



Benign Anorektal Hastalıklarda Beslenme ve Kabızlık Durumunun Değerlendirilmesi

Assessment of Nutritional and Constipation Status in Benign Anorectal Diseases

Aziz Arı¹, Cemile İdiz²

¹İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü; ²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

ABSTRACT

Aim: Benign anorectal diseases are common diseases that affect the quality of life of patients. This study aimed to explore the relationship between benign anorectal diseases and nutritional status and constipation.

Material and Method: Sixteen patients with the benign anorectal disease (Group 1) and 16 healthy volunteers (Group 2) admitted to our outpatient clinic between June 2018 and December 2018 were included in the study, and a questionnaire evaluated nutritional and toilet habits.

Results: In the first group, the time spent in the toilet during defecation was 14.06 (± 11.07) minutes, whereas in the second group, it was 6.68 (± 4.39) minutes and the difference was statistically significant ($p=0.02$). Daily carbohydrate intake was 223.94 \pm 38.15 grams in the first group and 186.39 \pm 45.54 grams in the second group, and the difference was statistically significant ($p=0.02$).

Conclusion: Lifestyle change and educations could decrease the development of benign anorectal diseases and improve the quality of life of the patients.

Key words: anorectal; benign; nutrition; physical activity

ÖZET

Amaç: Benign anorektal hastalıklar sık görülen hastaların yaşam konforunu etkileyen hastalıklardır. Bu çalışmada benign anorektal hastalıkların beslenme ve kabızlık durumunu ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya Haziran 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran benign anorektal hastalığı bulunan 16 hasta (Grup 1) ile sağlıklı 16 gönüllü (Grup 2) dâhil edilip bir anketle beslenme ve tuvalet alışkanlıklarını değerlendirilmiştir.

Bulgular: İlk grupta defekasyon sırasında tuvalette geçirilen süre 14,06 ($\pm 11,07$) dakika iken ikinci grupta 6,68 ($\pm 4,39$) dk olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,02$). Günlük karbonhidrat alımı ise ilk grupta 223,94 \pm 38,15 gram, ikinci grupta 186,39 \pm 45,54 gram olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,02$).

Sonuç: Yaşam tarzı değişikliği ve buna yönelik verilecek eğitimler benign anorektal hastalıkların gelişimini azaltıp hasta bireylerin yaşam kalitesini arttırabilir.

Anahtar kelimeler: anorektal; benign; beslenme; fiziksel aktivite

Giriş

Hemoroid, anal fissür ve anal fistül gibi benign anorektal hastalıkların etyolojisinde ve tedavisinde beslenme ve yaşam tarzının rolü olduğu düşünülmektedir. Katı dışkıının anal mukozadan geçişi anal bölgeye hasar verip semptomatik hemoroide neden olabilmektedir; bu nedenle lif alımının artırılması önemlidir. Hemoroidal hastalıkların tedavisi ile ilgili klinik çalışmalarda da lif takviyesinin devam eden semptom ve kanama riskini yaklaşık %50 oranında azalttığı saptanmıştır. Yağ tüketiminin azaltılması, sıvı alımının artırılması, düzenli egzersiz yapılması, tuvaletten önce kitap vb. okunmaması, kabızlığa veya ishale neden olan ilaçlardan kaçınılması diğer yaşam tarzı önerilerindedir^{1,2}.

Hemoroid ve anal fissürün medikal veya cerrahi tedavi öncesinde ve sonrasında, anal fistülün ise cerrahi tedavi uygulanmasından sonra hem tedaviye yanıtın artırılmasında hem de rekürrensün önlenmesinde su tüketiminin artırılması, konstipasyonun engellenmesi, lifli gıdalarla beslenme, düzenli ve dengeli beslenme gibi beslenme önerileri ile fiziksel aktivitenin artırılması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin faydalı olduğu bildirilmektedir³⁻⁵.

Bu çalışmada benign anorektal hastalıkların beslenme ve kabızlık durumunu ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

İletişim/Contact: Aziz Arı, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Bölümü, İstanbul, Türkiye • **Tel:** 0505 780 27 15 • **E-mail:** azizahmetsurel@gmail.com • **Geliş/Received:** 08.12.2019 • **Kabul/Accepted:** 19.03.2020

ORCID: Aziz Arı, 0000-0002-7806-2354 • Cemile İdiz, 0000-0001-6635-5996

Materyal ve Metot

Çalışmaya Haziran 2018 ile Aralık 2018 tarihleri arasında genel cerrahi polikliniğimize başvuran benign anorektal hastalığı (hemoroidal hastalık, anal fissür ve anal fistül) bulunan 16 hasta (Grup 1) ile herhangi bir anorektal hastalığı olmayan 16 gönüllü (Grup 2) dahil edilip beslenme ve tuvalet alışkanlıkları değerlendirilmiştir. Çalışmaya dahil edilen hasta ve sağlıklı gönüllülerin demografik verilerin yanı sıra beden kitle indeksi (BKİ), sigara ve alkol alışkanlıkları, fiziksel aktiviteleri, kabızlık durumları ve beslenme alışkanlıkları yüz yüze soru cevap şeklinde kaydedilerek karşılaştırıldı.

Katılımcıların beslenme formlarının analizleri BeBis Tam 8 Versiyon sürümü programında yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen sonuçlar SPSS 21.0 (IBM, Armonk, NY, USA) %95 güven aralığında ve $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Gruplar arasında devamlı sayısal değişkenlerin analizi One-Way Anova testi ve Student t-testi ile, niteliksel olarak belirtilen verilerin değerlendirilmesi ise Person Chi-square testi ile yapılmıştır.

Bulgular

Çalışmamıza katılan 16 hasta ve 16 sağlıklı kişinin yaş ortalamaları sırasıyla $43,68 \pm 12,58$ yıl ve $50,93 \pm 13,07$ yıl ve K/E oranları sırasıyla 4/12 ve 5/11. Çalışmamızdaki gruplar arasında yaş, cinsiyet, BKİ, Sigara ve fiziksel aktivite durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (Tablo 1). İlk grupta bir hastada DM, iki hastada HT, bir hastada HL, bir hastada astım; ikinci grupta ise iki hastada hipertansiyon, iki hastada hiperlipidemi, bir hastada astım mevcuttu. Grup 1'de alkol tüketen bir kişi varken Grup 2'de iki kişi alkol tüketmekteydi. Gruplar arasında ek hastalık, alkol ve sigara alışkanlıkları açısından anlamlı bir fark yoktu.

Gruplar arasında defekasyon sıklığı, ev tuvaleti dışında defekasyon durumu, tuvalette kitap, dergi vb. okuma, defekasyon için herhangi bir ilaç veya destek kullanma durumu ve defekasyon sonrası dolgunluk açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. İlk grupta defekasyon sırasında tuvalette geçirilen süre $14,06 \pm 11,07$ dk iken 2. grupta $6,68 \pm 4,39$ dk olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,02$) (Tablo 2).

Beslenme alışkanlıklarından günlük ekmek tüketimi ilk grupta $228,12 \pm 65,47$ gram iken ikinci grupta $154,68 \pm 54,64$ gram olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,001$). Günlük karbonhidrat alımı ise ilk grupta $223,94 \pm 38,15$ gram, ikinci grupta $186,39 \pm 45,54$ gram olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,02$) (Tablo 3).

Tartışma

Hemoroidal hastalık, anal fissür, fistül ve perianal abse gibi benign anorektal hastalıklar toplumda sık görülmekte ve anal bölgede ağrı, kanama, kaşıntı, şişlik gibi birçok farklı şikâyetlere neden olabilmektedir. Tedavisi genellikle birinci basamakta yapılabilen bu hastalıklar çoğu zaman acil sağlık tehdidi oluşturmaya da hastaların yaşam konforunu önemli ölçüde etkileyebilmektedir⁶. Yaşam tarzı değişiklikleri, bazı farmakolojik ajanlar nadiren de cerrahi ile tedavileri mümkün olabilmektedir. En önemlisi bu hastalıkların gelişiminde önleyici etkenler üzerinde durmak gerekmektedir. Ancak öncelikle detaylı bir hikâye ve fizik muayene ile malignitenin dışlanmış olması gerekmektedir.

Bu hastalıkların patofizyolojileri kesin olarak aydınlatılmamış ve farklı teoriler ortaya atılmış olsa da kabızlığın önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Kabızlık dışkılama yaparken aşırı zorlanma, dışkılamamın başarısız olması, tam dışkılama yapamamış olma hissi, dijital manevraların kullanılması ve dışkının sert kıvamda olması gibi durumlardır. Kabızlığa yaklaşımda ilk olarak yeterli sıvı alımı, lif alımının artırılması ve düzenli egzersiz yapılması önerilmektedir⁷.

Diyete alınan lif miktarının artırılması, oral sıvı alımının artırılması, yağ tüketiminin azaltılması, düzenli egzersiz yapılması, anal hijyenin sağlanması, tuvalette uzun süre oturmaktan kaçınılması ve kabızlığa veya ishale neden olan etmenlerden uzak durulması gibi yaşam tarzı değişikliklerinin anorektal benign hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli bir yerinin olduğu vurgulanmıştır¹.

Anal fissür gelişiminde sert dışkılamamın yarattığı travma etkisi en önemli neden olarak kabul edilmiştir⁸. Yine hemoroidal hastalıklarda kabızlığın ve uzun süreli tuvalette oturmanın hemoroidal yastıkçıkların destek dokularının bozulmasına ve sarkmasına neden oldukları düşünülmektedir. Bununla birlikte hemoroidal hastalık ve kabızlık arasında anlamlı bir ilişki olmadığı, ishalin hemoroidal hastalık gelişiminde bir risk faktörü olduğu gibi görüşler de öne sürülmektedir⁹.

Tablo 1. Demografik özellikler

		Grup 1 (n:16)	Grup 2 (n:16)	p
Cinsiyet	Kadın	4	5	1,00
	Erkek	12	11	
Yaş		43,68±12,58	50,93±13,07	0,18
BKİ		28,36±3,94	26,99±3,77	0,94
Sigara	Evet	4	5	1,00
	Hayır	12	11	
Günlük minimum 30 dakika düzenli egzersiz	Evet	4	4	1,00
	Hayır	12	12	

BKİ, beden kitle indeksi.

Tablo 2. Kabızlık durumu

		Grup 1 (n:16)	Grup 2 (n:16)	p
Defekasyon sıklığı	Her gün	11	14	0,39
	Haftada 2-6 arası	4	2	
	Haftada 1 veya daha az	1	0	
Her defekasyon sırasında tuvalette geçirilen süre (dk)		14,06±11,07	6,68±4,39	0,02
Ev tuvaleti dışında defekasyon durumu	Evet	7	10	0,47
	Hayır	9	6	
Tuvalette kitap, dergi vb, okuma	Evet	4	4	1,00
	Hayır	12	12	
Defekasyon için herhangi bir ilaç veya destek kullanma durumu	Var	1	1	1,00
	Yok	15	15	
Defekasyon sonrası dolgunluk	Var	7	6	1,00
	Yok	9	10	

Tablo 3. Beslenme alışkanlıkları

		Grup 1 (n:16)	Grup 2 (n:16)	p
Düzenli Kahvaltı	Evet	16	13	0,22
	Hayır	0	3	
Günlük Öğün Sayısı	2 veya daha az	9	5	0,28
	3 veya daha fazla	7	11	
Günlük Ekmek Tüketimi (g)		228,12±65,47	154,68±54,64	0,00
Ekmek Tercih	Beyaz	13	10	0,43
	Esmer	3	6	
Günlük hamur tüketimi (g)		31,19±30,18	29,25±34,28	0,83
Günlük sebze tüketimi (g)		113,56±61,29	152,33±71,53	0,08
Günlük meyve tüketimi (g)		96,18±52,38	114,23±77,40	0,59
Günlük Fastfood tüketimi (g)		19,78±10,63	16,65±16,24	0,50
Günlük enerji alımı (kkal)		1941,83±307,89	1793,56±562,00	0,37
Günlük karbonhidrat alımı (g)		223,94±38,15	186,39±45,54	0,02
Günlük protein alımı (g)		73,25±13,25	69,66±30,25	0,07
Günlük yağ alımı (g)		84,26±38,80	81,85±18,30	0,56
Günlük lif alımı (g)		15,81±5,06	18,6±6,43	0,14

Yapılan klinik çalışmalarda lif takviyesi ile hemoroidal hastalıkların devam eden semptom ve kanama risklerinin %50 oranında azaltılabildiği ancak prolapsus, ağrı ve kaşıntı semptomlarının iyileşmediği bildirilmiştir. Bu nedenle lif takviyesinin prolobe olmayan hemoroidlerde güvenli ve ucuz bir tedavi olduğu ancak iyileşme için altı haftalık bir süreye ihtiyaç olduğu bildirilmiştir^{8,10}. Yapılan başka bir çalışmada diyetle düşük miktarda lif alan ve su alımı az olan hastalarda internal hemoroidal hastalık gelişim riskinin daha fazla olduğu bildirilmiştir¹¹.

Bizim çalışmamızda da benign anorektal hastalığı olan hastaların herhangi bir hastalığı olmayan gönüllülere göre anlamlı olmasa da daha az düzenli günlük defekasyon yaptıkları, ayrıca anlamlı olarak defekasyon için daha uzun süre tuvalette kaldıkları gözlenmiştir. Bu da göstermektedir ki benign anorektal hastalığı olanlar daha zor defekasyon gerçekleştirmektedirler. Ayrıca hastaların kontrollere göre daha fazla eklemek ve buna bağlı daha fazla karbonhidrat tükettikleri belirlenmiştir. Hastaların anlamlı olmasa da daha fazla beyaz eklemek tercih ettiği ve beyaz ekmekteki lif oranı düşüklüğünün kabızlık ve zorlu defekasyona sebep olabileceği gözlemlenmiştir.

Çalışmaya dâhil edilen hasta ve kontrol gönüllülerinin sayısının çalışmanın gücünü yansıtmaması ve gerçek manada istatistiksel anlamlılık oluşturabilmesi açısından az olması çalışmamızın kısıtlılığıdır. İlerleyen dönemde daha büyük hasta popülasyonu ile yapılacak çalışmalar ile istatistikî olarak daha sağlıklı veriler elde edilebilir.

Çalışmamızda benign anorektal hastalığı olan bireylerin anlamlı olarak daha fazla eklemek tükettikleri ve daha çok karbonhidrat aldıkları, ayrıca anlamlı düzeyinde olmasa da anorektal hastalığı olmayan bireylerden daha az posa ve daha çok yağ aldıkları; beden kitle indekslerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu konudaki farkındalığı arttırmak için

yaşam tarzına yönelik verilecek eğitimlerin benign anorektal hastalıkların gelişimini azaltabileceğini ve hasta olan bireylerin yaşam kalitesini arttırabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: From basic pathophysiology to clinical management, *World J Gastroenterol* 2012;18(17):2009–17.
2. Alonso-Coello P, Mills E, Heels-Ansdell D, López-Yarto M, Zhou Q, Johanson JF, et al. Fiber for the treatment of hemorrhoids complications: a systematic review and metaanalysis. *Am J Gastroenterol* 2006;101:181–8.
3. Sneider EB, Maykel JA. Diagnosis and management of symptomatic hemorrhoids. *The Surgical clinics of North America* 2010;90(1):17–32.
4. Johanson JF, Sonnenberg A. The prevalence of hemorrhoids and chronic constipation. An epidemiologic study. *Gastroenterology* 1990;98(2):380–6.
5. Nelson RL, Abcarian H, Davis FG, Persky V. Prevalence of benign anorectal disease in a randomly selected population. *Dis Colon Rectum* 1995;38(4):341–4.
6. Lohsiriwat V. Anorectal emergencies. *World J Gastroenterol* 2016;22(26):5867–78.
7. Sharma A, Rao S. Constipation: Pathophysiology and Current Therapeutic Approaches. *Handb Exp Pharmacol* 2017;239:59–74.
8. Marsicovetere P. Examining, diagnosing, and treating benign anorectal conditions *JAAPA* 2018;31(3):32–7.
9. Johanson JF, Sonnenberg A. Constipation is not a risk factor for hemorrhoids: a case-control study of potential etiological agents. *Am J Gastroenterol* 1994;89:1981–6.
10. Moesgaard F, Nielsen ML, Hansen JB, Knudsen JT. Highfiber diet reduces bleeding and pain in patients with hemorrhoids: a double-blind trial of Vi-Siblin. *Dis Colon Rectum* 1982;25:454–6.
11. Labidi A, Maamouri F, Letaief-Ksontini F, Maghrebi H, Serghini M, Boubaker J. Dietary habits associated with internal hemorrhoidal disease: a case-control study. *Tunis Med* 2019;97(4):572–8.