

Kabızlığın etyolojik incelemesinde kolonik geçiş zamanı ölçümü önemli midir?

Is colonic transit-time measurement valuable in the etiological evaluation of constipation?

Sezai Demirbaş

Sayın Editör,

Ulusal cerrahi dergisinde 2012;28(1):31-33 te yayınlanan ve yazarlığını Sayın Bozkurt ve ark. larının yaptığı "Kabızlığın etyolojik incelemesinde kolonik geçiş zamanı ölçümü önemlidir?" isimli makaleyi dikkatle okudum. Makalede değinilen kabızlık ve ilgili ölçümdeğeri ile ilgili bildirmek istediklerim aşağıdadır.

Kolon geçiş zamanının ölçülmesi (kolonik transit zamanı-KTZ) bölge hastalıkları için kullanılan önemli fizyolojik testlerden biridir. Fakat bölge aslında yek bütün olmadığı için bu gibi testlerden ne kadar ne beklememiz gerektiği de diğer bir sorundur.

Pelvik bölge, kısaca bildirmek gerekir ise, 3 farklı fonksiyonel işlevin yürütüldüğü ve parametrik (logical) olarak ise üç farklı aks (rota) üzerinde yer alan perineal fonksiyonların birden değerlendirilmesi gereken bölgedir (1,2). Bu akslar jinekolojik, ürolojik ve koloproktolojik bölümler ile sınırlanır. Buradaki farklar pelvik yapıları ve organları sınırlayıcı bir korelasyon içindedir. Bir bölgedeki fonksiyon bozukluğu için tanı ve tedavi yolu diğerini klinik olarak etkiler. Doğru tanı ve tedavi için bu üç farklı aksı barındıran sistem (TAPE=Three axis perineal evaluation) bilinmelidir (1,3).

Kabızlıkla giden klinik durumlar sıralanır ise pelvik çatı fonksiyon bozukluğu, anismus, rektosel gibi etki yüzdeleri değişken bir çok klinik durumla karşılaşılır. Bu hastaların ortak klinik tablosu ise yine yazıda da belirtilen ve "Rome" kriterlerini kapsayan yakınmalardır. Fakat yalnız sayısal olarak defekasyon değerlendirilmesi kabızlık tanımı için kanımca yetersizdir. Değerlendirme yapılırken literatürde kabızlık ve beraberindeki bulgular adı altında (constipation and related symptoms) bir durum zikredilmektedir ve bunlar araştırılmalıdır (4). Çünkü, kişinin yaşam kalite-

sini bozar. Bu nedenle kabızlık denilince sayının yanında tuvalette uzun süre kalma, sert gaita yapma, gaita yapma sonrası tam rahatlayamama, defekasyon sırasında el ile yardım vb.gibi bulgularıda dikkate almak gerekir ki zaten başvuranların çoğu doğru yada eksik bir yol üzerinden bunu doktora elan bildirmektedirler. Daha da önemlisi bildirdikleri bu durum iyi dinlenir ise bazı yönlerde tanıya götüren bir yol olabilir. Aynı zamanda hastalar genellikle defekasyon sayısından önce karında distansiyon, sert gaita yapma ve günde belkide birden fazla laksatif kullandıklarını söylerler (4,5). Bence böyle hastalar için yapılacak ilk adım yazıda da belirtildiği gibi diyet ve posa alımının ayarlanması ve hastanın aktivitesinin artırılması olmalıdır. Kişilere mutlaka 30 g dan az olmamak kaydı ile (30-50 g) fiber almaları bildirilerek diyet düzenlenmelidir, ki ortalama 40-45 g fiber almak günde 14-16 yeşil meyveyi (Örn: armut) kabuğu ile beraber yemek demektir. Devamında kişi ortalama 2-3 l/gün sıvı almalıdır (Zaten bu durum uygulanabilse belki kabızlık hikaye olacaktır). Bu durum bir yaşam değişikliğidir ki kişilerin çoğu buna uyum sağlamaz. Bu tür hastalara son verisi sınırlı olan KTZ çalışmasının (bilinen organik bir hastalık durumu, örneğin rektal total prolaps gibi, yok ise) pratik değeri azdır. Markerlar sağ tarafta toplanırsa nörofonksiyonel bir durum, solda toplanır ise pelvik çıkım disfonksiyonu düşünmenin ötesinde veri çıkmayacaktır. Özellikle erkek hastalarda durumu daha da karmaşık hale getirebilir. Kadınlar için ise uzamış KTZ özellikle rahatsız barsak sendromu, divertikülü olanlar, beslenme alışkanlığı bozuk yada fast-food türünde beslenenler, rektal prolapsı yada grade 4 hemoroid (mukozal prolapsı)olanlar, çok doğum yaparak pelvik desensus bulguları klinik olarak olmasa bile radyolojik olarak başlamış olanlar için (6,7), toplumumuzdaki gibi sedanter bir yaşam içerisinde olanlar ve tam tersine aktif yaşam biçimindekiler için hatta

Gülhane Askeri Tıp Akademisi,
Genel Cerrahi Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

Dr. Sezai Demirbaş
E-posta: sdemirbas@gata.edu.tr

kırsal kesimde yaşayıp beslenme alışkanlığı gerçekten olağandan değişik olanlar için dahi farklılıklar göstermektedir. Bu yaşam biçim farkları ve klinik durumlar akla getirildiğinde aslında KTZ'nin tanıma etkisi ona yüklenmeye çalışılan vazifeden daha azdır.

KTZ'nin değerlendirilmesinde (birikimin bariz olduğu durumlar dışında, ki böyle hal sıktır...) kullanılan skorlama sistemleri üzerinde bir birliktelik olmadığı gibi konu içerisinde özelleşmemiş klinisyenler açısından da değerlendirme hatalarının yapılması veya skorlamanın yanlış yapılması mukadderdir. Bu nedenle fikrim bir skorlama sisteminin, ki en sık ve kolay kullanılanı olan ve Bruera (3) tarafından ortaya konulanın bile, yalnız başına birinci basamak tedavi hizmetlerinde tanı koydurucu olarak kullanılmamasıdır.

Kolonik pasaj fonksiyon bozukluklarını ortaya koymak için elimizde kullanacağımız veriler demografik bulgular, anal manometrik bulgular, defekogram, KTZ

ve klinik bulguların birlikte değerlendirilmesi olmalıdır. Klinik uygulamamızda (5) kabızlık şikayeti ile gelen hastalar için yukarıdaki 5 farklı bölüm kendi içerisinde ve birbirleriyle karşılaştırılmış sonuçta tanıya gitmek için değerli test olarak defekografi ve klinik bulguların kategorize edilerek değerlendirilmesi bulunmuştur (Screen Plot Variance yüzdelerinin karşılaştırılması ve ROC analizi sonucunda). Bu iki grup içerisinde bağımsız faktörler olarak abdominal distansiyon, sert gaita yapma, el ile yardım, evakuasyon kabiliyeti, istirahatle anorektal aç ve anal kanal uzunluğudur. Bizim serimizde 60 yaş civarı çoğunlukla kadın hastaların ve sıklıkla rektoseli olan hastaların bir küme oluşturması seçim biası olarak değerlendirile bile bu yaşta ve cins eğilimi zaten bu profilde polikliniğe yansımaktadır. Çalışmamızda elde edilen bağımsız faktörler olarak kabızlık skorlaması, laksatif kullanımı, sert gaita ve evakuasyon durumu ile KTZ ROC analizi ile karşılaştırıldı, KTZ'nin kabul edilen geleneksel akademik sınıflama sistemine görme

“fair and excellent area” dışında kaldığı bu nedenle de seckin bir test olarak değil fakat uygulanacaklardan biri olarak değerlendirilmesi yapıldı.

Kısaca belirtmek gerekir ise tedavi yanında diyet ve aktivite düzenlemesine uyumsuz kronik kabızlığı olan hastalar için fizyolojik test (ler) yapılmalıdır. Bu durum belki parasal tutar ve zaman kaybı açısından tartışmalıdır. Fakat birincil basamaktaki doktor karşısında kronik kabızlıktan bahseden bir kişi değerlendirdiği zaman abdominal distansiyon, sert gaita yapma, tam boşalamama, elle yardımda bulunarak gaita yapma ve boş karın grafisinde lokalize birikmiş gaitayı gördüğü ve kişinin de kendisine sürekli laksatif kullandığını bildirdiği her durumda daha ileri merkezlerden birine kabızlığın klinik değerlendirmesi için refere etmesi gereği vardır. Aksi hem zaman, para kaybına (fizyolojik testlerin ederinden daha fazla olmak üzere) hemde güven ve çalışma iştahı azalmasına neden olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Beco J, Bisschop G, Dijkstra R, Nelissen G, Mouchel J. Perineoloji... reaching equilibrium and preserving it? J Gynecol Obstet Biol Reprod 1999; 28(8): 855-6.
2. Arhan P, Devroede G, Jehannin B, Lanza M, Faverdin C, Dornic C, Persoz B, Tetreault L, Perey B, Pellerin D. Segmental-colonic transit time. Dis Colon Rectum 1981; 24(8): 625-9.
3. Bruera E, Suarez-Almazor M, Velasco A, Bertolino M, Mac Donald SM, Hanson J. The assesement of constipation in terminal cancer patients admitted to a palliative care unit: a retrospective review. J Pain Symptom Manage. 1999; 9(8): 515-19.
4. Mertz H, Naliboff B, Mayer EA. Symptoms and physiology in severe chronic constipation. Am J Gastroenterol 1999; 94: 131-8.
5. Balta AZ, Demirbas S, Ozturk R, Yucel E, Ozer MT, Ersoz N. Constipation as a defecation disorders: what do we expect from the physiologic tests? BMJ. 2011; 112(1): 34-40.
6. Knowles CH, Eccersley AJ, Scott SM, Walker SM, Reeves B, Lunnis PJ. Linear discriminant analysis of symptoms in patients with chronic constipation: validation of a new scoring system (KESS). Dis Colon Rectum 2000; 43(10): 1419-26.
7. 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(5): 589-96.