

Feçesin kuru, sert, normalden az ve geç olarak dışarı atılması haline konstipasyon denir. Konstipasyonda bu komponentler genellikle bir arada bulunur. Normalde feçesin kum madde/su oranı 1/4'dür. Konstipasyonu olan bir kişide ise bu oran 1/3 civarındadır¹. Defekasyon yapmadaki gecikme, günlük fizyolojik sayının altına inmekle ortaya çıkar. Hasta ve doktorun konstipasyonu tarif etmesi için standart bir tanımlama yoktur. Sağlıklı kişilerde defekasyon sayısındaki değişiklikler fazla olduğu için, konstipasyondan bahsederken kişinin o günkü durumunu, ortalama ve popülasyondaki alışkanlıktan çok hastanın daha evvelki kendi alışkanlığı ile mukayese etmek ve buna göre karar vermek daha uygun olur. İzotop markırlarla yapılan deneylerde, genellikle alınan gıdanın 1/3'ünün ilk 24 saatte, 2/3'ünün 48 saat sonunda, tamamının ise 70-96 saat içerisinde vücudu terkettiği görülmektedir². Yemek artığının bu şekilde bir kaç günde komplet evakuasyonunun sağlandığı göz önüne alınırsa konstipasyonun tarifinde transit zamanının veya defekasyon sıklığının yanıltıcı olabileceği aşikardır. Defekasyon sayısı genellikle günde bir defa olarak kabul edilir. Ancak bilindiği gibi 2-3 günde bir hatta daha geç olarak normal şekil ve kıvamda defekasyon yapan kişiler bulunduğu gibi günde 2-3 kez defekasyon yapan normal kişiler de bulunmaktadır. Buna karşı günde 2-3 kez kuru ve sert şekilde defekasyona çıkış komplet evakuasyon olmadığı için boşalamadığını söyleyen konstipe kişiler mevcuttur. Bu fizyolojik varyasyonları şahısların kabızlık veya ishal diye tanımlaması yanlıştır.

Konstipasyon ya feçesin kolon içindeki ilerlemesinin gecikmesine (Kolon tipi konstipasyon) veya feçesin rektumdan dışarı atılmasındaki gecikmeye bağlı olarak ortaya çıkar (Rektal tip konstipasyon = Dyschezia). Bu iki tip konstipasyon da organik ve fonksiyonel nedenlerle ortaya çıkar.

1- ORGANİK NEDENLERE BAĞLI KONSTİPASYONLAR

Organik nedenlere bağlı olan kolon tipi konstipasyonların belli başlıca Tablo-1'de, rektal tip konstipasyon yapan belli başlı nedenler de Tablo-2'de gösterilmiştir. Organik konstipasyonda genellikle kolon veya rektumdan feçesin geçmesine engel olan intrinsek kitle veya lümenin dıştan daralmasına neden olan lezyonlar mevcuttur. Kolon ve rektum kanserlerinin ilk klinik belirtisi defekasyon alışkanlıklarının bozulması şeklinde olabilir. Özellikle 40 yaşını geçmiş kişilerde başka hiç bir şikayet yokken konstipasyon başlarsa kolon ve rektum kanseri de akla gelmelidir. Özellikle sol kolon ve rektum kanserlerinde progressif kabızlık ilk semptom olabilir. Rektum kanserlerinin büyük kısmında konstipasyon, diare, boşalamama, rektal ağrı, rektumda dolgunluk hissi, sık sık defekasyon ihtiyacı duyma, feçes karakterindeki değişiklikler gibi defekasyon alışkanlıklarını bozan semptomlar bulunur³. Kolon ve rektuma dıştan bası yapan tümörler veya enflamatuvar hadiseler pasajı engellemek suretiyle konstipasyona neden olabilir. Kolonun spesifik ve nonspesifik iltihabi hastalıklarının meydana getirebileceği darlıklar da organik kökenli konstipasyonlara neden olabilir.

Tablo 1

Organik Nedenlere Bağlı Olan Kolon Tipi Konstipasyonlar

1. Kolon tümörleri (İyi veya kötü, intrinsek veya ekstrinsek olabilir)
2. Kolonun iltihabi hastalıkları (Nonspesifik inflamatuvar kolon hastalıkları, ameboma, divertikülozis, aktinomikozis, Sy, Tbc)
3. Kolona dıştan bası yapan tümör, kitle, organ
4. Kolonun vasküler hastalıkları
5. İleuslar (İnvaginasyon, torsiyon, volvulus, herni, paralitik ileuslar)
6. Megakolon (Hirschprung hastalığı)
7. Kolon adalesine ait hastalıklar (Dermatomyozitis, sistemik sklerosis)
8. Kolon anomalileri

* Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bilim Dalı öğretim Üyesi

Tablo - II*Organik Nedenlere Bağlı Olan Rektal Tip
Konstipasyonlar*

1. **Rektum veya pelvis tümörleri**
2. **Anal fissür, fistüller, rektal prolapsus**
3. **Perianal, anorektal apseler, anal ülser, papillitis**
4. **Rektum skatrisleri (Tbc, Sy, Radyasyon rektitisi, nonspesifik rektitisler sonucu striktürler, Crohn hastalığı)**
5. **Rektum anomalileri**
6. **Karın ve pelvis adaleleri tonusunun özellikle perine adalesinin zayıflığı.**

Kronik konstipasyonu bulunan kişilerde kolonun kas ve sinir yapısında anatomik herhangi bir bozukluk olmaksızın biriken ve dışarı atılmayan feçes kitlesi rektum ve kolonun ileri derecede genişlemesine neden olabilir. Kolondaki bu genişlemeye megakolon denir. Daha çok kronik rektal tipte konstipasyonlu kişilerde oluşan bu tip megakolona idantik olarak nomonklatürde doliko kolon terimi de kullanılır. Bu vakalarda feçesin rektumdan dışarı atılmaması veya anal sfinkterin yeterli relaksasyonu yapamaması nedeniyle feçesin rektumda biriktiği kabul edilir. Bu akkiz, idyopatik megakolondan ayrı olan Hirschsprung hastalığında kolon ve rektumun distal kısmında çoğunlukla da rektumda dar bir bölgede (Auerbach ve Meissner pleksuslarında) aganglionik bir segment mevcuttur. Barsak innervasyonunun yapılamadığı bu dar segmentte yüksek basınç bölgesi oluşmakta ve parsiyel bir tıkanmaya neden olmaktadır. Bu nedenle dar segmentin prosimalindeki kolon genişlemektedir. Bu anomali doğumu takip eden ilk günlerde konstipasyonun ortaya çıkmasına neden olur. Bu çocuklarda karın şiş, büyük ve gergindir. Zayıflama, kusma ve dehidratasyon görülebilir. Kronik safhaya geçen veya daha geç yaşlarda kişi günlerce, bazen haftalarca defekasyon yapamaz. Feçes kolonlarda birikmiştir. Tuşede rektum boştur. Rektoskopide dar segment görülebilir. Kesin tanı aganglionik segmentin cerrahi rektal biyopside gösterilmesi ile konur. Hirschsprung hastalığı ile karıştırılmaması gereken bir durum çocuklarda, daha çok 7-11 yaşlan arasında görülen konstipasyondur. Bu yaşlarda konstipasyonun ortaya çıkmasında karın ve kolon adalelerinin yeteri kadar gelişememiş durumda oluşunun önemli rolü vardır. Çocuğun okula başladığı ve defekasyon ihtiyacının ev dışındaki şartlarda giderilme zorunluluklanmın ortaya çıktığı bu dönemde konstipasyonun ortaya çıkmasında psikolojik faktörlerin de önemi büyüktür.

Anal kanaldaki füssür, fistül, perianal veya ano-rektal apseler, papillitisler defekasyon sırasında

ağrıya neden olduklarından, defekasyon refleksinin serebral olarak inhibisyonuna sebep vererek rektal tipte konstipasyon gelişebilir.

**2- FONKSİYONEL NEDENLERE
BAĞLI KONSTİPASYONLAR**

Fonksiyonel nedenlerle ortaya çıkan konstipasyonun da kolon tipi ve rektum tipi olmak üzere iki kısma ayrıldığı belirtilmiştir.

Kolon tipi Konstipasyon: Kolondaki barsak kapsamının ileriye doğru atılmasındaki gecikme ile karakterize olan bu tip konstipasyonda diskinezik, nonpropulsif irregüler dalgalar tesbit edilir. Kolondaki bu motilite bozukluğu çeşitli hastalıklann seyri esnasında toksik, farmakolojik, metabolik, hormonal nedenlerle ortaya çıkabilir. Tablo-III'de sekonder olarak kolon tipi konstipasyona sebep olan belli başlı nedenler gösterilmiştir.

Tablo - III*Sekonder Fonksiyonel Kolon Tipi
Konstipasyonun Belli Başlı Sebepleri*

- Akut ateşli hastalıklar (Tifo, menenjit, ensafalit v.s;
- Su kaybı, elektrolit bozukluğu (Hipopotasemi)
- Kalp yetmezliği
- Diabetes mellitus (Viseral nöropati)
- Kolestasis (Safra asitleri azlığı)
- Hiperasidite
- Üremi
- Hipotroidizm, Addifon hastalığı, hiperkalsemi
- Porfiria, amiloidoz
- Tabes dorsalis
- Parapleji, beyin tümörleri, parkinsonizm, depresyon
- Medulla kompresyonlan
- Mültipl skleroz
- ilaçlar (Morfin, kodein, antikolinergikler, ganglion blokerleri, antidepressifler, nonabsorban antasidler)
- Kolik şeklinde ağrılar
- Gebelik

Feçesin çekumdan rektuma kadar ilerlemesindeki gecikme kolondaki atoniye veya hipertoniye bağlıdır.

Atonik kolon konstipasyonu daha çok sekonder nedenlerle ortaya çıkar. Bunlann dışında erişkinlerde görülmesi nadirdir. Çocuklarda kolon adalesinin gelişmesinin tamamlanmamış olması nedeniyle daha çok görülür. Bu tip konstipasyonda bütün kolon boyunca pasaj gecikmiştir. Radyolojik olarak da kolon haustralannın azaldığı, kolonun orta derecede genişlediği ve uzamış olduğu görülür. Feçes serttir. Ancak silindirik şeklini kaybetmemiştir. Küçük parçalar halinde görülmez. Rektumda feçes tuşe edilebilir. Klinik olarak Hirschsprung hastalığından bu tu-

şe bulgusu ile ayrılabilir.

Hipertonik tip konstipasyon daha ziyade spastik konstipasyon olarak anılır. Bu tipte de kolonda feçesin ilerlemesi normale oranla yavaştır. Ancak desenden kolonda özellikle de sigmoidde daha yavaştır. Sigmoiddeki irregüler, sıklaşmış spastik dalgalar nedeniyle feçes yuvarlak, sert, küçük parçalar halindedir. Rektum boştur. Anal sfinkter tonusu artmıştır. Kolonun yalnız motor fonksiyonundaki düzensizliğe bağlı bu konstipasyonda bazen mukus ifrazındaki artma ön planda olabilir (Mukus kolitis). İrritabl kolon sendromu (Gastrointestinal sistemin psikonörotik hastalığı) sık rastlanılan bir hastalıktır. Gastrointestinal kanalın organik ve fonksiyonel hastalıklarının 1/3'ünü teşkil eder⁷. Hastalığın oluşmasında parasempatik hiperaktivitenin ön plana çıktığı vegetatif sinir sisteminde bir dengesizlik söz konusudur. Aynı nedene bağlı olarak bu hastalarda kolon spazmının yanında takikardi, ekstremitelerde soğukluk, tremor, terleme gibi şikayetler bulunur. Volf ve Almy'nin deneylerinde de gözlediği gibi kolon psişik ve emosyonel tenbihlere aşın reaksiyon vermektedir. Kolon motilite çalışmaları ve kolon mukozasının direkt incelenmesi hiddet ve saldırganlık hislerinin kolonda hiperaktiviteye neden olduğunu göstermektedir. Parasempatik sistem stimülatörleri de aynı reaksiyonlara yol açmaktadır. Korku ve ağrı ise kolon motilitesini azaltır. Bu nevi stresler organizmada deri, bronş veya damar sistemi gibi başka sistemlere ait hastalıklara da yol açar. İrritabl kolon'u bulunan hastalarda hedef organ olarak kolon'un seçilmiş olması bazı psikiatristlere göre ane, baba ve çocuk arasındaki abdest tutma terbiyesi sırasında ortaya çıkan ilk çatışmalara (Confhet) bağlıdır⁸. Yanlış beslenme alışkanlıkları da bu tip konstipasyonun ortaya çıkmasına neden olabilir. Uzun süre az posa bırakan yiyecekler yeme alışkanlığı olanlarda lokal barsak peristaltizmini ortaya çıkaracak yeterli besin artığı kitlesi oluşamayacağı için kolon propulsif hareketleri azalır. Feçesin kitlesi ile kolon transit süresi ters orantılıdır. Feçesin kitlesi küçük olduğu zaman rektuma ulaşması gecikir. Spastik kolonda görülen konstipasyonda feçes küçük, sert ve kurudur (Keçi pisliği şeklinde). Bu hastalarda konstipasyonun yanında en önemli şikayet kann ağnsı, dispepsi ve flatulanstır. Karın ağnsı gaz ve gaita çıkarmakla azalabilir. Ağn daha çok alt kadranda. Bu ağrı sol alt kadranda olduğunda hasta apandisitisi tanısı ile ameliyat edilebilir. Spastik kolonlu vakaların % 25'inin lüzumsuz yere ameliyat olduğu görülmektedir⁶. Yorgunluk ve stresle semptomlar ortaya çıkabilir veya varsa artabilir. Bazen sigmoidde meydana gelen aşırı hipertonik kasılmalar sonucu splenik fleksurada gaz birikir ve kolonun bu segmentinin ani gerilmesine neden olur. Bu durumda ağn göğüsün soluna, sol kol ve sol omuza yayılması ve korener kalp hastalığını taklit etmesi mümkündür

(Machella Sendromu). Benzer şekilde ağn sağ üst kadranda da olabilir. Bu durumda da daha çok safra kesesi hastalıklarını akla getirir (Chüaiditi Sendromu). Hikayedeki spastik tipte kabızlık ve direkt kann grafileri tanıda çok yararlı olur. Spastik konstipasyonu olan kişilerde sık görülen yorgunluk, çarpıntı, şişkinlik gibi şikayetler eskiden feçesin kolonda uzun süre kalmasına bağlı toksik maddelerin absorpsiyonu ile izah edilirdi¹¹. Bu görüş bugün geçerliliğini yitirmiştir. Bu şikayetler nörovegetatif distonisi bulunan veya vagotonik kişilerde sık sık görülen semptomlardır.

Rektal tip konstipasyon (Dyschezia):

Kronik konstipasyon şikayeti olan hastaların büyük bir kısmında konstipasyon rektal tiptedir. Burada feçesin kolondan geçiş süresi normaldir. Kolonda fonksiyonel motilite bozuklukları da yoktur. Rektal tip konstipasyonda rektumda defekasyon refleksinin başlangıcını teşkil eden osmotik reseptörlerin sensibilitesinde azalma, körlenme vardır. Hurst'ün dyschezia olarak isimlendirdiği bu desensibilizasyonu nedeni rektumun feçesle dolduktan sonra ortaya çıkan refleksin istemli olarak ortadan kaldırılmasıdır. Bu durum çoğu kez çocukluk yaşlarından itibaren feçesin rektumda birikmesi ile ortaya çıkan defekasyon ihtiyacına uyularak defekasyonun yapılmasından ileri gelir. Bu kortikal inhibisyon çocuklarda tembellik nedeniyle ortaya çıkabileceği gibi mesleki sebepler (Öğrenci, öğretmen, polis, nöbette bulunma v.s.), sabahlan işe erken gitme mecburiyeti, kişisel alışkanlıklar (alışılmış helâ tipi, su bulamama, kağıtsızlık v.s), kirlilik gibi daha çok toplu yaşam şartlarının ve hijyenik tedbirsizliklerin sebep olduğu zorluklar sonucu gelişir. Ertelemeler yukarıda değinilen organik rektal kabızlık yapan, özellikle rektal ağrıya neden olan hastalıklar nedeniyle de olabilir. Bu hastalıkların tedavisinden sonra da rektumda gelişmiş olan duyarsızlık nedeniyle rektal tip kabızlık devam edebilir. Yaşlı kaşektik kişilerde, medulla spinalis ön boynuz lezyonlarında da bu tip konstipasyon ortaya çıkabilir. Rektal konstipasyonda feçes büyük parçalar halindedir. Rektumda tuşede feçes vardır. Radyolojik ve endoskopik incelemelerde rektum geniş ve atonik olarak görülür. Feçesin rektumda uzun süre kalması ve aşırı su kaybına uğraması sertleşmeye ve kitle oluşmasına neden olabilir (Fecal impaction). Erken post operatif dönemde, yatalak, dehidrate, debilitesi bulunan, kaşektik genel durumu bozulmuş kişilerde, antikolinergik alanlarda ortaya çıkabilir. Bu hastalarda kanda kramp tarzındaki ağrılar ve bazen de rektumdaki kitlenin etrafından sızan az ve sulu şeklindeki feçes (pseudodiarrhea) tanıda daha da zorluklara sebep olabilir. Sertleşmiş feçes kitlesinin rektumdan dışarı atılması imkansızdır. Bu hal tuşe ile tesbit edildikten sonra kitlenin parmakla parçalanarak dışarı çıkarılması gerekir.

Konstipasyonu bulunan kişilerde kıcnma ve feçesin tahrişi sonucu hemoroid, fissür, papillitis gibi komplikasyonlara sık rastlanır. Bu hastalıklar başka nedenlerle veya kendiliğinden geliştiklerinde de ayrıca konstipasyona neden olabilir. Rektal tip kabızlık karın ve pelvis adalelerinin yetersizliği nedeniyle de ortaya çıkabilir. Daha çok doğum yapmış kadınlarda, bu adalelerin primer veya sekonder hastalıklarında defekasyona yardımcı önemli bir unsur olan karın içi basıncının artırılması veya rektumun boşalmasında rolü olan perine adalelerinin oynadığı rol ortadan kalkacağı için rektal tip kabızlık görülebilir.

TEDAVİ

Konstipasyon tedavisinde etyolojik faktörü ön planda tutmak gerekir. Konstipasyonun nedenine ve türüne göre uygulanacak prensipler değişik olacaktır. Her türlü konstipasyon için geçerli bir tedavi yöntemi yoktur.

Herhangi bir nedenle su, gıda alınamamasına bağlı, akut hastalıklara, seyhate, tuvalet değişiklikleri gibi hallerde ortaya çıkan güncel konstipasyonlarda tedaviye ihtiyaç yoktur. Kişilerin her gün dışarı çıkması gibi bir zorunluluk yoktur. 1-2 gün devam edecek konstipasyon için telaş etmek, ilaç almak gereksizdir.

Organik nedenlere bağlı olarak gelişen konstipasyonda etyolojik faktörü ortadan kaldırılması ve tedavinin buna yönelik olması gerekir.

Fonksiyonel karekterdeki konstipasyonun tedavisinde dikkatli şekilde anemnez alınmalı, rutin bişimik tetkikler, tuşe rektal, rektoskopi ve gerekirse lavmanlı kolon grafisi yapılmalıdır. Hastaya organik bir hastalığı olmadığını bñdirmek, buna kendisinin de inanmasını sağlamak gerekir. Konstipasyonun vñcut için zararlı, zehirlenmeye yol açmak gibi bir etkisi olamayacağı izah edilmelidir.

Fonksiyonel rektal tip konstipasyonu olan kişilerde rektumu mümkün olduğu kadar boş tutmak, muntazam aralıklarla belirli bir süre rektumun boşalmasını sağlamak esastır. Hastaya defekasyon mekanizması izah edilmelidir. Başlangıçta 7-10 gün rektum gliserinli suppozituarlar veya lavmanlarla her gün boşaltılmalıdır. Hasta sabah kahvaltıdan önce gastrokolik refleksi uyarmak için bir bardak su içmeli, kahvaltıdan sonra da her gün aynı saatte ihtiyaç duymasada tuvalete gidip telaş etmeden 15-20 dakika

beklemeli ve defekasyon yapmaya gayret etmelidir. Rektumun boşalmasını sağlayan en ideal pozisyon alaturka tuvaletteki çömelleme pozisyonudur. Alaf-ranga tuvalette de kişi tuvalete oturduğunda ayaklar yere değmeli, femur karna doğru bükülmelidir. Klozetin yerden yüksekliği fazla olmamalıdır. Defekasyon fizyolojisinin reedikasyonu için bu şekildeki muntazam uygulamaya aylarca devam edilmelidir. Rektumun feçesle yeniden uyarılmaya başlaması ve defekasyon refleksinin tekrar oluşabilmesi uzun zamanı gerektirir. Rektal tipte kabızlığı bulunan kişilerde de feçesin semisolid şekilde tutulabilmesi için bol sıvı alınması ve bol rezidv bırakan yiyecekler yenmesi uygun olur.

Kolon tipi fonksiyonel konstipasyonda hastanın kolon transit süresi normalse, hasta genellikle hergün dışarı çıkıyor, ancak bol ve rahat defekasyona çıkamadığını, boşalamadığını ifade ediyorsa başlangıçta hemen laksatif verilmemeli, eğer kullanıyorsa da kesilmelidir. Hastaya daha fazla sıvı alması, bol posa bırakan selülozlu gıdalar alması tavsiye edilmelidir.

Kolon transit süresinin yavaş olduğu 2,3 günde bir dışarı çıkan vak'alarda feçes kitlesinin artırılması tedavide üzerinde ehemmiyetle durulması gereken konudur. Kolon motilitesinin doğal olarak uyarılması feçes kitlesinin artırılması ile mümkün olacaktır. Burkitt'in tesbit ettiği gibi feçes kitlesinin büyüklüğü transit süresinin kısalmasına neden olacaktır. Bunun için yenilen gıdalardaki "fiber" lif miktarının artırılması gerekir. Yeşil meyva ve sebzeler, baklagiller, bol selülozlu gıdalar olduklarından feçes kitlesinin artırılmasında çok önemli rolleri vardır. Gerek su tutması, gerekse kitle oluşturması bakımından tahılların kabuğu ve kepek en ön sıralarda gelir. Bu nedenle kişilerin kepekli undan yapılmış ekmekek, bol yeşil sebze ve meyva yemesi gerekir. Bu şekilde fazla lif, posa bırakan yiyecekler alamayan kişilere günde 20-30 g. iri çiğ kepek (2-4 çorba kaşığı) almalan istenir. Kepek çorba, yoğurt, meyva suyu içine karşıtınlarak alınabilir. Hastadan bol su içmesi de istenir. Bu kişilere gerekirse su tutucu bitkisel kaynaklı Celevac, normacol, isogel gibi hidrofıl maddeler verilebilir. Bu tedbirler alınıp defekasyona düzenli çıkış temin edildikten sonra alman tedbirlerin devamlılığın temin etmek gerekir. Laksatif olarak gerekirse sennae cascara veya magneşyum tuzlan (5-7 g. magneşie calcine veya magneşie oxide) kullanılabilir.

KAYNAKLAR

1. Almy TP: *Gastrointestinal Disease*. Sleisenger and Fordtran. W.B. Saunders Co., 1973, p: 320.
2. Buckus FİL: *Gastroenteroloji*. Simple constipatioa W.B. Saunders Co. V. 11 1976, p: 936.
3. Christansen J: *The physiology of gastrointestinal Transit* The Medical Clinics of North America, 1974, p: 1176.
4. Corkery JJ: *Clinics in Gastroenterology*. Hirschsprung's Disease. 1975, p: 531.
5. Kenzie AD, Palmer RA: *Gastroenterology. Disease of the colon, rectum and anus*. Mc Gray-Hill Inc, 1973, p: 602.
6. Menteş NK: *Klinik Gastroenterology*. Konstipasyon. 1982, 366.
7. Titiz I, Oktay S, Aktan H: *İç hastalıkları*. Konstipasyon. Bilgi basımevi 2. Cilt, 1974, p: 834.