

Bölüm 12

KRONİK KABIZLIĞA YAKLAŞIM

İsmail KIRLI¹

GİRİŞ

Kabızlık sindirim sistemi ile ilgili toplumda en sık görülen ve ciddi ekonomik maliyetleri olan bir semptomdur (1). Kronik kabızlıkla ilgili yapılan çalışmalarda %12-19 prevalans bildirilmiştir (2). Kuzey Amerika'da kronik kabızlık prevalansı ile ilgili tahminler, kısmen tanımlamak için kullanılan kriterlere bağlı olarak %2-27 arasında değişmektedir. Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'de kabızlık kadınlarda, beyaz olmayanlarda ve 60 yaşın üstündekilerde daha yaygındır. Günlük fiziksel aktivite azlığı, kötü eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik düzeyi ve beslenme yetersizliği de riski artıran diğer faktörlerdir (3).

TANIM

Kabızlık tanımı, kişiye göre değişir. Genelde dışkı sayısının azalması, sert ve seyrek sayıda dışkılama, yoğun ıkınma, tam boşalamama, dışkılama için dijital manevra ile müdahale ihtiyacı olarak tanımlanır (4). Kabızlık, Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallıktaki epidemiyolojik çalışmalara dayanarak haftada üçten az dışkı sıklığı olarak tanımlanabilir. Fakat sayı, tek başına yeterli değildir. Bir ankette kendisini kabız olarak tanımlayanların %60'ı normal barsak hareketlerine sahiptir ve tam dışkılayamama ve dışkılamada zorlanma şikayetleri mevcuttur (5).

Bu gözlemler fonksiyonel kabızlığı tanımlamak için daha detaylı kriterlere ihtiyaç olduğunu göstermiştir. Uluslararası bir çalışma komitesi tarafından Roma IV tanı kriterleri tanımlanmıştır. Tanıdan en az 6 ay önce semptomların başlayarak, en az 3 ay boyunca aşağıdaki kriterlerin görülmesi önemlidir (6).

Roma IV Kabızlık Kriterleri

1) Aşağıdaki kriterlerin en az ikisi veya daha fazlasının olması gereklidir.

- Dışkılamanın %25'inden fazlasında zorlanma
- Dışkılamanın %25'inden fazlasında topaklı veya sert dışkı

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Dahiliye Bilim Dalı, Muğla. iskr48@hotmail.com

KAYNAKÇA

1. Singh G, Lingala V, Wang H, et al. Use of health care resources and cost of care for adults with constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007;5:1053.
2. Suares NC, Ford AC. Prevalence of, and risk factors for, chronic, idiopathic constipation in the community: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2011; 106:1582.
3. Sandler RS, Jordan MC, Shelton BJ. Demographic and dietary determinants of constipation in the US population. *Am J Public Health* 1990; 80: 185.
4. Türkay C, Aydođan T, Özden A. Konstipasyon Tanım ve Epidemiyolojisi. *Güncel Gastroenteroloji* 2005;9(1):48-52.
5. Sandler RS, Drossman DA. Bowel habits in young adults not seeking health care. *Dig Dis Sci* 1987; 32:841.
6. Mearin F, Lacy BE, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016.
7. Hsieh C. Treatment of constipation in older adults. *Am Fam Physician* 2005; 72: 2277-84.
8. Korkmaz M, Yüksel F, Ünalacak M, Ünlüođlu İlhami. Kabızlık yakınması olan hastanın birinci basamak yönetimi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2011;3(3) :35-41
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. Diamant NE, Kamm MA, Wald A, Whitehead WE. AGA technical review on anorectal testing techniques. *Gastroenterology* 1999; 116:735.
11. Camilleri M, Thorne NK, Ringel Y, et al. Wireless pH-motility capsule for colonic transit: prospective comparison with radiopaque markers in chronic constipation. *Neurogastroenterol Motil* 2010; 22:874.
12. Wald A. Severe constipation. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3:432.
13. Rao SS, Singh S. Clinical utility of colonic and anorectal manometry in chronic constipation. *J Clin Gastroenterol* 2010;44:597-609.
14. Forootan M, Bagheri N, Darvishi M. Chronic constipation: A review of literature *Medicine (Baltimore)* 2018 May; 97(20): e10631. Published online 2018 May 18.
15. Anti M, Pignataro G, Armuzzi A, et al. Water supplementation enhances the effect of high-fiber diet on stool frequency and laxative consumption in adult patients with functional constipation. *Hepatogastroenterology* 1998; 45:727.
16. Bharucha AE, Pemberton JH, Locke GR 3rd. American Gastroenterological Association technical review on constipation. *Gastroenterology* 2013; 144:218.
17. Divalpa JA, Cleveland MV, McGowan J, Herrera JL. A randomized, multi center, placebo-controlled trial of polyethylene glycol laxative for chronic treatment of chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2007; 102:1436.
18. Schoenfeld P, Lacy BE, Chey WD, et al. Low-Dose Linaclotide (72 µg) for Chronic Idiopathic Constipation: A 12-Week, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *Am J Gastroenterol* 2018; 113:105.
19. Yiannakou Y, Piessevaux H, Bouchoucha M, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial to evaluate the efficacy, safety, and tolerability of prucalopride in men with chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2015; 110:741.
20. Taghavi SA, Shabani S, Mehramiri A, et al. Colchicine is effective for short-term treatment of slow transit constipation: a double-blind placebo-controlled clinical trial. *Int J Colorectal Dis* 2010; 25:389.
21. Johanson JF, Ueno R. Lubiprostone, a locally acting chloride channel activator, in adult patients with chronic constipation: a double-blind, placebo-controlled, dose-ranging study to evaluate efficacy and safety. *Aliment Pharmacol Ther* 2007; 25:1351.
22. Wald A. Slow Transit Constipation. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2002; 5:279.
23. Liu Z, Yan S, Wu J, et al. Acupuncture for Chronic Severe Functional Constipation: A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2016 Dec 6;165(11):761-769.