

Kronik kabızlık nedenleri, tanı yöntemleri ve tedavi yaklaşımları

Sezai Demirbaş (*)

ÖZET

Kronik olan ve hatta akut kabızlık durumu ile beraber görülen belirtiler nadiren nedene yönelik olarak kabızlık tanısını koymada yardımcıdır. Sık kullanılan tanınasal çalışmaların sonucu ise çoğunlukla net değildir. Bu yazının amacı, farklı patolojiler nedeniyle meydana gelen kabızlığın tanısının konulmasında testlerin kullanım kolaylıklarını ve gerekliliklerini ortaya koymaktır. Böylece hekim, gereksiz test kullanma sınırlamasını kendisi yapabilecektir. Web-seçimli ortamda 1978 ile 2006 yılları arasında İngilizce ve Türkçe yayınlanmış meta analiz, kontrollü ve kohort çalışmalar gözden geçirilerek tıbbi kanıt değeri A-B-C olanlar çalışma için kullanılmıştır. Değerlendirmeye aldığımız hemen hiçbir makalede gaitada gizli kan testi ve ayakta direkt karın grafisinin rutin kullanımı bildirilmemiştir. Bununla birlikte baryumlu kolon grafileri ve endoskopi hastanın kontrolünde ya da tanı konulamayan vakalarda başvurulan yöntemler olarak bildirilmiştir. "Altın standart" kabul edilerek teşhise yardımcı olabilecek tanı yöntemi yoktur. Gaitada gizli kan, endoskopi veya radyografik testler, belirgin karakteristikleri olmayan kabızlığa sahip hastaların tanısında özgül değilken, anorektal manometre ve balon dışkılama testi doktor için tedavi stratejisini oluşturmada karar verdiricidir. Hastaların çoğu ilk basamak tedavide medikal yaklaşımla iyileştirilmeye çalışılmaktadır. Cerrahi girişim seçilen hastalarda kullanılmalı, cerrahi yöntemi belirleme açısından bu hastalar ileri testlerle ir-delenmelidir.

Anahtar kelimeler: Anal fonksiyon, anal manometre, kronik kabızlık, pelvik çatı hastalıkları, rektal ülser, tanı ve tedavi

SUMMARY

Etiology, diagnostic procedures and treatment modalities in chronic constipation

Symptoms in chronic, and even acute constipation rarely help in establishing the diagnosis of constipation. Most of the diagnostic tests used, however, are not useful. The aim of this article is demonstrate the usefulness and indications of the tests used in the diagnosis of constipation with various etiologies. In this way the scientist, himself/herself, will be able to make the restriction about the use of unnecessary tests. Meta-analyses, controlled and cohort studies published in English and Turkish in web-based media between 1978 and 2006 were reviewed, and those with a category of A-B-C as evidence based medicine were included. Routine use of guiac positive stool test or upright abdominal x-ray has not been reported in any of the studies reviewed. However, barium enema colon graphy and endoscopy are studies used in the control of the patient and in the evaluation of the patients without a diagnosis. There is no diagnostic test that can be helpful in the diagnosis accepted as gold standard. Guiac positive stool test, endoscopy and radiographic tests are not specific in the diagnosis of constipated patients without any characteristics, whereas anorectal manometry and balloon expulsion test guide a surgeon about the decision of treatment. Most patients should be tried to be treated with medical treatment at the first step treatment. Surgery should be performed for selected patients, and these patients should be evaluated with further tests to determine the type of surgical method.

Key words: Anal function, anal manometer, chronic constipation, pelvic floor disorders, rectal ulcer, diagnosis and treatment

Giriş

Konstipasyon hastalıktan ziyade bulgular topluluğu olarak veya hastalığa neden olan bir etken olarak kabul edilmelidir. Zor, aralıklı ve tam olmayan defekasyon şeklinde tanımlanması yanında, yetersiz veya ağrı veren defekasyon işlemi olarak ta tanımlanmaktadır. Uluslararası konsensus toplantısı (Roma II-1998) sonunda da aşağıdaki kriterlerin en az 2 tanesinin 3 ay süreyle var olmasının kişide kabızlık tanısının konulması için yeterli şart olduğu bildirilmiştir (1). Bu bulgular:

- Sert gaita yapma
- Defekasyon sırasında zorlanma (tüm defekasyon süresinin %25'inden fazlasında)
- Defekasyonların %25'inde tam olmayan boşalma hissinin duyulması
- Her hafta 2 veya daha az defekasyon isteğinin doğması
 - o Ayrıca defekasyonu kolaylaştırmak için parmak kullanılması ve
 - o Abdominal rahatsızlık hissi ile dolgunluk hissinin var olması

Dissinerjik defekasyon bozukluğunda yukarıdaki bulgulara ek olarak fizyolojik testlerde anormallikler, manometride, elektromiyografide (EMG), radyolojik bulgular ve kolonun ilerletici sisteminde bozukluklarla beraber olması gerekliliği vardır. Kalın barsağın yetersiz ilerletici hareket ile birlikte tam olmayan boşalma hissi, bozulmuş defekasyon-ekspülsiyon kuvveti varlığı ile birlikte dir. Tanı koymada bu testler yardımcı olsa da, esas olan hastanın içinde bulunduğu durumu tayin edebilmektir. Fonksiyonel konstipasyon, rahatsız barsak hastalığından (IBS) ve organik kolorektal patolojiden de ayırt edilmelidir. Kronik kabızlık batı ülke toplumlarında ortalama olarak %15 civarında görülmektedir. Fakat, hastaya özel tanımlanan kabızlık durumu %27 kadardır. Daha çok kadınlarda ve orta ileri yaşlarda karşılaşılan tıkaçıcı defekasyon zorluğu, ciddi bir kronik kabızlık durumu

*GATF Genel Cerrahi Anabilim Dalı

Aynı basım isteği: Dr. Sezai Demirbaş, GATF Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Etilik-06018, Ankara

E-mail: sdemirbas@gata.edu.tr

Makalenin geliş tarihi: 11.04.2008 • **Kabul tarihi:** 21.11.2008

olarak, bu hasta grubunun yaklaşık olarak yarısını etkiler (2). Hasta hayat kalitesini ileri derecede kötü etkilemesine rağmen, kabızlığın tedavi edilebilirliği %66 civarındadır.

Genel olarak ayırt etmek mümkün olabilirse; 1. Fonksiyonel kabızlık (ki yavaş transit zamanlı kabızlık=kolonik inerşia) 2. IBS ile birlikte görülen kabızlık 3. Tıkayıcı defekasyonun neden olduğu kabızlık olarak üç alt gruba ayırabiliriz. Başlı başına ikinci alt grup kabızlığın karşımıza ciddi hastalıklarla beraber çıkabildiğini de bilmeliyiz. Örneğin, kolorektal kanser (KRK), hipotiroidizm, hiperparatiroidi, diyabetes mellitus, opiyad kullanımı, antidepresan ve sık diüretik kullanımı, yaşlılarda fekal impaksiyon, kadınlarda seksüel süstimal, Parkinson hastalığı bunlardan bazılarıdır (3).

Bütün nedenler düşünüldüğünde, kabızlığı en azından 3 tipe ayırt ederek durumu açıklamak mümkündür. Fakat, gruplar arasında kesin bir ayırım olmadığı bilinmelidir. Patofizyoloji, kolon transit zamanının uzun olması ve neden olarak kolon kas tabakasının miyopatisinin var olması veya sinir uyarısının patolojik olması (nöropati), ya da dissinerjik defekasyon gibi pelvik taban anomalileri nedeniyle ortaya çıkan fonksiyon bozukluğuna ikincil olması gibi nedenlerle açıklanabilir (1,3,4). İkinci olarak karşımıza çıkan neden, dissinerjik veya tıkayıcı defekasyon bozukluğu olarak da bilinen anismusdur. Anismus gaitanın anorektumdan belirgin olarak atılmasının zor, ya da mümkün olmaması demektir. Dissinerjik defekasyona sahip olan birçok hasta gerçekte uzun transit zamanına da sahiptir. Üçüncüsü ise normal transit zamanına ve normal pelvik taban yapısına sahip olan, fakat kabızlık tanımlayan hastalardır. Bu hastaların çoğu ise IBS'a sahiptir. Karın ağrısı ve değişken barsak alışkanlığı ile defekasyon şeklinin değişmesi sık olarak ana bulgudur. Bu testler tanının konulmasında ve alt tiplerinin ortaya çıkarılmasında yardımcı olsa da, tam olarak hastanın tedavisinde yönlendirici olmayabilir.

Tıkayıcı kabızlık (TD) (obstrüktif defekasyon bozukluğu) durumu hemen birçok isimle de anılmaktadır. Bunlar anismus, paradoksik puborektalis kas kontraksiyonu, gevşemeyen puborektalis sendromu, spastik pelvik taban hastalığı ya da diskeziya olarak bilinmektedir (4-6). TD'nin neden olduğu kronik kabızlığın altında yatan nedenler birden fazladır (Tablo I).

ABD gibi gelişmiş toplumlarda da nüfusun yaklaşık %2'si, yani ortalama 4 milyon insan kabızlık sorunu yaşamaktadır (1,4). Ülkemizde ise kabızlık sorunu ile ilgili insidans bilinmemektedir, Ayrıca ülkemizin liften zengin yiyeceklerin fazla tüketildiği, daha çok

Tablo I. Tıkayıcı defekasyon nedenleri

- 1) Rektal dolum hissinde bozukluk
 - a) Megakolon megarektum (idiyopatik)
 - b) Rektal sensitivite kaybı
- 2) Çıkım obstrüksiyonu
 - a) IAS'in inhibisyonunun bozuk olması
 - i) Hirschprung hastalığı
 - ii) Özel hastalık durumları (Örn. Chagas hastalığı)
 - b) Pelvik bölge çizgili kasların gevşememesi
 - i) Anismus
 - ii) Spinal kord hasarı
 - iii) SSS patolojileri (Örn. multipl skleroz)
- 3) Mekanik çıkım obstrüksiyonu
 - a) Rektal intussepsiyon
 - b) Enterosel, sigmoidosel
- 4) Defekasyonda çıkım gücünü bozan durumlar
 - a) Rektosel
 - b) Perine sarkması
 - c) Total rektal prolapsus

tarım toplumu olduğu zamandaki kabızlık oranı ile sanayinin daha önde olduğu günümüz oranı da kıyaslanabilir değildir. Kabızlığa siyah ırkta 1.3 kat daha fazla rastlanmaktadır. Bu durum ABD için ayırt edici bir bilgidir. Fakat, ülkemizde ırklar arası kabızlıkla ilgili çalışma bulunmadığından istatistiksel değer taşımamaktadır (1,2). Genel olarak erkek/kadın oranı 1.3'dür. Kabızlık her yaşta görülse de, 65 yaş üstü erişkinlerde %30-40 oranında daha siktir ve belirtiler hayat kalitesini ciddi oranda bozmaktadır.

Hasta hikâyesi kabızlık etiyojisi ile yakından alakalıdır. Tipi ve hasta için hayat kalitesini ne kadar bozduğu belirtilerinden anlaşılır. Zaman zaman hasta, bezdirici bir durum içinde olabilir:

- o Haftadaki defekasyon azlığı ve giderek azalması
- o Rektumu boşaltmak için geçen sürenin uzunluğu
- o Kronik olarak ıkınmanın varlığı ve sert gaita yapma

Ya da hasta tamamen asemptomatiktir, ama aşağıdakiler bulunabilir ve hastanın durumunu kötü etkiler:

- o Abdominal gerginlik ve gaz hissi
- o Defekasyon sırasında ağrı, alt bel ağrısı
- o Rektal kanama
- o Diyare ve benzeri durum

Aynı zamanda aşağıdaki yakınmaları:

- o Tam olmayan evaküasyon-boşalma hissi
- o Parmak yardımıyla defekasyon yapma durumu
- o Tenesmus, rektal kanama
- o Abdominal ağrı, kusma
- o Açıklanamayan kilo kaybı olanlar da defekasyon güçlüğünden söz ederler

Fizik muayene

Genel fiziki muayene, etiyolojiyi ortaya koymada ve tedavi stratejisini belirlemede tam olarak faydalı değildir. Fakat farklı bulgulara da dikkat etmek gerekir. Bunlardan hemen her hastada rastlanan abdominal muayenede belirli bir kitlenin varlığı, defekasyon zorluğuna neden olabilecek anorektal durumlar (anal fissür, fistül, striktür, kanser, tromboze hemoroid), ıkınma sırasında gözle de görülebilen intussusepsiyondur. Dijital rektal muayenede faydalı bilgiler almak mümkündür (Örn. anorektal kitleler, internal anal sfinkter tonüsü hakkında bilgi, eksternal anal sfinkter ve puborektal kas gücü ve fonksiyonu hakkında bilgi, rektumda ya da gaitada kan varlığının gösterilmesi, gaita miktarı ve tipi de önem arzeder). Pelvik çıkım fonksiyon bozukluğunda, kolonik inerşiya ve IBS'nda daha fazla gaita, defekasyonlar arası zamanda rektal rezervuarda bulunur. Pelvik taban fonksiyon bozukluğunda ise dijital rektal muayenede parmağın aşağıya indirilmesi işlemi ve ıkınma sırasında da sfinkterin üst bölümünün kasılmasının mümkün olmadığı belirlenebilmektedir.

Tanı konulması sırasında başvuru ve birçok faktörle alakalı olan kabızlık nedenleri aşağıda sıralanmıştır:

- Fonksiyonel kabızlık nedenleri arasında
 - o Basit kabızlık; defekasyon hissinin kişi tarafından baskılanmasıdır.
 - o Rahatsız barsak hastalığı ("Irritable bowel syndrome")=IBS)
 - o İdiyopatik megakolon ve kolon çapının artışıyla beraber olan kabızlık
 - o Kolon dilatasyonu ile beraber olmayan kabızlık; transit zamanının yavaşlaması
 - o Kronik intestinal tıkanıklık
 - o Rektum çıkımı darlığı; anismus, soliter rektal ülser, intussusepsiyon
 - o Pelvik taban zayıflığı, perine çökmesi ve rektosel
 - o Etkisiz ıkınma vardır
- Sekonder konstipasyon nedenleri ise:
 - o Düşük posa içerikli beslenme
 - o Yapısal: anal fissür, tromboze hemoroid, striktür ve tümör
 - o Endokrinolojik bozukluklar: hiperkalsemi, hipokalemi, hipotiroidizm, diyabetes mellitus ve gebelik
 - o Nörolojik: "Stroke", Hirschsprung hastalığı, Parkinson hastalığı, multiple skleroz, spinal kord lezyonu, Chagas hastalığı ve ailesel disotonomi
 - o Konnektif doku hastalığı: skleroderma, amiloidoz ve miks konnektif doku hastalığı
 - o Psikolojik: depresyon
 - o ve aşağıda belirtilen bazı ilaçlardır.

- ♦ Antidepresan (MAOI), metaller (Fe, Bi), antiko-linerjikler (benztropine, trihexyphenidyl), opioidler (kodein, morfin), antiasidler, kalsiyum kanal blokerleri, NSAID, sempatomimetikler (psödoefedrin), uzun süreli kullanılan kolestiramin ve uyarıcı laksatifler, antipsikotikler

Semptomlar

Kısa süreli hikâyenin varlığı, klinisyeni transit zamanı uzamış kabızlık ve obstrüktif bir nedene bağlı kabızlıkla ilgili nedenler aramaya itmelidir. Örneğin defekasyon sırasında dijital vajinal destek gibi bazı stereotipik yakınmalar, rektosel gibi altta yatan klinik nedeni ortaya daha kolay koyabilir (4). Belirli derecelerde fekal inkontinens varlığı TD ile birlikte olabilir. Tedavi sırasında yol seçilirken kabızlık skorumla sistemleri gerçekleştirilmeli ve hastalığın yaşam kalitesi üzerine etkileri anketler yapılarak parametrik hale getirilmelidir. Bu durum karmaşık olan hastalığın cerrah tarafından yeterince tanınmasına faydalı olacaktır (7). Hasta muayenesi sonrasında anal kanal fonksiyonları ve rektovajinal septumun tamlığı hakkında bilgi alınır. ıkınma sırasında perinenin iskiyal çıkıntılar ötesine inip inmediğine bakılmalıdır. Rektumdaki sanal gaitanın defekasyonu sırasında anal kanalda gevşemenin olup olmadığı değerlendirilmesi ile rektal intussepsiyon ve soliter rektal ülser (SRUS) durumunun var olup olmadığına da ortaya konulabilmesi için, dijital muayene, rektoskopi, defekografi, endoanal ultrasonografinin (EAUS) yapılması gereklidir.

Anismus, çizgili pelvik çatı ve anal sfinkter kas yapısında gevşeme bozukluğu ile karşımıza çıkar. Kronik kabızlık, tam boşalamama hissi ve el yardımıyla boşalma ana bulgulardır. Anksiyete ve psikolojik sıkıntı içinde, seksüel suistimale uğramış kadınlarda sık karşımıza çıkar. Tanı koymak için klinik bulgular kadar, psikiyatrik değerlendirme de önemlidir. Paradoksik sfinkter kontraksiyonu, kronik kabızlık ve inkontinens hali sağlıklı bireylerde anismus tanısı ile karışabilir. Anorektal manometre değerlendirmeleri anismuslu hastalar için %80 oranında ıkınma sırasında düzgün sfinkter gevşemesi göstermiştir. Evaküasyon testi, EMG, defekografi de yeterli bilgi vermeyebilir. Yanlış pozitifliği önlemek için tanısız doğruluk belirli kriterleri gözetmelidir. Bunlar fonksiyonel konstipasyon kriterleri; manometrik ve/veya EMG ya da radyolojik bulgular–en azından 2 tane kantitatif test pozitif olmalı, ek olarak da defekasyon denemesi sırasında yeterli itme gücü varlığı gösterilmelidir. Anismus saf nörolojik lezyon olarak da düşünülemez, çünkü vakaların 2/3'ü "biofeedback" tedavisi ile eksternal anal

sfinkteri (EAS) ve puborektal kası gevşetmeyi öğrenebilirler (1,8).

SRUS, rektum duvarında eritem ve ülserasyon gözlenmesiyle kolay tanınabilen, fakat %26 oranında da yanlış tanı konulabilen bir hastalıktır. Hastalığın kliniğinde defekasyon bozukluğu ve TD ile birlikte rektal kanama olması ana bulgularıdır. Histolojik olarak lamina propriada fibröz obliterasyon ve mükölaris mukozada distorsiyon bulunur. SRUS'de internal veya rektal prolaps ile anismus beraber olabilir. Bu nedenle lokal tedavi yöntemleri eğer sürekli ıkınma, prolaps ya da el yardımcı defekasyon varsa işe yaramayacaktır (9-11).

Tanı

Rutin biyokimyasal, hematolojik ve tiroid tetkiklerinin herhangi bir anlamı olmadığı çalışmalar ile kanıtlanmıştır. Fakat, kabız hastalarda kan tahlillerinin gerekliliği konusunda kesin çıkarıma neden olacak tıbbi deliller ortaya konamamıştır. Araştırılan 112 çalışmada boş karın filminin mutlaka kabızlık ayırımı için gerekli olup olmadığını net ortaya koyacak veri tespit edilememiştir (12).

Pepin (13), Liebermann (14) ve Patriquin (15) kolonoskopik yaklaşım sonunda kolon kanserini %2, kolon adenomasını da %19 olarak tespit etmişler ve oranların hastalara fleksibl sigmoidoskopi yapıldıktan sonra %1-5 olduğunu bildirmişlerdir. Kontrol grubu olmasına rağmen otörler, bu oranların asemptomatik bireyde tarama ile elde edilebilecek kolon ve rektum kanser riski ile aynı olduğunu tespit etmişlerdir. Bu bize kabızlığı olan her hastaya endoskopik işlem yapma hakkında yeterli bilgiyi vermektedir. Kronik kabızlığı olan hastalarda baryumlu kolon grafisinin klinik olarak kullanımıyla ilgili destekleyici yeterli veri de mevcut değildir (16). Rao ve ark. bunu detaylı olarak bildirmişlerdir (6) (Tablo II).

Patriquin ve ark. (15) ile Gerson ve ark. (16) çalışmalarında, yaklaşık 1000 hastanın kolonografilerini normal sınırlarda olsa bile değerlendirdiklerini ve hiç organik lezyon tespit etmediklerini bildirmişlerdir. Fakat, bunların %22'sinde kronik kabızlık bulmuşlardır. Daha da ötesi hastanın barsak alışkanlığının değiştiğini söylemesi, doktoru kuşkulandırmasına rağmen organik hastalık bertaraf edilememiştir.

Tanı amacı ile kolon transit zamanı (KTZ), evaküasyon testi, anal manometre, defekografi kronik

kabızlığı olan hastalarda çalışılmış, fakat hem değerlendirilmede hem de tedavi seçeneklerinin ortaya konulmasında katkı verici bir sonuç ortaya konulamamıştır (8,16-19). KTZ'nı yutulan markırların yerleşimini göstererek veya sintigrafik olarak ölçmek mümkündür. Daha sık olarak birincisi uygulanmaktadır. Toplam 309 hasta ile yapılan çalışmalar sonunda (9,12,19-22), bu yöntemin de kronik kabızlık tanısında altın standart olmadığı ortaya konulmuştur. Genel olarak 67-88 saat olarak bildirilen bu sürenin, gerçekten de TD'lu hastaların 1/3'ünde uzadığı tespit edilmiştir (23). Sintigrafik çalışmalarda ise kolon fonksiyonu ve evaküasyon arasında bir ilişki bulunmamıştır. Segmental boşaltma işleminin %20'si sağ kolon, %32'si sol kolon ve %66'sı da rektum tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu testin değerlendirilmesinde de bir standart bulunmaya çalışılmaktadır. Araştırmacılar, deneysel test değerlerinde markırların %25 ile %40 arasında olmasını anormal KTZ olarak yorumlamaktadır (21-23).

Bir başka tanı yöntemi olarak anal manometre (AM) üzerinde tam olarak kabul gören bir birliktelik olmasa da, son on yıl içinde dissinerjik defekasyonun bir kabızlık problemi olduğu ortaya çıkmaktadır. Aynı çalışmalarda AM ve EMG'nin dissinerjik veya TD ile ilgili olarak tanı koydurucu özelliği nadiren kabul edilmiştir (5,17,20,24,25). Balon defekasyon testi özellikle anismus için tanı koydurucudur (17,20,26). Çalışmalarda, rektuma yerleştirilen 60 mililitrelik balonun hasta tarafından 1-3 dk içinde defekte edilmesine bakılmış ve olmaması halinde de anismus veya "non-relaxing" puborektal kas fonksiyon bozukluğu ile ilgili tanı konularak defekografiye üstünlüğü gösterilmiştir. Yapılan metaanaliz çalışmalarında (6,16,20,27,28) testin standardize edilmemesine rağmen pozitif bulgunun %27-63 oranında, normal kişiler arasındaki kabızlığın ise %0-16 oranında olduğu bildirilmiştir.

Defekografinin bir tanı aracı olarak metodolojik skoru oldukça düşüktür. Normal çalışmalar %10-75 arasındadır. Kabızlık tanısını destekleyen çalışmalar %25-90, dissinerjiyi destekleyenlerse %13-37 arasındadır. Rektal evaküasyon paterni anormal olanlarla kontrol grubundaki belirtiler alakalı bulunamamıştır. Buna rağmen rektoselde defekografinin tanı için gerekli olduğu bildirilmektedir (29,30). Bilindiği gibi istirahatla pelvik çatı kas yapıları elektriksel aktivite

Tablo II. Kolonoskopi ve baryumlu kolon grafisinin tanı değeri (6)

| Tanı testi | Kabız hasta sayısı (n) | Kontrol | Ortalama yaş (yıl) | Cins (K/E) | Ek hastalığı olmayanların kabız sıklığı (%) | Kontrastla tespit edilen kabız sıklığı (%) | Ek hastalığı olan kabız sıklığı (%) |
|--------------|------------------------|---------|--------------------|------------|---|--|-------------------------------------|
| Kolonoskopi | 563 | - | 61 | 68/52 | - | - | 1.4 Ca/15 polip |
| Baryum enema | 95 | 26 | 5-57 | | 22-35 | 27 | - |

içindedir. Bunun olmaması anismus ile alakalıdır. Ama yine de çalışmalar TD ve anismusda bu elektrik aktivitenin varlığı üzerinde açık değildir (31,32).

Rektosel ve rektal internal mukozal prolaps en sık karşılaşılan TD nedenlerindedir. Puborektal kasın paradoksik kasılması (abdominopelvik dissinerji) defekasyonun uzun ve zor olmasından daha sık ürojinekolojik, üst gastrointestinal sistem (GIS) bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklar ile beraberdir. Kabız hastalar skorlama sistemleri ile izlenirken beraberindeki hastalıklar, anismus veya psikolojik bozukluklar göz ardı edilirse, ki sıklıkla böyledir, cerrahi tedavi yetersiz olacaktır. Mayo Klinik verilerine göre cerrahi yapılan hastaların yalnız %5'i tedaviden fayda görmüştür. Fakat %50'sinin yakınmaları özellikle rektosel ve internal rektal prolapsli hastalarda geri dönmektedir. Son iki hastalık TD ile ilişkili olup, kolayca tanınır (33,34).

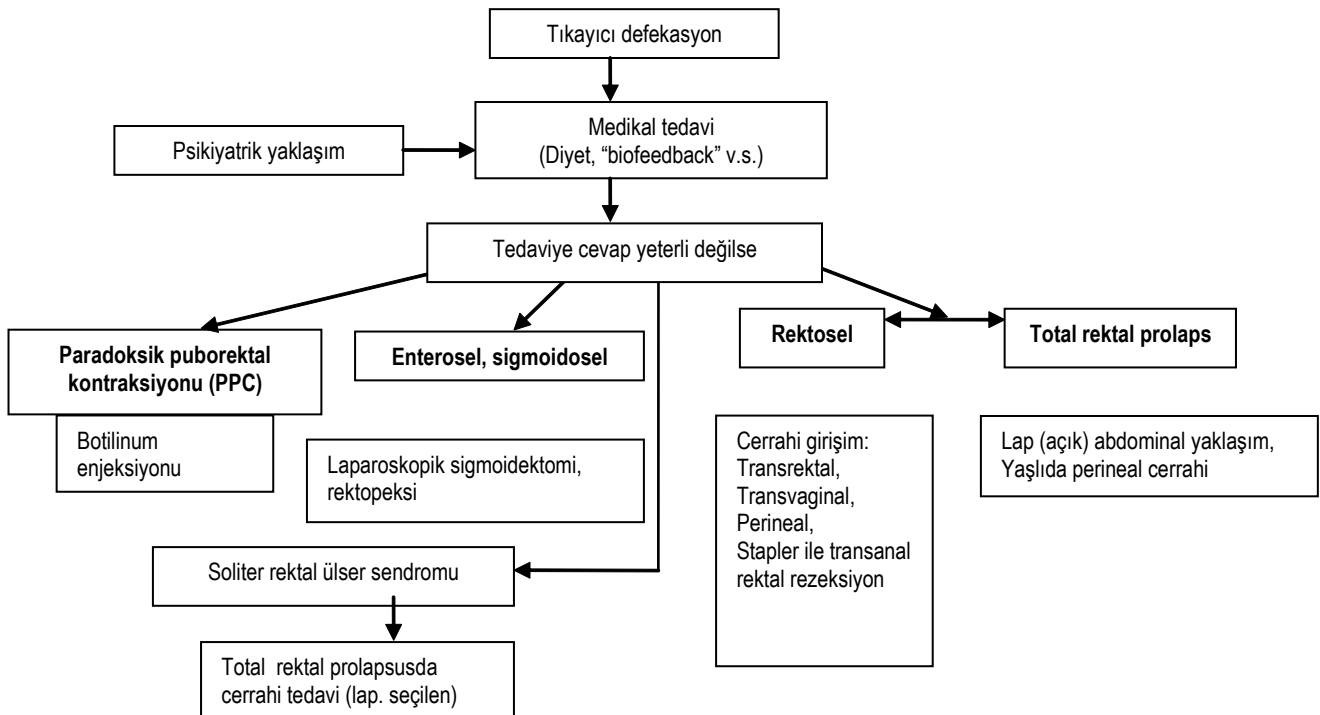
Tedavi

Kabızlık tedavisi yapılırken öncelikle alınan posa miktarının fiber cinsinden artırılarak düzenlenmesi birçok problemi çözecektir. Fakat esas olan altta yatan patolojinin ortaya konulmasıdır. Bu nedenle organik faktörler dışında düşünülürse tam kan, Ca⁺⁺, tiroid testleri ve kan şekere bakılması gerektiği ileri sürülse de, yukarıda da bildirildiği gibi tanıya katkısı çok az olacaktır (17). Miyeloma, hiperparatiroidi, porfiria, Addison hastalığı gibi hastalıkları ayırt etmek için ise PTH, serum kortizol seviyesi, serum protein elektroforesi istenebilmektedir.

Her ne kadar fleksibl sigmoidoskopinin yapılması melanozis koli, SRUS gibi tanılar için faydalı olsa da, kolonoskopinin yeri de hala tartışmalıdır (17-19). SAGES "Guideline"ları arasında kabızlık durumu, kolonoskopi ve fleksibl sigmoidoskopi için endikasyon değildir (35). Pepin ve Ladabaum'un randomize kontrollü çalışmasında kronik kabızlık olan hastalarda polip ve kolon kanseri bulma sıklığının, asemptomatik hastalardaki orandan fazla olmadığı gösterilmiştir (13). Kronik kabızlık rektal kanama, obstrüksiyon, abdominal kitle, kilo kaybı gibi bulgular olmadan, alt GIS endoskopisi gerektiren bir durum değildir. Ama ileri yaş ile alakalı taramaya alınanlarda kronik kabızlık da varsa başka değerlendirilmelidir. Tedavi öncesinde mutlaka kanser ve kolonik inerşia gibi transit zamanını yavaşlatan kabızlıklar bir yanda tutularak TD için tedavi yaklaşımı düzenlenmelidir (Şekil 1).

"Biofeedback", pelvik taban kaslarının gevşemesi için yapılan egzersizlerdir. Aynı zamanda davranışsal olarak da gevşemeyi ve defekasyon yapabilmeyi sağlar. Defekografi ile TD tanısı olmayan anismuslu hastalar için uygun bir tedavi değildir. Ayaktan uygulanan bu yöntem uygulamayanlara göre hastaya tedavi edici avantaj sağlamaktadır. Daha karmaşık pelvik taban hastalığı olanlarda da "Biofeedback" tedavisi adjuvan etki göstermektedir (36).

Cerrahi etiyojisi tam olarak bilinmediğinden tedavi yaklaşımı olarak deneme-yanılma yoluyla uygulanmıştır. Barnes'ın 1985'de puborektalisi kesmesi ile başlamış, fakat yüksek oranda inkontinensle seyretti-



Şekil 1. Kronik kabızlıkta tedavi yaklaşımı (3)

ği için bu yol terk edilmiştir. Altta yatan nedenlerin çok olması hastaları cerrahiden beklenenin daha azına ikna etmeyi gerektirir. Orta ve alt pelvik kompartıman için birçok yaklaşım tanımlanmıştır. Burada bazı önemli ve son zamanlarda hala kullanılan yöntemlere değinilecektir.

İdiyopatik megarektumda vertikal redüksiyon rektoplastisi, sigmoid kolon rezeksiyonu ile beraber uygulanmaktadır (37). Çalışmada 6 hastadan 4'ünde rektal duyumsama ve defekasyon hissi (zorlama karşısında) elde edilmiş ve testler iyileşmeyi göstermiştir.

Otonomik sinir koruyucu rektopeksi, abdominal rektopeksi, rektal prolaps için seçkin bir yöntem ve kontinensi sağlayan bir yaklaşımdır. Klasik olarak rektumun tam mobilizasyonu ile beraber lateral bağların kesilmesi kabızlığı artırıcı bir yöntemdir (38). İntussepsiyon, enterosel ve rektoselli hastalarda lateral bağ kesilmeden cerrahi yaklaşımı, postoperatif dönemde kabızlık sıklığını azaltmıştır. Bir başka yöntem de laparoskopik rektokolpopromontuvar asma işlemidir ki, dorsolateral rektal mobilizasyonla beraber yapılır, sinir hasarından hastayı korumaktadır (39,40).

Paradoksik puborektalis kontraksiyonu (PPK), perine desensusu, SRUS, rektosel, sigmoidosel, rektoanal intussepsiyon gibi hastalıkların ilk basamak tedavisi; diyet fiberini günde 30 gr ve üzerine çıkararak konservatif yaklaşılmasıdır. "Biofeedback" tedavisi de ilk basamak tedavisi olarak sayılabilir. Gilliland ve ark.nın Cleveland Klinikte yaptığı geniş retrospektif çalışma, %63 üzerinde EMG destekli "biofeedback" ile 5 seansa tedavi olanağını bildirdi. Bu çalışmada hasta AM bulgularının, yaş ve semptom süresinin "biofeedback" tedavisinin başarısı üzerine etkisi olmadığı bildirildi (36). Chiaroni de çalışmasında TD olan hastalara 2 yıllık "biofeedback" tedavi sonrasında %70 iyileşmeden bahsetmişti. Fakat, bu oranlar bildirilen diğer çalışmalarda pek yakalanamadı ve iyileşme %30-80'ler civarında kaldı. Buna rağmen yıllara göre tedavi şansının arttığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (41-43).

SRUS, PPC, rektal prolaps, rekto-anal intussepsiyon ve perine desensusu ile birlikte. Patofizyolojisinde kronik ıkınma ve iskemik ülserasyon bildirilmiştir. Yüksek fiberli beslenme ve "biofeedback" ilk adım tedavi yaklaşımıdır. Total rektal prolaps ile birlikte ise bu kez cerrahi tedavi akla gelmelidir.

Perine desensus hastalık tablosu, defekografide net olarak karşılaşılan ve tanı konulan sürekli ıkınma ile alakalı bir durumdur. Yüksek miktarda fiber, laksatifler ve "biofeedback" tedavisi önerilen yaklaşımlardır. Cerrahi yaklaşım net olarak tanımlanmamıştır (44).

Rektoselde sorunun kaynağı olan rektovaginal septum (RVS) histolojik olarak çift katlı bir yapıdır. Konnektif doku, düz kas ve peritoneal mezotelyum

diferensiyasyonu geçirmiş hücreler tarafından oluşturulmaktadır. Buraya ventral periton katılırken, dorsal posteriyor fasiyal tabaka ise kolonik Told ligamanının embriyolojik gelişimi ile beraber meydana gelir (45). Richardson çalışmasında RVS'da bazı defektif alanların varlığından ve buna bağlı olarak, defekte özgü tamir yönteminden bahsetmiştir (46). Çalışmada sıklıkla alt rektosele neden olan "perineal body"nin hemen üzerinde hastaların 1/10'ünde posteriyor transvers ayrışmayı bildirmiştir. Hastalarda RVS'dan olan fıtıklaşma, fıtık defektinin büyüklüğü ya da hastalık süresinin tedavi etkinliğinin değerlendirilmesinde bağımsız faktör olmadığı da ortaya konulmuştur (47). Kabızlık nedeniyle cerrahi girişimi düşünmek için hasta seçimi oldukça önemlidir. STARR prosedürü ve perineal levatoroplasti, Trans-anal prolapsektomi (STAPL) ise TD ile beraber rektosel veya intussepsiyon varsa uygun cerrahi yaklaşımlardır. Bocassanta ve ark. çalışmalarında STARR'dan ve STAPL'dan sonra da 2 yıl takipte %76-85 oranlarında düzelme bildirmişlerdir (48,49).

Rektal intussepsiyon yaklaşık %30 oranında defekografik olarak net ortaya konulmasa da, bu hastaların yarısı TD belirtileri ile başvururlar. Tedavi yöntemi olarak diyetetik yaklaşımlar ilk basamaktır. Cerrahi, fekal inkontinens ve eksternal anal sfinkter (EAS) hasarı veya pudental nöropati, ya da tam rektal prolaps haline gelen rektal intussepsiyon durumlarında uygulanmalıdır (50,51).

Sigmoidoseli üç kategoride incelemek mümkündür. Birinci derece sigmoidosel sakral promontoryumun altında ama pubokoksigeal hattın üzerindedir. İkinci derece olanlar pubokoksigeal hattında altında, ama iskiyokoksigeal hattın üzerindedir. Üçüncü dereceler ise iskiyokoksigeal hattın da altındadır. Evrelemek hem klinik belirginliğini ortaya koymada, hem de tedavi yaklaşımlarının seçilmesinde etkilidir. Cerrahi genellikle üçüncü derece ve beraberinde başka hastalık olanlarda (örn. rektosel, rektal prolaps) yapılmalıdır. Tercihan laparoskopik sigmoid rezeksiyonu ve rektopeksi ile beraber Douglas poşunun daraltılması en uygundur. Jorge ve ark. çalışmalarında "biofeedback" ile tedavi edilenlerde semptomatik iyileşmeyi karşılaştırmış, bunlarda iyileşme %33 olarak bildirilirken, cerrahi tedavi ile %100'e yaklaştığını bildirmiştir (52).

Sakral sinir stimülasyonu ürolojide detrüsr instabilitesi ve üriner retansiyon için kullanılmaktadır. Bu hastalarda defekasyon bozukluğunun düzeldiği tesadüfi olarak bulunmuştur (53). İdiyopatik konstipasyonlu hastalarda da barsak motilitesinin ve pelvik yapıların fonksiyonunun nöral kontrolü, tedavi edici bir başka yaklaşımdır. Bu yöntem az invaziv olsa da, daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır (54).

Sonuç olarak değişik sayıda anorektal fizyolojik testlerle hastalığın ortaya konulması, cerrahi tedavi yaklaşımını belirlemede faydalıdır. Ancak, skorlama ve laboratuvar testlerinde TD kriterleri ortaya konulmalıdır. Çünkü kriterler hem uygulanan tedavi yöntemleri, hem de birbirleriyle karşılaştırılması için cerraha fırsat verir. Birçok hasta cerrahi dışı yollar ile başarılı olarak tedavi edilebilir ve cerrahi yaklaşım ilk basamak tedavi değildir. Cerrahi, seçilmiş hastalara uygulanırken yeni yöntemlere de ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. D'Hoore A, Pennicks F. Obstructed defecation. *Colorectal Dis* 2003; 5: 280-287.
2. Andromanos N, Skandalakis P, Troupis T, Filippou D. Constipation of anorectal outlet obstruction: pathophysiology, evaluation and management. *J Gastroenterol Hepatol* 2006; 21: 638-646.
3. Khaikin M, Wexner SD. Treatment strategies in obstructed defecation and fecal incontinence. *World J Gastroenterol* 2006; 12: 3160-3173.
4. Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, Beer-Gabed M, Pescatori M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 363-384.
5. Rao SS. Dyssynergic defecation. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30: 97-114.
6. Rao SS, Welcher KD, Leistikow JS. Obstructive defecation: a failure of rectoanal coordination. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1042-1050.
7. Agachan F, Chen T, Pfeifer J, Reissman P, Wexner SD. A constipation scoring system to simplify evaluation and management of constipated patients. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 681-685.
8. Rao SS, Ozturk R, Laine L. Clinical utility of diagnostic tests for constipation in adults: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2005; 100: 1605-1615.
9. Tjandra JJ, Fazio VW, Church JM, Lavery IC, Oakley JR, Milsom JW. Clinical conundrum of solitary rectal ulcer. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 227-234.
10. Kuijpers HC, Strijk SP. Diagnosis of disturbances of continence and defecation. *Dis Colon Rectum* 1984; 27: 658-662.
11. Vaizey CJ, van den Bogaerde JB, Emmanuel AV, Talbot IC, Nicholls RJ, Kamm MA. Solitary rectal ulcer syndrome. *Br J Surg* 1998; 85: 1617-1623.
12. Lijmer JG, Mol BW, Heisterkamp S, et al. Empirical evidence of design-related bias in studies of diagnostic tests. *JAMA* 1999; 282: 1061-1066.
13. Pepin C, Ladabaum U. The yield of lower endoscopy in patients with constipation: survey of a university hospital, a public county hospital, and a Veterans administration medical center. *Gastrointest Endosc* 2002; 56: 325-332.
14. Lieberman DA, Prindiville S, Weiss DG, Willett W. VA Cooperative Study Group 380. Risk factors for advanced colonic neoplasia and hyperplastic polyps in asymptomatic individuals. *JAMA* 2003; 290: 2959-2967.
15. Patriquin H, Martelli H, Devroede G. Barium enema in chronic constipation: is it meaningful? *Gastroenterology* 1978; 75: 619-622.
16. Gerson DE, Lewicki AM, McNeil BJ, Abrams HL, Korngold E. The barium enema; evidence for proper utilization. *Radiology* 1979; 130: 297-301.
17. Halverson AL, Orkin BA. Which physiologic tests are useful in patients with constipation? *Dis Colon Rectum* 1998; 41: 735-739.
18. Wexner SD, Jorge JM. Colorectal physiological tests: use or abuse of technology? *Eur J Surg* 1994; 160: 167-174.
19. Vaizey CJ, Kamm MA. Prospective assessment of the clinical value of anorectal investigations. *Digestion* 2000; 61: 207-214.
20. Barnes PR, Lennard-Jones JE. Balloon expulsion from the rectum in constipation of different types. *Gut* 1985; 26: 1049-1052.
21. Nam YS, Pikarsky AJ, Wexner SD, et al. Reproducibility of colonic transit study in patients with chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 2001; 44: 86-92.
22. Prokesch RW, Breitenseher MJ, Kettenbach J, et al. Assessment of chronic constipation: colon transit time versus defecography. *Eur J Radiol* 1999; 32: 197-203.
23. Karlbom U, Pahlman L, Nilsson S, Graf W. Relationships between defecographic findings, rectal emptying, and colonic transit time in constipated patients. *Gut* 1995; 36: 907-912.
24. Chaussade S, Khyari A, Roche H, et al. Determination of total and segmental colonic transit time in constipated patients. Results in 91 patients with a new simplified method. *Dig Dis Sci* 1989; 34: 1168-1172.
25. Weber J, Ducrotte P, Touchais JY, Roussignol C, Denis P. Biofeedback training for constipation in adults and children. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 844-846.
26. Bouchoucha M, Devroede G, Arhan P, et al. What is the meaning of colorectal transit time measurement? *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 773-782.
27. Minguez M, Herreros B, Sanchiz V, et al. Predictive value of the balloon expulsion test for excluding the diagnosis of pelvic floor dyssynergia in constipation. *Gastroenterology* 2004; 126: 57-62.
28. Rao SS, Mudipalli RS, Stessman M, Zimmerman B. Investigation of the utility of colorectal function tests and Rome II criteria in dyssynergic defecation (Anismus). *Neurogastroenterol Motil* 2004; 16: 589-596.
29. Fleshman JW, Dreznik Z, Meyer K, Fry RD, Carney R, Kodner IJ. Outpatient protocol for biofeedback therapy of pelvic floor outlet obstruction. *Dis Colon Rectum* 1992; 35: 1-7.
30. Jones HJ, Swift RI, Blake H. A prospective audit of the usefulness of evacuating proctography. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 40-45.
31. Bannister JJ, Timms JM, Barfield LJ, Donnelly TC, Read NW. Physiological studies in young women with chronic constipation. *Int J Colorectal Dis* 1986; 1: 175-182.
32. Wald A, Caruana BJ, Freimanis MG, Bauman DH, Hinds JP. Contributions of evacuation proctography and anorectal manometry to evaluation of adults with constipation and defecatory difficulty. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 481-487.
33. Miller R, Duthie GS, Bartolo DC, Roe AM, Locke-Edmunds J, Mortensen NJ. Anismus in patients with normal and slow transit constipation. *Br J Surg* 1991; 78: 690-692.
34. Nyam DC, Pemberton JH, Ilstrup DM, Rath DM. Long-term results of surgery for chronic constipation. *Dis Colon Rectum* 1997; 40: 273-279.

35. Rex DK, Bond JH, Winawer S, et al. U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. Quality in the technical performance of colonoscopy and the continuous quality improvement process for colonoscopy: recommendations of the U.S. Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 1296-1308.
36. Gilliland R, Heymen S, Altomare DF, Park UC, Vickers D, Wexner SD. Outcome and predictors of success of biofeedback for constipation. *Br J Surg* 1997; 84: 1123-1126.
37. Williams NS, Fajobi OA, Lunniss PJ, Scott SM, Eccersley AJ, Ogunbiyi OA. Vertical reduction rectoplasty: a new treatment for idiopathic megarectum. *Br J Surg* 2000; 87: 1203-1208.
38. Speakman CT, Madden MV, Nicholls RJ, Kamm MA. Lateral ligament division during rectopexy causes constipation but prevents recurrence: results of a prospective randomized study. *Br J Surg* 1991; 78: 1431-1433.
39. Scaglia M, Fath S, Hallgren T, Nordgren S, Oresland T, Hulten L. Abdominal rectopexy for rectal prolapse. Influence of surgical technique on functional outcome. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 805-813.
40. Silvis R, Gooszen HG, van Essen A, de Kruif AT, Janssen LW. Abdominal rectovaginopexy: modified technique to treat constipation. *Dis Colon Rectum* 1999; 42: 82-88.
41. Rao SS, Enck P, Loening-Baucke V. Biofeedback therapy for defecation disorders. *Dig Dis* 1997; 15 (Suppl 1): 78-92.
42. Palsson OS, Heymen S, Whitehead WE. Biofeedback treatment for functional anorectal disorders: a comprehensive efficacy review. *Appl Psychophysiol Biofeedback* 2004; 29: 153-174.
43. Benninga MA, Buller HA, Taminiu JA. Biofeedback training in chronic constipation. *Arch Dis Child* 1993; 68: 126-129.
44. Chiang JM, Changchien CR, Chen JR. Solitary rectal ulcer syndrome: An endoscopic and histological presentation and literature review. *Int J Colorectal Dis* 2006; 43: 124-127.
45. Zbar AP, Lienemann A, Fritsch H, Beer-Gabel M, Pescatori M. Rectocele: pathogenesis and surgical management. *Int J Colorectal Dis* 2003; 18: 369-384.
46. Richardson MJ. The rectovaginal septum revisited: its relationship to rectocele and its importance in rectocele repair. *Clin Obstet Gynecol* 1993; 36: 976-983.
47. Murthy VK, Orkin BA, Smith LE, Glassman LM. Excellent outcome using selective criteria for rectocele repair. *Dis Colon Rectum* 1996; 39: 374-378.
48. Boccasanta P, Venturi M, Roviario G. Stapled transanal rectal resection versus stapled anopexy in the cure of hemorrhoids associated with rectal prolapse. A randomized controlled trial. *Int J Colorectal Dis* 2007; 22: 245-251.
49. Boccasanta P, Venturi M, Stuto A, et al. Stapled transanal rectal resection for outlet obstruction: a prospective, multicenter trial. *Dis Colon Rectum* 2004; 47: 1285-1296.
50. Dvorkin LS, Gladman MA, Epstein J, Scott SM, Williams NS, Lunniss PJ. Rectal intussusception in symptomatic patients is different from that in asymptomatic volunteers. *Br J Surg* 2005; 92: 866-872.
51. Jorge JM, Ger GC, Gonzalez L, Wexner SD. Patient position during cinedefecography. Influence on perineal descent and other measurements. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 927-931.
52. Jorge JM, Yang YK, Wexner SD. Incidence and clinical significance of sigmoidoceles as determined by a new classification system. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1112-1117.
53. Juenemann KP, Lue TF, Schmidt RA, Tanagho EA. Clinical significance of sacral and pudendal nerve anatomy. *J Urol* 1988; 139: 74-80.
54. Tanagho EA, Schmidt RA. Electrical stimulation in the clinical management of the neurogenic bladder. *J Urol* 1988; 140: 1331-1339.