

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDEKİ KABIZLIKTA YÜKSEK FİBRİN İÇERİKLİ MAMALARIN YERİ

¹ Halil İbrahim Tanrıverdi

¹ Ufuk Şenel

High Fibre Formulas at Childhood Constipation

ÖZET

Amaç: Kabızlık çocukluk çağıının en sık görülen yakınmalarından birisidir. Genellikle 2-4 yaş arasında görülür. Kabızlık tedavisinde tuvalet eğitimi, diyetteki lifin artırılması ve oral laksatifler kullanılır. Bu çalışmada yüksek fibrin içerikli mamaların kabızlık tedavisindeki etkililerinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Polikliniğimize kabızlık nedeniyle başvuran ve fonksiyonel kabızlık tanısıyla takip edilen bir yaş üstü hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Klasik kabızlık tedavisi verilen hastalar (Grup 1) ile klasik kabızlık tedavisine ek olarak yüksek fibrin içerikli mama verilen hastalar (Grup 2) tedaviye verdikleri cevap açısından birbirleriyle karşılaştırıldı.

Bulgular: Her iki grubun da tedaviden anlamlı olarak fayda gördüğü, kabızlık şikayetlerinin tedavi öncesine göre anlamlı olarak düzeldiği saptandı. ($p<0,001$; $p<0,001$). Ayrıca Grup 2' deki olguların Grup 1' deki olgulara göre anlamlı olarak tedaviden daha fazla fayda gördükleri tespit edildi ($p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışmada kabızlık tedavisinde yüksek lifli beslenme yanında yüksek fibrin içerikli mamaların da kullanılabilmesi gösterilmiştir. Özellikle lifli besinleri tüketmek istemeyen ya da tüketmekte zorlanan, ayrıca klasik tedaviye yanıt alınmayan çocuklarda tedaviye alternatif olabilir.

Anahtar kelimeler: Kabızlık, çocuk, fibrin, mama.

ABSTRACT

Purpose: Constipation is one of the most common symptoms in childhood. It is most commonly seen between 2 and 4 years of age. Toilet training, increasing the fibre in diet, and laxatives are used for treatment. In this study, we investigated the efficacy of high fiber formulas at childhood constipation.

Methods: We evaluated the patients who were older than one year of age and treated and followed for functional constipation. The patients were divided into two groups: group 1 not taking fiber formula and group 2 taking high fiber formulas and response to the treatment were compared.

Results: All patients in two groups were recovered and their defecation pattern was improved. However, in group 2 also efficacy of the treatment was significantly higher than those in group 1.

Conclusion: We concluded that high fiber content formulas can be used successfully in the treatment of constipation in children. This formula can also be used instead of high fiber content diet or classical constipation treatment.

Key words: Constipation, child, fibre, formula.

GİRİŞ

Kabızlık, sert ve seyrek dışkılama durumudur (1,2,3). Haftada 3 defadan az dışkılama ile birlikte dışkı kıvamının sert olması kabızlık olarak kabul edilir. Her gün dışkılamaya rağmen çok sert ve ağırlı dışkı yapan bir çocuk da konstipe olarak değerlendirilir (4,5,6,7). Çocukluk döneminde kabızlığa sık rastlanır (8,9,10). Sıklıkla 2-4 yaş arasında görülür (11,12). Gelişmiş ülkelerde çocukluk çağıının en sık gastrointestinal yakınmasıdır (13). Çocuk polikliniklerine başvuran olguların yaklaşık %20' sini kabızlık hastaları oluşturur (14,15). Kabızlık hastalarının çoğunu organik ya da anatomik nedenlere bağlı olmayan fonksiyonel konstipasyon hastaları oluşturur (15). Kabızlık sıklığı yaşamın ilk yılında %3, ikinci yılında ise %10 sıklığında görülür; kız ve erkeklerde hemen hemen eşit sıklıktadır (14). Rektumda biriken gayta sertleşir ve tıkaç oluşur. Çocukların yarısından fazlasında rektal tuşede bu katılaşmış dışkı saptanır (14). Gayta kitlesinin artmasına bağlı da enkoprezis gelişebilir. Çocuklarda kabızlık sıklıkla tuvalet eğitimi sırasında

¹ Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Tokat

Submitted/Başvuru tarihi:

25.04.2013

Accepted/Kabul tarihi:

20.05.2013

Registration/Kayıt no:

13.04.294

**Corresponding Address /
Yazışma Adresi:**

Dr. Halil İbrahim TANRIVERDİ

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Çocuk Cerrahisi
Anabilim Dalı, 60100-Tokat.

Telefon: 0 (533) 730 36 76

E-posta: h.i.tanriverdi@icloud.com

© 2012 Düzce Medical Journal
e-ISSN 1307- 671X
www.tipdergi.duzce.edu.tr
duzcetipdergisi@duzce.edu.tr

Tablo 1: Dışkılama sıklığı puan çizelgesi.

Dışkılama sayısı	Puan
Haftada 1' den az	1
Haftada 1-2 kez	2
Haftada 3-4 kez	3
Haftada 5-6 kez	4
Günde 1 ya da daha sık	5

ortaya çıkar (11,12). Ayrıca yetersiz anne sütü alan çocuklarda da kabızlığın daha sık görüldüğü bildirilmektedir (16,17,18). Kabızlık tedavisinde tuvalet eğitimi, diyetle lif içeren sebze ve sorbitol içeren meyvelerin eklenmesi, ayrıca medikal tedavi kullanılır (19,20,21). Medikal tedavide polietilen glikol, laktüloz, sorbitol ya da magnezyum içeren laksatifler kullanılır. Diyetteki lifler barsak lümeninde su birikimini sağlarlar, dışkıyı yumuşatarak defakasyonu kolaylaştırırlar. Ayrıca liflerin kolonik fermantasyonu ile gaz üretimi yoluyla da dışkılama kolaylaşır (22,23). Bu çalışmada fonksiyonel kabızlık nedeniyle polikliniğimizde takip edilen olgulardan diyetine fibrinli mama eklenenlerle eklenmeyenlerin yakınmaları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı polikliniğine Ekim 2012 ile Aralık 2012 tarihleri arasında kabızlık nedeniyle başvuran ve fonksiyonel kabızlık tanısıyla takip edilen bir yaş üstü hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastalar, demografik özellikleri, beslenme alışkanlıkları ve defakasyon sıklıkları açısından değerlendirildi. Polikliniğimizde kabızlık tedavisinde tuvalet eğitimi, oral laksatif, topikal analjezik rutin olarak tüm hastalara uygulanmaktadır. Ayrıca diyetteki fibrin miktarını artırmak amacıyla yüksek fibrin içerikli oral hazır mamalar (3 gr lif / 200 ml / gün) hastalara önerilmektedir. Mamaların aromalarının seçimi çocuklara bırakılmaktadır. Hastalar en az 3 ay takip edilmektedirler. Çalışmamızda fibrinli mama kullanan hastalar ile kullanmayan hastalar 3. ay sonunda tedaviye verdikleri cevap açısından birbirleriyle karşılaştırılmışlardır. Hastaların şikayetleri kayıtlardan incelenmiş; oluşturulan skalaya (Tablo 1) göre dışkılama özellikleri puanlanmıştır. Fibrinli mama kullanan hastalar Grup 1'i, kullanan hastalar ise Grup 2'yi oluşturmuşlardır. İstatistiksel analiz için veriler SPSS 15 programı kullanılarak kaydedildiler. Verilerin analizinde "Paired-Samples t Test" kullanıldı.

Bulgular

Tablo 2: Hastaların demografik ve beslenme özellikleri.

	Grup 1 (n=21)	Grup 2 (n=23)	p
Ortalama yaş (ay)	35.13	36.15	>0.05
Cinsiyet	11 kız / 10 erkek	12 kız / 11 erkek	>0.05
Anne sütü alma süresi (ay)	18.4	16.8	>0.05
Ek gıdaya başlama süresi (ay)	6.5	6.1	>0.05
Kabızlık süresi (ay)	4.5	5.2	>0.05
Fazla hazır gıda tüketimi (%)	65	60	>0.05

Çalışmaya toplam 44 hasta alındı. Olguların 21'i Grup 1'i; 23'ü Grup 2'yi oluşturdu. Her iki gruptaki olgular yaş, cinsiyet, anne sütü alma süresi, ek gıdaya başlama süresi, kabızlık süresi ve fazla hazır gıda tüketimi açısından birbirleriyle karşılaştırıldılar (Tablo 2). Fazla hazır gıdanan kasıt, aileler tarafından çocuklarının çok fazla bisküvi, çikolata, şekerleme, vb hazır gıda tükettiğini belirtmeleridir. Her iki grup da yaş, cinsiyet, anne sütü alma süresi, ek gıdaya başlama süresi, kabızlık süresi ve fazla hazır gıda tüketimi açısından benzer özelliktedirler (p>0,05).

Çalışmaya alınan her iki gruptaki hastaların kabızlık şikayetleri, tedavi öncesi ve tedavi sonrası skorlanarak ortalamaları karşılaştırıldı (Tablo 3). Her iki grup arasında, tedavi öncesi skorları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farkın olmadığı görüldü (p=0,853). Her iki grupta da tedavi sonrası skorların, tedavi öncesi skorlardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü (p<0,001; p<0,001). Ayrıca Grup 2' deki tedavi sonrası skorun Grup 1' den anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı (p<0,001).

Tartışma

Kabızlık çocuklarda oldukça sık görülür (8,9,10). Genellikle 2-4 yaş arasında yoğunluk kazanan bir şikayettir (11,12). Kız ve erkeklerde eşit sıklıkta görülür (14). Bizim çalışmamızda da her iki grupta da ortalama yaş 3 civarında ve kız/erkek oranı birbirine yakındır. Yetersiz anne sütü alan, ek gıdaya erken başlanan çocukların kabızlığa daha yatkın oldukları bildirilmektedir (16,17,18). Bizim olgularımızda da ortalama ek gıdaya başlama süresi 6 ay civarındadır ve bu da önerilen ek gıdaya geçiş süresiyle uyumludur. Her iki grupta da ortalama anne sütü alımı 1,5 yılın üzerindedir ve bu da yeterli bir süredir.

Haftada 3' den az dışkılaması olan ya da ailesi tarafından zor ve sert dışkılama tariflenen olgulara tedavi başlanmıştır. Konstipasyonun önlenmesinde öncelikle anne sütü önerilmektedir (24). İnek sütü lif içermemesi ve yüksek fosfor içeriği nedeniyle kabızlığa neden olabilir. Tuvalet gitme bilincini kazanmış olgulara yemeklerden sonra düzenli tuvalet gitme alışkanlığı kazandırılmalıdır (25). Medikal tedavide ise polietilen glikol, laktüloz, sorbitol ya da magnezyum içeren laksatifler kullanılır. Sert dışkılamaya bağlı gelişen anal fissürler için lokal analjezik pomatlar kullanılabilir. Biz de olgularımıza lokal anestezi pomatlar ve laktüloz içeren oral solüsyonlar verdik. Yaşı uygun olanlara da tuvalet eğitimi verdik. Ayrıca konstipasyona yol açabilecek inek sütü ve unlu gıdaların alımının azaltılmasını ailelere önerdik.

Normal diyetteki sebze, meyve, tahıl kabukları ve posalardan elde edilen liflerin barsak motilitesini artırdığı iyi bilinmektedir (25,26). Dengeli beslenme ile birlikte lif içeren sebze ve sorbitol içeren meyvaların diyetle olması gereklidir (27,28,29,30,31). Diyetteki lifler barsak lümeninde su birikimini sağlarlar, dışkıyı yumuşatarak defakasyonu kolaylaştırırlar. Ayrıca liflerin kolonik fermantasyonu ile gaz üretimi yoluyla da dışkılama kolaylaşır (22,23). İki yaşın altındaki çocuklarda "yaş yılı + 5 g/gün"

Tablo 3: Hastaların tedavi öncesi ve sonrası ortalama dışkılama skorları.

	Grup 1 (n=21)	Grup 2 (n=23)	p
Tedavi öncesi ortalama skor	1.85	1.82	0.853
Tedavi sonrası ortalama skor	3.23	4.52	<0.001
p	<0.001	<0.001	

miktarında lif alımı önerilmektedir (32). Biz de konstipasyon tedavisinde, diyetteki lif alımını artırabilmek için ailelere yüksek fibrin içeren oral mama (3 gr / 200 ml / gün) önerdik. Mamaların aromalarının seçimini çocuklara bıraktık. Hem Grup 1' de hem de Grup 2' de ortalama skorlar tedavi sonrası anlamlı olarak artmıştır. Hastalar belirgin oranda tedaviden fayda görmüşlerdir. Ancak Grup 2' deki tedavi sonrası ortalama skor Grup 1' den anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bu da tedaviye eklenen yüksek fibrin içerikli mamaların etkili olduğunu göstermektedir. Diyetteki lifin artırılmasının konstipasyon tedavisinde etkinliği aşikardır. Çalışmamızda da benzer şekilde, tedavisine yüksek fibrin içerikli mama eklenen olgularda daha iyi sonuç alınmıştır. Bu da beklenen bir etkidir. Bu çalışmada konstipasyon tedavisinde yüksek lifli beslenme yanında yüksek fibrin içerikli mamaların da kullanılabileceği gösterilmiştir. Özellikle lifli besinleri tüketmek ismeyen ya da tüketmekte zorlanan çocuklarda bu tedavi alternatif olabilir. Ayrıca bu yüksek fibrin içerikli mamalar klasik tedavi ile başarısız olunan zorlu konstipasyon hastalarında kısır döngüyü kırabilmek için de alternatif olabilir. Ayrıca kabızlığın sık görüldüğü yaş grubu dikkate alındığında ve bu dönemde inek sütü sık tüketildiğinden, çeşitli aromaları da olan bu mamalar kabız çocukların süt alışkanlıklarını da karşılayabilir.

KAYNAKLAR

- Doğan Y, Erkan T, Ergül Y, Çokuşoğlu FG, Kutlu T. Kabızlık Yakınması Olan Olguların Retrospektif Dökümü. *Türk Pediatri Arşivi* 2005;40:23-7.
- Memeşa A, Özkan T, Özeke T. Çocuklarda Kronik Konstipasyona Yaklaşım, Tedavi ve İzlem. *Güncel Pediatri* 2004;2:21-31.
- Özen H. Çocuklarda kabızlık ve dışkı kaçırma. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2004;35:135-42.
- Bacer SS, Liptak GS, Coletti RB 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;29:612-26.
- Di Lorenzo C, Benninga MA. Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. *Gastroenterology* 2004;126:33-40.
- Loenig-Baucke V. Constipation in early childhood: patient characteristics; treatment and longterm follow up. *Gut* 1993;34:1400-4.
- Partin JC, Hamil SK, Fischel JE, et al. Painful defecation and fecal soiling in children. *Pediatrics* 1992;89:1007-9.
- Aydoğan A. Çocukluk çağında kabızlık. *Klinik Tıp Pediatri* 2010;2:11-8.
- Dijk M, Benninga MA, Grootenhuis MA, Nieuwenhuizen AMO, Last BF. Chronic childhood constipation: A review of the literature and the introduction of a protocolized behavioral intervention program. *Patient Educ Couns* 2007; 67: 63-77.
- Inan M, Aydinler CY, Tokuç B, Aksu B, Ayvaz S, Ayhan S et al. Factors Associated with Childhood Constipation. *J Paediatr Child Health* 2007;43:700-6.
- Kasırğa E. Kronik Konstipasyon ve Beslenme. *Güncel Pediatri* 2007;5:113-8.
- Rasquin A, Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527-37.
- Sonnenberg A, Koch TR. Epidemiology of constipation in the United States. *Dis Colon Rectum* 1989;32:1-8.
- Loening-Baucke V. Prevalence, symptoms and out-come of constipation in infants and toddlers. *J Pediatr* 2005;146(3):359-63.
- Keshtgar AS, Ward HC, Clayden GS. Diagnosis and management of children with intractable constipation. *Semin Pediatr Surg* 2004;13(4):300-9.
- Clayden G, Keshtgar AS. Management of childhood constipation. *Postgrad Med J* 2003;79:616-21.
- Coughlin EC. Assessment and Management of Pediatric Constipation in Primary Care. *Pediatr Nurs* 2003;29:296-301.
- Cunningham C, Taylor HG, Minich NM, Hack M. Constipation in very-low-birth-weight children at 10 to 14 years of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2001;33:23-7.
- Goulet O. Management of chronic constipation in the infant. *Arch Pediatr* 1999;6:1224-30.
- Roma E, Adamidis D, Nikolara R, Constantopoulos A, Messaritakis J. Diet and chronic constipation in children: the role of fiber. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;28:169-74.
- Tse PW, Leung SS, Chan TT, Sien A, Chan AK. Dietary fibre intake and constipation in children with severe developmental disabilities. *J Paediatr Child Health* 2000;36:236-9.
- Cummings JH. Constipation, dietary fibre and the control of large bowel function. *Postgrad Med J* 1984;60(709):811-9.
- Spiller RC. Pharmacology of dietary fibre. *Pharmacol Ther* 1994;62(3):407-27.
- Lightdale, JR, Fulhan JC, Clifford W. Human milk: nutritional properties. In: Walker WA, Watkins JB, Duggan C, eds. *Nutrition in Pediatrics*. 3rd ed. BC Decker Inc; 2003;539-50.
- 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;153:380-5.
- Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. *Gastroenterology* 1993;105:1557-64.
- Goulet O. Management of chronic constipation in the infant. *Arch Pediatr* 1999;6:1224-30.
- Tse PW, Leung SS, Chan TT, Sien A, Chan AK. Dietary fibre intake and constipation in children with severe developmental disabilities. *J Paediatr Child Health* 2000;36:236-9.
- Roma E, Adamidis D, Nikolara R, Constantopoulos A, Messaritakis J. Diet and chronic constipation in children:

- the role of fiber. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;28:169-74.
30. Loening-Baucke V. Modulation of abnormal defecation dynamics by biofeedback treatment in chronically constipated children with encopresis. *J Pediatr* 1990;116:214-22.
31. Coffie JMB, Fitzgerald JF. Idiopathic constipation. In: Walker WA, Durie PR, Hamilton JR, Walker-Smith JA, Watkins JB (eds). *Pediatric Gastrointestinal Disease: Pathophysiology Diagnosis Management*. 3rd ed. Hamilton Ontario: B.C. Decker, 2000:830-44.
32. Williams CL, Bollella M, Wynder EL. A new recommendation for dietary fiber in childhood. *Pediatrics* 1995;96(5 Pt 2):985-8.