

Yaşlıda Kabızlık

Constipation in the Elderly

Hasret DEMİREL, Ela GÜVEN AVCI, Zeynep Dilek ERZENGİN-AYDIN

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalı, Isparta

Özet • Kabızlık yaşlıda yaygın bir sorundur ve varlığı bozulmuş sağlık, artmış mortalite, kanser ve kardiyovasküler hastalık riski ile ilişkilidir. Alttaki neden çoğunlukla beslenme, sıvı alımında ve fiziksel aktivitede yaşla gelen olumsuz değişimler olsa da kabızlık daha önemli bir hastalığın habercisi de olabilir. Bu açıdan kabızlık şikayeti olan yaşlıda detaylı anamnez, fizik muayene ve alarm belirtileri olan hastalarda ileri değerlendirilmeler önemlidir. Kapsamlı bir geriatik değerlendirme ile beslenme, sıvı alımı ve fizik aktivite yönünden olduğu kadar özellikle desteğe ihtiyaç duyan kırılğan yaşlıların çevresel ve psikososyal ihtiyaçlarının ortaya konması da mümkündür. Yaşam biçimi değişiklikleri ile baş edilemeyen kabızlık olgularında laksatiflerden faydalanılabilir. Fitol ve lavman kullanımı hızlı boşaltım için, özellikle fekal impaksiyon ile gelen olgularda ön plandadır. Konservatif yöntemlerle tedavi edilemeyen nadir fekal impaksiyon olgularında kolonoskopik ve cerrahi tedavi gerekebilir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, kabızlık, yaşam tarzı, laksatifler

Abstract • Constipation is prevalent in the elderly and is associated with poor health, increased risk of mortality, cancer and cardiovascular events. Though the underlying reasons for constipation are mainly adverse lifestyle factors including poor nutrition, limited fluid intake and limited physical activity, it may also be an harbinger of a more severe underlying disease. Therefore a detailed history and physical examination is essential and may need to be complemented with more extensive evaluation in patients with alarm symptoms. A comprehensive geriatric assessment may help not only with evaluation of nutrition and activity related issues but also with environmental and psychosocial issues, particularly in frail patients. Laxatives are a helpful aid in patients whose symptoms can not be controlled with lifestyle modification. Suppositories and enemas are helpful for prompt defecation particularly for cases which present with fecal impaction. Rare cases of severe fecal impaction which do not respond to conservative approaches may require colonoscopic or surgical treatments.

Key words: Elderly, constipation, lifestyle, laxatives

GİRİŞ

Kabızlık yaşlılarda sık görülen bir problemdir; hastane başvuruları, uzman hekim sevkleri, endoskopik ve gerektiğinde cerrahi prosedürlerin sonucu olarak sağlık hizmeti maliyetleri üzerine yük oluşturur. Yaşla gastrointestinal sistemde ortaya çıkan bazı değişiklikler (örn: enterik nöromusküler sistemin dejenerasyonu, rektal hiposensivite) yaşa bağlı kabızlık patogenezinde rol oynayabilir (1,2). Bununla birlikte, kabızlık normal yaşlanmanın fizyolojik bir sonucu değildir. Altta yatan asıl nedenler; yaşla azalan hareketlilik, eşlik eden

diğer tıbbi durumlar, polifarmasi, yetersiz sıvı alımı ve kötü beslenmedir (3).

Kabızlık sağlıksız bir yaşam biçimine insan vücudunun tepkisi olarak da düşünülebilir. Bu yönüyle kabızlık ve laksatif kullanımının bozulmuş sağlık, daha yüksek ölüm oranları, kanser, inme ve koroner kalp hastalığı riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (4-6).

Bu derlemede yaşlıda kabızlığın epidemiyolojisi, klinik yaklaşım ve kabızlık yönetiminin gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

İletişim: Hasret DEMİREL • Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Doğu Yerleşkesi 32260 Çünür, Isparta • E-mail: hasretkacemer@gmail.com • Demirel H, Avcı EG, Aydın-Erzengin ZD, et al. • Constipation in the elderly • The Turkish Journal of Current Gastroenterology 2024;26:48-56.

İlk iki yazar makaleye eşit ölçüde katkı sağlamıştır.

KABIZLIĞIN TANIMI

Kabızlık; hastalar ve hekimler tarafından farklı şekilde tanımlanmaktadır (7). Hekimler genellikle konstipasyonu dışkılama sayısında azalma olarak tanımlarken, hastalar ise defekasyonla ilgili yakınmaların hepsini kabızlık olarak adlandırmaktadır. Kabızlık bir hastalıktan ziyade bir semptomdur ve genellikle haftada üç veya daha az sayıda dışkılama ve/veya zorlu defekasyon olarak tanımlanır.

Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel kabızlık tanımı Tablo 1'de özetlenmiştir (8). Roma IV kriterleri, toplumdaki kronik kabızlığı tanımlamayı amaçlamaktadır. Semptomların daha akut ve etioloji çok faktörlü olabileceği için yatan hastalara uygulanması uygun değildir. Yatan hastalarda kabızlığın basitleştirilmiş tanımları arasında yatış öncesine kıyasla yatış sırasında bağırsak hareketlerinin sıklığında azalma, bağırsak hareketleri arasında geçen sürenin uzaması (örn. haftada < 3) ve/veya dışkının aşırı sert ve zor çıkması yer almaktadır (9).

Yaşlılarda kabızlık için risk faktörlerinin başında fiziksel hareketlerde azalma, eşlik eden hastalıklar, ilaçların yan etkileri, düşük lifli beslenme ve gıda alımının yeterli olmaması sayılabilir (3). Diğer risk faktörleri arasında kadın cinsiyet, düşük eğitim, düşük gelir, depresyon ve bakım evinde kalıyor olmak yer almaktadır (13-15). Kronik kabızlık risk faktörleri Tablo 2'de özetlenmiştir (1,12-16).

Türkiye'den yapılmış çalışmalarda da risk faktörleri literatürle uyumlu bulunmuştur. Huzurevlerinde ve toplumda yaşayan yaşlılarda (n: 883) malnütrisyon veya malnütrisyon riski olan yaşlılar ile posa ve su alımı daha az olan yaşlıların, fonksiyonel kabızlık riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (12). Sadece huzurevlerinde yaşayan bireyleri kapsayan daha küçük bir çalışmada (n: 108) yetersiz su alımı, inaktivite, defekasyonu erteleme alışkanlığı ve kadın cinsiyet kabızlık riskinin daha yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur (16).

Tablo 1. Primer kronik konstipasyon için Roma IV kriterleri (8)

Roma IV Kriterleri
• Aşağıdakilerden 2 veya daha fazlasının olması
a. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında aşırı ıkınma olması
b. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında topak şeklinde veya keçi pisliği şeklinde dışkı olması
c. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında yetersiz boşalma hissi olması
d. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında anorektal bölgede engelleme veya tıkanma hissi olması
e. Defekasyonların dörtte birinden fazlasında elle defekasyona yardım etme (örneğin parmakla rektumu boşaltma veya pelvise bası) olması
• Laksatif kullanmadan yumuşak, şekilsiz dışkının nadiren olması
• İrritabl bağırsak sendromu için yeterli kriterin olmaması
* (Semptomların tanıdan en az 6 ay önce başlamış olması ve son 3 aydır devam ediyor olması gereklidir.)

EPİDEMİYOLOJİ ve RİSK FAKTÖRLERİ

Güncel bir metaanaliz verilerine göre farklı kriterler kullanılarak değerlendirildiğinde yaşlılarda kabızlık oranları %16.2 - 19.7 arasında bildirilmiştir (10). Bununla birlikte endüstrileşmiş ülkelerde yaşlılarda günlük laksatif kullanımı %50-74 oranlarına varmaktadır (1). Ülkemizde Kasap ve Bor tarafından 20 ilde gerçekleştirilen (n: 3214) ilk geniş kapsamlı çalışmada ise fonksiyonel konstipasyon oranı %8.3 bulunmuştur (11). Türkiye'den yapılmış başka bir çalışmada (n: 883) toplumda ve huzurevlerinde yaşayan 65 yaş üstü bireylerde Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel kabızlık sıklığı %30'a yakın bulunmuştur (kadınlarda %32.2, erkeklerde %25) (12).

Tablo 2. Yaşlılarda kronik kabızlık risk faktörleri (1,12-16)

1. Sosyo-demografik faktörler
Kadın cinsiyet
Düşük eğitim, düşük gelir
Bakım evinde kalıyor olmak
2. Fizyopatolojik
Abdominal ve pelvik taban kaslarında zayıflık
Rektal hiposensitivite
Yaşın kolonik motiliteye etkileri
3. Davranışsal faktörler
Dışkılama çağrısının dikkate alınmaması
İmmobilite veya sedanter yaşam
Malnütrisyon veya düşük lifli diyet
4. Kronik tıbbi durumlar
Metabolik, nöropsikiyatrik, kardiyovasküler hastalıklar ve kanser

SINIFLANDIRMA

Kabızlık primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Primer ya da fonksiyonel kabızlık 3 alt tipe ayrılmaktadır: Normal geçişli kabızlık, yavaş geçişli kabızlık ve defekasyon bozuklukları. Bir ya da birkaç alt tip birlikte olabilir. Normal geçişli kabızlık en sık olanıdır (17). Sekonder kabızlık nedenleri ise kolorektal kanser, inflamatuvar darlık gibi organik patolojiler, ilaç kullanımı, kronik hastalıklar ve psikososyal faktörlerdir (Tablo 3) (18).

KLİNİK BELİRTİLER ve KABIZLIK KOMPLİKASYONLARI

Hasta tamamen asemptomatik olabileceği gibi karın şişkinliği, defekasyon sırasında ağrı, rektal kanama, psödo-diare, bel ağrısı gibi şikayetleri olabilir. Yetersiz boşaltma hissi olması, elle / parmakla dışkılamaya yardım, tenesmus ve lavman uygulama öyküsü rektal boşalmanın zor olduğunu düşündürür.

Kabızlık yaşlılarda birçok komplikasyonu beraberinde getirir (19). Kabızlık yaşayan hastalarda dışkılamada zorluk nedeniyle; karın basıncı, kan basıncı ve miyokardiyal oksijen tüketimi artar; bu da beyin kanaması, anjina ve miyokard enfarktüsüne zemin hazırlayabilir. Fekal impaksiyona bağlı kolonda tıkanıklık, intestinal duvar ülseri ve kolon perforasyonu gelişebilir. Divertikülozis ve divertikülit oluşumu kolaylaşır. Hemoroid oluşumu riski artar veya var olan hemoroid kötüleşebilir, rektal prolapsus oluşabilir. Ayrıca kabızlık, abdominal herniyi indükleyebilir, kötüleştirilebilir veya inkarserasyona neden

olabilir. Kronik kabızlık yaşlılarda iskemik kolit için bir risk faktörüdür. Kronik konstipasyon hastalarında rektumdaki dışkı idrar yollarını sıkıştırarak idrar retansiyonuna ve idrar yolu enfeksiyonuna yol açar. Ayrıca, yaşlılarda dışkı inkontinansına ve sigmoid kolonda volvulusa neden olabilir. Kronik konstipasyon psikolojik olarak da rahatsız edici bir durumdur, konsantrasyon güçlüğü, uykusuzluk, anksiyete ve depresyona neden olur, böylece günlük iş ve yaşamı etkiler, iş verimliliğini ve yaşam kalitesini düşürür. Ayrıca uzun süreli kabızlık kolon kanseri ile birlikte görülebilir.

KABIZLIĞIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşlılarda kabızlığı değerlendirirken buna neden olabilecek ikincil nedenleri dışlamak gerekir. Bu nedenle ayrıntılı öykü, fizik muayene ve bazı laboratuvar testlerinin yapılması gereklidir. Alarm semptom ve bulguları varlığında daha kapsamlı değerlendirme yapılmalıdır. Alarm semptom ve bulguları; hematokezya, demir eksikliği anemisi, gaitada gizli kan pozitifliği, tıkanma semptomları, kabızlığın akut başlamış olması, tedaviye yanıt vermeyen şiddetli kalıcı kabızlık, 6 - 12 ay içerisinde %5'den fazla kilo kaybı, dışkı kalibresinde değişiklik, ailede kolon kanseri veya inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsünün olmasıdır (18).

Öykü

Kabızlığın başlangıcını ve süresini belirten kapsamlı bir öykü almak önemlidir. Hareketsizlik, kronik hastalıklar, kullanılan ilaçlar, sosyal izolasyon, yetersiz beslenme ve bakıma muhtaç-

Tablo 3. Sekonder kabızlık nedenleri (18)

Kabızlık Nedenleri	Örnekler												
Organik	Kolorektal kanser, ekstraintestinal kitle, postinflamatuvar, iskemik veya cerrahi stenoz												
Endokrin veya metabolik	Diyabet, hipotiroidizm, hiperkalsemi, porfiria, kronik böbrek yetmezliği, panhipopituitarizm, gebelik												
Nörolojik	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nöropati ilişkili</th> <th>Santral Nedenler</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diyabet</td> <td>Spinal kord hasarı</td> </tr> <tr> <td>Otonomik nöropati</td> <td>Parkinson hastalığı</td> </tr> <tr> <td>Hirschprung hastalığı</td> <td>Multipl skleroz</td> </tr> <tr> <td>Chagas hastalığı</td> <td>Serebrovasküler olay</td> </tr> <tr> <td>İntestinal psödoobstrüksiyon</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nöropati ilişkili	Santral Nedenler	Diyabet	Spinal kord hasarı	Otonomik nöropati	Parkinson hastalığı	Hirschprung hastalığı	Multipl skleroz	Chagas hastalığı	Serebrovasküler olay	İntestinal psödoobstrüksiyon	
Nöropati ilişkili	Santral Nedenler												
Diyabet	Spinal kord hasarı												
Otonomik nöropati	Parkinson hastalığı												
Hirschprung hastalığı	Multipl skleroz												
Chagas hastalığı	Serebrovasküler olay												
İntestinal psödoobstrüksiyon													
Myojenik	Miyotonik distrofi, dermatomiyozit, skleroderma, amiloidoz, kronik bağırsak psödoobstrüksiyonu												
Anorektal	Anal fissür, anal darlıklar, inflamatuvar bağırsak hastalığı, proktit												
İlaçlar	Opiatlar, antihipertansif ajanlar, trisiklik antidepressanlar, demir preparatları, antiepileptikler, anti-Parkinson ajanları (antikolinergik veya dopaminergik), baryum, kalsiyum veya alüminyum içeren antiasitler												
İrritabl bağırsak sendromu													

lık gibi eşzamanlı psikososyal problemler de ele alınmalıdır (18,19). Bu açıdan hastaların basit ve karmaşık günlük yaşam aktivitelerini değerlendirmek önemlidir. Semptomların süresi, dışkılama sıklığı, dışkının kıvamı ve özellikleri yol gösterici olabilir. Bununla birlikte yaşının aldığı besin öğeleri ve sıvı miktarının günlük kaydı da tedavi edici yaklaşımda faydalıdır. Öyküde üzerinde durulması gereken kronik hastalıklar Tablo 3'te gösterilmiştir.

İlaç Değerlendirilmesi

İlaç değerlendirmesi geriatrik değerlendirmenin en önemli unsurlarındandır. Kabızlığa neden olabilecek ilaçlar sorgulanmalı ve ilaca başlanması ile kabızlığın başlangıcı arasındaki zamansal ilişkiye dikkat edilmelidir. Kabızlıkla başvuran yaşlılar bu durumu kötüleştirdiğini bildiğimiz klasik ilaçlar dışında (bakınız Tablo 3) yürüme ve denge üzerine olumsuz etki yapabilecek ilaçlar açısından da değerlendirilmelidir. Bu ilaçlar arasında antipsikotikler ve (trisiklik antidepresan ve seçici serotonin geri alım inhibitörleri gibi) antidepresanlar, benzodiazepinler ve non-benzodiazepin hipnotikler sayılabilir (20). Bu açıdan kabızlık şikayeti ile gelen yaşlıda detaylı ilaç değerlendirmesi hastanın kabızlığında olduğu kadar fonksiyonel durumunda iyileşme sağlamak için bir fırsattır.

Aile Öyküsü

İnflamatuvar bağırsak hastalığı, kolorektal kanser ve çölyak hastalığı sorgulanmalıdır.

Fizik Muayene

Sert dışkının palpe edilmesi, kitlelerin, anal fissürlerin, hemoroitlerin, sfinkter tonusunun, dışkılama sırasında itme çabasının, erkeklerde prostat hipertrofinin ve kadınlarda posterior vajinal kitlelerin değerlendirilmesi için rektal muayeneyi içeren kapsamlı bir fizik muayene yapılmalıdır (18,21).

Görüntüleme

Yaşlılarda kabızlığın değerlendirilmesinde görüntülemenin rolünü destekleyen veriler sınırlıdır (18). İleusa sebep olabilecek patolojileri ekartasyon için yapılabilir. Akut karın ağrısı, ateş, lökositoz olan hastalarda sepsis veya intraabdominal patolojileri aydınlatmak için kullanılabilir.

Kolonoskopi

Kolonoskopi mukozal lezyonları (soliter rektal ülser, inflamasyon, malignite) dışlamak için kolonun doğrudan görün-

tülenmesini sağlar. Alarm semptomları olan hastalarda ve kolorektal kanser taraması için endike olduğunda yapılmalıdır.

İleri Değerlendirmeler

Seçilmiş hastalarda kolon, rektum ve anüsün fizyolojik işlevini değerlendirmek için kolon transit çalışması, defekografi, anorektal manometri, yüzey anal elektromiyografi ve balon atım testinden faydalanılabilir (1).

KABIZLIK YÖNETİMİ

Kronik kabızlığın yönetimi hasta eğitimi, davranış değişikliği, yaşam tarzı değişiklikleri, ilaçların düzenlenmesi ve laksatif tedavisini içerir.

Hastaların düzenli bağırsak hareketi alışkanlığı oluşturmaları teşvik edilmelidir. Kolon motor aktivitesi, uyandıktan sonra ve yemekten sonra daha yüksektir. Bu nedenle bağırsak hareketi için en uygun zaman uyandıktan sonraki ilk iki saat ve kahvaltı sonrasıdır. Hastalara günde en az iki kez, yemeklerden 30 dakika sonra dışkılama denemesi ve beş dakikadan fazla olmamak üzere ıkınma yapmaları konusunda eğitim verilmelidir. Diyafragma solunumu ve ayakları yerden tabureyle yükselterek öne doğru eğilerek oturmak dışkılamayı kolaylaştırır (3,18,22).

Kabızlığın yaşam biçimi modifikasyonu ile yönetilmesinde önemli unsurların başında fizik aktivitenin artırılması ve beslenme gelmektedir. Erişkinlerde haftada ≥ 140 dakika süreyle yapılan egzersizin kabızlık semptomları ve yaşam kalitesi üzerine olumlu etkileri bulunmaktadır. Aerobik egzersizler bu açıdan daha üstün olabilir (23). Yaşlılarda kabızlık yönetiminde tek başına fiziksel aktivite yeterli olamayabilir (17). Bununla birlikte içinde fiziksel aktivitenin de olduğu çok yönlü müdahaleler başarılı olabilir (24,25). Huzurevinde yaşayan 112 yaşlı üzerinde yapılan çok yönlü müdahale çalışmasında tuvalet yardımı, egzersiz ve 8 saat boyunca sunulan yemek ve atıştırma ikramlarından oluşan bir müdahalenin fekal inkontinansı etkilemeden bağırsak hareketlerinin sayısını artırdığı ve idrar inkontinansı iyileştirdiği gösterilmiştir (25).

Yaşlıda kabızlığı önlemek için sıvı alımının yeterli olması önerilmektedir (örneğin 1500-1700 cc/gün) (19). Bununla birlikte, kabızlığı gidermede sıvı alımının olumlu etkisini destekleyen sınırlı veri bulunmaktadır (26). Bakım kurumlarında yaşayanları kapsayan bir derlemede, dehidratasyon

yaratacak derecede sıvı alım eksikliği (< 500 ml/gün) söz konusu olmadıkça sıvı alımını artırmanın ek yarar sağlamadığı sonucuna varılmıştır (27). Türkiye'den Yurtdaş-Depboylu ve arkadaşlarının yaptıkları kesitsel bir çalışmada su tüketimi açısından en düşük çeyrek dilimde olanlara (< 1000 cc) kıyasla bir üst çeyrek dilimde olanların (1000-1200 cc) kabızlık açısından riski anlamlı olarak düşük bulunmuştur, fakat daha yüksek dilimlerdeki su tüketiminin (1200-2000 ve > 2000) anlamlı bir farkı bulunmamıştır (12).

Günde dört veya beş porsiyon meyve-sebze, lif açısından zengin olan tam tahıllı yiyecekler tüketerek yeterli lif alımı sağlanabilir (28). Elma, muz, kuru erik, armut, ahududu gibi meyveler, taze fasulye, brokoli, ispanak, lahanası, kabak, mercimek, bezelye gibi sebzeler sıklıkla tavsiye edilir (29). Bir çalışmada hafif ila orta dereceli kabızlığın tedavisinde birinci basamak tedavi olarak kuru eriğin psilyumdan daha etkili olduğu gösterilmiştir (30). Yağlı tohumlar olarak bildiğimiz fındık, fıstık, çekirdek türleri de fiberden zengindir. Günlük 40 gram çiğ badem tüketiminin, hemodiyaliz hastalarında kabızlıkta ve yaşam kalitesinde anlamlı düzelmeye sağladığı ve güvenli olduğu gösterilmiştir (31).

Bağırsak mikrobiyotasını etkileyen probiyotiklerin ve fermente süt ürünlerinin de kabızlık şikayetini gidererek şişkinlik ve karın ağrısını azaltmada ve yaşam kalitesini arttırmada etkili olduğu gösterilmiştir (28,32). Her ne kadar ticari probiyotik ürünlerin fermente süt ürünlerinden daha etkili olduğu bildirilse de, bu ürünlerin içerdiği suşların özellikle bağışıklık sistemi zayıf olan yaşlılar için risk oluşturabileceği akılda tutulmalıdır (33). Bu açıdan, yoğurt uygun maliyeti ve diğer olumlu sağlık etkileriyle yaşlıda kabızlık yönetiminde akılcı bir tercih olabilir (34).

Tedavi Seçimi

Sıklıkla laksatifler yaşam tarzı değişiklikleri ile birlikte önerilir. Yaşam tarzı önerilerine iyi uyum laksatif ihtiyacını azaltır. Tedavide kullanılan ilaçlar Tablo 4'te özetlenmiştir (17,29,35). Güvenlik açısından, magnezyum ve sodyum fosfat içeren ürünler daha risklidir. İlaç seçerken daha az riskli olan ürünler tercih edilmelidir. Ayrıca hiçbir çalışma ucuz laksatifleri başka mekanizmalarla çalışan yeni ilaçlarla karşılaştırmamıştır (36). Bu nedenle, güvenlikten sonra ilaç tercihinde maliyete, kullanım kolaylığına, etki süresine, hasta tercihinin ve ampirik tedaviye verilen yanıtı göre seçim yapılmalıdır.

Nadiren şiddetli, inatçı, yavaş geçişli kabızlık ameliyatla tedavi gerektirebilir. Hastalar ameliyattan önce tam bir değerlendirme için uzman merkezlere sevk edilmelidir.

Fiber ve Kitle Oluşturan Laksatifler

Lif, kabızlığı olan hastalarda semptomları iyileştirebilir. Lif, dışkı hacmini artırır, bu da kolonik şişkinliğe neden olur ve dışkının itilmesini destekler. Günlük alınması gereken lif miktarı > 25 gramdır (1,3,18). Ancak bağırsak hareketleri ve rektal duyarlılığı azalmış yaşlı bireylerde fazla lifin neden olabileceği fekal impaksiyonu önlemek için mutlaka yeterli miktarda su içilmesi önerilmelidir.

Kitle oluşturan laksatifler, suyu emerek ve dışkı kütlesini artırarak müshil etkilerini gösteren doğal veya sentetik polisakaritler veya selüloz türevleridir. Tek başına veya diyet lifindeki artışla birlikte kullanılabilirler. Bunlar arasında psilyum, metilselüloz, polikarbofil ve buğday dekstrini yer alır. Psilyum yeterli klinik kanıtlara sahip tek liftir (37). Kitle oluşturan laksatifleri kullanırken yeterli sıvı alınmalıdır. Sıvı kısıtlaması olanlarda bu ilaçlar uygun değildir. Yavaş geçişli kabızlık çekenlerde semptomlarda artışa sebep olabilir (18,19). Kitle oluşturan laksatifler, opioide bağlı kabızlıkta tercih edilmez; opioid etkisi nedeniyle peristalsizm baskılanmış olduğu için karın ağrısında artışa ve intestinal obstrüksiyona yol açabilirler (29).

Yutma güçlüğü olanlar kitle oluşturan laksatifi kullanamayabilir. Bu hastalarda şurup olarak laksatif önerilebilir (37). Kitle oluşturuvcu laksatiflerin birçok önemli ilacın (örn. varfarin, aspirin, demir, kalsiyum) emilimini engelleyebileceği akılda tutulmalıdır (19).

Ozmotik Laksatifler

Life yanıt vermeyen hastalarda ozmotik laksatifler denenebilir (38). Polietilen glikol, laktüloz, sorbitol, gliserin, magnezyum sülfat/sitrat ve sodyum fosfat bu ürünler arasındadır.

Polietilen glikol etkisi 1-4 gün arasında başlar. Düşük doz polietilen glikolün (17 g/gün) yaşlı hastalarda etkili olduğu ve iyi tolere edildiği gösterilmiştir. Polietilen glikolün anafilaksiye neden olabileceği bildirilmiştir. Şiddetli inflamatuvar bağırsak hastalığı, toksik megakolon ve bağırsak perforasyonu varlığında kontrendikedir (39). Polietilen glikol daha etkili olması ve daha az yan etkisi olması nedeniyle laktuloza tercih edilir (17).

Tablo 4. Kabızlık tedavisinde kullanılan ilaçlar (17,29,35)

Kitle Oluşturan Laksatifler	Açıklamalar
Psilyum, metilselüloz, polikarbofil ve buğday dekstrini	Yan etki: Şişkinlik, gaz Etki başlangıcı: 12 - 72 saat
Dışkı Yumuşatıcılar	
Dokusat sodyum, dokusat kalsiyum	İyi tolere edilir, etkinliği düşüktür. Etki başlangıcı: 24 - 72 saat
Ozmotik Laksatifler	
Polietilen glikol (PEG)	Yan etki: Bulantı, şişkinlik, kramp Etki başlangıcı: 1 - 4 gün
Laktuloz Sorbitol	Yan etki: Şişkinlik, gaz Etki başlangıcı: 24 - 48 saat
Magnezyum sülfat, magnezyum sitrat	Yan etki: Su gibi dışkı, tuvalete sıkışma, magnezyum toksisitesi (özellikle böbrek yetmezliğinde). Etki başlangıcı: 0.5 - 3 saat
Sodyum fosfat (fosfo-soda)	Yan etki: Hiperfosfatemi, böbrek yetmezliği
Uyarıcı Laksatifler	
Bisakodil	Yan etki: Gastrik irritasyon Etki başlangıcı: 6 - 10 saat
Senna (sinameki)	Yan etki: Melanosis koli Etki başlangıcı: 6 - 12 saat
Kolon Sekretogolları	
Lubiproston	Yan etki: Bulantı, ishal Etki başlangıcı: 24 - 48 saat
Linaclohid	Yan etki: İshal, şişkinlik Etki başlangıcı: 12 - 24 saat
Plecanatid	Yan etki: İshal Etki başlangıcı: 12 - 24 saat
Prokinetikler	
Prucaloprid	Yan etki: Baş ağrısı, karın ağrısı, bulantı, ishal Etki başlangıcı: 6 - 12 saat
Opioid Reseptör Antagonistleri	
Metilnaltrekson, naloksekol, naldemedin	Kan beyin bariyerini geçmezler, opioidlerin analjezik etkilerini bozmazlar
Fitil ve Enemalar	
Gliserin, bisakodil içeren fitiller	Yan etki: Rektal ülser
Sodyum fosfat lavman	Yan etki: Rektal ülser, hiperfosfatemi, böbrek yetmezliği
Sabun köpüklü lavman	Yan etki: Rektal ülser
Ilık sulu lavman	İyi tolere edilir.

Laktuloz, plaseboya kıyasla yaşlılarda dışkılama sıklığını artırır, kabızlık semptomlarının şiddetini azaltır ve diğer laksatiflere olan ihtiyacı azaltır. Randomize çalışmalar laktulozun diyabetik bireylerde önemli kan şekeri yükseltici etkisi olmadığını göstermektedir (40). Kabızlığı olan yaşlı erişkin hastalarda yapılan dört haftalık bir çalışmada sorbitolün, laktuloz kadar etkili olduğu, daha ucuz olduğu ve daha iyi tolere edildiği gösterilmiştir (41).

Laktuloz yan etkisi olarak bronşit (%12.6) ve diyare (%9.4); polietilen glikol yan etkisi olarak bronşit (%9.3), diyare (%9.3), karın ağrısı (%7.6) bildirilmiştir (37).

Magnezyum hidroksit gibi salin laksatifler hipermağnezemi riski nedeniyle dikkatli kullanılmalıdır. Böbrek fonksiyon bozukluğu olanlarda magnezyum düzeyleri periyodik olarak izlenmelidir (37). Diğer bir salin laksatif olan sodyum fosfat kolonoskopi hazırlığında kullanılır. Yaşlılarda ciddi elektrolit bozukluğu ve böbrek yetmezliğine neden olduğu için risklidir.

Uyarıcı Laksatifler

Bağırsak mukozası boyunca elektrolit taşınmasını etkiler ve kolon hareketliliğini artırır. Bu grupta bisakodil ve senna

(sinameki) bulunmaktadır. Bir çalışmada, sinamekinin lifle kombinasyonu, laktuloza göre dışkı kıvamında, sıklığında ve dışkılamaya sağlamada üstün bulunmuş ve eşit derecede iyi tolere edildiği görülmüştür (42). Uyarıcı laksatifler etkilidir ancak yaşlılarda uzun vadeli güvenliği bilinmediğinden kronik kullanımdan kaçınılmalıdır. Bu grup, opioide bağlı kabızlıkta da sık tercih edilir (29). Uyarıcı laksatiflerin kronik kullanımı melanozis koli olarak bilinen kolon mukozasında kahverengi-siyah pigmentasyona neden olabilir. Bu durum iyi huyludur ve ilaç kesildiğinde düzelebilir (3).

Fitil ve Enemalar

Gliserin veya bisakodil fitiller, dissinerjik dışkılaması olan yaşlılarda kullanılabilir. Lavmanlar, yaşlılarda birkaç günlük kabızlıktan sonra kullanılmalıdır. Hastaların hızlı rahatlatılması için lavman hastane koşullarında sık kullanılmaktadır. Lavmanlar rektal ülsere sebep olabilir. Sodyum fosfat lavmanların yaşlılarda kullanılmaması tavsiye edilir. Hipotansiyon, hipovolemi, hiperfosfatemi, hipokalemi veya hiperkalemi, metabolik asidoz, şiddetli hipokalsemi, böbrek yetmezliği gibi komplikasyonlara ve elektrokardiyografi değişikliklerine (uzamış QT aralığı) neden olabilir (43).

Dışkı Yumuşatıcılar

Dokuzat dışkı yumuşatıcı olup yüzey aktif laksatif grubundadır. Dışkının su ve yağ yüzey gerilimini değiştirir, böylece su ve yağın dışkı içine girerek yumuşamasını sağlar. Kabızlıkta etkinliğinin düşük olduğu düşünülmektedir. Dışkı yumuşatıcı grubunda yer alan diğer bir laksatif sıvı parafindir (mineral yağı), kayganlaştırarak etki gösterir, aspirasyon ve lipoid pnömoni riski taşıdığı için oral kullanımda tercih edilmez (44).

Yeni Geliştirilen İlaçlar

Kronik kabızlığın tedavisinde yeni geliştirilen ilaçlar arasında kolonik salgılatıcılar, opioid antagonistleri ve 5-hidroksi triptamin 5HT(4) reseptör agonistleri bulunmaktadır.

Kolon sekretagoları grubunda lubiprostone, linaklotid ve plekanatid bulunmaktadır. Diğer yaklaşımların başarısız olduğu şiddetli kabızlığı olan yaşlılarda kullanılabilir (18).

Opioid reseptör antagonistleri özellikle opioid ilişkili kabızlıkta etkilidirler (29). Bu grupta alvimopan, metilnaltrekson, naloksekol veya naldemedin yer almaktadır. Opioid reseptör antagonistleri periferik etki gösterdikleri ve kan beyin bariyerini geçmedikleri için opioidlerin analjezik etkilerini

bozmazlar. Amerikan Gastroenteroloji Derneği 2019 kılavuzunda naloksekol ve naldemedine dair kanıtları orta-yüksek kalitede olarak değerlendirmiştir (45). Bu iki ilaca dair en sık yan etkiler ishal, karın ağrısı, bulantı, şişkinlik, kusma ve baş ağrısıdır (46).

Prokinetikler içinde 5HT₄ agonisti olan prukaloprid bulunmaktadır. Prukalopridin 65 yaş üzeri hastalarda yavaş geçişli kabızlıkta güvenli ve iyi tolere edildiği gösterilmiştir (18,19).

Pelvik Taban Rehabilitasyonu “Biofeedback”

Pelvik taban rehabilitasyonu, dışkılamayı kolaylaştırmak için pelvik tabanı ve karın duvarı kaslarını bilişsel olarak yeniden eğitmenin ağrısız, non invaziv bir yoludur (1,18). Dissinerjik defekasyonu olan hastalarda faydalı olabilir. Her ne kadar seçilmiş hastalar için etkin bir yöntem olsa da, demans ve mobilite kısıtlanması olanlar bu egzersizlere uyum gösteremezler (19). Kısıtlı sayıda merkezde uygulanmaktadır ve sonuçlar merkezler arasında değişkenlik gösterebilir (19,35).

FEKAL İMPAKSİYON

Fekal impaksiyon, bağırsağın herhangi bir seviyesinde boşaltılamayan sertleşmiş dışkı olarak tanımlanmaktadır. Fekal impaksiyon; azalan hareketlilik, rektumdaki dışkı varlığının algılanamaması ve buna tepki verilememesinden ötürü gelişir. Altta yatan nöropsikiyatrik hastalığı olan, bakım kurumunda kalan ve hastaneye yatmış yaşlılarda sık görülür. Morbidite ve mortalitesi yüksek olup önlenebilir bir tablodur (47).

Fekal impaksiyon obstrüksiyon belirtilerine, bazen de paradoksik olarak obstrüksiyonun etrafından gelişen ishal ve gaita inkontinansına yol açar. Tanısı dijital rektal muayene ile doğrulanır, genellikle rektumda bol miktarda dışkı bulunur. Proksimal rektum veya sigmoid kolonda da impaksiyon meydana gelebileceği ve dijital rektal muayenenin tanısız olamayabileceği akılda tutulmalıdır. İmpaksiyon için klinik şüphe yüksekse, rektal impaksiyon olmadığında fekal yüklenmeyi tespit etmek için abdominal radyografi çekilmelidir.

Fark edilir edilmez impaksiyon hemen giderilmeli, kolon boşaltılmalı ve tekrarlayan impaksiyonu önlemek için bağırsak rejimi uygulanmalıdır. Büyük dışkının parçalanması ve anal kanaldan geçişini kolaylaştırmak için dijital disimpaksiyon önerilmektedir. Daha sonra, impaksiyonu yumuşatmak ve dışkının rektum ve distal kolondan boşaltılmasına yardımcı

olmak için ılık sulu lavman uygulanabilir. Nadir durumlarda, distal kolondaki dışkı materyalini parçalamak için kolonoskopi gerekebilir. Bu tür önlemlerin başarısız olması, perforasyon veya iskemi olasılığını düşündüren belirgin karın hassasiyetinin olması durumlarında ameliyat gerekebilir (18).

SONUÇ

Yaşlıda kabızlık kötü yaşam tarzı, kronik hastalıklar ve ilaç kullanımının sonucu olabileceği gibi altta yatan daha ciddi bir sorunun habercisi de olabilir. Her hastaya temel klinik ve laboratuvar değerlendirme yapılmalı; alarm belirtilerinin varlığında değerlendirmeler genişletilmelidir.

KAYNAKLAR

- Mari A, Mahamid M, Amara H, et al. Chronic constipation in the elderly patient: updates in evaluation and management. *Korean J Fam Med.* 2020;41(3):139-45.
- Nguyen VTT, Taheri N, Chandra A, Hayashi Y. Aging of enteric neuromuscular systems in gastrointestinal tract. *Neurogastroenterol Motil.* 2022;34(6):e14352.
- Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. *Am Fam Physician.* 2005;72:2277-84.
- Koloski NA, Jones M, Wai R, et al. Impact of Persistent Constipation on Health-Related Quality of Life and Mortality in Older Community-Dwelling Women. *Am J Gastroenterol.* 2013;108(7):1152-8.
- Sumida K, Molnar MZ, Potukuchi PK, et al. Constipation and risk of death and cardiovascular events. *Atherosclerosis.* 2019;281:114-20.
- Sundbøll J, Thygesen SK, Veres K, et al. Risk of cancer in patients with constipation. *Clin Epidemiol.* 2019;11:299-310.
- 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.
- Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel disorders. *Gastroenterology.* 2016; 150: 1393-407. e5.
- Sayuk GS, Yu QT, Shy C. Management of Constipation in Hospitalized Patients. *J Clin Med.* 2023;12(19):6148.
- Salari N, Ghasemianrad M, Ammari-Allahyari M, et al. Global prevalence of constipation in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Wien Klin Wochenschr.* 2023;135(15-16):389-98.
- Kasap E, Bor S. Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji.* 2006;10:165-8.
- Yurtdaş Depboylu G, Acar Tek N, Akbulut G, et al. Functional Constipation in Elderly and Related Determinant Risk Factors: Malnutrition and Dietary Intake. *J Am Nutr Assoc.* 2023;42(6):541-7.
- 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(12):3530-40.
- Marfil C, Davies G, Dettmar P. Laxative use and its relationship with straining in a London elderly population: free-living versus institutionalised. *J Nutr Health Aging.* 2005;9(3):185-7.
- Everhart JE, Go VLW, Johannes RS, et al. A longitudinal survey of self-reported bowel habits in the United States. *Dig Dis Sci.* 1989;34(8):1153-62.
- Usta E, Akkaş ÖA, Bayram S. Determining the Constipation Status and Associated Factors in the Elderly People Receiving Institutional Care. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi* 2023;8(1):31-8.
- Mounsey A, Raleigh M, Wilson A. Management of constipation in older adults. *Am Fam Physician.* 2015;92(6):500-04.
- Rao SSC, MD, PhD, FRCP. Constipation in the older adult. In: RF C, ed., *UpToDate: Wolters Kluwer*; 2022. <https://pro.uptodatefree>.
- Zheng S, Yao J; Chinese Geriatric Society, Editorial Board of Chinese Journal of Geriatrics. Expert consensus on the assessment and treatment of chronic constipation in the elderly. *Aging Med (Milton).* 2018;1(1):8-17.
- Panel AGSBCUE. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052-2081.
- Talley NJ. How to do and interpret a rectal examination in gastroenterology. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(4):820-2.
- Rao SS, Go JT. Update on the management of constipation in the elderly: new treatment options. *Clin Interv Aging.* 2010;5:163-71.
- Gao R, Tao Y, Zhou C, et al. Exercise therapy in patients with constipation: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(2):169-77.
- Nour-Eldein H, Salama HM, Abdulmajeed AA, Heissam KS. The effect of lifestyle modification on severity of constipation and quality of life of elders in nursing homes at Ismailia city, Egypt. *J Family Community Med.* 2014;21(2):100-6.
- Schnelle JF, Leung FW, Rao SS, et al. A controlled trial of an intervention to improve urinary and fecal incontinence and constipation. *J Am Geriatr Soc.* 2010;58(8):1504-11.
- Liska D, Mah E, Brisbois T, et al. Narrative review of hydration and selected health outcomes in the general population. *Nutrients.* 2019;11:70.
- Kira I. Evidence for the Efficacy of Fluid Intake for Constipation as Nursing Care—Integrated Literature Review—. *Japanese Journal of Nursing Art and Science.* 2013;12:33-42.

28. Bellini M, Tonarelli S, Barracca F, et al. Chronic constipation: is a nutritional approach reasonable? *Nutrients*. 2021;13(10):3386.
29. Sizar O, Genova R, Gupta M. Opioid-Induced Constipation. [Updated 2023 Aug 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493184/>
30. Attaluri A, Donahoe R, Valestin J, et al. Randomised clinical trial: dried plums (prunes) vs. psyllium for constipation. *Aliment Pharmacol Ther*. 2011;33(7):822-8.
31. Lambert K, Bird L, Borst AC, et al. Safety and efficacy of using nuts to improve bowel health in hemodialysis patients. *J Ren Nutr*. 2020;30(5):462-9.
32. Yan J, Wu M, Zhao W, et al. Effects of probiotics and its fermented milk on constipation: a systematic review. *Food Science and Human Wellness*. 2023;12(6):2124-34.
33. Didari T, Solki S, Mozaffari S, et al. A systematic review of the safety of probiotics. *Expert Opin Drug Saf*. 2014;13(2):227-39.
34. Hadjimbei E, Botsaris G, Chrysostomou S. Beneficial effects of yoghurts and probiotic fermented milks and their functional food potential. *Foods*. 2022;11:2691.
35. Wald A, MD. Management of chronic constipation in adults. In: Connor R, MD, Senior Director of Clinical Content for UpToDate, ed., UpToDate: Wolters Kluwer, 2024. <https://www.uptodate.com>
36. Bharucha AE, Wald A. Chronic constipation. *Mayo Clin Proc*. 2019;94(11):2340-57.
37. Kang SJ, Cho YS, Lee TH, et al; Constipation Research Group of the Korean Society of Neurogastroenterology and Motility. Medical Management of Constipation in Elderly Patients: Systematic Review. *J Neurogastroenterol Motil*. 2021;27(4):495-512.
38. Chang L, Chey WD, Imdad A, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology clinical practice guideline: Pharmacological management of chronic idiopathic constipation. *Gastroenterology*. 2023;164:1086-106.
39. Prasad V, Abraham P. Management of chronic constipation in patients with diabetes mellitus. *Indian J Gastroenterol*. 2017;36:11-22.
40. Pieber TR, Svehlikova E, Mursic I, et al. Blood glucose response after oral lactulose intake in type 2 diabetic individuals. *World J Diabetes*. 2021;12(6):893-907.
41. Lederle FA, Busch DL, Mattox KM, et al. Cost-effective treatment of constipation in the elderly: a randomized double-blind comparison of sorbitol and lactulose. *Am J Med*. 1990;89(5):597-601.
42. Passmore A, Davies K, Flanagan P, et al. A comparison of Agiolax and lactulose in elderly patients with chronic constipation. *Pharmacology*. 1993;47(Suppl 1):249-52.
43. Food U, Administration D. FDA warns of possible harm from exceeding recommended dose of over-the-counter sodium phosphate products to treat constipation. 2014.
44. Hannoodee S, Patel P, Annamaraju P. Docusate. [Updated 2023 Aug 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555942/>
45. Crockett SD, Greer KB, Heidelbaugh JJ, et al; American Gastroenterological Association Institute Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Opioid-Induced Constipation. *Gastroenterology*. 2019;156(1):218-26.
46. Braun UK, Jackson LK, Garcia MA, Imam SN. A Systematic Review of Naldemedine and Naloxegol for the Treatment of Opioid-Induced Constipation in Cancer Patients. *Pharmacy*. 2024;12(2):48.
47. Serrano Falcón B, Barceló López M, Mateos Muñoz B, et al. Fecal impaction: a systematic review of its medical complications. *BMC Geriatr*. 2016;16:4.