

## Bölüm 5

# KONSTİPASYONUN MEKANİK NEDENLERİ

Muhammed Bahaddin DURAK<sup>1</sup>

### GİRİŞ

Konstipasyon, gastrointestinal sistemin en sık yakınmalarından biridir. ABD'de genel populasyonda yapılan çalışmalarda prevalansı % 2-27 arasında belirtilmiştir (1-2). ABD'de yıllık 2.5 milyon poliklinik başvuru nedeni olduğu tahmin edilmektedir (3). Ülkemizde Kasap ve Bor tarafından 20 ilde 3214 hastayı kapsayan bir örneklemede fonksiyonel konstipasyon oranı %8.3 olarak saptanmıştır (4).

Konstipasyon hastalar tarafından farklı şekillerde tanımlanabilir. Defekasyonda zorlanma, çok az miktarda defekasyon, uzun süre defekasyon yapamama gibi şikayetlerle konstipasyonu ifade ederler. ABD ve İngiltere'de haftada 3 defadan az defekasyon, konstipasyon olarak tanımlanır. Fakat bu, yaygın kullanılan bir tanımlama değildir. Fonksiyonel konstipasyonu tanımlamak için semptomların başlangıcından en az 6 ay süre geçmiş olması ve en az 3 ay bu semptomların devam etmesi gereken kriterlerden yaygın olarak ROMA IV kriterleri kullanılmaktadır (5-6).

Konstipasyonun birçok nedeni vardır. En sık olarak fonksiyonel konstipasyon görülmektedir. İlaçlar ve konstipasyonun baskın olduğu irritable barsak sendromu (K-İBS) da diğer sık nedenlerdir. Bu durumlar dışında konstipasyonun çok çeşitli sekonder nedenleri vardır (Tablo 1).

Fonksiyonel konstipasyon ve K-İBS tanısını koymamız için sekonder nedenleri dışlanması gerekmektedir. Bu sebeple kronik kabızlığı olan hastada detaylı bir anamnez alınmalı ve fizik muayene yapılmalıdır. Laboratuvar testleri, endoskopik değerlendirme ve radyolojik görüntülemelerin rutin istenmesi ile ilgili yeterli veri yoktur. Seçilmiş vakalarda istenebilir (7).

<sup>1</sup> Uzman Doktor, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gastroenteroloji Kliniği, doctormbd@gmail.com

Sonuç olarak; konstipasyonun mekanik nedenleri detaylı bir anamnez ile uygun tanı yöntemleriyle tanısı konabilen durumlardır. Anamnezde alarm semptomların varlığının sorgulanması, konstipasyonun en önemli nedeni olan kolon kanserini saptanmasındaki en önemli noktadır. Ayrıca geçirilmiş cerrahi öyküsü, hastanın yaşı, komorbid durumlar da dikkate alınmalıdır. Özellikle bir anamnez sonrası kolonoskopi ve/veya BT ile altta yatan patolojiyi saptamak doğru bir yaklaşım olacaktır.

## **KAYNAKLAR**

1. Higgins PD, Johanson JF. Epidemiology of constipation in North America: a systematic review. *Am J Gastroenterol*. 2004;99(4):750–759. [PubMed] [Google Scholar]
2. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology*. 2013;144(1):218–238. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
3. Sonnenberg A, Koch TR. Physician visits in the United States for constipation: 1958 to 1986. *Dig Dis Sci*. 1989;34(4):606–611. [PubMed] [Google Scholar]
4. Kasap E, Bor S. Fonksiyonel barsak hastalığı prevalansı. *Güncel Gastroenteroloji* 2006;10:165-8
5. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, et al. Functional bowel disorders. *Gastroenterology* 2006; 130:1480.
6. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016.
7. Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005; 100:1605.
8. Ashraf W, Park F, Lof J, Quigley EM. An examination of the reliability of reported stool frequency in the diagnosis of idiopathic constipation. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:26.
9. ASGE Standards of Practice Committee, Cash BD, Acosta RD, et al. The role of endoscopy in the management of constipation. *Gastrointest Endosc* 2014; 80:563.
10. Markogiannakis H, Messaris E, Dardamanis D, et al. Acute mechanical bowel obstruction: clinical presentation, etiology, management and outcome. *World J Gastroenterol* 2007; 13:432.
11. Aslar AK, Ozdemir S, Mahmoudi H, Kuzu MA. Analysis of 230 cases of emergent surgery for obstructing colon cancer--lessons learned. *J Gastrointest Surg* 2011; 15:110.
12. Dalal KM, Gollub MJ, Miner TJ, et al. Management of patients with malignant bowel obstruction and stage IV colorectal cancer. *J Palliat Med* 2011; 14:822.
13. Garcea G, Sutton CD, Lloyd TD, et al. Management of benign rectal strictures: a review of present therapeutic procedures. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:1451.
14. Schlegel RD, Dehni N, Parc R, et al. Results of reoperations in colorectal anastomotic strictures. *Dis Colon Rectum* 2001; 44:1464.
15. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2019. *CA Cancer J Clin* 2019; 69:7.
16. Cronin KA, Lake AJ, Scott S, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, part I: National cancer statistics. *Cancer* 2018; 124:2785.
17. Majumdar SR, Fletcher RH, Evans AT. How does colorectal cancer present? Symptoms, duration, and clues to location. *Am J Gastroenterol* 1999; 94:3039.
18. Thompson MR, O'Leary DP, Flashman K, et al. Clinical assessment to determine the risk of bowel cancer using Symptoms, Age, Mass and Iron deficiency anaemia (SAMI). *Br J Surg* 2017; 104:1393.
19. Rex DK, Johnson DA, Anderson JC, Schoenfeld PS, Burke CA, Inadomi JM. American college of gastroenterology guidelines for colorectal cancer screening 2009 (corrected) *Am J Gastroenterol*. 2009;104:739–750. doi: 10.1038/ajg.2009.104. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
20. Busch E, Rodriguez-Bigas M, Mamounas E, et al. Primary colorectal non-Hodgkin's lymphoma. *Ann Surg Oncol* 1994; 1:222.

21. Liangpunsakul S, Douglas KR. Management of benign colonic strictures. *Tech Gastrointest Endosc* 2003;5:178e81.
22. Lefere P, Gryspeedt S, Baekelandt M, et al. Diverticular disease in CT colonography. *Eur Radiol* 2003;13:62e74
23. Horton KM, Corl FM, Fishman EK. CT evaluation of the colon: inflammatory disease. *Radiographics* 2000;20:399e418.
24. King DW, Lubowski DZ, Armstrong AS. Sigmoid stricture at colonoscopyean indication for surgery. *Int J Colorectal Dis* 1990;5:161e3.
25. Iachobellis F, Berritto D, Fleischmann D, et al. CT findings in acute, subacute, and chronic ischemic colitis: suggestions for diagnosis. *Biomed Res Int* 2014. 2014:Article ID 895248
26. Green BT, Tendler DA. Ischemic colitis: a clinical review. *South Med J* 2005;98:217e22.
27. Gore R, Thakrar KH, Mehta UK, et al. Imaging in intestinal ischemic disorders. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:849e58.
28. Harb AH, Abou Fadel C, Sharara AI. Radiation enteritis. *Curr Gastroenterol Rep* 2014;16:383.
29. Ruiz Tovar J, Morales V, Hervas A, et al. Late gastrointestinal complications after pelvic radiotherapy: radiation enteritis. *Clin Transl Oncol* 2009;11:539e43.
30. Kantsevoy SV, Adler DG, Conway JD, et al. ASGE Technology Committee. Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection. *Gastrointest Endosc.* 2008;68(1):11–18. [PubMed] [Google Scholar]
31. Garcea G, Sutton CD, Lloyd TD, Jameson J, Scott A, Kelly MJ. Management of benign rectal strictures: a review of present therapeutic procedures. *Dis Colon Rectum.* 2003;46:1451–1460. [PubMed] [Google Scholar]
32. Lemberg B, Vargo JJ. Balloon dilation of colonic strictures. *Am J Gastroenterol.* 2007;102:2123–2125.[PubMed] [Google Scholar]
33. Forshaw MJ, Sankararajah D, Stewart M, Parker MC. Self-expanding metallic stents in the treatment of benign colorectal disease: indications and outcomes. *Colorectal Dis.* 2006;8:102–111. [PubMed] [Google Scholar]
34. Vanbiervliet G, Bichard P, Demarquay JF, et al. Fully covered self-expanding metal stents for benign colonic strictures. *Endoscopy.* 2013;45:35–41. [PubMed] [Google Scholar]