

**T.C.
FIRAT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**KABIZLIK YAKINMASI OLAN OLGULARDA; KLİNİK
BULGULARIN, ETİYOLOJİK NEDENLERİN VE İZLEM
SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

**UZMANLIK TEZİ
Dr. Mehmet Yusuf SARI**

**TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Yaşar DOĞAN**

**ELAZIĞ
2011**

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. İrfan ORHAN

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

.....
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

Doç. Dr. Yaşar Doğan

Danışman

Uzmanlık Sınavı Jüri Üyeleri:

.....
.....
.....
.....
.....

TEŞEKKÜR

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında asistanlığım süresince tecrübe ve fikirlerinden yararlandığım, yetişmemde emeği olan, eğitimime katkıları bulunan başta Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Erdal YILMAZ'a ve şahsında diğer öğretim üyelerine,

Bu çalışmanın planlanması ve yürütülmesinde bana yol gösteren, desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Yaşar DOĞAN'a

Beraber çalıştığım hemşire ve hastane personeline,

Hayatım boyunca desteğini benden esirgemeyen ve beni hiç yalnız bırakmayan aileme,

Asistanlık eğitimi süresince her durumda yanımda olan, desteklerin hiçbir zaman esirgemeyen asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim.

ÖZET

Kabızlık, çocukluk yaş grubunda sık görülen dışkılama bozukluğudur. Genel pediatri polikliniklerinin %3-5'ini, pediatrik gastroenteroloji kliniklerinin ise %25'e kadar yüksek bir oranını kabız hastaları oluşturur (1-6).

Bu çalışmanın amacı: Kabızlık yakınması ile getirilen olgularda klinik bulguları, etiyolojik nedenleri, yakınmayı arttıran nedenleri, kabızlığa yatkınlığı arttıran faktörleri, tedaviye yanıtı ve izlem sonuçlarını değerlendirmektir.

Bu çalışma, Ocak 2006-Ağustos 2010 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji polikliniğine kabızlık yakınması ile getirilen 192 olgu çalışmaya alındı.

Çalışmaya dahil edilen olguların yaşı, cinsiyeti, gestasyonel yaşı, ilk mekonyum çıkış zamanı, kabızlık nedeni, büyüme gelişmesi, günlük dışkılama sayısı, dışkılama kıvamı, ek gıda alıp almadığı, aile öyküsü, ana yakınma, yakınmayı arttıran faktörler, almış oldukları tedaviler, izlem süreleri, izlem sonuçları, başvurudan önceki yakınma süreleri kaydedildi.

Sonuç olarak; kabızlık yakınması ile getirilen olguların %56,8'i erkek %43,2'si kız idi. Olguların % 4,7'sinde organik, %95,3'ünde fonksiyonel kabızlık görülmüş olup, kabızlık yakınması en sık 37-72 ay grubunda görüldü. Bu olgularda en sık görülen yakınma karın ağrısı ve anal bölgede ağrı idi. Olguların %64,6'sında aile öyküsü vardı. Ortalama yakınma süresi 17.6 ay idi.

Yakınmayı arttıran nedenler değerlendirildiğinde olgularda diyet ve fiziksel aktivite azlığı yakınmayı arttıran en önemli faktörler olduğu görüldü.

Erken yaşlarda kabızlık şikayeti olan hastalarda yakınmanın tekrar oranı yüksek bulundu, ayrıca yaş ilerledikçe yakınmanın tekrar oranının azaldığı görüldü. 13-24 ay yaş grubunda yakınması tekrar edenlerin oranı daha yüksek görülmüş olup tedaviye en iyi yanıt 37-72 ay yaş grubunda görüldü.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, kabızlık, prognoz, medikal tedavi

ABSTRACT

Evaluation of clinical symptoms, etiological reasons and monitoring results of cases with constipation complaint

Constipation is an often seen defecation problem in childhood cohorts. A high rate of constipation cases makes up the general pediatry polyclinics %3-5 and pediatric gastroenterology clinics %25 (1-6)

The aim of this study is to evaluate clinical symptoms of cases with constipation complaint, etologic reasons, factors increasing the complaint, factors increasing the liability for constipation, response on treatments and monitoring results.

This study started with 192 cases having constipation complaint being brought to Fırat University Medical Faculty Children' s Health and Disease Department of Child Gastroenterological Polyclinics between January 2006- August 2010.

The age, gender, gestational age, the first meconium outflow time, constipation reason, growth-development, daily defecation number, defecation consistence, whether they took additional nutriment or not, family history, major complaint, factors increasing the complaint, treatments applied, monitoring periods, monitoring results, complaint periods before application have been recorded.

As a result; % 56,8 of the cases with constipation complaint were boys, % 43,2 were girls. %4,7 of the cases had organic, %95,3 functional constipation and constipation complaint was most found in cases between 37-72 month. The most common complaint of this cases was pain in the stomach and the anal area. %64.6 of the cases had a family history. Average complaint period was 17.6 month.

When the factors increasing the complaints were evaluated it was found that diet and physical activity rarity were the most important factors for this cases.

The repetition rate for patients with constipation problems in young age was found high, also it was found that the complaint repetition rate decreased with age. In the 13-24 age cohort the complaint repetition was found high end the best treatment response was seen in the 37-72 month age cohort.

Key Words: Children, Constipation, Prognosis, Medical Treatment

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	1
1.1.1. Kabızlığın tanımı	1
1.1.2. Dışkılama eylemi ve sayısı	1
1.1.3. Cinsiyet	3
1.1.4. Etiyoloji	4
1.1.4.1. Fonksiyonel kabızlık nedenleri	4
1.1.4.2. Organik kabızlık nedenleri	5
1.1.5. Kabızlık olgularında klinik	8
1.1.6. Kabızlık olgularında fizik muayene	8
1.1.7. Laboratuvar	10
1.1.8. Tedavi	12
Organik kabızlığın tedavisi altta yatan hastalığın özelliğine göre değişir.	12
1.1.8.1. Eğitim	13
1.1.8.2. Birikmiş ve sertleşmiş dışkının temizlenmesi	13
1.1.8.3. Yeniden dışkı birikmesinin önlenmesi	15
1.1.8.4. İzlem ve prognoz	16
2. GEREÇ VE YÖNTEM	17
3. BULGULAR	19
4. TARTIŞMA	25
5. KAYNAKLAR	30
6. EKLER	38
7. ÖZGEÇMİŞ	39

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Çocukların normal dışkılama sıklığı	3
Tablo 2. Fonksiyonel kabızlık nedenleri	4
Tablo 3. Yenidoğan ve süt çocuklarında fonksiyonel kabızlık tanı kriterleri	5
Tablo 4. Çocuklar ve adolesanlarda fonksiyonel kabızlık tanı kriterleri	6
Tablo 5. Organik kabızlık nedenleri	7
Tablo 6. Fonksiyonel kabızlıkla uyumlu bulgular	10
Tablo 7. Organik kabızlıkla uyumlu bulgular	11
Tablo 8. Çocuklarda konstipasyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ve yan etkileri	14
Tablo 9. Kabızlık yakınması olan hastalarda yaş grupları ve cinsiyet karşılaştırılması	19
Tablo 10. Dışkılama sıklığı ile yaş gruplarının karşılaştırılması	20
Tablo 11. Dışkılama sıklığı ve cinsiyetin karşılaştırılması	20
Tablo 12. Kabızlığın nedenleri	21
Tablo 13. Kabızlık yakınmasıyla başvuran hastaların ana yakınmaları	21
Tablo 14. Kabızlık yakınmasını arttıran nedenler	22
Tablo 15. Yaş grupları ile izlem sonuçlarının karşılaştırılması	23
Tablo 16. Kabızlık yakınması ile başvuran hastalara verilen tedavi	24
Tablo 17. Medikal tedavi ve izlem sonuçlarının karşılaştırılması	24

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Rektoanal anatomi	2
Şekil 2. Kabızlık yakınmasıyla başvuran olguların yaş gruplarına göre dağılımı	19

KISALTMALAR LİSTESİ

Ark : Arkadaşlar

MR : Magnetik rezonans

PEG : Polietilen glikol

1. GİRİŞ

Kabızlık normal dışkılama olayının yapılamayışı veya yetersiz oluşu sonucu sert ve seyrek dışkılama durumudur. Diğer bir tanımla haftada üç defadan az dışkılama, kitlenin sert olması, dışkılamanın ağrılı olmasıdır. Tanımı yapılırken dışkılama sayısından çok dışkı kıvamı ve dışkının su içerik yüzdesi önemlidir (7-9). Altı aydan uzun süren kabızlık kronik kabızlık olarak değerlendirilir (10).

Kabızlık, çocukluk yaş grubunda sık görülen dışkılama bozukluğudur. Okul öncesi çocukların yaklaşık %3'ü, okul çağındaki çocukların ise %1-2'si kabızlıktan yakınıdır. Bildirilen insidans %0.3-8 arasında değişmektedir. Ayrıca, genel pediatri polikliniklerinin %3-5'ini, pediatrik gastroenteroloji kliniklerinin ise %25'e kadar yüksek bir oranını kabız hastaları oluşturur (1-6)

Kronik kabızlık aileler için, ciddi bir hastalığın belirtisi olabileceği endişesi yaratabilir. Özellikle hayatın ilk aylarında ebeveynler çocuklarının dışkılama sıklığı ve özelliklerine çok önem gösterirler (7).

Kabızlık özellikle yenidoğan döneminde ciddi organik bozuklukların habercisi olabilirken, daha büyük çocuklarda olguların %95'inde kabızlığı açıklayacak organik bir neden yoktur. Bu olgular fonksiyonel kabızlık olarak adlandırılır.(7, 11, 12)

Bu çalışmanın amacı: Kabızlık yakınması olan çocuklarda klinik bulguları, etiyolojik nedenleri, yakınmayı arttıran nedenleri, kabızlığa yatkınlığı arttıran faktörleri, tedaviye yanıtı ve izlem sonuçlarını değerlendirmektir.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Kabızlığın tanımı

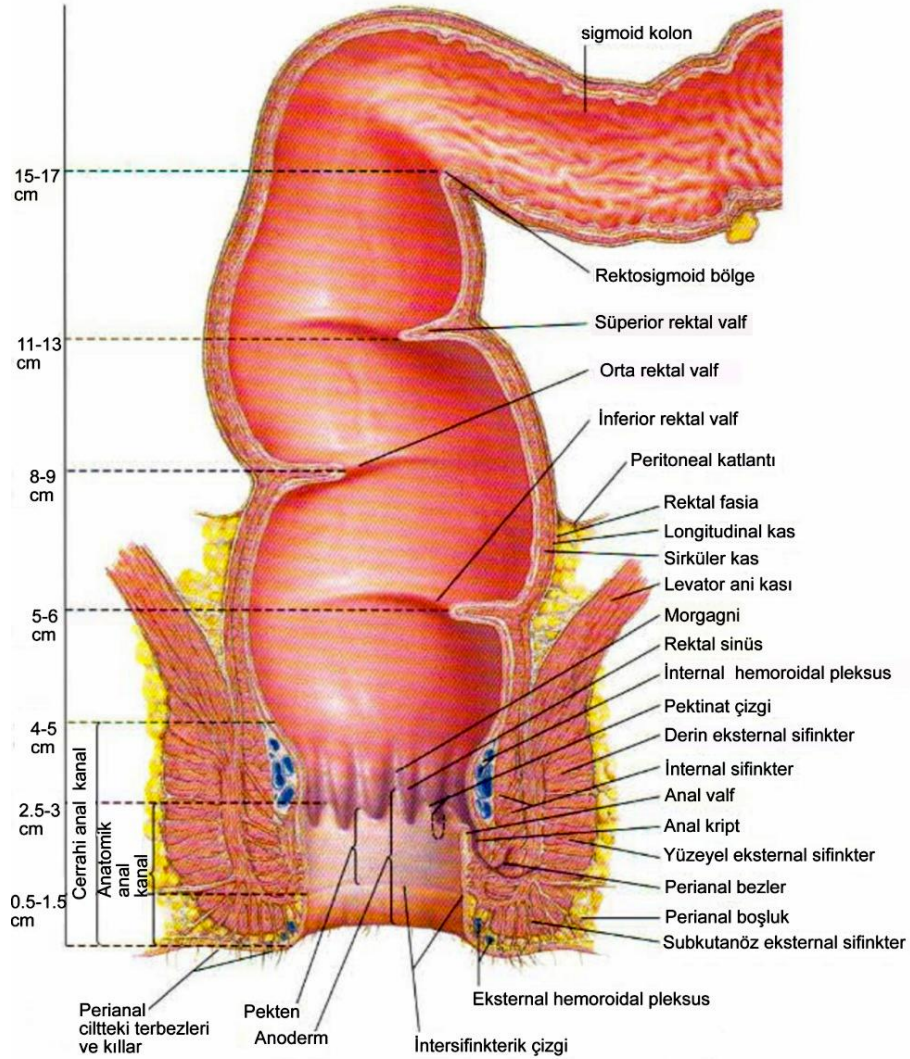
Kabızlık normal dışkılama olayının yapılamayışı veya yetersiz oluşu sonucu sert ve seyrek dışkılama durumudur. Diğer bir tanımla haftada üç defadan az dışkılama, kitlenin sert olması, dışkılamanın ağrılı olmasıdır. Tanımı yapılırken dışkılama sayısından çok dışkı kıvamı ve dışkının su içerik yüzdesi önemlidir (7-9). Altı aydan uzun süren kabızlık kronik kabızlık olarak değerlendirilir (10).

1.1.2. Dışkılama eylemi ve sayısı

Dışkılama kontrolü hayatın ilk yıllarında refleks olarak yönetilirken ikinci yıldan itibaren kortikal kontrol tarafından yönetilir. Dışkılama anorektal bölge adelesinin, motor ve sensorial sinirlerinin bir arada, eş güdümlü işlevi ile gerçekleşir.

Mideye gıdaların geçmesi ile gastrokolik refleks uyarılır ve kolonik itici kasılmalar başlar. Sol kolondan sigmoid kolona gelene kadar fekal kitle, sigmoid dolup gerilince peristaltik hareketlerle rektuma iletilir (13).

Rektum lümeninde levator ani ve puborektal kaslar yer almakta ve kanalla devam etmektedir. Anal kanal internal ve eksternal anal sfinkterlerle çevrilmiştir. Rektum distal ucundaki sirküler düz kas tabakası kalınlaşarak internal anal sfinkteri yapar. Eksternal anal sfinkter ise farklı bölgelerden bağlantıları olan çizgili kaslardan yapılır. İnternal anal sfinkterin düz kaslarının tonik kasılması puborektal çizgili kasların devamlı tonik kontraksiyonu bir arada fonksiyon göstererek rektum aksı ile anal kanal aksı arasında dik açı yapar (şekil1). Bu şekilde istirahatte rektum kapalı ve boş kalarak dışkı tutulur (8).



Şekil 1. Rektoanal anatomi (15)

Rektumun dışkı ile gerilmesi rektal duvara ve sfinkterlere basınç yapması ile psödoreseptörler uyarılır. Böylece afferent otonomik impluslar myenterik pleksuslar yoluyla ilerleyerek merkeze ulaşır. Merkez uyarıları değerlendirerek götürücü yollara aktarır ve dışkılama hissi oluşur (13).

Kişi dışkılama için istekli ise eksternal anal sfinkter ve puborektal çizgili kaslarda geçici istemli kasılmalar oluşur. Sonra rektal duvarın alt kısmındaki miyenterik pleksus yoluyla, sinir implusları distale geçirilerek internal anal sfinkter kaslarında refleks inhibasyon ve rektosfinkter gevşeme refleksi ile internal anal sfinkter gevşemesi olur. Bunu eksternal anal sfinkter gevşemesi izler. Sonuçta anal kanal ve rektum eksenleri arasındaki açı arttırılarak anal kanal açılır. Dışkı anal kanala girer. Bu sırada ıkınma ile diyafragma ve karın kaslarının kasılması sonucu pelvis basıncı arttırılarak pelvis tabanının gevşemesi sağlanır ve çizgili kas aktivitesi ile dışkı dışarı atılır. Dışkılama ile rektum ve sigmoid kolon boşalmış olur (13).

Yaş gurupları ve beslenme özelliklerine göre dışkılama özellikleri değişir. Çocuklarda dışkılama sıklığı doğumdan sonraki ilk haftalarda günde ortalama dört, iki yaşına kadar iki ve dört yaşına kadar ise bire iner (Tablo 1) (16). Yaşamın erken döneminde daha sık dışkı yapılması diyet tipi anne sütü alımı ve tuvalet eğitiminin olmaması ile ilişkilendirilebilir (17-22). Ayrıca ilk haftalarda dışkı sayısının alınan besin miktarı ile ilgisi olduğu, ancak daha sonraki haftalarda alınan besin miktarı arttığı halde dışkı sayısında azalma gözleendiği bilinmektedir. Bu durum da barsak fonksiyonlarındaki olgunlaşmanın gerçekleşmesine bağlanmaktadır (23).

Tablo 1. Çocukların normal dışkılama sıklığı

Yaş	Haftalık dışkılama sıklığı	Günlük dışkılama sıklığı
0-3 ay		
Anne sütü	5-10	2.9
Mama	5-28	2.0
6-12 ay	5-28	1.8
1-3 yaş	4-21	1.4
>3 yaş	3-14	1.0

1.1.3. Cinsiyet

Kabızlık üzerine cinsiyetin etkisi konusunda literatürde farklı veriler mevcuttur. Birçok çalışmada çocukluk dönemi kabızlık sıklığı açısından cinsiyet arasında fark saptanmamıştır (24-27).

1.1.4. Etiyoloji

Kabızlık hastalıktan ziyade bulgular topluluğu olarak veya hastalığa neden olan bir etken olarak kabul edilmelidir.

Çocukluk çağındaki kabızlık %95 fonksiyonel nitelikte olmasına rağmen organik sebeplerin dışlanması gereklidir (7, 11, 12).

1.1.4.1. Fonksiyonel kabızlık nedenleri

Fonksiyonel kabızlık organik bir neden olmadan tüm yaşlardaki çocuklarda görülen kabızlık durumunu tanımlar. Büyük çocuklarda kabızlık nedenlerinin %95'ini oluşturur (7, 11, 12). Bu olgularda bağırsağın yapısı ve innervasyonu normaldir.

Fonksiyonel kabızlık tanısı alan çocukların % 40'ı ilk yılda belirti vermeye başlamıştır. En yüksek sıklık tuvalet eğitiminin verildiği dönem olan 2-4 yaşlar arasında ve erkek çocuklarda görülür. Fonksiyonel kabızlık nedenleri tablo 2'de belirtilmiştir (7).

Tablo 2. Fonksiyonel kabızlık nedenleri

Fonksiyonel kabızlık nedenleri	
Gelişimsel	Kognitif bozukluk
	Dikkat ekikliği
Koşullara bağlı	Zorunlu tuvalet eğitimi
	İkınma-sakınma
	Aile içi zorlama
Depresyon	
Yapısal	Kolonik tembellik
	Genetik yatkınlık
Gayta volümünün azalması	Düşük lif içeriği
	Dehidratasyon
	Az beslenme yada malnutrisyon

Kabızlığı olan çocukların %28-50'sinde pozitif aile hikayesi olup monozigot ikizlerde dizigot olanlardan daha fazla oranda kabızlık görülür. Kabız çocuklarda aile hikayesi varlığını araştıran bir çalışmada, ailede kabızlık öyküsünü kabız olmayan çocuklarda %30.3, kabız olan çocuklarda ise %62.5 olarak belirtilmiştir (28).

Fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda karın ağrısı bilerek gevşetilmeyen anal sfinktere karşılık kasılan kolon nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Yorgunluk, uyku veya gaz çıkarma sırasında çocuğun pelvis tabanı ve sfinkterini gevşetmesi sonucunda sert dışkı kitlesinin kenarlarından yukarıdaki yumuşak dışkı dışarı kaçabilir (29-31).

Küçük çocuklarda 27 aylıktan önce tuvalet alışkanlığı oluşturmak için aile tarafından yapılan ısrar çoğunlukla başarısız olacağı gibi kabızlığa da yol açabilir. Çocukların çoğunda ağrılı dışkılamadan korkma fonksiyonel kabızlığın nedenini oluşturur (29-31).

Fonksiyonel kabızlık tanısı ayrıntılı sorgulama ve fizik muayene sonucunda konur. Dışkı kaçırma bazı aileler tarafından ishal olarak yorumlanabilir. Kabız olan çocuklar ayakta dolanırlar, dizlerini içe doğru büküp bir kenarda saklanırlar. Fizik muayene sırasında tespit edilen fekalom fonksiyonel kabızlığın göstergesidir. İleri düzeyde testlere gerek yoktur. Fizik muayenede fekalomun boyunu ölçmek önemlidir. Aile ve çocuğa açıkladıktan sonra rektal tuşe yapmak gereklidir. Rektal incelemeye izin vermeyen veya obez çocuklarda direkt batın grafisi de yararlı olabilir (7, 32-35). Roma III kriterlerine göre yenidoğanlar/süt çocukları ve çocuklar/adolesanlarda kabızlık kriterleri tablo 3 ve tablo 4’de belirtilmiştir (22, 23).

Tablo 3. Yenidoğan ve süt çocuklarında fonksiyonel kabızlık tanı kriterleri

Yenidoğan ve süt çocuklarında fonksiyonel kabızlık tanı kriterleri
Dört yaşına kadar olan çocuklarda aşağıdaki kriterlerden en az ikisinin bir ay boyunca varlığı
1. Haftada 2 veya daha az dışkılama
2. Dışkılama alışkanlığı edindikten sonraki dönemde haftada en az 1 kez dışkı tutamama
3. Aşırı dışkı tutma hikayesinin varlığı
4. Ağrılı ve sert dışkı yapma hikayesi olması
5. Rektumda büyük dışkı kitlesi varlığı
6. Tuvaleti tıkayabilen büyük dışkı hikayesi varlığı

1.1.4.2. Organik kabızlık nedenleri

Çocukların çok küçük bir bölümünde kabızlık organik bir nedene bağlıdır. Organik patolojiler kabızlık sebeplerinin %5 ini oluşturur(7, 11, 12).

Tablo 4. Çocuklar ve adolesanlarda fonksiyonel kabızlık tanı kriterleri

Çocuklar ve adolesanlarda fonksiyonel kabızlık tanı kriterleri*
Dört yaşın üzerinde ve IBS tanısı için yeterli kanıt bulunmayan çocuklarda aşağıdaki kriterlerden an az ikisinin varlığı
1. Haftada 2 veya daha az dışkılama
2. Haftada en az 1 kez dışkı tutamama
3. İstemli olarak dışkı tutma hikayesinin varlığı veya bunu gösteren postürün varlığı
4. Ağrılı ve sert dışkı yapma hikayesi olması
5. Rektumda büyük dışkı kitlesi varlığı
6. Tuvaleti tıkayabilen büyük dışkı hikayesi varlığı

*Tanıdan önceki 2 ay boyunca bu belirtilerin haftada en az 1 kez varlığı.

Çocuklarda organik kabızlığın öncelikli olarak araştırılması gerekmektedir. Çocuklarda organik kabızlık nedenleri tablo 5’de belirtilmiştir (7).

Anatomik malformasyonlar, nöropatiler, bağ dokusu hastalıkları, endokrin bozukluklar, metabolik nedenler, ilaç kullanımı ve zehirlenmeler bu grupta yer alır.

Hirschsprung hastalığı yenidoğanda alt intestinal sistem obstrüksiyonunun en sık sebebidir ve yeni yürümeye başlayan çocuklar ile okul çağı çocuklarında medikal tedaviye dirençli kabızlığın nadir sebeplerindendir (14,38).

Hirschsprung hastalığı; barsak duvarında ganglion hücrelerinin bulunmaması nedeni ile parasempatik innervasyon yokluğu ile karakterize nöromuskuler bir hastalıktır. Hirschsprung Hastalığının görülme sıklığı 5000 doğumda birdir ve erkeklerde kızlara oranla dört kat daha sık rastlanır. Down sendromu olanlarda görülme sıklığı dört kat artmıştır (39). Normal yenidoğanların %90’ı, Hirschsprung hastalığı olanların %10’u ilk mekonyumlarını hayatın ilk 24 saat içinde yaparlar (40).

Mekonyum çıkımında gecikme, safralı kusma karın şişkinliği, kabızlık, beslenme zorluğu, beslenmeyi reddetme, fizik muayenede gelisme geriliği ve rektal tuşede anal kanalın boş olması hastalığı akla getirmelidir. Kısa segment Hirschsprung hastalığı çocukluk çağına kadar tanı konamayabilir (41, 42). Hirschsprung hastalığında rektal biyopsi ve rektal manometri ile tanı kesinleştirilir. Anal kenarın en az 3 cm üzerinden ve yeterli derinlikte biyopsi alındığında ganglion hücrelerinin yokluğu tanı için yeterlidir. Anorektal manometri

ise anal sfinkterin balon ile şişirilmesine yanıtı değerlendirilir. Hirschsprung hastalığında tedavi cerrahidir (43).

Tablo5. Organik kabızlık nedenleri

Organik kabızlık nedenleri	
1. Anatamik	5. Bağ dokusu hastalıkları
İmporfore anüs	Sistemik lupus eritematozis
Anal stenoz	Skleroderma
Anüsün önde yerleşmesi	6. Nöropatik hastalıklar
Pelvik kitle (teratom vb.)	Spinal kord anormallikleri
2. Metabolik vegastrointestinal	Spinal kord travması
Hipotiroidizm	Nörofibromatozis
Hipokalemi	Ensefalopati
Hiperkalsemi	Tethered kord
Multipl endokrin neoplazi tip 2B	Serebral palsi
Diabetes mellitus	7. İlaçlar
Kistik fibrozis	Opiyatlar
Çölyak hastalığı	Fenobarbital
Renal tübüler asidoz	Sükralfat
3. Bağırsak sinir ve kas bozuklukları	Antasitler
Hirschsprung hastalığı	Antihipertansifler
İntestinal nöronal displazi	Antikolinerjikler
İntestinal psödoobstrüksiyon	Antidepresanlar
Visseral miyopatiler	Sempatomimetikler
Visseral nöropatiler	8. Diğer
4. Anormal karın kas yapısı	Botulizm
Prune belly sendromu	Ağır metal zehirlenmesi (kurşun)
Gastroşizis	Vitamin D zehirlenmesi
	İnek sütü protein intoleransı

Anorektal anomalilerin sıklığı 3000-15000 doğumda bir olarak görülür (44).

Metabolik nedenlerden hipokalemi ve hipokalsemi bağırsak motilitesini azaltarak kabızlığa neden olur bu nedenle hipokalsemiye sebep olabilecek nedenler araştırılmalıdır.

Opiyatlar, fenobarbital, antasitler, antihipertansifler, antikolinergikler, antidepresanlar, semptomimetikler kabızlığa neden olan ilaçlardır (85).

Kaba yüz görünümü, karında distansiyon, göbek fitiği, kuru kaba deri, kaba sesle ağlama, hipotonisitesi sahip kabızlık yakınması olanlarda hipotiroidi düşünülmeli ve araştırılmalıdır (46).

Kistik fibrozis 1/2500- 1/3000 sıklıkta görülen, otozomal resesif geçiş gösteren bir hastalıktır (47). Mekonyum ileusu, distal intestinal tıkanma sendromu, rektal polip, kistik fibrozis olgularında görülen ve kabızlığa sebep olabilecek durumlardır (48).

1.1.5. Kabızlık olgularında klinik

Doğumdan sonraki ilk dışkılama zamanı, sorunun başlangıç zamanı, akut başlangıcın olup olmadığı, kullanılan ilaçlar, iç çamaşır kirlenmesi, rektal kanama, bulantı, kusma, karın şişliği, anal bölgede ağrı, iştahsızlık, yetersiz kilo alımı, dışkının özellikleri, dışkı tutma davranışı ve idrar sorunları sorgulanmalıdır. Tipik bir öykü sorunun başlangıç zamanını ortaya koyar. Genellikle kabızlık anne sütünden mamalara veya katı gıdalara geçişte, daha büyük çocuklarda tuvalet alışkanlığı oluşurken kaka yapmanın ağırlı bulunması zamanında, okula başlarken okulda gündüz tuvalete gidilmemesi neden ile başlar (7, 32-35, 49-52). Ebeveynler çocuğun bir mobilyaya veya anne-babaya tutunarak parmaklarının ucunda yükseldiğini, bacaklarını sertleştirdiğini, solucan gibi kıvrıldığını, yerinde duramadığını ve bir köşede gizlendiğini söylerler. Dışkı tutma girişimleri ebeveynler tarafından yanlışlıkla dışkılama girişimi olarak tanımlanabilir. Dışkı kaçırma genellikle aralıktır. Günde bir defa veya çok sayıda olabilir. Dışkı kaçırma bazı ebeveynler tarafından ishale karıştırılabilir. Bazen dışkılama öncesi karın ağrısı yakınması olabilir. Dışkılamamanın uzun süre geciktirilmesi sonucu, huzursuzluk, karında distansiyon ve dışkı kitleleri, kramplar ve iştahsızlık gelişir. İdrar kaçırma ve idrar yolu enfeksiyonu bulguları kabızlık yakınmalarına eşlik edebilir (53-56).

1.1.6. Kabızlık olgularında fizik muayene

İyi bir öykü yanı sıra iyi bir fizik muayene kabızlık nedenlerinin ayırıcı tanısı için çoğu zaman yeterlidir. Hastalara tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Boy ve kilo kontrolü yapılarak büyüme geriliğinin olup olmadığı, karında distansiyon ve kitle varlığı araştırılmalıdır.

Perinenin, perianal bölgenin ve sakral bölgenin dışardan gözlemi çok önemlidir. Perine mutlaka fissür, deri hastalığı, anal ektopi ve sakral agenezis açısından incelenmelidir. İdrar inkontinansı da varsa omurga ve sakral bölge muayenesi mutlaka yapılmalıdır. Lumbosakral bölge muayenesi ile sakral agenezi, miyelodisplazi, gizli bir spinal kitle olasılığı yönünden alt ekstremitte muayenesi yapılmalıdır (57, 58).

Normal bebeklerin hemen hemen tamamı ve pretermilerin %98'i ilk 48 saatte mekonyum çıkarır. İlk 48 saatte mekonyum çıkarmayan yenidoğan anal atrezi, anal stenoz, hirschspung hastalığı ve kistik fibrozis açısından değerlendirilmeli ve araştırılmalıdır. Hirschspung hastalığında rektal muayeneden sonra parmak çekildiğinde fişkırtma tarzında dışkılama görülebilir. Safralı kusma, karın distansiyonu, bazen enterokolite bağlı kanlı ishal saptanabilir. Daha büyük çocuklarda abdominal distansiyon ve büyüme geriliği olabilir. Mekonyum tıkaçları kistik fibrozisi düşündürür (59).

Anüs pozisyonu önemlidir. Erkeklerde anüs-skrotum / skrotum-koksiks oranı >0.46 , kızlarda anüs-labium major/labium major-koksiks oranı >0.34 olmalıdır. Bu değerler normalden düşükse anüsün önde (anterior anüs) yerleşiminden bahsedilir (60).

Rektal muayene yapılarak anal tonus, anal kanalın uzunluğu, rektumda genişleme olup olmadığı, rektumda dışkının varlığı ve kıvamı araştırılmalıdır. Dışkı kitlesinin büyüklüğü dışkının sertliğine ve bimanuel palpasyonla abdominal rektus kaslarının üzerinden dışkının pelvik kanal üzerindeki boyuna göre hesaplanır. Obez ve huysuz çocuklarda hekim karın duvarı direncini yenerek dışkı kitlesini hissetmek için gerekli zaman ayırmalıdır. İlk kez görülen bir çocukta rektal muayene bazen korku ve negatif bir reaksiyon yaratabilir. Bu nedenle bu çocuklarda sadece perine incelenmeli ancak rektal tuşe bir sonraki muayeneye bırakılmalı ve tedaviye cevap alınamazsa yapılmalıdır.

Çocukluk dönemi kabızlıklı hastaların %77 sinde dışkı kitlesiyle beraberdir. Fonksiyonel konstipasyonlu çocuklarda rektal tuşeye karşı mantık dışı bir korku duyulması fonksiyonel dışkı birikimi olan çocuğun tipik özelliği olup diğer dışkılama bozukluklarında nadiren görülür. Fonksiyonel kabızlıkta; rektal muayene sırasında

dışkı ile dolu geniş bir rektum ve kısa bir anal kanal olduğu görülür. Perianal bölge derisinin uyarılması ile anüste refleks kasılma mevcuttur (61).

Fizik muayenede önce organik nedenler akla getirilmeli yoksa fonksiyonel kabızlık düşünülmelidir. Hastalarda tam bir nörolojik muayene yapılarak motor kuvvet ve derin tendon refleksleri kontrol edilmelidir. Organik ve fonksiyonel kabızlığın ayırımı genellikle iyi bir öykü ve fizik muayene ile yapılır.

Tablo 6’da fonksiyonel kabızlığın fizik bulguları, tablo 7’de organik kabızlık fizik bulguları verilmiştir (34, 62, 63).

Tablo 6. Fonksiyonel kabızlıkla uyumlu bulgular

Fonksiyonel kabızlık bulguları
Mekonyumun doğumdan sonraki ilk 24-48 saat içinde çıkarılması
Sert ve geniş çaplı dışkı
Dışkının taşması
Dışkılarken ağrı-dışkının tutulması
Perianal fissür-dışkının üzerinde kan
Karın ağrısı-iştahsızlık
Dışkılama hissi geldiğinde saklanma-tuvalete gitmekten çekinme
Karında dışkının palpasyonu-hafif distansiyon
Rektumun dışkı ile dolu olması
Anal ve Kreamaster reflekslerinin alınması

1.1.7. Laboratuvar

İyi alınmış anamnez ve dikkatli yapılmış fizik muayene sonucunda genel olarak ek laboratuvar çalışmalarına gerek kalmaz. Anamnez ve fizik muayene bulguları ile düşünülen ön tanıya yönelik olarak, elektrolit ve hormon değerleri, radyografik çalışmalar, anorektal işlemler veya rektal biyopsi yapılabilir. Yapılan tetkiklerin çoğu durumun ağırlığını, bazı alt tipleri ayırmaya ve ayırıcı tanı yapmaya yarar (34, 62, 63). Yapılacak tetkikler klinikten şüphelenilip başlangıçta yapılabileceği gibi, tedaviye alınacak cevaba göre sonradan da düzenlenebilir (28).

Düz karın grafisi bağırsakta dışkı birikimi ve omurgaya ait hastalıkları göstermede kullanılır. Baryumlu kolon grafisi kolonik veya rektal striktür gibi anatomik anormalliklerde de yararlıdır (45, 62, 64).

Tablo 7. Organik kabızlıkla uyumlu bulgular

Organik kabızlık bulguları
Büyüme gelişme geriliği
Karın distansiyonu
Lumbosakral kavsin yokluğu
Kıl kümesiyle kaplanmış pilonoidal çukur
Omurganın alt bölümünde orta hat pigmentasyon bozuklukları
Sakral agenezi
Gluteuslarda düzleşme
Ön yerleşimli, anüs
Gevşek, sürekli açık anüs
Palpe edilen abdominal fekal kitle ile beraber sıkı, boş rektum
Parmağın çekilmesiyle beraber sıvı dışkı ve havanın rektumdan dışarıya fişkırması
Dışkıda gizli kan
Anal refleksin yokluğu
Kremasterik refleksin yokluğu
Alt ekstremitelerin tonusunda ve/veya gücünde azalma
Alt ekstremitelerin derin tendon reflekslerinin gevşeme fazının yokluğu veya gecikmesi
Ateş

Kolonik transit zamanı fonksiyonel kabızlıkta sadece transit zamanını göstermek ya da biriken dışkı miktarını gözlemek için yapılır. Transit zamanı için ardarda üç gün sekiz radyopak marker içirilir ve beşinci gün düz film çekilerek filmde görülen marker sayısına göre; ağır gecikme, orta derecede gecikme, hafif gecikme ve normal olarak değerlendirilir. Ayrıca, markerlerin kaldıkları yerde önemlidir. Rektosigmoid bölgede birikim “çıkışta obstrüksiyon”, tüm kolon boyunca dağılım “pankolonik gecikme” olarak değerlendirilir (65). Normal transit zamanı kabızlığı ekarte ettirmez. Bu radyolojik çalışma tedaviye yanıtı değerlendirmede de kullanılabilir. Kaçırması devam eden bir çocukta radyopak marker görülmemesi fazla ilaç dozunu gösterirken, bulguların devam etmesi yetersiz tedavi ya da yanıtızlığı gösterir. Transit zamanı radyonüklid sintigrafi ile de gösterilebilir.

Düz karın grafisi bağırsakta dışkı birikimi ve omurgaya ait hastalıkları göstermede kullanılır. Baryumlu kolon grafisi kolonik veya rektal striktur gibi anatomik anormalliklerde de yararlıdır (45, 62, 64).

Kolonik transit zamanı fonksiyonel kabızlıkta sadece transit zamanını göstermek ya da biriken dışkı miktarını gözlemek için yapılır. Transit zamanı için ardarda üç gün sekiz radyopak marker içirilir ve beşinci gün düz film çekilerek filmde görülen marker sayısına göre; ağır gecikme, orta derecede gecikme, hafif gecikme ve normal olarak değerlendirilir. Ayrıca, markerlerin kaldıkları yerde önemlidir. Rektosigmoid bölgede birikim “çıkışta obstrüksiyon”, tüm kolon boyunca dağılım “pankolonik gecikme” olarak değerlendirilir (65). Normal transit zamanı kabızlığı ekarte ettirmez. Bu radyolojik çalışma tedaviye yanıtı değerlendirmede de kullanılabilir. Kaçırması devam eden bir çocukta radyopak marker görülmemesi fazla ilaç dozunu gösterirken, bulguların devam etmesi yetersiz tedavi ya da yanıtızsızlığı gösterir. Transit zamanı radyonüklid sintigrafi ile de gösterilebilir.

Manometri büyük çocuklarda etkisiz ıkınma gösterilebilir. İkınma esnasında eksternal sfinkterin gevşemesi yerine kasılması gözlenir.

Anorektal manometri, rektal biyopsi, kolonik manometri, baryum grafisi ve psikolojik değerlendirmede yardımcı olabilir. Kolonik manometri altta yatan bir nöropati veya miyopati de yararlı olabilir. Rektal biyopsi intestinal displazi yada diğer miyenterik anormallikleri gösterebilir (66).

Lumbosakral MR görüntüleme intraspinal problemleri (tethered cord, tümör, sakral agenezi) gösterebilir (66).

Metabolik testler (serum kalsiyum, tirokalsitonin ve tiroid fonksiyon testleri) metabolik sebepleri ayırt etmek için mutlaka yapılmalıdır (66).

1.1.8. Tedavi

Organik kabızlığın tedavisi altta yatan hastalığın özelliğine göre değişir.

Olguların büyük çoğunluğunu oluşturan fonksiyonel kabızlık tedavisi dört basamakta planlanır(49, 67, 68).

- a) Eğitim
- b) Birikmiş dışkının boşaltılması
- c) Yeniden birikmenin önlenmesi
- d) İzlem

1.1.8.1. Eğitim

Başarılı bir kabızlık tedavisi için anne-baba ve çocuğun eğitimi tedavinin ilk basamağını oluşturur. Çocuğa ve ailesine normal dışkılama mekanizması izah edilmelidir. Kabızlık ve nedenleri konusunda ailenin bilgilendirilmesi ve desteklenmesi, tuvalete zaman ayırma, tuvalete eğitimi diyet önerileri aktivite arttırılması, kullanılacak ilaçlar ve yan etkileri hakkında aileye bilgi verilmelidir. Eğer enkoprezis mevcut ise aileye ve çocuğa bunun istemli olmadığını anlatmak sosyal problemleri önler. Anne babalara pozitif ve destekleyici davranış şeklini benimsemeleri önerilmelidir, bunu başaramayacakları hissedilirse, eğitim desteği arttırılmalıdır. Tedavinin uzun süreli olduğu, ilaçların uygun dozda ve sürede kullanılmasının tedavi başarısı için gerekli olduğu belirtilmelidir (69). İlaçlar ve yan etkileri Tablo 8 de gösterilmiştir (1, 70-74).

Kabızlık tedavisinde kullanılan ilaçlar;

A-Ağızdan uygulananlar

1. Ozmotik etkili laksatifler; Laktuloz, laktilol, Mg hidroksit, Mg sitrat, polietilen glikol
2. Lavaj seklinde uygulananlar; polietilen glikol
3. Yumuşatıcı etki yapanlar; mineral yağı, likit parafin
4. Stimulan etki yapanlar; senna, bisakodil

B-Rektal yoldan uygulananlar; gliserin suppozatuar, fosfat lavman

1.1.8.2. Birikmiş ve sertleşmiş dışkının temizlenmesi

Dışkı birikimler fizik muayene esnasında palpe edilebilir. Dilate olan rektum fekal kitle ile dolmuştur ve fazla miktardaki gaita düz abdominal grafide görülebilir. Dışkı boşaltımı idame tedaviye geçmeden önce mutlaka yapılmalıdır (66). Bu da oral yada rektal yol ile yapılır. Kontrollü olmayan çalışmaların sonuçlarına göre oral, rektal yada her ikisi ile yapılan boşaltımın etkili olduğu görülmektedir (72, 73). Oral yol seçildiğinde, başlangıç tedavisi için mineral yağ, oral elektrolit solüsyonları tek başına yada kombine kullanılabilir (74, 75).

Tablo 8. Çocuklarda konstipasyon tedavisinde kullanılan ilaçlar ve yan etkileri

Laksatifler Osmotikajanlar	Doz	Yan etkiler
Laktuloz	1-3ml/kg/gün (Duphalac,Osmolak,Laevolac)	Abdominal kramp, meteorizm, hepatik ensefalopatide yüksek dozda kullanıldığında hipernatremi yapabilir, sentetik disakkarit olup uzun dönem tedavide iyi tolere edilir.
Sorbitol	1-3ml/kg/gün (Kansilak, Libalaks)	Laktuloz ile aynı yan etkilere sahip, laktuloza göre daha ucuz.
Magnezyum hidroksit	1-3ml/kg/gün	Hipermagnezemi, hipofosfatemi ve sekonder hipokalsemi, kolesistokinini uyandır
Magnezyum sitrat	>6 yaş 1-3ml/kg/gün, 6-12 yaş 100-150 ml/gün, >12 yaş 150-300 ml/gün	Hipermagnezemi, hipofosfatemi ve sekonder hipokalsemi
Osmotik lavmanlar		
Fosfat lavmanları	<2 yaş kullanılmaz > 2yaş 6ml/kg/gün	Rektal duvarda mekanik travma, kusma, abdominal distansiyon, hiperfosfatemi, hipokalsemi, tetani, HH ve renal yetersizliği olan olgularda toksik etki yüksek
Lavaj		
Polietilen glikol elektrolit solüsyonları	Boşaltım için 25 ml/kg/saat/ nazogastrik tüple, büyük çocuklarda idame tedavide 5-10 ml/kg/gün	Bulantı, kusma, aspirasyon, pnömoni, pulmoner ödem Mallory-Weiss yırtıkları
Lubricantlar		
Mineral yağ	<1 yaş önerilmez fekal kitle boşaltımı için 15-30 ml/yaş idame tedavide 1-3 ml/kg/gün	Aspirasyon ve lipoid pnömoni riski
Prokinetik		
Cisaprid	0.2 mg/kg/doz 3 veya 4 doz	Baş ağrısı, abdominal ağrı, diyare, sık idrar yapma, kardiyak aritmi
Stimülanlar		
Sena	2-6 yaş 2.5-7.5 ml/gün, 6-12 yaş 5-15 ml/gün	İntestinal motile artar Hepatit, melanozis koli (bırakıldıktan 4-12 ay sonra düzelir) hipertrofik osteoartropati, nefropati
Bisakodil	>2 yaş 0.5-1 suppozituar/doz	Karın ağrısı, diyare, hipokalemi, proktitis
Gliserin suppozituar	Maksimum iki kez (Gliserin kansuk supp.)	Yan etki bildirilmemiştir

Oral tedavi invaziv değildir, kolay uygulanabilir ve çocuğa duyu kontrolü sağlar ancak tedaviye uyum ve bağımlılık etkisi mevcuttur. Rektal uygulama hızlı etkilidir ancak invazivdir. Rektal yoldan boşaltım serum fizyolojik, mineral yağı, fosfat lavman kullanılabilir (41, 76). Bunlar oldukça yaygın kullanılmaktadır. Ancak sabun köpüğü, musluk suyu ve magnezyum lavmanları kullanımı önerilmemektedir. Çünkü potansiyel olarak toksiktirler. Bebeklerde gliserin suppozituar efektif olarak uygulanabilir ve daha büyük çocuklarda bisakodil supozatuarları önerilmektedir (76). Dijital yöntem ile boşaltım tartışmalıdır.

1.1.8.3. Yeniden dışkı birikmesinin önlenmesi

Rektosigmoid bölgenin boşaltılması sağlandıktan sonra amaç kolonda dışkı birikmesini önlemek ve rektumun normal büyüklüğüne dönmesini sağlamaktır. Amaç, günde en az bir-iki kez normal kıvamda dışkılamayı sağlamaktır. Çocuk her öğünden sonra beş dakika tuvalette oturtulmalıdır. Bu arada bir günlük tutulması ve günlük dışkı sayısının ve altına kaçırmaların işaretlenmesi çocuğu teşvik edici olduğu kadar tedaviye yanıtın izlenmesi açısından da yararlıdır (77).

Yumuşak gaita için sıvı alımı artırılır, emilen ve emilemeyen karbonhidratlar verilir. Özellikle meyve sularında (kuru erik, armut, elma suyu) bulunan sorbitol, gaita su miktarını ve gaita sayısını artırır (9, 78).

PEG yeniden dışkı oluşumunu önlemesi amacıyla verilebilir. Laktuloz veya laktitol PEG solüsyonuna seçenektir. Absorbe edilmezler ve osmotik bir ajan olarak etki ederler. Laktuloz etkili olmazsa bir senna preparatı eklenebilir. Senna, prokinetik bir laksatiftir ve akşamları verilir. Özellikle devamlı dışkısını tutma hareketleri yapan ve yeterli boşaltma sağlayamayan çocuklarda tercih edilir. Bisakodil de aynı amaçla kullanılabilir. Dışkı kaçırmaya sorunu olan çocuklarda metilselüloz kullanılabilir. Hacim oluşturan bir laksatif olarak çocuğun dışkısını daha kolay kontrol etmesini sağlayabilir. Aspirasyon riski olmayanlarda sıvı parafin verilebilir. Sıvı parafin dışkı kayganlaştırıcı/yumuşatıcı olarak etki ederken, bağırsakta hidroksi yağ asitlerine çevrilerek osmotik etki de yapar. Bu nedenle sıvı parafin karın ağrısına, ishale, gaza, elektrolit dengesizliklerine ve uzun süre kullanıma bağlı toleransa neden olmaz (79).

Günlük alınan lif miktarının artırılması kabızlığın önlenmesinde ve tekrarlamasının önlenmesinde önemlidir. Önerilen günlük miktar: “çocuğun yaşı (yıl)

+ 5 gram olarak hesaplanabilir. Alınan enerji miktarına göre ise her 1,000 kalori için 10-13 gram lif önerilir (80).

Fissürü olan çocuklarda laksatiflerin yanında ılık oturma banyosu ve lokal anestetik madde (lidokain %10, lidokain %5 + prilokain %5) içeren pomadlar ve %0.2'lik gliseril trinitrat merhemler günde iki kez distal anal kanala uygulanabilir. Bu çocuklarda internal anal sfinkterin istirahat halindeki basıncı yüksek olduğundan, tedavide de bu basıncın düşürülmesi önerilir (81).

Rektumun tam boşaltılması sağlandıktan sonra tuvalet eğitimi, dışkı yumuşatıcılar kullanılarak günlük boşalma sağlanmalı ve birikme engellenmelidir. Bu dönem en azından altı ayı alır. Bu dönemden sonra ilaçların gözetim altında azaltılarak kesilmesi önemlidir. Yeterli boşalmanın olmadığı düşünüldüğünde tekrar ilaç başlanmalıdır (82).

1.1.8.4. İzlem ve prognoz

Kabızlık tedavisi uzun bir süreci kapsamaktadır bu nedenle izlem önemlidir. Takip süresince ilaç tedavisi düzenli alınıp alınmadığı, başka bir problemin eşlik edip etmediği, verilen ilaç dozunun yeterli olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Yapılan çalışmalarda fonksiyonel kabızlığı olan hastaların 12 aylık izlemlerinde %50'sinin şikayetlerinin düzeldiği görülmüştür (45, 62, 63). Beş yıllık izlem çalışmalarının sonuçlarına göre kronik fonksiyonel kabızlıklı çocukların %48-75'i iyileşmiştir (62).

Remisyon oranı yüksek olmakla birlikte relapslarında sık olduğu bildirilmektedir. Bazı çalışmalarda %50-60 gibi yüksek oranda rekürrens bildirilmektedir (83).

Hastaların %5'ten azında cerrahi tedavi gerekir(84). Dirençli kronik kabızlık olgularında kolonik dismotilite akla gelmelidir(42).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Ocak 2006-Ağustos 2010 tarihleri arasında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji polikliniğine kabızlık yakınması ile getirilen 674 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi.

Çalışmaya alınan olguların dosyalarında bilgileri eksik olanlar, daha önce tanı konulan fiziksel aktiviteyi engelleyen kronik hastalık öyküsü bulunanlar, ağır nörolojik hasarı olanlar, ortopedik problemi olanlar ile düzenli izlemi olmayan hastalar çalışma dışı tutulduktan sonra 192 olgu çalışmaya alındı.

Çalışmaya dahil edilen olguların doğum tarihi, cinsiyeti, gestasyonel yaşı, ilk mekonyum çıkış zamanı, büyüme gelişmesi, günlük dışkılama sayısı, dışkılama kıvamı, anne sütü kullanımı, ek gıda alıp almadığı, ailede kabızlık hikayesi, ana yakınma, yakınmayı arttıran faktörler, izlem süreleri, izlem sonuçları, başvurudan önceki yakınma süreleri, kabızlık nedeni ve almış oldukları tedavi kaydedildi.

Tanım olarak haftada 3 defadan az dışkılama alışkanlığı olanlar ve her gün dışkılamaya rağmen, ağırlı ve sert dışkı yapan çocuklar kabız olarak değerlendirildi.

Hastalar yaş grubuna göre; 0-6 ay, 7-12 ay, 13-24 ay, 25-36 ay, 37-72 ay, 72 ay üstü olmak üzere altı gruba ayrıldı.

Gestasyonel yaşlarına göre; 38 haftadan önce doğanlar prematür, 38-40 haftalık doğanlar matür, 40 haftadan sonra doğanlar postmatür olarak değerlendirildi.

Olguların mekonyumlarını ilk 24 saatte yapanlar, 24-48 saatten sonra yapanlar ve 48 saatten sonra yapanlar olarak üç gruba ayrıldı.

Günlük dışkılama sayısını belirlemek için; çalışmaya katılan olguların dışkılama sayıları günde bir, günde iki, günde üç, günde dört, günde dörtten fazla, iki günde bir, üç günde bir olarak incelendi.

Olguların izlemleri; 0-2 ay, 3-6 ay, 7-12 ay ve 12 ay üstü olmak üzere dört gruba ayrıldı.

Olguların etiyojisinde organik ve fonksiyonel kabızlık olarak iki gruba ayrıldı. Organik kabızlığı olan hastaların nedenleri kaydedildi.

Olguların ana yakınmaları; karın ağrısı, dışkı kaçırma, iştahsızlık, rektal kanama, kilo kaybı, karın şişliği, anal bölgede ağrı olarak gruplara ayrıldı.

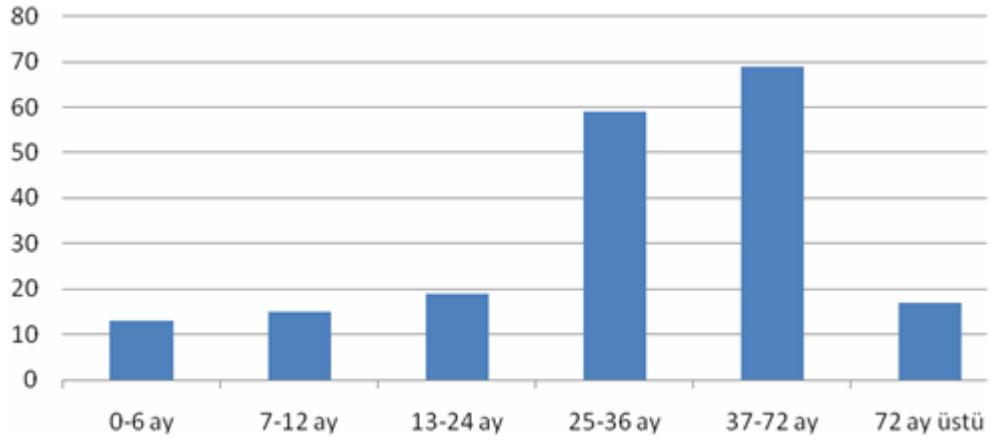
Olguların polikliniğe başvuramadan önce almış oldukları tedavi, izlem sırasında almış oldukları tedaviler ve tedavi sonuçları kaydedildi. Olguların bu verilere göre uygulanan medikal ve diğer tedavi yaklaşımları kaydedildi. Medikal tedavi başlanan olguların 4 haftalık aralarla medikal tedaviye yanıtları kaydedildi.

İzlem sonuçlarında cerrahiye yönlendirilenler, yakınması devam edenler, yakınması tekrar edenler, ve yakınması tamamen geçenler olmak üzere gruplara ayrıldı. Medikal tedavi altında olup yakınmaları geçmeyen olgular yakınması devam eden grubunda, medikal tedavi kesildikten 4 hafta sonra yakınması ve dışkılamanın ağrılı olmadığı olgular yakınması geçen grubunda, medikal tedavi kesildikten sonra yakınması olmayıp 4 haftanın sonunda haftada üç defadan az dışkılama ile dışkılamanın ağrılı olduğu olgular yakınması tekrar eden grubunda değerlendirildi.

Verilerin analizi SPSS 12.0 paket programında yapıldı. Sürekli verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığı Shapiro-Wilk testi kullanılarak bakıldı. Kategorik karşılaştırmalar için Khi kare testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

3. BULGULAR

Çalışmaya 192 olgu alınmış olup olguların 109'u erkek(%56,8), 83'ü kız (%43,2) idi. Olguların 13'ü (%6,8) 0-6 ay, 15'i (%7,8) 7-12 ay, 19'u (%9,9) 13-24 ay,59'u (%30,7) 25-36 ay, 69'u (%35,9) 37-72 ay, 17'si (%8,9) 72 ay üstü olarak dağıldı (şekil 2). En sık kabızlık görülme oranı 37-72 ay grubundaydı. Kabızlık yakınması ile getirilen olgularda yaş grupları ile cinsiyetler arasında anlamlı istatistiksel fark bulunamadı ($p>0.05$) (tablo 9).



Şekil 2. Kabızlık yakınmasıyla başvuran olguların yaş gruplarına göre dağılımı

Kabızlık yakınması ile polikliniğimize başvuran olguların kabızlık yakınma süreleri 1 ay ile 96 ay arasında değişiyordu. Hastaların ortalama yakınma süresi 17,6 ay idi.

Tablo 9. Kabızlık yakınması olan hastalarda yaş grupları ve cinsiyet karşılaştırılması

Yaş grubu (ay olarak)	Olgu sayısı	Cinsiyet		P
		Erkek (%)	Kız (%)	
0-6	13 (%6,8)	9 (%69,2)	4 (%30,8)	
7-12	15 (%7,8)	8 (%53,3)	7 (%46,7)	
13-24	19 (%9,9)	11 (%57,9)	8 (%42,1)	P>0.05
25-36	59 (%30,7)	30 (%50,8)	29 (%49,2)	
37-72	69 (%35,9)	41 (%59,4)	28 (%40,6)	
72 ve üstü	17 (%8,9)	10 (%58,8)	7 (%41,2)	

Kabızlık yakınması ile getirilen olguların dışkılama sıklığı dağılımında 105'i (%54,7) iki günde bir, 42'si (%21,9) üç günde bir, 41'i (%21,4) günde bir kez, 4'ü (%2,1) günde iki kez olarak görüldü. Olguların günlük dışkılama sayıları cinsiyete ve yaş gruplarına göre ayrı ayrı değerlendirildi. Yaş grupları ile dışkılama sıklığı arasında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$) (tablo 10). Olgularda yaş büyüdükçe dışkılama sayısının azaldığı görüldü. Cinsiyet ile dışkılama sayısı arasında anlamlı fark görülmedi ($p>0.05$) (tablo 11).

Tablo 10. Dışkılama sıklığı ile yaş gruplarının karşılaştırılması

Yaş grubu (Ay olarak)	Olgu sayısı (%)	Dışkılama sıklığı				P
		1 kez/gün	2 kez/gün	2 günde 1	3 günde 1	
0-6	13 (%6,8)	4 (%30,8)	3 (23,1)	4 (%30,8)	2 (%15,4)	p<0.05
7-12	15 (%7,8)	3 (%20)	1 (%6,7)	11 (%73,3)	0	
13-24	19 (%9,9)	6 (%31,6)	0	13 (%68,4)	0	
25-36	59 (%30,7)	12 (%20,3)	0	30 (%56,5)	17 (%24,6)	
37-72	69 (%35,9)	13 (%18,8)	0	39 (%47,1)	17 (%35,3)	
72 ve üstü	17 (%8,9)	3 (%17,8)	0	8 (%54,7)	6 (%21,9)	

Tablo 11. Dışkılama sıklığı ve cinsiyetin karşılaştırılması

Cinsiyet	Olgu sayısı (%)	Dışkılama sıklığı				P
		1 kez/gün	2 kez/gün	2 günde 1	3 günde 1	
Erkek	109 (%56,8)	26 (%23,9)	3 (%2,8)	58 (%53,2)	22 (%20,2)	p>0.05
Kız	83 (%43,2)	15 (%18,1)	1 (%1,2)	47 (%56,6)	20 (%24,1)	

Kabızlık yakınması ile getirilen olguların 9'unda (% 4,7) organik bir neden saptanmış olup, 183'ünde (% 95,3) fonksiyonel kabızlık olarak değerlendirildi.

Kabızlık yakınması ile getirilen olguların 2'sinde hipotoidi, 2'sinde aganglionik megakolon, 1'inde inek sütü alerjisi 2'sinde kistik fibrosiz,1 olguda anal atrezi, 1'inde tethered kord kabızlık nedeni olarak tesbit edildi.(tablo 12)

Tablo 12. Kabızlığın nedenleri

Kabızlık nedenleri	Olgu sayısı (%)
Fonksiyonel nedenler	183 (%95,3)
Hipotroidi	2 (%1)
Hirschsprung hastalığı	2 (%1)
Kistik fibrozis	2 (%1)
Tethered kord	1 (%0,5)
İnek sütü alerjisi	1 (%0,5)
Anal atrezi	1(%0,5)

Kabızlık yakınması olan olguların ana yakınmalarına bakıldığında; 192 olgunun 65'inde (%33,9) karın ağrısı, 53'ünde (%27,6) anal bölgede ağrı, 20'sinde (%10,4) dışkı kaçırma, 18'inde (%9,4) istahsızlık, 16'sında (%8,3) rektal kanama, 11'inde (%5,7) kilo kaybı, 9'unda (%4,7) karın şişliği görüldü.(tablo 13.)

Tablo 13. Kabızlık yakınmasıyla başvuran hastaların ana yakınmaları

Ana yakınma	Olgu sayısı (%)
Karın ağrısı	65 (%33,9)
Anal bölgede ağrı	53 (%27,6)
Dışkı kaçırma	20 (%10,4)
İştahsızlık	18 (%9,4)
Rektal kanama	16 (%8,3)
Kilo kaybı	11 (%5,7)
Karın şişliği	9 (%4,7)

Ailede kabızlık öyküsü varlığı açısından değerlendirildiğinde olguların 124 (%64,6) olguda ailede kabızlık öyküsü mevcut iken 68 olguda (%35,4) olguda ailede kabızlık öyküsü yoktu.

Kabızlık yakınması ile getirilen olguların 179'u (%93,2) doğumdan sonra ilk 24 saatte, 11'i (%5,7) 24-48 saate, 2'si (%1) 48 saat sonra dışkılama öyküsü vardı. 48 saat sonra dışkılaması olan 2 olgunun etiolojisinde organik sebep saptandı.

Olguların doğum öyküsüne bakıldığında 162'si (%84,4) matür, 18'i (%9,4) prematür, 12'si (%6,3) postmatür idi.

Yakınmayı arttıran faktörler değerlendirildiğinde olguların 53'ünde (%27,6) diyetin 24'ünde (%12,5) fiziksel aktivitenin, 14'ünde (%7,3) okulda tuvalet tutma davranışının, 5'inde (%2,6) geçirilmiş hastalıklar sonrası dönemin, 7'sinde (%3,6) ilaç kullanımı sonrası, 10'unda (%5,2) mama kullanımının ile kabızlık yakınmasının arttığını belirtmiş olup, 79'u (%41,3) ise yakınmayı arttıran bir neden belirtmemişti (tablo14). İlaç kullanan hastaların 3'ü demir preparatı, 3'ü antiepileptik ilaç, 1'i anti asit kullanımının kabızlık yakınmasını artırdığını belirtmişti.

Tablo14. Kabızlık yakınmasını arttıran nedenler

Yakınmayı arttıran nedenler	Olgu sayısı (%)
Belli bir neden yok	79 (%41,1)
Diyet	53 (%27,6)
Fiziksel aktivite	24 (%12,5)
Okul da tuvalet davranışı	14 (%7,3)
Mama kullanımı	10 (%5,2)
İlaç kullanımı	7 (%3,6)
Geçirilmiş hastalık	5 (%2,6)

Olguların 30'u (%15,6) iki ay, 48'i (%25) 3-6 ay, 97'si (%50,5) 7-12 ay, 17'si (%8,9) 12 aydan daha fazla takip edildi. 22 olgunun ise poliklinik takipleri devam etmekteydi.

Olguların 159'unun (%82,9) büyüme gelişmesi normal iken 33 ünde (%17,2) büyüme geriliği mevcut idi.

Takip süresi sonucunda kabızlık yakınması ile başvuran olguların 5'i (%2,6) cerrahiye yönlendirildi, 22'sinde (%11,5) tedaviye rağmen klinik düzelme yoktu, 139'unda (%72,4) tedavi sonrasında şikayetler tamamen düzelirken, 26'sında (%13,5) nüks görüldü. Cerrahiye verilen olguların tümünde organik sebep saptanmış olup 2'si hirschsprung hastalığı, 1'i anal atrezi, 1'i tethered kord, 1 'i kistik fibrozis olgusuydu (tablo 15).

Olguların dışkı şekilleri incelendiğinde % 83,3'ü sert %3,6'sı keçi pisliği , % 3,6'sı normale yakın olarak tanımlandı.

Tablo 15. Yaş grupları ile izlem sonuçlarının karşılaştırılması

Yaş grubu	Olgu sayısı	İzlem sonuçları			P	
		Cerrahiye verilenler	Yakınması devam edenler	Yakınması tekrar edenler		Yakınması olmayanlar
0-6	13 (%6,8)	4 (%30,8)	2 (%15,4)	2 (%15,4)	5 (%38,5)	P<0.05
7-12	15 (%7,8)	0	4 (%26,7)	4 (%26,7)	7 (%46,7)	
13-24	19 (%9,9)	0	4 (%21,1)	6 (%31,6)	9 (%47,4)	
25-36	59 (%30,7)	0	7 (%11,9)	8 (%13,6)	44 (%74,6)	
37-72	69 (%35,9)	0	4 (%5,8)	4 (%5,8)	61 (%88,4)	
72 ve üstü	17 (%8,9)	1 (%5,9)	1 (%5,9)	2 (%11,8)	13 (%76,5)	

Cinsiyetler ile izlem sonuçları arasında anlamlı fark tespit edilmedi.(P>0.05)

Yaş grupları ile izlem sonuçları arasında anlamlı fark görülmüş olup erken yaşlarda kabızlık şikayeti olan olgularda yakınmanın tekrar oranı yüksek bulundu, ayrıca yaş ilerledikçe yakınmanın tekrar oranının azaldığı görüldü. 13-24 ay yaş grubunda yakınması tekrar edenlerin oranı daha yüksek görülmüş olup tedaviye en iyi yanıt 37-72 ay yaş grubunda görüldü (tablo 15).

Kabızlık yakınması ile başvuran olguların 40'ı daha önceden tedavi almış fakat şikayetleri devam edenlerdi.

Olguların 148'ine laktuloz tedavisi, laktuloz tedavisine yanıt vermeyen 29 hastaya parafin likit, 5 hastaya makragol tedavisi başlandı (tablo16).

Tablo 16. Kabızlık yakınması ile başvuran hastalara verilen tedavi

	Olgu sayısı
Laktüloz alanlar	148(%77,1)
Parafin likit alanlar	29 (%15,1)
Makragol tedavisi alanlar	5 (%2,6)
Sennosoid A+B kalsiyum alanlar	2 (%1)
Dibazik sodyum monobazik sodyum fosfat alanlar	4 (%2,1)

Laktüloz tedavisine yanıt alınamayıp parafin likit alan 29 hastanın 5'inde nüks görüldü. Laktüloz tedavisine yanıt alınamayıp makragol tedavisi alan 5 olgunun 1'inde nüks görüldü (tablo 17).

Tablo17. Medikal tedavi ve izlem sonuçlarının karşılaştırılması

Verilen tedavi	Cerrahiye verilenler	İzlem sonuçları			P
		Şikayeti devam edenler	Nüks edenler	Şikayeti olmayanlar	
Laktüloz alanlar	0	21	18	109	
Parafin likit alanlar	0	0	5	24	
Makragol tedavisi alanlar	0	1	2	2	
Sennosoid A+B kalsiyum alanlar	0	0	1	1	P<.05
Dibazik sodyum monobazik sodyum fosfat alanlar	1	0	0	3	

Medikal tedaviye dirençli kabızlık yakınmasıyla başvuran olguların 1'inde tethered kord saptanmış olup cerrahiye verildi. Medikal tedavi başlanan olguların hiçbirinde komplikasyon görülmedi.

4. TARTIŞMA

Kabızlık, çocukluk çağında sık görülen ve genellikle tedaviye iyi cevap veren bir dışkılama bozukluğudur. Çocuk polikliniklerine getirilen olguların % 3-5'ini, çocuk gastroenteroloji polikliniğine başvuran olguların % 25'ini kabızlık yakınması olan olgular oluşturur (1-6).

Kabızlık özellikle yenidoğan döneminde ciddi organik bozuklukların habercisi olabilirken, daha büyük çocuklarda olguların %95'inde kabızlığı açıklayacak organik bir neden yoktur (11, 12). Aydoğdu ve ark.'nın (86) kabızlığı olan 128 olguyu kapsayan çalışmalarında fonksiyonel kabızlık oranı %96 olarak bildirilmişler. Doğan ve ark.'nın (87) 269 olguyu kapsayan çalışmasında fonksiyonel kabızlık oranını %91,4 olarak bildirmişler. Bizim çalışmamızda ise fonksiyonel kabızlık sıklığı %95,3 olarak bulundu.

Başak ve ark.'nın (88) 49 kabız çocuk olguyu incelediği çalışmalarında organik neden olarak; hipotiroidi, hirschsprung hastalığı ve çölyak hastalığı bildirilmiştir. Doğan ve ark.'nın (87) çalışmasında kabız olgularda organik neden olarak; hipotiroidi, çölyak hastalığı, hirschsprung hastalığı, inek sütü protein intoleransı bildirilmiş olup çalışmamızda ise organik neden olarak; hipotroidi, hirschsprung hastalığı, kistik fibrozis, tethered kord, inek sütü alerjisi bulundu.

Birçok çalışmada kabızlık sıklığının cinsiyetler arasında fark göstermediği saptanmıştır (83, 89, 90). Agnarsson ve ark.'nın (91) 136 kabız olguyu kapsayan çalışmasında, Baucke ve ark.'nın (32) 174 idiyopatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında kız erkek oranını eşit bildirmişler. Ip ve ark.'nın (92) 561 kabız olguyu kapsayan çalışmasında, Kajiwara ve ark.'nın (93) 5282 olguyu kapsayan çalışmasında, Ginkel ve ark.'nın (94) 418 olguyu kapsayan çalışmasında kabızlık kız olgularda daha sık bildirilmiş, Lorijn ve ark.'nın (95) 169 olguyu kapsayan çalışmasında, Berg ve ark.'nın (96) 47 olguyu kapsayan çalışmasında ise kabızlık erkek çocuklarda daha sık olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda kabız çocukların %56,8'i erkek %43,2'si kız idi.

Roma ve ark.'ı (97), 2-14 yaş arası olguları kapsayan çalışmalarında kabızlığı en sık dört yaş, Banaszkiwicz ve ark.'ı (98) 2-16 yaş arası olguları kapsayan 84 olguluk çalışmasında kabızlığın ortalama başlangıç yaşını 90 ± 41.5 ay, Agnarsson ve ark.'ı (91) 136 olguluk çalışmasında kabızlığın ortalama başlangıç yaşını 3,9 yaş,

Voskujil ve ark.'nın (34) çalışmasında kabızlığın ortalama başlangıç yaşını 7.9 yaş, Lewis ve ark.'nın (99) çalışmasında kabızlığın ortalama başlangıç yaşını 15 ay, Elshimy ve ark.'ı (100) 42 olguluk çalışmasında kabızlığın ortalama başlangıç yaşını 21 ay, Martinez ve ark.'ı (101) 62 olguluk çalışmasında kabızlığın ortalama başlangıç yaşını 6.1 yaş olarak bildirmiştir. Çalışmamızda ise kabızlık en sık 37-72 ay arasındaki grupta görüldü. Bu çalışmalardaki ortalama başlangıç yaşının farklı olması çalışmalardaki olgu kabul kriterlerindeki farklılıklardan kaynaklandığı düşünülmekle birlikte kabızlığın özellikle iki dört yaş arasında sık görülmesinin tuvalet eğitiminin bu yaşlarda başlaması ve kreşe başlama yaşı olması ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Banaszkiewicz ve ark.'ı (98) 84 idiyomatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında, ortalama dışkılama sıklığını haftada 2.2 ± 0.6 , Lorijin ve ark.'ı (95) 169 idiyomatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında ortalama dışkılama sıklığını haftada 2, Staiano ve ark.'ı (102) 103 idiyomatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında ortalama dışkılama sıklığını haftada 2, Ginkel ve ark.'ı (94) 418 idiyomatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında ortalama dışkılama sıklığını haftada 2, Baucke ve ark.'ı (32), 174 idiyomatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında, haftada üçten az dışkılama sıklığını %58 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda kabız çocuklar dışkılama sıklığı açısından incelendiğinde %54,7'si iki günde bir, %21,9'u üç günde bir, %21,4'ü günde bir kez, %2,1'i günde iki kez olarak dışkıladığı görüldü.

Morais ve ark.'ı (85) 116 kabız olguyu içeren çalışmalarında kabız olguların dışkılarının %84' ü katı sert %34' ü silindirik kalın dışkı, % 28' i keçi pisliği şeklinde tarif edilmiştir. Bizim çalışmamızda kabızlık yakınması ile başvuran hastaların dışkı şekilleri incelendiğinde % 83,3'ü sert %3,6'sı keçi pisliği , % 3,6'sı normale yakın olarak tanımlandı. Bu sonuçlara göre kabızlık yakınması olanlarda sadece dışkılamamanın sıklığının değil, dışkının kıvamı, dışkılama eylemi sırasında olguların sıkıntılı olması ve eşlik eden yakınmaların değerlendirilmesi gerekir.

Borowitz ve ark.'nın (103) yaptığı çalışmada ailelerin ateşli hastalık geçirme, seyahat etmek, cerrahi girişim, diyet, kardeş doğumu, ilaç kullanma ve tuvalet eğitiminin kabızlık yakınmasını arttırdığı belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda yakınmayı arttıran faktörler değerlendirildiğinde hastaların %27,6'sı diyetin %12,5'i

fiziksel aktivitenin, %7,3'ü okulda tuvalet tutma davranışının, %2,6'sı geçirilmiş hastalıklar sonrası dönemin, %3,6'sı ilaç kullanımı sonrası, %5,2'si mama kullanımının ile kabızlık yakınmasının arttığını belirtmiş olup kabızlık yakınması ile getirilen olgularda ve tedavi başlanılan olgularda bu faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

Ginkel ve ark.'ı (94) 418 idiopatik kabızlığı olan olguları kapsayan çalışmasında, Berg ve ark.'ı (96) 47 idiopatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında ailede kabızlık öyküsünü ile kabızlık arasında önemli ilişki olmadığını bildirmiş olup, Roma ve ark.'ı (28) ailede kabızlık öyküsünü kabız olmayan çocuklarda %30.3, kabız olan çocuklarda ise %62.5 olarak bildirmişler. Çalışmamızda ailede kabızlık öyküsü varlığı açısından değerlendirildiğinde olguların %64,6'sında ailede kabızlık öyküsü mevcut iken %35,4'ünde aile öyküsü yoktu. Bu durum barsak alışkanlığında kalıtsal faktörlerin etkili olabileceğini, ailesel diyet alışkanlığının kabızlığa etki ettiğini düşündürmüştür.

Polanco ve ark.'nın (104) 154 idiopatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında olguların %53,2'sinde karın ağrısı, %8,15'inde karında kitle olduğu bildirmiş, Martinez ve ark.'ı (101) 62 idiopatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında hastaların %31'inde enkoprezis olduğu bildirilmiştir. Doğan ve ark.'ı (87) çalışmalarında kabız olgularda %12,2 oranında karın ağrısı, %6,7 oranında ağrılı dışkılama, %15 oranında dışkılama ile birlikte olan kanama ve %2,9 oranında karın şişkinliği yakınmasının mevcut olduğunu bildirmişler, Ciampo ve ark.'nın (105) 313 olguda yaptığı çalışmada kabız olguların %21,4'ünde rektal kanama, %50'sinde dışkılama sırasında ağrı bildirilmiş, %91,6'sında dışkılama sırasında huzursuzluk ve zorlanma bildirmişler. Morais ve arkadaşları (85) kabız çocukların %61,1'inde karın ağrısı, %35'inde dışkıda kan bildirmişler. Çalışmamızda kabızlık yakınması olan olguların ana yakınmalarına bakıldığında %33,9'unda karın ağrısı, %27,6'sında anal bölgede ağrı, %10,4'ünde dışkı kaçırmaya, %9,4'ünde iştahsızlık, %8,3'ünde rektal kanama, %5,7'sinde kilo kaybı, %4,7'sinde karın şişliği görüldü.

Croaker ve ark.'ı (42) tedaviye dirençli kabızlığı olan ve motilite bozukluğu düşündükleri 140 olgu üzerindeki araştırmalarında bu hastalarda, kabız olmayan olgulara göre ilk mekonyumun daha geç çıkarıldığını bildirmişlerdir. Çalışmamızda kabızlık yakınması ile başvuran olguların %93,2'si doğumdan sonra ilk 24 saatte,

%5,7'si 24-48 saate, %1'i 48 saat sonra dışkılama öyküsü vardı. 48 saat sonra dışkılaması olan 2 olgunun etiolojisinde organik sebep saptandı. İlk mekonyum çıkarılmasında gecikme olan olguların dirençli kabızlık, motilite bozukluğu, organik nedenler yönünden takibinin ve araştırılmasının gerektiği görüldü.

Prematür bebeklerde mekonyum çıkarmada gecikme olabilir. Bu gecikme prematürelere sindirim sisteminin motor mekanizmalarının olgunlaşma gecikmesine ve ağızdan beslenmenin yetersiz olması nedeni ile sindirim sistemi hormonlarının uyarılmasındaki eksikliğe bağlanır (22, 106). Berg ve ark.'nın (96) yaptığı çalışmada ilk mekonyum çıkarmada gecikmenin konstipasyon görülme sıklığı ile ilişkisinin olmadığını göstermiştir. Weaver ve Lucas'ın (22) çalışmalarında 29. gebelik haftasından önce doğanlarda, 32. gebelik haftasından sonra doğanlara göre mekonyum yapma zamanları daha geç bulunmuştur. Cunningham ve ark.'nın (107) yapmış olduğu çalışmada düşük doğum ağırlıklı bebeklerde kabızlığın daha sık görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmamızda olguların doğum öyküsüne bakıldığında %84,4'ü matür, %9,4'ü prematür, %6,3'ü postmatür idi. Gastrointestinal fizyolojik gelişimin geri olması, nekrotizan enterekolit, nörolojik problemlerin daha sık görülmesi prematür bebeklerde kabızlığa zemin hazırlayan faktörlerdir(107).

Banaszkiewicz ve ark.'ı (98) 2-16 yaş arası 84 idiopatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında tedavi sonrasında başarı oranı %70, Lorijin ve ark.'ı (95) 5 yaşından büyük 169 idiopatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında başarı oranı %67,7, Ginkel ve ark.'ı (94) 1-8 yaşlarında 418 idiopatik kabızlığı olan olguyu kapsayan çalışmasında başarı oranı %83 bulunmuştur. Çalışmamızda olguların 148'ine laktuloz tedavisi, laktuloz tedavisine yanıt vermeyen 29 olguya parafin likit, 5 olguya makragol tedavisi verildi. Laktuloz ve parafin likit tedavisine yanıt alınamayan 2 olguya sennosoid A+B kalsiyum 4 hastaya dibazik sodyum monobazik sodyum fosfat verildi. Kullanılan laksatifler sabit dozda değil, olguların günde bir veya iki kez ağrısız yumuşak dışkılama yapabilecek şekilde arttırıldı. Olguların izlem sonuçlarında olguların %72,4'ünde tedavi sonrasında şikayetler tamamen düzeldi, %13,5'inde nüks görüldü. Erken yaşlarda kabızlık şikayeti olan olgularda nüks oranı yüksek bulundu. Ayrıca yaş ilerledikçe nüks oranının azaldığı görüldü. 13-24 ay yaş grubunda nüks oranı daha yüksek görülmüş olup tedaviye en iyi yanıt 37-72 ay yaş grubunda görüldü. 0-6 ay grubunda tedavi başarısı düşüktü.

Sonuç olarak; kabızlık yakınması ile getirilen olguların %56,8'i erkek %43,2'si kız idi. Kabızlık ile cinsiyet arasında istatistiksel bir fark saptanmadı. Olguların % 4,7'sinde organik, %95,3'ünde fonksiyonel kabızlık görülmüş olup, kabızlık yakınması en sık 37-72 ay grubunda görüldü. Bu olgularda en sık görülen yakınma karın ağrısı ve anal bölgede ağrı idi. Olguların %64,6'sında aile öyküsü vardı. Ortalama yakınma süresi 17.6 ay idi.

Olgularda yaş büyüdükçe dışkılama sıklığında azalma görülmüş olup, dışkılama sıklığı dağılımında olguların %54,7 iki günde bir dışkılıyordu.

Erken yaşlarda kabızlık şikayeti olan hastalarda yakınmanın tekrar oranı yüksek bulundu, ayrıca yaş ilerledikçe yakınmanın tekrar oranının azaldığı görüldü. 13-24 ay yaş grubunda yakınması tekrar edenlerin oranı daha yüksek görülmüş olup tedaviye en iyi yanıt 37-72 ay yaş grubunda görüldü.

Kabızlık yakınması ile başvuran olgularda organik nedenler dışlandıktan sonra yakınmayı arttıran faktörler belirlenmeli, uygun diyet değişiklikleri, hastaların yaşına uygun aktiviteler ve medikal tedaviler önerilmelidir.

5. KAYNAKLAR

1. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, Coffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29:612-626.
2. Abi-Hanna A, Lake AM. Constipation and encopresis in childhood. *Pediatrics in Review* 1998; 19:23-30.
3. Rasquin WA, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hayams JS, Milla PJ, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45: 1160-1168.
4. Griffiths DM. The Physiology of continence: idiopathic fecal constipation and soiling. *Semin in Pediatr Surg* 2002; 11:67-74.
5. Morais MB, Vítolo MR, Aguirre ANC, Fagundes-Neto U. Measurement of low dietary fiber intake as a risk factor for chronic constipation in children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29:132-135.
6. Nowicki MJ, Bishop PR. Organic causes of constipation in infants and children. *Pediatr Ann* 1999; 293-300.
7. Bacer SS, Liptak GS, Coletti RB, Croffie JM, Di Lorenzo C, Ector W, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29:612-626.
8. Di Lorenzo C, Benninga MA. Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. *Gastroenterology*. 2004; 126:33-40.
9. Roy CC, Silverman A, Allagille D. *Pediatric Clinical Gastroenterology*. Roy CC, Silverman A, Allagille D (editors). Constipation, fecal incontinence, and proctologic conditions. Mosby-Year Book Inc. 1995;494-521.
10. Baucke LV. Constipation in Children. *N Eng J Med* 1998; 339:1155-1156.
11. Baucke LV. Encopresis and soiling. *Pediatr Clin North Am* 1996; 43:279-289.
12. Levine MD. Encopresis. Its potentiation, evaluation and alleviation. *Pediatr Clin North Am* 1982; 29:315.
13. Reding R, Goyet JV, Gosseye S, Clapuyt P, Sokal E, Buts JP et al. Hirschsprung's disease: A 20 year experience *J Pediatr Surg* 1997; 32:1221-1225.

14. Arthur C. Guyton, John E. Hall Tibbi fizyoloji kitabı .Çavuşoğlu H, Çağlayan Yeğen B (editor) s.817-819,İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri, 2007
15. John T. Hansen, Bruce M. Koeppen (editors). Netter's Atlas of Human Physiology s.161 NewYork, 1998
16. Fontana M, Bianchi C, Cataldo F, Nibali SC, Cuccihara S, Casali LG, et al. Bowel frequency in healthy children. Acta Pediatr Scand 1989; 78:682-684.
17. Corazziari E, Staiano A, Miele E, Greco L: Bowel frequency and defacatory patterns in children: a prospective nationwide survey. Clin Gastroenterol and Hepatol 2005; 3:1101-1106.
18. Hyams JS, Treem WR, Etienne NL, Weinerman H, Hine P, Choy K, et al: Effect of infant formula on stool characteristics of young infants. Pediatrics 1995; 95:50- 64.
19. Nyhan WL. Stool frequency of normal infants in the first week of life. Pediatrics 1952; 10:414- 425.
20. Walker AR, Walker BF. Bowel behaviour in young black and white children. Arch Dis Child 1985; 60:967-970.
21. Weaver LT, Ewing G, Taylor LC. The bowel habit of milk-fed infants. J Pediatr Gastroenterol Nut 1988; 7:568-571
22. Weaver LT, Lucas A. Development of bowel habit in preterm infants. Arch Dis Child 1993; 68:317-320
23. Weaver LT, Steiner H. The bowel habit of young children. Arch Dis Child 1983; 59:649-652.
24. Bakvin H, Davidson M. Constipation in twins, Am J Dis Child 1971;121:179-181.
25. Del Ciampo IR, Galvao LC, Del Ciampo LA, Fernandes MI. Prevalance of chronic constipation in children at a primary health care unit. J Pediatr 2005; 78:497-502.
26. Iacano G, Merolla R, D'Amico D, Bonci E, Cavataio F, Di Prima L,et al. Gastrointestinal symptoms in infancy: A population-based prospective study. Dig Liver Dis 2005; 37:432-438.
27. Uğuralp S, Karaoğlu L, Karaman A, Demircan M, Yakıncı C. Frequency of enüresis, constipation and enüresis association with constipation in a group of school children aged 5- 9 years in Malatya,Turkey, Turk J Med Sci 2003; 33:315-320.

28. Roma E, Adamidis D, Nikolara R, Constantopoulos A, Messaritakis J. Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. *J. Pediatr Gastroenterol and Nutr* 1999; 28:169-174.
29. Blum NJ, Taubman B, Nemeth N. Relationship between age at initiation of toilet training and duration of training: a prospective study. *Pediatrics* 2003; 111:810-814.
30. Fishman L, Rapaport L, Cousineau D, Nurko S. Early constipation and toilet training in children with encopresis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34:385-388.
31. Cox DJ, Ritterband LM, Quillan W, Kovatchev B, Morris J, Sutphen J, et al. Assessment of behavioral mechanisms in maintaining encopresis: Virginia Encopresis-Constipation Apperception Test. *L Pediatr Psychol* 2003; 28:375-382.
32. Baucke LV. Constipation in early childhood: patient characteristics, treatment and long term follow-up. *Gut* 1993; 34:1400-1404.
33. Caplan A, Walker L, Rasquin A. Validation of the pediatric Rome II criteria for functional gastrointestinal disorders using the questionnaire on pediatric gastrointestinal symptoms. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005; 41:305-316.
34. Voskuijl WP, Heijmans J, Heijmans HS, Taminau JA, Benninga MA. Use of Rome II criteria in childhood defecation disorders: applicability in clinical and research practice. *J Pediatr* 2004; 145:213-217.
35. Davidson M, Kugler MM, Bauer CH. Diagnosis and management in children with severe and protracted constipation and obstipation. *J Pediatr* 1963; 62:261-275.
36. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminau J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006; 130:1519-1526
37. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130:1527-1537.
38. Russell MB, Russell CA, Niebuhr E. An epidemiological study of Hirschsprung's disease and additional anomalies. *Acta Paediatr* 1994; 83:68-71
39. Holschneider A, Ure BM. Hirschsprung Disease, *Pediatric Surgery*. Birinci baskı, Aschcraft KW WB Saunders Co, 2000; 453-472.

40. Clark DA. Times of first void and first stool in 500 newborns. *Pediatrics* 1977; 60:457-459.
41. Cox DJ, Sutphen J, Borowitz S, Dickens MN, Singles J, Whitehead WE. Simple electromyographic biofeedback treatment for chronic pediatric constipation/encopresis: Preliminary report. *Biofeedback Self Regul* 1994; 19:41-50.
42. Croaker GD, Pearce R, Li J, Nahon I, Javaid A, Kecskes Z. Idiopathic slow transit constipation is rare. But delayed passage of meconium is common in the constipation clinic. *Pediatr Surg Int* 2007; 23:1153-1159.
43. Rosemberg AJ, Vela AR. A new simplified technique for pediatric anorectal manometry. *Pediatrics* 1983; 71:240-245.
44. Drongowski R, Coran A. Dermatoglyphic Patterns in Children with Chronic Constipation. *Dig Dis Sci* 1995; 40:1420-1422
45. Benninga MA, Voskuil WP, Taminau JA. Childhood constipation: is there new light in the tunnel? *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004; 39:448-464.
46. Neyzi O. *Pediatric. Günöz H (editor). Hipotiroidi. s.1237-1238, 3.baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 2002*
47. Ranieri E, Lewis BD, Gryall GR, Morris CP, Nelson PV, Carey WF, et al. Neonatal screening for cystic fibrosis using immunoreactive trypsinogen and direct gene analysis: four years experience. *BMJ* 1994; 108:1469-72
48. Kerem E, Corey M, Kerem B, Durie P, Tsui LC, Levison H. Clinical and genetic comparisons of patients with cystic fibrosis, with or without meconium ileus. *J Pediatr* 1989; 114:767-773
49. Partin JC, Hamil SK, Fischel JE, Partin JS. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics* 1992; 89:1007-1009.
50. Morris YA, Talley NJ, Boyce PM, Nandurkar S, Andrews G. Evidence of a genetic contribution to functional bowel disorder. *Am J Gastroenterol* 1998; 99:1311-1317.
51. Benninga MA, Büller HA, Taminau JA. Chronic constipation in children: the effect of biofeedback training with a one year follow-up. *Arch Dis Child* 1993; 68:126-129.
52. Di Lorenzo C. Pediatric anorectal disorders. *Gastroenterol Clin North Am* 2001; 30:269-287.

53. Felt B, Wise CG, Olson A, Kochhar P, Marcus S, Coran A. Guideline for the management of pediatric idiopathic constipation and soiling. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:380-385.
54. Leung AK, Chan PY, Cho HY. Constipation in children. *Am Fam Physician* 1996; 54:611- 618.
55. Baucke LV. Urinary Incontinence and urinary tract infection and their resolution with treatment of chronic constipation of childhood. *Pediatrics* 1997; 100:228- 232
56. Weinberg G, Baley SI. Anorectal continence and management of constipation in children: Pediatric surgery. Birinci baskı. Aschcroft KW(editor). WB Saunders Co 2000; 502-510.
57. Arce DA, Ermocilla CA, Costa H. Evaluation of constipation. *Am Fam Physician* 2002; 65:2283-2290.
58. Castiglia PT: Constipation in children . *J Pediatr Health Care* 2001; 15: 200-202.
59. Cusick EL, Woodward MN. Hirschsprung's disease: outcome and how to follow-up. *Curr Pediatr* 2001; 11:286-290
60. Kasırğa E. Kronik konstipasyon ve beslenme *Güncel Pediatri* 2003; 4:113-118.
61. Warshaw JB. Functional Constipation and Encoprezis: Principles and Practice of Pediatrics. İkinci baskı. Oski FA, Angelis CD, Feigen RD, Millan JA (editors) JB Lippincott Company 1994; S.1843-1845.
62. Baucke LV. Functional fecal retention in childhood. *Practical Gastroenterology* 2002; 26:13-25.
63. Constipation Guideline Committee of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Evaluation and treatment of constipation in infants and children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2006; 43:1-13.
64. Croffie JM. Constipation in children. *Indian J Pediatr* 2006; 73:697-701.
65. Özen H, Koçak N, Dinler G, Saltık İ. Çocukluk çağında fonksiyonel kabızlığın tedavisinde sisaprid. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1998; 41:191-196.
66. Memeşa A, Özkan T, Özeke T. Çocuklarda Kronik Konstipasyona Yaklaşım, Tedavi ve İzlem. *Güncel Pediatri* 2004; 2:21-31

67. Baucke LV. Management of chronic constipation in infants and toddlers. *Am Fam Physician* 1994; 49:397-406.
68. McClung HJ, Boyne L, Heitlinger L. Constipation and dietary fiber intake in children. *Pediatrics* 1995; 96:999-1000.
69. Rappaport LA, Levine MD. The prevention of constipation and encopresis: a developmental model and approach, *Pediatr Clin North Am* 1986; 33:859-869.
70. Baucke LV. Clinical approach to fecal soiling in children. *Clin Pediatr* 2000; 39:603-607.
71. Elawad MA, Sullivan PB. Management of constipation in children with disabilities. *Dev Med Child Neurol* 2001; 43:829-832.
72. Tolia V, Lin CH, Elitsur Y.A. Prospective randomised study with mineral oil and oral lavage solution for treatment of fecal impaction in children . *Aliment Pharmacol Ther* 1993; 7:523-529.
73. Ferguson A, Culbert P, Gilett H, Barras N. New polyethylene glykol electrolyte solution for the treatment of constipation and fecal impaction. *Gastroenterol Hepatol* 1999;31:249-252.
74. Gleghorn EE, Heyman MB, Rudolph CD. No-enema therapy for idiopathic constipation and encopresis. *Clin Pediatrics* 1991; 30:667-672.
75. Ingebo KB, Heyman MB. Polyethylene glycol-electrolyte solution for intestinal clearance in children with refractory encopresis: A safe and effective therapeutic program. *AJDC Am J Dis Child* 1988; 142:340-342.
76. Nurko S, Garcia-Aranda JA, Guerrero VY, Worona L.B. Treatment of intractable constipation in children : experience with cicapride. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1996; 22:38- 44.
77. Özen H.Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçırma Hacettepe Tıp Dergisi 2004; 35:135-142.
78. Baucke LV. Modulation of abnormal defecation dynamics biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. *J Pediatr* 1990; 116:214-222.
79. Sharif F, Crushell E, O'Driscoll K, Bourke B. Liquid paraffin: a reappraisal of its role in the treatment of constipation. *Arch Dis Child* 2001; 85:121-124.
80. Anonymous. Position of the American Dietetic Association: health implications of dietary fiber. *J Am Diet Assoc* 2002; 102:993-1000

81. Sönmez K, Demiroğulları B, Ekingen G, Türkyılmaz Z, Dursun A, Bor V, et al. Randomized, placebo-controlled treatment of anal fissure by lidocaine, EMLA, and GTN in children. *J Pediatr Surg* 2002; 37:1313-1316.
82. Voskuijl W, De Lorijn F, Verwijns W, Hogeman P, Heijmans J, Makel W, Taminiu, et al. PEG 3350 versus lactulose in the treatment of childhood functional constipation : a double blind, randomised, controled multicentre tria. *Gut* 2004; 53:1590-1594.
83. Amendola S, DeAngelis P, Dall'Oglio L, Di Abriola F, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children. *J Pediatr Surg* 2003; 38:819-823.
84. Fitz Harris GP, Garcia-Aguillar J, Parker SC, Madoff KD, Bullard KM, Goldberk SM et al. Quality of life after subtotal colectomy for slow-transit constipation: both quality and quantity count. *Dis Colon Rectum* 2003; 46:433-440.
85. Morais MB, Maffei HV. Constipation. *J Pediatr* 2000; 76:147-156
86. Aydoğdu S, Selimoglu MA, Ünal F, Alım HÇ, Yagcı RV. Çocukluk yaş grubunda konstipasyon ve yönetimi. XXX. Ulusal Pediatri Kongresi Kitabı,1999; 1:126-128.
87. Doğan Y, Ergün Y, Çokuğuş FC, Kutlu T. Kabızlık yakınması olan olguların retrospektif dökümü *Türk Pediatri Arşivi* 2005; 40: 23-27
88. Akyıldız BN, Nuhuğlu A, Urgancı N. . Kronik Konstipasyonlu Olgularımızın Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri* 2005; 14:66-69
89. Ahmad T, Banez GA, Steffen RM, Feinberg L, Worley S, Mahajan L. Defecation anxiety in children with functional constipation. *Am J Gastroenterol* 2003; 98:267- 268.
90. Gomes RC, Maranhao HS, Pedrosa Lde F, Morais MB. Fiber and nutrients in constipated children. *Arq Gastroenterol* 2003; 40:181-187
91. Agnarsson U, Warde C, Mccarthy G, Evans N. Perianal appearances associated with constipation. *Arch Dis Child* 1990; 65:1231-1234.
92. Ip KS, Lee WT, Chan JS, Young BW. A community-based study of the prevalance of constipation in young children and role of dietary fibre. *Hong Kong Med J* 2005; 11:431-436
93. Kajiwara M, Inoie K, Usui A, Kurihara M, Usui T. The mictirition habits and prevalance of day time ürinary incontinance in Japanese Primary school children. *J Urol* 2004; 171:403-407

94. Van Ginkel R, Reitsma JB, Buller HA, Van Wijk MP, Taminiu JA, Benninga MA. et al. Childhood constipation: longitudinal follow up beyond puberty. *Gastroenterology* 2003; 125:357–63.
95. De Lorijn F, van Wijk MP, Reitsma JB, Taminiu JAJM, Benninga MA. Prognosis of constipation: clinical factors and colonic transit time. *Arch Dis Child* 2004; 89:723–727
96. van den Berg MM, van Rossum CH, de Lorijn F, Reitsma JB, Di Lorenzo C, Benninga MA. Functional constipation in infants: a follow-up study. *J Pediatr* 2005; 147:700–704
97. Roma Giannikou E, Adamidis D, Gianniou M, Nikolara R. Epidemiology of chronic constipation in Greek children. *Hell J Gastroenterol* 1999; 12:58-62
98. Banaszkiwicz A, Bibik A, Szajewska H. Functional constipation in children; a follow up study. *Pediatrics Wspolczesna* 2006; 8:21–23.
99. Lewis NA, Lewitt MA, Zallen GS, Zafar MS, Iacano KL, Rossman JE, et al. Diagnosing Hirschsprung's Disease: Increasing the Odds of a positive rectal biopsy result. *J Pediatr Surg* 2003; 38:412-416
100. Elshimy N, Gallagher B, West D, Stringer MD, Puntis JV. Outcome in children under 5 years of age with constipation: a prospective follow-up study. *Int J Clin Pract* 2000; 54:25–27.
101. Martinez-Costa C, Palao-Ortuno MJ, et al. Functional constipation: prospective study and treatment response. *Anales de Pediatría* 2005; 63:418–25.
102. Staiano A, Andreotti MR, Greco L, Bsaline P, Auricchio S. Long term follow up of children with chronic idiopathic constipation. *Dig Dis Sci* 1994; 39:561–564
103. Borowitz SM, Cox DJ, Tam A, Ritterband LM, Sutphen JL, Penberthy JK. Precipitants of constipation during early childhood. *J Am Board Fam Pract* 16:213-217
104. Polanco I, Abarca L. Longitudinal study of constipation symptoms and dietetic habits in children. *Pediatrics* 2004; 24:9-16.
105. Del Ciampo IR, Del Ciampo LA, Fernandes MI. Dietary fiber and constipation. *J Pediatr* 2004; 80:527-529
106. Kumar SL, Dhanireddy R. Time of first stool in premature infants: Effect of gestational age and illness severity. *J Pediatr* 1995; 127:971-984
107. Cunningham C, Taylor HG, Klein N, Minich NM, Hack M. Constipation is a problem among former <750 gram birthweight children. *Pediatr Res* 1998; 43:100

6. EKLER

Dosya inceleme formu

Adı - Soyadı:

Yaş:

Cinsiyet:

Erkek

Kız

Dışkılama sayısı:

1 kez/gün

2 kez/gün

3 kez/ gün

2 günde 1

3 günde 1

Gestasyonel yaş:

Prematür

Matür

Postmatür

İlk mekonyum çıkış zamanı:

İlk 24 saat

24-48 saat

48 saaten sonra

Kabızlık nedeni:

Organik kabızlık

Fonksiyonel kabızlık

Organik kabızlık nedeni:

Ana yakınma:

Karın ağrısı

Dışkı kaçırma

İştahsızlık

Rektal kanama

Kilo kaybı

Karın şişliği

Anal bölgede ağrı

Ailede kabızlık öyküsü:

Var

Yok

Başvuru öncesi yakınma süresi:

Almış oldukları tedavi:

İzlem süresi:

İzlem sonuçları:

Cerrahiye yönlendirilenler

Yakınması devam edenler

Yakınması tekrarlayanlar

Yakınmayı arttıran nedenler:

Belli bir neden yok

Diyet

Fiziksel aktivite

Okul da tuvalet davranışı

Mama kullanımı

İlaç kullanımı

Geçirilmiş hastalık

Dışkı kıvamı:

Sert

Keçi pislği şeklinde

Normal

7. ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Elazığ'da doğdum. İlk, orta ve lise eğitimimi Elazığ'da tamamladım. 1999 yılında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nde tıp eğitimime başladım ve 2004 yılında mezun oldum. 2006 yılında Tıpta Uzmanlık Sınavını kazanarak 2006 yılı Haziran ayında Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında uzmanlık eğitimime başladım. Halen eğitimime devam etmekteyim.