları sormakla başlanmalıdır (Tablo 2).

Kolonoskopi yapıp ve organik patoloji saptanmayan ya da alarm yakınması olmadığı için kolonoskopisi yapılmayan kronik konstipasyondan yakınan hastaya öncelikle yeterli sıvı tüketimi ve lifli beslenmenin desteklediği bir diyet ve hareketin arttırıldığı yaşam tarzı değişikliklerini içeren hasta bilgilendirilmesi ve konservatif tedaviler önerilir. Konservatif tedavi yaklaşımı ile kabızlığı rahatlamayan hastaya aşağıda anlatılan testleri yaptırmayı önerilir.

FİZİK MUAYENE

Genel fizik muayene kronik konstipasyonu olan hastada detaylı veya tanıya götürücü bulgular vermeyebilir. Alarm yakınmalarını ya da kabızlığa sebep olabilecek metabolik hastalıkları şüphelendirebilen solukluk, kaşeksi, ödem, cilt kuruluğu açısından kişi değerlendirilmelidir. Batın inspeksiyonunda

Tablo 2. Kabızlığa yönelik özellikli sorular

1. Ne kadar sıklıkla defekasyon olmakta?
Haftada 3'den az ise, kabızlık akla getirilse de kabızlık yakınmaları olan kişilerin %60 kadarının her gün defekasyon yaptığı unutulmamalıdır.
2. Kabızlık ne kadar süredir var? Barsak alışkanlığı kabızlık lehine yeni mi değişti?
3 aydan fazla süredir varolan kabızlık durumunda, alarm yakınması yok ise, selim sebepler daha çok akla getirilebilir. Kabızlık netlikle hatırlanan belli bir dönemden sonra başladıysa o özellikli dönem, olası stres veya geçirilmiş bir ameliyat/doğum hikayesi, diyet ve yaşam tarzında yapılmış/yaşanmış değişiklikler ya da alınmaya başlanmış ya da yeni kesilmiş ilaçlar ve/veya sigara kullanımı hakkında detaylı sorgulanmalıdır.
3. Dışkının şekli ve kıvamı nasıl?
Bristol dışkı skalasına (Şekil 1) göre 1-3 olarak tarif edenlerde kabızlık düşünülür.
4. Defekasyon sırasında zorlanma oluyor mu?
Defekasyon hissi olmasına rağmen, çıkarmada sorun olduğunu ifade eden kişilerde öncelikle obstrüktif tip konstipasyon akla getirilir.
5. Defekasyon hissi var mı? Tuvalete gitme isteği oluyor mu?
Yanıtlar 'hayır' ise yavaş transitli konstipasyon ya da duyarlılığı azalmış (hiposensitif) rektum tanıları daha olasıdır.
6. Defekasyon sonrası bitmişlik hissi oluyor mu?
Bu his olmamaktaysa dışkının çıkışını zorlaştıran patolojiler olasıdır (rektosel, intususepsiyon, anal fissür, hemoroidler) ve kişiye ayrıca dışkısını çıkarmak hiç dijital ya da manuel manevralara ihtiyaç duyup duymadığı da sorulmalıdır.
7. Sekonder konstipasyona sebep olan ek hastalıklar var mı? Konstipasyona neden olabilen ilaçlar kullanılıyor mu?
Hikayede hastadan ek hastalıkları ve kullanmakta olduğu tüm ilaçlar detaylı öğrenilmelidir.
8. Dışkı kaçırma oluyor mu?
Kişinin yakınması konstipasyon da olsa, kişiye ayrıca dışkı kaçırması olup olmadığı da sorulmalıdır. Hasta dışkılama sonrası iç çamaşırında kirlenme fark ediyorsa, bu durum obstrüktif tip konstipasyonu akla getirebilir. Hasta sfinkterini tam gevşetemediği ya da iyi ikinamadığı için rektumunu tam boşaltamaz ve defekasyon sonrası sfinkter gevşediğinde rektumdan sızıntı olur. Özellikle evde ya da bakımevinde yaşayan yaşlılarda sıklıkla görülen kronik konstipasyon zemininde fekal tıkaç sıklıkla gelişir ve yaşlıların ilk yakınması genellikle taşıma tarzında (tıkaçın yanından gelen, sızan dışkı) dışkılama ve dışkı kaçırma olabilmektedir ve hastalar altta yatan kabızlık tanısı atlanarak dışkı kaçırma tedavisi verilerek konstipasyon durumları daha da kötüleşebilmektedir.

Bristol Gaita Skalası

TİP 1		Parça parça (çok zor çıkarılır)	Şiddetli kabızlık
TİP 2		Sosis şeklinde fakat topaklı	Hafif kabızlık
TİP 3		Sosis şeklinde fakat yüzeyinde çatlaklar var	NORMAL
TİP 4		Sosise veya yılanı benzer, düz ve yumuşak görünüm	NORMAL
TİP 5		Yumuşak, temiz kesilmiş parçalar (kolay çıkarılır)	LİF EKSİK
TİP 6		Düzensiz kenarlı kabarık parçalar, lapa şeklinde	İNFLAMASYON
TİP 7		Sulu, katı parça yok	İNFLAMASYON

Şekil 1. Bristol dışkı skalası.

şişkinlik, asimetri görülebilir, palpasyonda özellikle sol kadranlarda dışkı ile dolu barsak anısı ele gelebilir ve şişkinliğe bağlı karın hassasiyeti olabilir. Kronik kabızlığı olan hastada en önemli ve olmazsa olmaz muayene metodu anal bölgenin muayenesi ve rektal tuşedir.

Hasta sol lateral şekilde yatırılıp, dizler 90° fleksiyona getirilerek ve hasta mahremiyetine de özen gösterilerek (üzerine örtü örtülerek ya da kolonoskopi pantolonu giydirilerek ve muayene bölümünün perdesi çekilerek) anal muayenesi yapılmalıdır. Anal muayene yapılacağı hastaya önceden anlatılmalı ve mümkünse muayene yapılan bölgenin dışında olmak kay-

dıyla odada hastanın bir yakınının ya da hastane çalışanının bulundurulması sağlanmalıdır. Eldiven giyme ve maske takılması unutulmamalıdır.

Muayeneye anal inspeksiyon ile başlanır, perianal ciltte eritem, dışkı bulaşı, fistül ağzı, kaşıntı izleri ya da atipik cilt lezyonları, skin tag, hemoroid pakeleri ve anal fissürün olup olmadığı kontrol edilir. Varsa kulak çöpü yoksa parmakla hafifçe perineal cilde dokunulup anokütanöz refleksler kontrol edilir. Hastaya önce tuvaletini tutuyormuş gibi makatını sıkması ve sonrasında da tuvaletini yapıyormuş gibi ıkmaması söylenir ve bu komutlar sırasında sfinkterin sıkma sırasında

normal ya da ıkınma sırasında paradoks kasılıp kasılmadığı, ıkınma sırasında perinenin bombeleşip bombeleşmediği ya da olası mukozal veya rektal prolapsus varlığı not edilir. Daha sonra sol el hastanın karnında iken, sağ el işaret parmakla anal kanaldan yavaşça ilerlenerek rektal tuşe yapılır. Tuşe sırasında anal fissür olasılığı açısından (her zaman ilk inspeksiyonda gözle görülmeyebilir) ağrı olup olmadığı muhakkak sorulmalı şiddetli ağrı varsa, muayeneye son verilmeli ve tedavi sonrasına ertelenmelidir. Şayet durum aciliyet gerektiriyorsa (kanama varlığı, akut başlangıçlı kabızlık gibi durumlar) tuşe anestezi altında gerçekleştirilmelidir. Ağrı yok ise, tuşe sırasında rektumda dışkı ve varsa kıvamı, kütle veya striktür varlığı aranmalıdır, kadın hastalarda ayrıca ıkınma sırasında anteriorda rektosel varlığı da kontrol edilir. İstirahat halindeyken sfinkterin ve posteriordaki puborektal kasın istirahat tonusuna dikkat edilir (kabızlıkta sfinkterde ve/veya puborektal kasta tonus artışı görülebilir). Daha sonra, hastaya yeniden sfinkterini kasmaı söylenir ve sıkma sırasındaki sfinkterdeki tonus kontrol edilir (kabızlıkta sıkma tonusu çok güçlü olabilir) ve son olarak hastaya ıkınması söylenir. ıkınırken sol el ile hastanın karnını kasıp kasmadığı, sağ parmak ile de sfinkterini gevşetip gevşetmediği ve eş zamanlı olarak da perinenin aşağı doğru hareket edip etmediği kontrol edilir. ıkınma sırasında hasta karnını kasmıyorsa ve/veya sfinkterini gevşetmek yerine paradoksal kasıyorsa hastada obstrüktif/dissinerji düşünülebilir. Tuşe bittikten sonra, eldivende kan ve/veya mukus olup olmadığı da kontrol edilerek muayene sonlandırılır. Dissinerjik defekasyon tanısında rektal tuşe muayenesinin özgüllüğünün ve duyarlılığının %87 ve %75 olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Defekasyon sırasında barsağında sarkma hissi tarif eden hastalara ayrıca çömelerek ıkınması söylenerek prolapsus varlığı da araştırılmalıdır.

TANI

Laboratuvar Testleri

Alarm yakınmaları olan ya da kabızlık yakınması çok uzun zamandır olmayan kişilerde tam kan sayımı, açlık kan şekeri, kreatinin, kalsiyum ve tiroid-stimulan hormon (TSH) bakılması önerilir. Çalışmalarda, alarm yakınması olmayan hastalarda bu kan tetkiklerinin rutin olarak yapılması gerekliliği hakkında yeterli kanıt bulunmamıştır.

Endoskopi (Total Kolonoskopi/Fleksibl Sigmoidoskopi)

Barsak lümeninde tıkanıklık şüphesi veya kabızlık yakınmasına ek alarm yakınması olan kişilerde ya da cerrahi tedavi yapılacaksa operasyon öncesinde endoskopik incelemeler yapılmalıdır. Hastanın kabızlığı kronik ancak hasta 50 yaşını geçmişse (ya da ailesinde kolorektal kanser varsa daha da erken yaşta) ve öncesinde hiç kolonoskopi yaptırmadıysa da total kolonoskopi yapılması kolorektal kanser taraması amaçlı yapılmalıdır.

Ayakta Direk Batın Grafisi

Direk batın grafisi kabızlık tanısı için çok sık kullanılan bir tanı metodu değildir, ancak kolondaki birikmiş dışkı görülebilir, megakolon tespitinde faydalıdır.

Baryumlu Kolon Grafisi

Aganglionik kolonik segment şüphesi varlığında (Hirschsprung hastalığı) özellikle doğumdan hemen sonra ortaya çıkan kabızlıkta, darlığın proksimalindeki dilatasyonu ve dar segmenti görüntülemeye kullanılır.

Radyopak Belirteçli Kolon Transit Zamanı

Oral yolla alınan radyopak belirteçlerin gastrointestinal traktustaki hareketlerinin kantitatif değerlendirmesini yapan bir testtir. Standart bir yöntemi ve değerlendirmesi yoktur. Birçok farklı yöntemle inceleme yapılabilmektedir. Sıklıkla opak belirteçleri (yaklaşık 20-25 adet) içeren kapsül hem yutulmadan hemen önce hem de yutulduktan 120 saat sonra çekilen ayakta direk batın grafilerinde, opak markerların varlığı ve yayılım paterni değerlendirilir. Yavaş transitli kabızlık şüphesi olan hastalarda faydalı sonuçlar verebilen bir tanı yöntemidir. Opak markerlar, ayakta direk batın grafisinde batında yaygın dağılmış olarak görülüyorsa yavaş transitli kabızlık, sol kolonda ya da pelviste toplanmışsa obstrüktif tip kabızlık düşünülmelidir. Beş ya da daha az marker görülüyorsa, kolon transitinin normal olduğu bildirilir ancak bu sonuç hastaya, kendisinde kabızlık bulunmadığı şeklinde açıklanmamalıdır. Testten 2-3 gün önce ve test sırasında laksatif kullanılmamalıdır.

Kablosuz Motilite Kapsül Testi

Bu kapsül bölgesel (mide boşalması, ince barsak transit zamanı) ve kolon transit zamanı ve tüm barsak transit zamanını değerlendirmede kullanılır. Ülkemizde de belirli merkezlerde

kullanılmaktadır. Radyopak belirteçli kolon transit zamanı ölçüm testinin duyarlılığı ve özgüllüğüne benzer sonuçlar verir. Pahalı bir testtir, ancak radyasyon kullanılmaması en büyük avantajlarından.

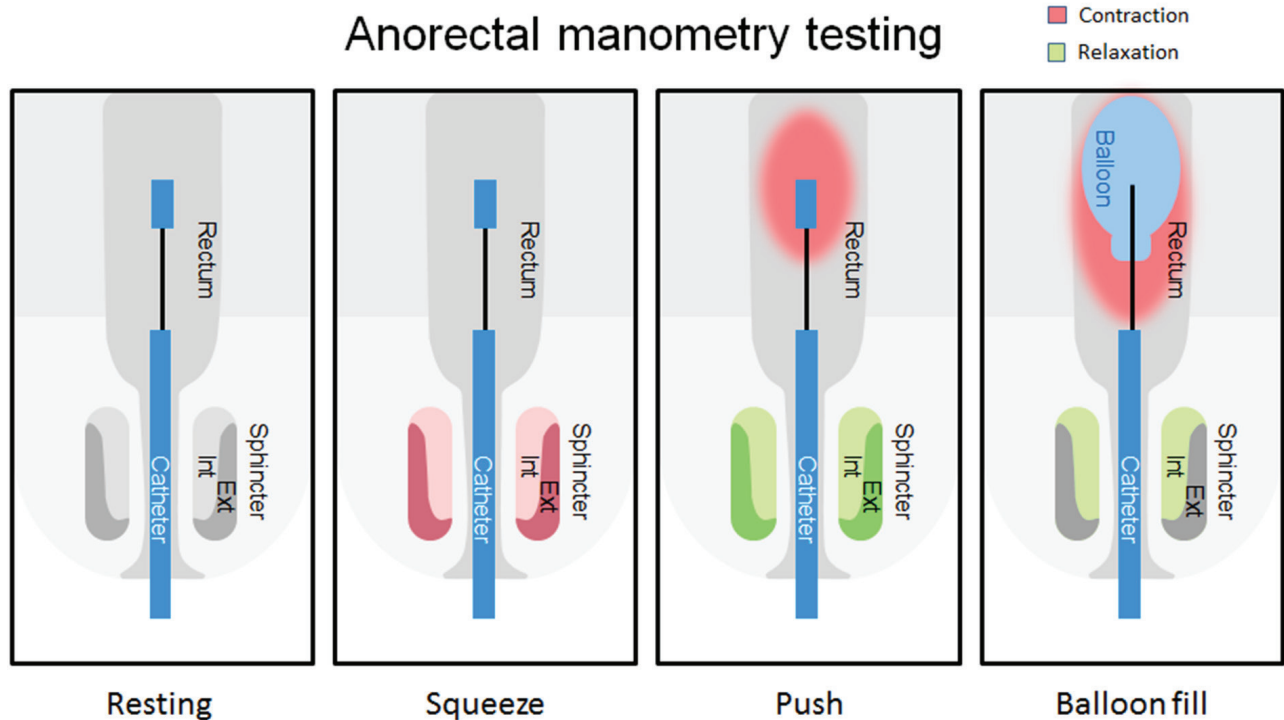
Defekografi

Anorektumun defekasyon sırasındaki anatomik ve fonksiyonel değişimlerini gösteren bir testtir. Konvansiyonel radyografi ya da mangnetik rezonans (MR) altında uygulanır (15). Anatomik patolojilerden rektosel ve intususepsiyonun gösterilmesinde yardımcı olur. MR defekografide çevre organ (uterus, mesane, ince barsak) prolapsusları ve patolojileri (enterosel, sistosel, pelvik organ prolapsusları gibi) de tespit edilebilmektedir. Konvansiyonel defekografide radyasyon riski yüksektir, her iki yöntem de pahalıdır ve yorumlanması hekimin deneyimi ile değişebilir.

Anorektal Manometre

Anorektal manometre, ucunda lateks balon olan ve üzerinde rektum ve anal kanalın basınçlarını ölçen basınç ölçerlerin olduğu ince kataterin hastanın anal kanalına yerleştirildikten sonra anorektal bölgenin (rektum ve anal sfinkter kaslarının) dinlenim, sıkma ve kıcnma manevraları sırasındaki basınçla-

rının ölçüldüğü, defekasyon manevrası sırasındaki rektum ve anal sfinkter kaslarının birbirleriyle olan uyumunun değerlendirildiği, anorektal reflekslerin (rektoanal inhibitör refleks, öksürük refleksi) kontrol edildiği ve rektumun hava ile şişirilmeye karşılık duyarlılığının kantitatif tespit edildiği bir yöntemdir (Şekil 2). Rektum balonu 50-60 ml hava ile şişirilince internal sfinkter basıncının düşmesi 'rektoanal inhibitör refleksi (RAİR)' varlığını gösterir ve bu durum özellikle Hirschsprung hastalığını dışlayan bir testtir. Ancak son yayınlar, Hirschsprung hastalığı çok nadir görüldüğü için, RAİR testinin anal manometre sırasında rutin bakılmasını önermemektedir. Konvansiyonel ya da yüksek çözünürlüklü cihazlarla manometrik ölçümler yapılabilir. Normalde defekasyon sırasında sfinkter basıncının düşmesi ve rektum basıncının artması gerekmektedir. Eğer defekasyon sırasında sfinkter basıncı artıyor ise dissinerjik (obstrüktif tip) defekasyon tanısı düşünülmelidir. Defekasyon sırasında rektum basıncı artmıyor, ancak sfinkter basıncı düşüyorsa bu durum da propulsif kuvvetin yetersiz (karın içi basıncının yeterli artmaması) olduğu bir defekasyon durumudur. Test genelde balon atım testi ile birlikte değerlendirilir. Defekasyon şekli fizyolojik olup, balon atım testi başarılı değilse, ileri tetkik olarak görüntüleme testleri istenmelidir (16).



Şekil 2. Anorektal manometre testi.

Balon Atım Testi

Kateter ucunda bulunan, dışkı şekline benzer bir balon, rektuma yerleştirilir ve 50-60 ml hava ya da su ile şişirildikten sonra hastaya komod sandalyesine oturup ıkınarak balonu çıkarması söylenir. Normalde 1.5 dakika içinde, balon, ıkınarak çıkartılabilir. Bu süre 5 dakikaya kadar uzatılabilir. 5 dakikadan fazla uzarsa obstrüktif/dissinerjik tipte kabızlık patolojileri akla getirilir.

Diğer Testler

Klinik kullanımı az sıklıkta olup, ileri merkezlerde rektumun duysal tonusunu ve kompliansını değerlendirmek için rektal barostat ölçümü yapılabilir. Rektal hiposensitivite (rektumun

duysal eşliğinin artması) veya megarektumun tespiti ya da normal/bozulmuş ve artmış rektum kompliansının belirlenmesi için kullanılır. Kabızlıkla seyreden irritabl bağırsak hastalarındaki artmış rektum duyarlılığını belirlemek için de rektal barostat test kullanılabilir.

Pelvik sinirlerin (rektum ve anal kanalı innerve eden) duyumlarının ölçümü için de çeşitli kateterler kullanılarak (St. Mark's eldiveni, rektoanal duyum eşığı ölçer kateter gibi) sinir duyum testleri ve anal EMG ölçümleri de, kabızlığa sebep olmuş ya da kabızlık sonucu ortaya çıkmış sinir patolojilerinin tespitinde kullanılır.

Klinikte kullanımı az olan diğer tanı yöntemi de kolonun manometrik incelemesidir.

KAYNAKLAR

1. Bharucha AE, Wald A. Chronic constipation. *Mayo Clin Proc* 2019;94:2340-57.
2. Sandler RS, Drossman DA. Bowel habits in young adults not seeking health care. *Dig Dis Sci* 1987;32:841-5.
3. Rao SS, Bharucha AE, Chiarioni G, et al. Functional anorectal disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1430-42.e4.
4. Brenner DM, Shah M. Chronic constipation. *Gastroenterol Clin N Am* 2016;45:205-16.
5. Wald A. Approach to the patient with constipation. In: *Textbook of Gastroenterology*, 2nd ed, Yamada T (Ed), JB Lippincott, Philadelphia, PA 1995,p864.
6. Wilkinson-Smith V, Bharucha AE, Emmanuel A, et al. When all seems lost: management of refractory constipation surgery, rectal irrigation, percutaneous endoscopic colostomy, and more. *Neurogastroenterol Motil* 2018;30:e13352.
7. Stewart WF, Liberman JN, Sandler RS, et al. Epidemiology of constipation (EPOC) study in the United States: relation of clinical subtypes to sociodemographic features. *Am J Gastroenterol* 1999;94:3530-40.
8. Lembo A, Camilleri M. Chronic constipation. *N Engl J Med* 2003;349:1360-8.
9. Mertz H, Naliboff B, Mayer E. Physiology of refractory chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 1999;94:609-15.
10. Krogh K, Olsen N, Christensen P, Madsen JL, Laurberg S. Colorectal transport during defecation in patients with lesions of the sacral spinal cord. *Neurogastroenterol Motil* 2003;15:25-31.
11. Manabe N, Wong BS, Camilleri M, et al. Lower functional gastrointestinal disorders: evidence of abnormal colonic transit in a 287 patient cohort. *Neurogastroenterol Motil* 2010;22:293-e82.
12. Preston DM, Lennard-Jones JE. Severe chronic constipation of young women: 'idiopathic slow transit constipation'. *Gut* 1986;27:41-8.
13. Chatoor D, Emmanuel A. Constipation and evacuation disorders. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2009;23:517-30.
14. Wald A: Constipation: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA* 2016;315:185-91.
15. Iacobellis F, Reginelli A, Berritto D, et al. Pelvic floor dysfunctions: how to image patients?. *Jpn J Radiol* 2020;38:47-63.
16. Diamant NE, Kamm MA, Wald A, Whitehead WE. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999;116:735-60.