

## Çocukluk çağı kronik kabızlıklarının değerlendirilmesinde tanısal testlerin gerekliliği

Mete KAYA, Mehmet Emin BOLEKEN, Dost ZEYREK\*, Turan KANMAZ, Selçuk YÜCESAN

Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları\* Anabilim Dalı, Şanlıurfa

### ÖZET

**Amaç:** Kabızlık şikayeti ile getirilen çocuklarda organik nedenlerin elenmesi amacıyla tanısal testlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada amacımız kabızlık şikayeti olan çocukların değerlendirilmesinde tanısal testlerin gerekliliğini araştırmaktır.

**Gereç-yöntem:** Çalışmamızda Ocak 2002 - Kasım 2003 tarihleri arasında kabızlık ile polikliniğimize başvuran 100 çocukta kabızlık nedenleri ve kullanılan tanısal testlerin sıklığı yaşa göre incelendi.

**Bulgular:** Çocukların %62'ine tanısal test uygulandı ve %11'inde organik bir hastalık tespit edildi. Tanısal testlerden distal kolon grafisi ve rektal biyopsinin bir yaş altında daha fazla kullanıldığı görüldü. Bir yaş altında tanısal teste başvurma sıklığı, bir yaşından büyüklerden anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Hayatın erken aylarında, kabızlığın nedeninin organik olma olasılığı yüksek olduğundan ek tanısal test ihtiyacı daha fazla olmaktadır. İleri yaşlarda kabızlığın en önemli nedeni fonksiyonel olduğundan ek tanısal test ihtiyacı azdır.

**Anahtar kelimeler:** Defekasyon sorunları, tanısal testler, fonksiyonel kabızlık

### The necessity of diagnostic tests for the assessment of constipation in childhood

#### ABSTRACT

**Background:** To eliminate the organic diseases in children with constipation, the diagnostic tests are required occasionally in diagnosis. In this study, we aimed to investigate the necessity of additional diagnostic tests for the evaluation of children with constipation.

**Methods:** Between January 2002 and November 2003, we reviewed 100 children with chronic constipation who had admitted in our department. The most used diagnostic tests and results, and final diagnosis were noted according to the age.

**Results:** We found that the diagnostic tests were used in 62% of children; the cause of constipation was organic diseases in 11%. The barium enema and rectal biopsy were most practical tests under one year old. The incidence of application of diagnostic tests in the first age was significantly higher than older ( $p<0.05$ ).

**Conclusions:** Because of high incidence of constipation due to organic diseases, diagnostic tests were mostly required under one year old children. The constipation in the most of the children older than 1 year is functional in nature, and no need to be ruled out

**Keywords:** Defecation problems, diagnostic tests, functional constipation

### GİRİŞ

Kabızlık, çocukluk çağında sık görülen (%5-10) ve genellikle tedaviye iyi cevap veren bir defekasyon bozukluğudur. Çocuk gastroenteroloji bölümü ayrılmış kliniklerde bu bölüme başvuranların %25'ini kabızlık yakınması olanlar oluşturmaktadır. Kabızlık şikayeti olan çocuklarda haftada 3'den az, ağrılı, zorlu veya çok büyük miktarda defekasyon, karın şişkinliği, iç çamaşırlarında gaita lekeleri olması, gaita kaçırma, iştah kaybı, tuvaleti kullanma korkusu ve dışkıda kan görülmesi gibi bulgulardan biri veya birkaçının bir arada yer aldığı bildirilmiştir (1-5).

Kabızlık şikayeti olan çocuklar, organik nedenlerin elimine edilmesi amacıyla çocuk cerrahisi polikliniklerine yönlendirilirler. Hem çocuk gastroenteroloji, hem de çocuk cerrahisi kliniklerinde bu çocuklarda organik bir hastalığı araştırmak için tanısal testler yapılmaktadır (6). Ancak bu testlerin gerekliliği tartışmalıdır (1). Sunulan bu çalışmada amacımız kabızlık şikayeti ile polikliniğimize başvuran çocuklara uyguladığımız tanısal testlerin sıklığını ve sonuçlarını bildirmektir.

### GEREÇ-YÖNTEM

Çalışmada, Ocak 2002-Kasım 2003 tarihleri arasında polikliniğimize kabızlık nedeniyle başvuran, ortalama yaşları 2.6 (1ay-15yaş; 60 erkek, 40 kız) olan, toplam 100 çocuğun kayıt bilgileri yeniden incelendi. Nörolojik bir hastalığa bağlı olan kabızlıklar veya daha önce anorektal bölgede cerrahi girişim yapılanlar çalışma dışında tutuldu. Kabızlık, en az iki haftadan beri süren, haftada üçten az, ağrılı veya zorlu defekasyon olarak tanımlandı. Kabızlık değerlendirilmesinde en sık kullanılan testlerden tiroit fonksiyon testleri, ayakta direkt karın grafisi (ADKG), distal kolon grafisi, anorektal manometri ve rektal biyopsi yapılan olguların yaş ortalamaları, organik nedenlere göre testlerin kullanım sıklığı araştırıldı. Yapılan testler ile organik neden varlığı, bir yaşın altında ve üstünde olan olgularda istatistiksel olarak karşılaştırıldı (Ki-kare testi).

## BULGULAR

Kabızlık nedeni ile polikliniğimize başvuran 100 çocuktan 68'ine bir veya birden fazla tanısal test uygulanırken, 11 olguda organik hastalık bulundu. Uygulanan tanısal testler ve yaş ortalamaları Tablo 1'de verilmiştir. Kabızlık nedenleri, yaş ortalamaları ve uygulanan testlerin tanılara göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Test yapılmayan çocukların tümüne öykü ve fizik muayene ile fonksiyonel kabızlık tanısı konuldu. ADKG ve anorektal manometri en fazla kullanılan testlerdi. Çalışmamızda dosya bilgileri incelenen olguların 38'i bir yaşından küçüktü ve %66'sına ek tanısal test yapıldı.

Dokuz olguda organik bir neden bulundu. Bir yaşından büyük 62 olgunun ise %23'üne tanısal test yapıldı ve ikisinde organik bir hastalık saptandı (Tablo 3).Tiroit fonksiyon testleri, distal kolon grafisi ve rektal biyopsi çoğunlukla 1 yaş altında uygulanırken diğer testlerin 1 aşın üzerinde daha fazla yapıldığı bulundu.

Tablo 1: Ek tanısal testler ve uygulanan çocukların yaş ortalamaları

Tanısal testler	Sayı	Ort.yaş(ay)±SS
Tiroit fonksiyon testleri	17	7.8±9.8
ADKG	35	30.0±47.2
Distal kolon grafisi	16	6.3±9.1
ARM	26	34.5±30.8
Rektal biyopsi	15	7.2±8.8
Test yapılmayan	32	25.3±23.0

Tablo 2: Yapılan testler sonucu tanı konulan organik hastalık sayılarının yaşa göre karşılaştırılması.

	Sayı	Yapılan ek test sayısı(%)	Organik hastalık sayısı(%)
<1 yaş	38	25(66)	9 (24)
≤1 yaş	62	14(23)	2(3)
p değeri		<0.05	<0.05

Tablo 3: Kronik kabızlık şikayeti ile gelen çocukların tanılarına göre tanısal testlerin sayısı

	Fonksiyonel kabızlık (n=89)	Hirschsprung Hastalığı (n=8)	Hipotiroidi (n=2)	Ateriyor yerleşimli anüs (n=1)
Ortalama tanı yaş (ay)	35	7	2	6
Tiroit fonksiyon testleri	13	2	2	-
ADKG	27	7	1	-
Distal kolon grafisi	9	6	1	-
Anorektal manometri	23	3	-	-
Rektal biyopsi	7	7	1	-

## TARTIŞMA

Çocuklarda yenidoğan dönemi dışında kabızlığın en sık nedeni fonksiyonel kabızlıktır (%90-95) ve çok küçük bir kısmı organik bir nedene bağlıdır (1,3,7). Fonksiyonel kabızlık saptanan çocuklarda öykü ve fizik muayene dışında tanısal teste ihtiyaç duyulmadığı bilinmektedir (1,5). Kabızlığın önemli ve araştırılması gereken organik nedenleri arasında Hirschsprung hastalığı, doğumsal hipotiroidi, kistik fibrozis, anorektal anomaliler, Çölyak hastalığı ve kabızlık yapıcı ilaçlar yer almaktadır (7). Çalışmamızda her ne kadar organik hastalık sıklığı %11 bulunsa da çocukların %68'ine ek tanısal işlem yapılmıştır. Organik hastalıkların oranının düşük, uygulanan test sayısının yüksek olmasının nedeni, bu çocukların kliniğimize organik bir hastalığın elimine edilmesi amacıyla gönderilmiş olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Fonksiyonel kabızlık tanısı öykü ve fizik muayene ile konulur, ancak yaşa göre farklı bulgular ile ortaya çıkar. Bebeklerin ağırlı defekasyonu, hayatın ilk aylarında görülen fonksiyonel bir kabızlıktır. Gaitanın yumuşak kıvamlı olmasına rağmen zorlu çıkarılması ile karakterizedir. Bebeklerin defekasyon sırasında karın içi basıncını arttırıp, aynı anda pelvik taban kaslarını gevşetme işini ilk aylarda koordineli olarak yapamamaları sonucu bu durumun oluştuğu ileri sürülmüştür (2). Ağırlı defekasyon, hayatın ilk haftalarında günde birkaç defa olup 20 dakika kadar sürebilir, anal fissür ile karışabilse de perineal muayenede fissür olmaması ile ayırım yapılır ve bir test yapılmadan tanı konulur (2,5,8,9). Daha büyük çocuklarda görülen fonksiyonel kabızlık, sert ve fazla miktarda gaitanın haftada 3 den az sıklıkta çıkarılması ile karakterizedir (10). Çoğunlukla anne sütünün kesilerek ticari mamaya geçme döneminde, tuvalet eğitimi sırasında veya okul çağında ortaya çıkar; defekasyonun geciktirilmesi sonucu ağırlı defekasyon ile başlayıp anal fissür yada gaita kaçırma ile sonuçlanabilir. Her ne kadar bu olgularda öykü ve fizik muayene ile fonksiyonel kabızlık tanısı konulabilse de, kabızlık tedavisinin başarısız olduğu olgularda tanısal testlere ihtiyaç olabilir (10).

Özellikle hayatın ilk aylarında kabızlığın ayırıcı tanısında göz önünde bulundurulması gereken organik nedenler arasında en önemlisi, yaklaşık 5.000 canlı doğumda bir görülen, distal kolonda ganglion hücrelerinin yokluğu ile karakterize doğumsal aganglionik megakolondur (Hirschsprung hastalığı) (11). Hastalık, yenidoğanlarda ilk mekonyum çıkışının gecikmesi, intestinal obstrüksiyon bulguları, enterokolit atağı veya kronik kabızlık ile karşımıza çıkabilirler. Bu bulgular ile fonksiyonel kabızlıktan kolayca ayrılabilse de tanıda baryumlu distal kolon grafisi ve anorektal manometri kullanılır, ancak kesin tanı için rektal biyopside ganglion hücrelerinin yokluğunun gösterilmesi gerekir (11).

Çalışmamızda Hirschsprung hastalığı tanısı konulan olgulara en fazla yapılan testlerin radyolojik çalışmalar ve rektal biyopsi olduğu bulundu. Kabızlık ile birlikte olan diğer önemli hastalık doğumsal hipotiroididir. Hipotiroidili çocuklar da kabızlık ile birlikte hastalığa özgü olan uzamış sarılık, geniş fontaneler, göbek fitiği, kaba yüz görünümü ve büyük dil gibi bulguların bulunması şüphe çeker (12). Tanı tiroit hormonlarının biyokimyasal analizi ile konulur. Çalışmamızda iki olguya doğumsal hipotiroidi tanısı konulmuştur. Kabızlık hipotiroidinin daha az rastlanan bulgulardan olduğundan bu iki olguya çok sayıda test yapılmıştır. Ektopik anüs, anal stenoz, perineal veya rekto vestibüler fistül gibi anorektal malformasyona sahip olgular kabızlık nedeni ile başvurabilirler ve genellikle rutin fizik muayene sırasında tanı konulur (13,14). Çalışmamızda ektopik anüse sahip olgu kabızlık şikayeti ile getirilmişti ve herhangi bir test yapılmadan tanı konuldu.

Kabızlık tanısında kullanılan radyolojik testler arasında direkt karın grafileri, barsak geçiş zamanı değerlendirmesi, defekografi ve distal kolon grafileri yer almaktadır. Hirschsprung hastalığında distal kolon grafisi ile aganglionik segmente geçiş bölgesi görülür, ancak hayatın erken aylarında bu segment görülmeyebilir. Kliniğimizde bu testlerden direkt karın grafileri her iki yaş grubunda kullanılırken, distal kolon grafileri daha çok 1 yaş altında kullanılmaktadır.

Anorektal manometri, rektumda balon şişirilmesi ile internal anal sfinkterin buna cevabının değerlendirilmesine dayanan bir testtir (15). Normal şartlarda balonun şişirilmesi rektum duvarında gerilmeye neden olur ve internal anal sfinkterde refleks olarak gevşeme olur (rektoanal inhibitör refleks). Bu refleks internal anal sfinkterde ganglion hücresi olmadığından Hirschsprung hastalığında alınmaz. Ancak fonksiyonel kabızlığa bağlı fekal retansiyonda artan rektum dilatasyonu sonucu rektal hassasiyetinin azalması ile

anorektal manometride rektoanal inhibitör refleks kaybı olabilir. Diğer yandan testin yenidoğanlarda güvenilir olmadığı bildirilmektedir (15). Çalışmamızda anal manometri bir yaşından büyük çocuklarda daha fazla tercih edilmiştir.

Kabızlığın araştırılmasında tek invaziv test olan rektal biyopsi Hirschsprung hastalığının ayırıcı tanısında kullanılır. Distal rektumdan alınan tam kat barsak biyopsisinde submukoza ve myenterik sinir pleksuslarında ganglion hücrelerinin araştırılması esasına dayanmaktadır. Her ne kadar hasta yatağında yapılabilmesi için yeni teknikler geliştirilse de, rektal biyopsi çoğunlukla anestezi altında yapılmaktadır (16). Çalışmamızda ortalama yaşları yaklaşık 7 ay olan 15 çocuğa rektal biyopsi yapıldı. Bunlardan 7'sine Hirschsprung hastalığı tanısı konuldu. Yaş grupları göz önüne alınmadığında en seçici uygulanan ve en fazla organik hastalık tanısı koyduran testin rektal biyopsi olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda bir yaşından büyük olgularla karşılaştırıldığında ilk bir yaşta olgularda ek tanısal teste başvurma sıklığı ve organik hastalık sıklığı anlamlı olarak yüksek bulundu ( $p<0.05$ ). Benzer olarak, Baker ve ark. (1) da gereksiz tanısal testlerden kaçınmak için 1 yaş altındaki olgularda kabızlık nedenleri ve yaklaşımı farklı olduğundan çocukların bu ayrıma göre değerlendirilmesinin daha yararlı olacağını ileri sürmüşlerdir.

Sonuç olarak kabızlık değerlendirilmesinde her ne kadar hikaye ve fizik muayene dışında tanısal test ihtiyacının az olduğu bildirilse de, çocukların çoğu organik hastalıkların elimine edilmesi amacıyla gönderilmiş olduğundan dolayı kliniğimizde tanısal test sıklığı fazla bulunmuştur. Çalışmamızda özellikle ilk bir yaşta görülen kabızlıklarda daha fazla ek tanısal test ihtiyacı olmuştur, bununla birlikte en fazla organik neden yine bu yaş aralığında saptanmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. A medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1999; 29: 612-26.
2. Hyams JS. Functional gastrointestinal disorders. *Curr Opin Pediatr*, 1999; 11: 375-8.
3. Loening-Baucke V. Constipation in children. *Curr Opin Pediatr*, 1994; 6: 556-61.
4. Loening-Baucke V: Chronic constipation in children. *Gastroenterology*, 1993; 105: 1557-64.
5. Youssef NN, Di Lorenzo C. Childhood Constipation: Evaluation and Treatment. *J Clin Gastroenterol*, 2001; 33: 199-205.
6. Amendola S, De Angelis P, Dall'oglio L, Di Abriola GF, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children, *J Pediatr Surg*, 2003; 38: 819-23.
7. Nowicki MJ, Bishop PR. Organic causes of constipation in infants and children. *Pediatr Ann*, 1999; 28: 293-300.
8. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 1999; 45: 60-8.
9. Tander B, Guven A, Demirbag S, et al. A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of glyceryl-trinitrate ointment in the treatment of children with anal fissure. *J Pediatr Surg*, 1999; 34: 1810-2.
10. Hyman PE, Fleisher DR. Pediatric functional gastrointestinal disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1997; 25: 11-2.
11. Swenson O. Hirschsprung's disease: a review. *Pediatrics*, 2002; 109: 914-8.

12. Boruchow IB, Miller CD, Fitts WT Jr. Paralytic in myxedema. Arch Surg, 1966; 92:960-3.
13. Leape LL, Ramenofsky ML. Anterior ectopic anus: a common cause of constipation in children. J Pediatr Surg, 1978; 13: 627-30.
14. Van Kuyk EM, Wissink-Essink M, Brugman-Boezeman ATM, et al. Multidisciplinary behavioral treatment of defecation problems: a controlled study in children with anorectal malformations. J Pediatr Surg, 2001; 36: 1350-6.
15. Rosemberg AJ, Vela AR. A new simplified technique for pediatric anorectal manometry. Pediatrics, 1983; 71: 240-5.
16. Meier-Ruge W, Lutterbeck PM, Herzog B, et al. Acetylcholinesterase activity in suction biopsies of the rectum in the diagnosis of Hirschsprung's disease. J Pediatr Surg, 1972; 7:11-7.

**Yazışma adresi:**

Mete KAYA,  
Harran Üniversitesi Arş. ve Uyg. Hastanesi  
Çocuk Cerrahisi AD 63100,  
Şanlıurfa  
Tlf: 0 (414) 341 00 82  
Fax: 0 (414) 315 11 81  
E-mail: kayamete@yahoo.com