

KABIZLIK

Uzm. Dr. Ferda Özbay Hoşnut

**Dr. Sami Ulus Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim ve Araştırma Hastanesi**

Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Uzmanı

Kabızlığın tanımlanması kişiler arasında değişkenlik gösterir. Bazıları kabızlığı sert dışkılama olarak tanımlarken, bazıları kalın çaplı dışkılama, çoğu kişi ise seyrek dışkılama olarak tanımlar. Haftada 3'ün altında dışkılama, pasajın sert olması, ağrılı dışkılama ya da isteğe bağlı dışkı tutma kabızlık için yapılan bir diğer tanımlamadır.

Çocuklarda dışkılama sıklığı doğumdan sonraki ilk haftalarda günde ortalama dörtten, iki yaşına kadar ikiye ve dört yaşına kadar bire iner. Anne sütü alan bebeklerde ise her beslenmeden sonra dışkılamadan, birkaç gün dışkılama olmamasına kadar değişen bir aralık vardır. Genel pediatri polikliniklerinin %3-5'ini, pediatrik gastroenteroloji kliniklerinin ise %25'e kadar yüksek bir oranını kabız hastaları oluşturur. Serebral palsy'li veya otistik çocuklarda ise %26-74 oranında kabızlık görüldüğü bildirilmiştir. Bazı çalışmalarda her iki cinsde de eşit oranda görüldüğü bildirilmiş olmasına rağmen kabızlık kız çocuklarına göre erkek çocuklarda daha sık görülür (erkek/kız oranı:2:1).

NEDENLERİ VE ETYOPATOGENEZ

Kabızlığın nedeni araştırıldığında çocukların %95'inden fazlasında bir neden bulunmaz ve bunlar fonksiyonel kabızlık olarak adlandırılır. Kalan %5'inde ise değişik nedenler bulunur Hipotiroidi, hiperkalsemi, serebral palsy, mental retardasyon, anal stenoz ve Hirschprung bunlara örnek olarak verilebilir.

Çocuklarda kabızlığa yol açan en sık neden ise kasıtlı veya bilinçaltı dışkı tutma davranışıdır. Genellikle kronik dışkı tutma olayının öncesinde akut bir olaydır. Dışkılama sürecinin son basamağı ile ilgili hoş deneyimleri olmayan (örneğin tuvalet eğitimi, ağrılı ve korkutucu dışkılama, çocuğun meşgul olması nedeniyle dışkılamanın geciktirilmesi, anal fissür, tuvaletin uygun olmaması, düzenli tuvalet kullanımı için zaman ayırlamaması vb) olan çocuklarda kesintiye uğrar. Çocuklar bu durumla ilgili bir çok şey düşünür ve bu hoş olmayan durumdan uzaklaşmak için bir çok yol denerler. Tipik davranış dışkı tutmadır. Aileler bu durumu doktora çok iyi tarif ederler. Çocuğun aniden çok sıkıntılı, endişeli baktığını, vücudunun kasıldığını, yüzünün solduğunu, bacaklarını çaprazladığını, hoplayıp zıpladığını, ileri geri sallandığını ve sıklıkla köşeye koştüğünü veya kanepenin arkasına gittiğini söylerler. Kaka dansı olarak bilinen bu stereotipik hareketler fonksiyonel dışkı tutma ile birliktedir. Aileler sıklıkla bunun bir dışkılama girişimi olduğunu zannetme yanlılığına düşerler. Bu stereotipik hareketlerin sonunda rektal duyarlılık kaybı ve taşma kirlenmesi gelişir. Çünkü tekrarlayan dışkı tutmalar sonucunda rektum genişler ve çok fazla dışkı ile dolar. Sıvı dışkı rektuma

geldiğinde katı kitlenin etrafından dışarı sızarak kirlenmeye neden olur. Çoğu zaman bu ishal şeklinde algılanabilir.

KLİNİK:

Kirlenme/dışkı kaçırma
Dışkılama sıklığında azalma
Geniş çaplı dışkılama
Dışkılama sırasında zorlanma, ağrı
Dışkı tutma davranışı
Karın ağrısı
Karın gerginliği
İştahsızlık
Kusma
İdrar kaçırma, idrar yolu enfeksiyonu
Rektal kanama
Psikolojik problemler

DEĞERLENDİRME:

Öykü:

En önemli nokta doğum sonrası ilk dışkılamamanın (mekonyum) ne zaman olduğudur. İlk mekonyumun 48 saatten sonra gözlenmesi Hirschsprung hastalığı açısından araştırmayı gerektirir. Kabızlığın ne zaman başladığı, akut başlangıcın olup olmadığı, kullanılan ilaçlar, iç çamaşırının kirlenmesi, rektal kanama, bulantı, kusma, karın ağrısı, karın şişkinliği, anal bölgede, iştahsızlık, yetersiz kilo alımı ve davranış değişiklikleri sorulmalıdır.

Fizik muayene:

Palpasyonla kolonda dışkı birikimi saptanabilir. Perine mutlaka fissür, deri hastalığı, anal ektopi ve sakral agenezis açısından incelenmelidir. İdrar inkontinansı da varsa omurga ve sakral bölge muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Hirschsprung hastalığında rektal muayeneden sonra parmak çekildiğinde fişkırtma tarzında dışkılama görülebilir. Safralı kusma, karın distansiyonu, bazen enterokolite bağlı kanlı ishal saptanabilir. Daha büyük çocuklarda abdominal distansiyon ve büyüme geriliği olabilir. Mekonyum tıkaçlarının pasajı kistik fibrozisi düşündürür.

Laboratuvar:

Fonksiyonel kabızlığın tanısı için laboratuvar incelemesine gerek yoktur. Yapılan tetkiklerin çoğu durumun ağırlığını, bazı alt tipleri ayırmaya ve ayırıcı tanı yapmaya yarar. Organik bir neden öykü ve fizik muayene ile düşünülürse, düşünülen hastalığın tanısına yönelik testler yapılmalıdır. Bu grup hastada düz karın grafisi, baryumlu grafi, anorektal manometre, kalın barsak geçiş zamanı, rektal biyopsi yararlı olabilir.

KRONİK KABIZLIK TEDAVİSİ:

Kronik kabızlık tedavisi eğitim, dışkı tıkaçının çözülmesi, devam ve izlem olmak üzere dört bölüme ayrılır.

Eğitim:

Çocukluk çağı fonksiyonel kabızlık tedavisinde eğitim çok önemlidir. Aile ve çocuk iyi ikna edilirse ve ciddi bir hastalık olmadığı anlatılırsa tedavi etkili olur. Aileye ve çocuğa bu tedavinin aylarca sürebileceği anlatılmalıdır.

Normal dışkılama alışkanlığının kazandırılması için çocuk yemekten sonra günde 3-4 kez 10 dakika tuvalete oturtulmalı ve bu konuda olumlu yönde güçlendirilmelidir.

Dışkı tıkaçının çözülmesi:

Kabızlığı olan çocukta rektal muayenede büyük, sert dışkı ele gelirse bunun çıkarılması gereklidir. Dışkı tıkaçının çözülmesi ağız yolu ile, rektal yolla veya her ikisi ile birlikte yapılabilir.

Devam tedavisi:

Dışkı tıkaçı çözüldükten sonra tedavi tekrar dışkı birikiminini önlemeye odaklanmalıdır. Bu tedavi ile dışkının yumuşatılması, dışkı tutma isteğinin azaltılması, tam boşalma ve günde 1-2 kez yumuşak kıvamda dışkılamanın sağlanması amacıyla aileye anlatılmalıdır. Bu da beslenmenin düzenlenmesi, ilaç kullanımı ve davranış düzenlenmesi ile sağlanır.

Beslenmede bol sıvı alımı, meyve suyu ve lifli gıdaların alımı desteklenmelidir. Meyve suları osmotik etkileri ile laksatif olarak etkili olurlar. Besinlerle alınan lif kalın barsakta su birikimini ve mikrobiyal kitleyi artırır, böylece dışkı kıvamı yumuşar. Kalın barsak geçiş zamanı kısalır. İki yaş üzerindeki çocukların günlük alması önerilen lif miktarı çocuğun yaşı+5 gram/gün'dür.

Diyet tedavisi:

A. Kabızlığa neden olan yiyeceklerin azaltılması ya da uzak durulması:

Elma veya elma püresi

Muz

Jöle

Havuç

Pirinç

Süt, yoğurt (gerekirse)

B. Diyetteki kepek miktarını artır

İşlenmemiş kepek ya da kepek parçaları

Yulaf ezmesi

Kepekli kraker

Lifli kurabiye

Esmer ekmek

Bulgur pilavı

C. Günde 3 kez çiğ, kabuklu meyve ve sebze alımını artır

Kuru eriik, incir, hurma, kuru üzüm

Şeftali, armut, kayısı

Fasulye, bezelye

Kereviz, şalgam, kabuklu patates, domates

Karnabahar, brokoli, lahana

Sebze çorbaları, erik kompostosu

D. Öneriler diğer besinler

Salata

Taze sıkılmış meyve suyu

Bol su ya da sıvı alımı