

Konstipasyonlu hastanın değerlendirilmesi

Mehmet Kaplan¹, F.Çiğdem Kaplan², Mustafa N.Atabek¹

¹Kırıkkale Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Kırıkkale

²T.C. Sağlık Bakanlığı 3 No.lu Sağlık Ocağı, Kırıkkale

Amaç: Bu makalede, defekasyon bozukluklarının değerlendirilmesinde sözkonusu yaklaşımların ve zorlu boşaltma ile seyrek dışkılama sebeplerinin neler olduğu tartışılmaktadır. **Ana bulgular:** "İdyopatik" orijinli ve uzun süreli konstipasyon yakınması olan hastalarda sorun gerçekten sanıldığından daha büyüktür. Konuya ilgi duyan uzmanların soruna ışık tutacak çalışmalar yapmalarına rağmen, elde edilen bilgilerin çoğu ya yetersiz veya çelişkilidir. Çoğu zaman bu sorunlar ince veya kalın barsağa ait motilite bozukluğu ya da pelvik taban hastalığına bağlı bir boşaltım sorunu ile karşımıza çıkar. **Sonuç:** Belli bir sıra ile takip edilecek yaklaşımlarla ve uygun fizyolojik testlerle dışkılama bozukluğunun sebebi bulunabilir.

Anahtar kelimeler: Konstipasyon, etyoloji, tedavi

Evaluation of the patient with constipation

Purpose: This article is designed to outline an approach to the evaluation of defecation disorders and define the etiology of either difficult evacuation or infrequent stools. **Main findings:** The magnitude of the problem in patients who have sustained a long-standing history of constipation of "idiopathic" origin is great. Enthusiastic physicians report studies designed to shed light on the problem, but much of the information is incomplete or contradictory. Usually these problems are caused by either a motility disorder of the colon or small bowel, or an outlet problem due to a pelvic floor disorder. **Results:** An orderly series of steps will be provided to help to define the appropriate physiological tests needed to define the etiology of the defecation disorder.

Key words: Constipation, etiology, treatment

Genel Tıp Derg 2002;12(4):159-163

Defekasyon bozuklukları sık karşılaşılan bir problemdir ve bu nedenle zorlu boşaltma ya da az sayıda dışkılama gibi defekasyon sorunlarının nedenlerini araştırma ve uygun tedavinin seçimi doktor için önemli bir tıbbi uygulamadır. Bu sorunlar çoğu zaman ya kolon ve ince barsaktaki motilite bozukluğu ya da pelvik taban hastalığına bağlı, uygulanması gereken tedavinin verilmesini sıkıntıyla karşılamalarına neden olacak kadar rahatsız edici sorunları vardır. Kesin tanıya ulaşana dek çıkıştaki bozukluklara bağlıdır. Bu hastaların çoğunun; yaşam kalitesini bozan ve uygun basamaklarla yapılacak testlerin sonucunda değerlendirmelerin doğru sırayla yapılması gerekmektedir. Genellikle tetkikler ilk

başta kolay ve invazif olmayanlarla başlar, daha sonra karmaşık ve pahalı olanlarla devam edilir (1,2).

Toplumun yaş ortalaması yükseldikçe konstipasyon ve diğer işlevsel kolorektal hastalıklara bağlı şikayetlerle acil servise başvuran hasta sayısı da artmaktadır. Bu nedenle bu tür hastaların değerlendirilmesinde kullanılabilecek temel bir planın olması gerekmektedir (3). Normalin ne olduğu tam olarak anlaşılamadığından konstipasyonun tanımı de tam olarak yapılamamıştır. Tuvalet alışkanlığında değişiklik, gaitanın boşaltılmasında zorluk ya da gaitada katılaşma sorunu olan hastalar konstipe olarak kabul edilir. Yedi gün içinde üçten az dışkılama, dışkılama sırasında aşırı ıkınma (her dört dışkılamadan en az birinde) ve gaitada taşlaşma şiddetli konstipasyonun işaretleridir (4,5).

Kontinans ve defekasyon, otonom ve santral sinir sisteminin düz ve çizgili kaslar üzerine olan etkisi

Yazışma adresi: Dr. Mehmet Kaplan, Kırıkkale Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi 71100, Kırıkkale.

E-posta: meplan69@hotmail.com

sonucu oluşan nöral ve müsküler aktivite ile sağlanır. Bu karmaşık etkileşim zincirinin bir ya da daha fazlası bozulmuş olabilir. Bazen sorun basittir ve kolayca çözümlenebilir (örneğin; yetersiz sıvı alanlarda sıvı alımının artırılması). Bazen de bozukluk daha karmaşıktır ve zincirin birkaç halkasını ilgilendirebilir (örneğin; yetersiz sıvı alımı ve pelvik taban bozukluğu birlikte olabilir). İyileşmenin düzeyi düzeltilebilen bozukluklarla doğrudan ilişkilidir. Bazen fiziksel bozukluğa psikolojik bozukluk eklenir ve fiziksel bozukluk düzeltilse bile psikolojik sorun fark edilip çözümlenmedikçe şikayetler devam edebilir (2,6).

Konstipasyonlu hastaya yaklaşım

Konstipasyonlu hastada yaklaşım 4 basamaktan oluşur (Şekil 1).

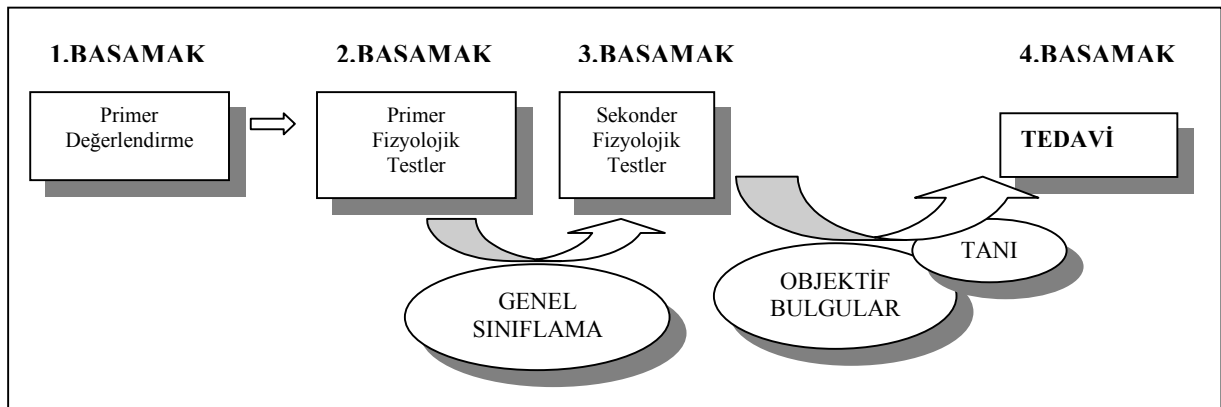
1. Basamak: Primer değerlendirme.
2. Basamak: Primer fizyolojik testler.
3. Basamak: Sekonder fizyolojik testler.
4. Tedavi

Birinci basamakta; hikaye, fizik muayene, endoskopi, baryumlu tetkikler ve bazı laboratuvar tetkiklerinden oluşan ilk değerlendirmeler yapılır. Daha sonra 2. basamağı oluşturan primer testlere geçilir. Primer testler, hastaları genel bir hastalık sınıfına konulabilmesini sağlayan bir takım temel, invazif olmayan testlerdir. Bu iki büyük hastalık grubu boşaltma ve motilite bozukluklarıdır. Bu sınıflamadan sonra hasta daha invazif fizyolojik

testler olan ve nesnel bulgular sağlayan 3. basamak tetkiklerle daha ileri incelemelere alınır. Elde edilen bulgularla bir tanıya varılır. Konulan tanı ise 4. basamağı oluşturan tedavinin dayanağını oluşturur. Birinci basamaktaki bazı hikaye, muayene, endoskopi, röntgenogram ve laboratuvar bilgileri de doğrudan tanıya gidilmesini sağlayabilir (Şekil 2).

Birçok hastada psikolojik sorunlar bulunabilir ve bu durum erkenden tespit edilebilirse, uzun bir incelemeye gerek kalmaz. Birçok hasta sıkıntı, stres ya da duygu bozukluğunu gizler. Psikolojik değerlendirme ile hastanın kişilik ve duygusal yapısı ortaya konmalı ve diğer basamaktaki testlere geçmeden önce, varsa, bozukluklar düzeltilmelidir (6,7).

Birinci basamakta yapılan primer değerlendirme, herhangi bir pratisyen hekim tarafından kolayca yapılabilir. Çoğu zaman dikkatle alınan hikaye ve yapılan fizik muayene ile bir çıkış sorunu mu yoksa motilite bozukluğu mu olduğu anlaşılabilir. Örneğin, gaita yaparken uzun ve tekrarlayıcı ıkınmalar, rektal dolgunluk, yetersiz boşaltma hissi ve parmakla yardım gereksinimi gibi bilgiler bir defekasyon sorunu olduğunu gösterebilir (7). Konstipasyona neden olan bazı durumlar hasta ile yapılan görüşmelerde ortaya çıkabilir. Örneğin kullanılan bazı ilaçlar (narkotikler, antikonvülzanlar, kalsiyum kanal blokerleri, antikolinergikler ve antidepresanlar gibi) konstipasyona neden olabilir. Bu ilaçlar değiştirilmeli veya kesilmelidir. Endokrin, nörolojik, metabolik ve psikolojik hastalıklar da bilinmelidir. Bu hastalıklar bazen konstipasyonun tek sebebi



Şekil 1: Konstipasyonda genel basamaklar

1.BASAMAK	2. BASAMAK	3. BASAMAK		4.BASAMAK
Primer Değerlendirme	Primer testler	Genel Sınıflama	Sekonder testler Nesnel Bulgular Tam	Tedavi
Psikolojik değerlendirme (klinik)	Kişilik ve duyu yapısı		Patolojik kişilik(somatizasyon, depresyon v.s.)	Psikiyatri konsültasyonu
HİKAYE				
İlaçlar				İlacı kes,değiştir
Diyet				Az lifli gıda Bol sıvı ve lifli gıda
Aile hikayesi Laksatif alışkanlığı Gebelikler Stres Kanama Cerrahi işlemler Tenesmus Dışkılama saati Parmakla çıkarma Dışkılamanın bitişi Sıklığı Başlama yaşı				
MUAYENE				
Nörolojik Bimanual		Nörolojik bozukluk		Uygun tedavi
REKTAL TUŞE				
Tonüs		Ülserler	İnflamatuvar barsak hastalığı	Medikal ya da kolektomi Cerrahi
Sıkma basıncı		Obstrüksiyon	Tümör	
Gevşeme durumu		Darlık	Divertikülit	Uygun tedavi
İmpaksiyon			Kr. Amebiyaz	
Ağrı			LGV	
Darlık			Sifiliz	
Anoskopi			Tbc.	
Sigmoidoskopi			İskemik kolit	
Baryumlu grafi			Endometriozis	
		Herni	Cerrahi	Herni tamiri
		Volvulus		Peksi ya da rezeksiyon
		Anal darlık		Anoplasti
		Prolapsus		Tamir
Laboratuvar		Anormal T3, T4	Hipotiroidi	Replasman
		Yüksek kalsiyum	Hiperparatiroidi	paratiroidektomi

Şekil 2: Doğrudan primer değerlendirme ile elde edilebilen bulgu ve tanılar. LGV: lenfogranüloma venerum, Tbc: tüberküloz

olabilir. Kalsiyum ve tiroid fonksiyon testleri sekonder konstipasyona neden olan hastalıklar hakkında bilgi verebilir (2).

Fizik muayenenin esas amacı, nörolojik bozukluğun ve kolon, rektum ya da anüste organik bir rahatsızlığın olmadığını ayırtetmektir. İnspeksiyon, rektal tuşe, anoskopi, sigmoidoskopi ve baryumlu kolon grafisi ve/veya kolonoskopi ile spesifik hastalıklar araştırılmalıdır. Örneğin; laksatif, lavman veya fitil kullanmayan bir hastanın yapılan tuşesinde, rektumda gaita saptanmaması sorunun daha yukarıda olduğunu ve bir defekasyon bozukluğunun düşük

olasılıklı olduğunu gösterebilir (7). Eğer bütün bu tetkiklere rağmen belirgin bir bozukluk tespit edilememişse, hastaya günde en az 30 gr lifli gıda, bol sıvı alması (uyanık olduğu dönemlerde 1 su bardağı/saat) ve yapabileceği ölçüde egzersiz önerilerek takip edilmelidir. Yetersiz lifli gıda alınması endüstrileşme ile ortaya çıkan bir sorundur. Önerilen günlük suda çözünmeyen lif 25-30 gramdır, oysa endüstrileşmiş batı toplumlarında bu miktar 10-14 gram arasındadır (8). Endüstrileşmesini tamamlamamış toplumlarda diyetle günlük lif alımı 80 grama kadar çıkmaktadır. Lifli gıdanın yetersiz

2. BASAMAK	3. BASAMAK	4. BASAMAK
Primer testler	Genel Sınıflama	Sekonder testler
		Nesnel Bulgular
		Tanı
		Tedavi
		Pelvik taban *Yüksek basınç *Gevşeyememe *Perineal dessent
		*Rektosel *Enterosel *Sistosel *İnvajinasyon *Prolaps
		*Megakolon Rektal biyopsi (Aganglionosis) Manometride rektoanal refleks yokluğu
		Paradoks pelvis Kas kontraksiy. Perineal dessent Synd. Rektosel Enterosel Sistosel İnvajinasyon Prolaps
		Hirschprung Hs
		Biofeedback İnsizyon Perineal destek Cerrahi tamir Cerrahi tamir Cerrahi tamir Cerrahi tamir
		Myomektomi veya rezeksiyon
		EMG Perineometre Defekatomogram Rektal komplians
		Boşaltma bozukluğu
		Balon boşaltma anormal Manometri anormal
		Transit süresi anormal
		ÖMD ve ince barsak pasaj grafisi
		Tüm GİK'da yavaş geçiş
		Gİ motilite Bozukluğu
		Prokinetik ajanlar Gerekirse ostomi beslenme tüpü
		Motilite bozukluğu
		İnce barsak motilitesine yönelik hidrojen soluma testi
		Kolon geçişi yavaş
		Kolonik motilite Bozukluğu
		Total kolektomi

Şekil 3: Primer fizyolojik değerlendirme ile elde edilebilen bulgu ve tanıları

alınması dışkıının sertleşmesine ve azalmasına neden olur. Ayrıca peristaltizmin yavaşlaması ile beraber konstipasyon gelişir. Lif özellikle karnabahar, ham meyveler ve kepekli tahıl ürünlerinde bolca bulunur. Lifli gıdalar konstipasyonlu hastaların % 90'ından fazlasında etkili olmaktadır (8,9). Barsak hareketlerinin uyarılması amacıyla düşük dozlarda laksatif ya da gliserinli fitiller başlanabilir. Birçok hastada, fizyolojik testlerin uygulandığı 2. basamağa geçmeden önce bu tedavi ve tavsiyeler rutin olarak uygulanabilir.

İkinci basamak, konstipasyon tipinin genel olarak ayrılmasını sağlayan bir grup fizyolojik testi kapsamaktadır. Bu basamakta üç test uygulanır:

Balon boşaltma testi, transit süresi testi ve manometri. Nispeten invazif olmayan bu üç testle hastalar ya motilite bozukluğu ya da boşaltma sorunu olmak üzere iki genel tanıdan birini alırlar (Şekil 3). Balon boşaltma testi, dışkıının boşaltılmasında güçlük olup olmadığını kabaca gösteren bir testtir. Bir Foley kateter rektuma yerleştirilir, 50 cc sıvı ile balon şişirilir ve hastanın ıkınarak bunu çıkarması istenir. Sekiz dakikadan az bir sürede balonu çıkaramayan hastalarda çıkış sorunu olduğu kabul edilir. Bu test özellikle gevşemeyen puborektalis kası için güvenilir, basit bir testtir (10). Bu yöntemlerle hastalığın genel ayrımı yapılanlarda üçüncü basamaktaki sekonder fizyolojik testlere geçilir.

Hipomotilite tespit edilenlerde yapılacak olan ileri testler sorumlu segmentin tespit edilmesine yönelik olmalıdır. Hipomotilite kolona, üst gastrointestinal sisteme ya da her ikisine sınırlı olabilir. Basit bir üst gastrointestinal baryumlu grafi ile özofageal ya da gastrik motilite bozukluğu ekarte edilebilir. Ayrıca hidrojen soluma testi ile, ağızdan çekuma kadar olan bölümün motilitesi hakkında fikir edinmek mümkündür. Çekumdan rektuma kadar olan bölümün motilite değerlendirmesinde ise, belli miktarda lif aldığı bilinen hastalarda yapılan kolonik transit süresi testi kullanılır (11,12). Bu testin en önemli avantajı puborektalis kası yeterli gevşemeyen hastaların, sinir liflerinin dejenerasyonu ya da anormal terminal sinaps fonksiyonu ile ortaya çıkan kolonik inersiyal hastalardan ayırılmasıdır. Ancak, total gastrointestinal hipomotilite tespit edilmişse cerrahiden kaçınmak gereklidir.

Elektromyogramda (EMG), paradoksik pelvik kas kontraksiyonu (anismus) ile uyumlu olarak sfinkterde gevşeme yetersizliği tespit edilebilir. EMG ile pelvik tabanda bozukluğa neden olan bir nöropati tespit edilebilir. Hastada belirgin bir tıkayıcı sorun varsa cerrahi yaklaşım tercih edilir, ancak mekanik bir neden bulunmadığında psikiyatrik değerlendirme, diyet tedavisi ve biofeedback yöntemleri gündeme gelmelidir. Çıkış obstrüksiyonuna bağlı semptomları olan hastalarda tanı defekografi ile konabilir. Bu test; invajinasyon, rektosel ve puborektalis kasının gevşeyememesi gibi mekanik bozukluklarda iyi sonuç verir (1,2,7).

Dördüncü basamak, tanısı konan hastalıkların tedavisini kapsar. Bu hastalıkların konservatif tedavisi ya da uygulanacak cerrahi tedavinin seçimi tamamen konulan tanıya bağlıdır. Bunlar içinde anorektuma uygulanan biofeedback yöntemi, fizyolojik bir teknik olması nedeniyle farklılık gösterir.

Algoritma doktorun, doğru tanı koyma ve tedavi edebilmesine yardımcı olacak şekilde düzenlenmiştir. Son yıllarda daha çok konulan doğru tanımlarla hatalar en aza indirilmiş ve en uygun tedaviler daha fazla

yapılmaya başlanmıştır. Birçok hasta diyet, egzersiz, sıvı, biofeedback, perineal destek ve/veya prokinetik ajanlarla yapılan tedaviye iyi yanıt verir. Ancak; lokal anorektal girişimler, rektosel tamiri, prolaps onarımı, perine destekleyici işlemler, subtotal, total kolektomi, anorektal myomektomi ve total kolektomiye ek olarak pull through gibi cerrahi uygulamalar tedavi seçenekleri arasında yeri olan ameliyatlardır (1-3,6-8).

Kaynaklar

1. Schiller LR. Constipation and fecal incontinence in the elderly. *Gastroenterol Clin North Am* 2001;30:497-515.
2. Fleshman JW. Functional colorectal disorders. In: *Handbook of colorectal surgery*, ed: Beck DE, Quality Medical Publishing, Inc. 1997, pp:198-216.
3. Camilleri M, Thompson WG, Fleshman JW, Pemberton JH. Clinical management of intractable constipation. *Ann Int Med* 1994;121:520-8.
4. Thompson WG, Longstreth GF, Drossman DA, Heaton KW, Irvine EJ, Muller-Lissner SA. Functional bowel disorders and functional abdominal pain. *Gut* 1999;45 Suppl 2:II43-7.
5. Drossman DA, Thompson WG, Talley NJ, Funch-Jensen P, Janssens J, Whitehead WE. Identification of sub-groups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 1990;3:159-72.
6. Griffiths DM. The physiology of continence: Idiopathic fecal constipation and soiling. *Semin Pediatr Surg* 2002;11:67-74.
7. Schouten WR, Gordon PH. Constipation. In: Gordon PH, Nivatvongs S, eds. *Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus*. St. Louis, Missouri: Quality Medical Publishing, Inc. 1999, pp 1181-231.
8. Burkitt Dp, Walker AR, Painter NS. Effect of dietary fibre on stools and transit-times, and its role in the causation of disease. *Lancet* 1972;21:408-12.
9. Murtagh J. Constipation. *Aust Fam Physician* 1990;19:1693-7.
10. Fleshman JW, Dreznik Z, Cohen E, Fry RD, Kodner IJ. Ballon expulsion test facilitates diagnosis of pelvic floor outlet obstruction due to nonrelaxing puborectalis muscle. *Dis Colon Rectum* 1992;35:1019-25.
11. Hinton JM, Lennard-Jones JE, Young AC. A new method for studying gut transit times using radioopaque markers. *Gut* 1969;10:842-7.
12. Nam YS, Pikarsky AJ, Wexner SD, Singh JJ, Weiss EG, Nogueras JJ, et al. Reproducibility of colonic transit study in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 2001;44:86-92.