

Çocukluk Çağında Kronik Konstipasyon

Chronic Constipation in Childhood

Sezin Aşık Akman* Güldane Koturoğlu** Çiğdem Arıkan**
Aslı Kızılgüneşler Aslan* Oya Halıcıoğlu* Sema Aydoğdu**

* İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri
** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Amaç: Çocuklardaki kronik fonksiyonel konstipasyonda, predispozan faktörlerin değerlendirilmesi ve tedavide kullanılan iki farklı ajanın karşılaştırılmasıdır.

Yöntem: Ocak 2001- Haziran 2003 tarihleri arasında Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniğine başvuran, kronik fonksiyonel konstipasyon tanısı alan, 2-18 yaşları arasındaki 132'si kız, 144'ü erkek toplam 276 hasta çalışmaya alınmıştır. Karın ağrısı, ağrılı ve/veya kanlı dışkılama, enkoprezis gibi yakınmaları olan, konstipasyonu 3 aydan daha uzun süren, nörolojik hastalığı olmayan olgular seçilmiştir. Konstipasyonun etiolojisinde organik nedenler çalışma dışı bırakılmıştır. Tedavide tuvalet eğitimi (günde 1-2 kez, 10-15 dak. süreli), lifli diyet önerilmiş, 216 olgu laktuloz (2-3 cc/kg), 60 olgu laktitol (0.4-0.6 cc/kg) tedavi gruplarında incelenmiştir. Hastalar birinci yılda 1,3,6,9,12. aylarda, daha sonra 6 ayda bir izlenmiştir. İstatistiksel analizde Pearson ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 6.69 ± 3.63 yıl olan olgularda konstipasyonun ortalama süresi 3.44 ± 2.71 (6 ay-15 yıl) yıl olarak saptandı. Başvuru yakınmaları, karın ağrısı (%65.2), ağrılı dışkılama (%34.4), enkoprezis (%15.5), enürezis (%6.8) olarak bulundu. Konstipe çocukların %8.6'sında ailede psikososyal sorun varken, enkoprezis + konstipasyonu olan çocuklarda bu oranın % 23'e yükseldiği görüldü. İlk ayda kontrole gelen 134 hastanın %38.5'unun, 1. yılda kontrole gelen 48 olgunun %75'inin tedaviden yarar gördüğü, tedaviden yarar görmeyen hastaların ise, oturma (tuvalet) eğitimine ve tıbbi tedaviye uyum sağlayamayan hastalar olduğu görüldü. Laktuloz alan grupta 1. ayda klinik yanıt %36.7 iken, Laktitol grubunda bu oran %42.8 olarak bulundu. İki grup arasında tüm izlem boyunca tedavi yanıtları yönünden istatistiksel fark bulunmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Fonksiyonel konstipasyonda enürezis ve enkoprezisin eşlik ettiği durumlarda etiolojide psikososyal sorunlar önem taşımaktadır. Çocuğun ve ailenin etiyojoloji, tedavi ve prognoz açısından eğitilmesi, ailenin uygun davranış biçimi, tuvalet eğitimi ve lifden zengin beslenme ile desteklenen tıbbi tedavi fonksiyonel konstipasyonun tedavisini başarıya ulaştıran faktörlerdir.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel konstipasyon, çocukluk çağı, tedavi

SUMMARY

Aim: To evaluate the predisposing factors and the two different treatment modalities in childhood chronic functional constipation.

Methods: 276 patients between 2-18 years of age admitted in our Pediatric Gastroenterology and Nutrition Unit between January 2001-June 2003 and diagnosed as chronic functional constipation were enrolled in the study. The study group included patients with abdominal pain, painful defecation, blood in the stool, encopresis and constipation at least 3 month's duration. Patients with neurologic diseases and organic etiology were excluded. Therapeutic modalities in the treatment of functional constipation included toilet training (1-2 times/day- 10-15 min), fiber diet, lactulose (2-3 cc/kg), and lactitol (0.4-0.6 cc/kg). Patients were followed up in the 1st, 3rd, 6th, 9th, 12th months in the first year and every 6 months later.

Results: The mean age of the patients was 6.69 ± 3.63 years, mean duration time was 3.44 ± 2.71 years. Frequency of the presenting complaints were found as 65.2% abdominal pain, 34.4% painful defecation, 15.5% encopresis, and 6.8% enuresis. While 8.6% of the constipated patients had psychosocial problems within their families, patients with encopresis had higher psychosocial problems (23%). At the end of the first month and the first year of treatment remission was found 38.5% and 75%, respectively. 36.7% of the lactulose group and 42.8% of the lactitol group had clinical improvement.

Conclusion: Psychosocial problems within the family has an important role on childhood functional constipation. Families should be trained on the etiology, treatment, prognosis of this problem and on proper psychosocial behavior. Medical treatment should be addressed when needed for better results.

Key Words: Functional constipation, childhood, treatment

Başvuru tarihi: 11.11.2004

İzmir Tepecik Hast Derg 2005;15(1):31-36

Kronik konstipasyon, çocukluk çağında sık görülen, genellikle fonksiyonel olarak kabul edilen ve beslenme alışkanlıkları, hijyenik koşullar, tuvalet eğitimi gibi faktörlerden etkilenen bir klinik tablodur. Hirschprung hastalığı, imperfore anüs, ileal atrezi, mekonyum ileusu gibi anatomik nedenlere bağlı gelişebilen; hipotiroidi, spinal kord anomalileri, Prune-Belly sendromu, diyabet, infant botulizmi, kurşun zehirlenmesi gibi hastalıklara eşlik edebilen bir klinik antitedir. En sık gözlenen tipi hiçbir organik patolojinin bulunmadığı fonksiyonel konstipasyon sendromudur. Herhangi bir çocuk hekimine başvuran çocukların %0.3-8'i, pediatrik gastroenterologlara başvuran çocukların ise %10-25'i konstipe çocuklardan oluşmaktadır (1-4).

Kolon motilitesinin azaldığı fonksiyonel konstipasyonda, dışkılama periyodlarında azalma ve/veya sert dışkılama söz konusudur. Karın ağrısı, ağrılı-kanlı dışkılama, dışkı tutma, %1-2 olguda enkoprezis eşlik edebilir. Enkopreziste bir aylık sürede en az bir kez, istemsiz olarak dışkı kaçırma olarak tanımlanan "soiling" karakteristik bir bulgudur. Defekasyonda gerekli olan fizyolojik dışkılama davranışı "ıkınma" kaybolur. Davranışsal ve psikolojik faktörlerin barsak kontrolünü etkilemesi ile ilgili olduğu düşünülmektedir (1,2). Fonksiyonel konstipasyonlu çocukların çoğunda anal fissür veya geniş hacimli, sert dışkının pasajı sırasındaki ağrı hissi nedeni ile istemli olarak dışkı tutulur. Okul çağındaki çocuklarda ise genel tuvaletlerin kullanımının reddedilmesi konstipasyona katkıda bulunabilir.

Normal dışkılama davranışları bireysel özellikler gösterdiğinden konstipasyonun tanımını yapmak zordur. Olağan dışkılama ritminin bozulması,

bir başka deyişle, dışkının hacminde, sıklığında değişikliğinin varlığı, dışkının sertliği ve büyüklüğü nedeni ile zorlu dışkılama konstipasyon tanımındaki belirleyici faktörlerdir. Tanı öyküye dayanır, dışkılama sıklığı, kanlı ve /veya ağrılı dışkılama, "soiling", "urgency", başlangıç yaşı, tuvalet eğitimi ile ilgisi, önceden yapılan yaklaşımlar, ailenin tutumu ve psikososyal yapısı, ailesel yatkınlık sorgulanmalıdır (1,2,5,6).

Tedavi değişik basamaklardan oluşur: Ebeveynler ve çocuğun etiyoloji, prognoz, tedavi konusunda bilinçlendirilmesi, tuvalet eğitiminin, lifli sebze-meyvelerden zengin beslenmenin öneminin dikkatlice anlatılması en önemli basamaktır. İkinci basamakta dışkı ile dolu olan barsağın boşaltılması gereklidir. Daha sonra, mineral yağlar, hiperozmolar ajanlar veya stimülanlar olarak gruplandırılan ajanların ağız yolu ile kullanılmasından oluşan idame tedaviye geçilmelidir. İdame tedavide laktuloz ve son yıllarda laktitol gibi laksatif özellikteki ajanların kullanımı ön plandadır. Çocuğun sabah ve akşam, yemeklerden sonra tuvalette oturması sağlanmalı, tuvalet eğitiminde çocuk zorlanmamalıdır. Tedavi sonrası, günde 1 veya 2 kez, ağrısız, sert olmayan dışkılama paterninin oluşması amaçlanmaktadır (1,2,5,7).

Çalışmamızda kronik fonksiyonel konstipasyonlu olguların demografik özelliklerinin, predispozan faktörlerin, tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Ocak 2001-Eylül 2003 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniğine başvuran

olgulardan kronik fonksiyonel konstipasyon tanısı alan 132'si kız, 144'ü erkek, yaş ortalaması 6.69 ± 3.63 yıl olan 276 olgu prospektif olarak çalışmaya alındı. Karın ağrısı, ağrılı ve / veya kanlı dışkılama, enkoprezis yakınmaları olan, konstipasyonu 3 aydan daha uzun süren, nörolojik problemi olmayan ve uzun süreli hospitalizasyonu olmayan olgular seçildi. Ayrıntılı anamnez alınarak, dışkılama sıklığı, dışkının şekli-kıvamı, kabızlığın başlangıç yaşı, karın ağrısı, ağrılı-kanlı dışkılamasının, enkoprezis, "soiling" ve enürezisin varlığı, makatta kaşıntı olup olmadığı, hastanın aldığı diyetin özellikleri, ailede kabızlık öyküsü, önceden yapılan tedavi yaklaşımları sorgulandı. Tüm hastalara anal bakı ve rektal tuşe yapıldı, anal bantlama yöntemi ile parazitoz araştırıldı. Ailede kabızlık öyküsü ve psikososyal yapı sorgulandı; enkoprezisli hastaların tümü Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalına yönlendirildi. Organik bir neden bulunamayan hastalara, öncelikle ayrıntılı olarak tuvalet eğitimi (çocuğun günde 1-2 kez, kahvaltı ve/veya akşam yemeğinden sonra, 10-15 dakika süresince tuvalette oturmasının ve bu sırada dışkılamaya çalışmasının sağlanması) anlatılarak, diyetin lifden zengin ve posalı yiyeceklerle zenginleştirilmesi (günde en az 2 porsiyon sebze-meyve, sık olarak taneli meyvelerle yapılan hoşafın tüketilmesi) önerildi. Tedavinin başında rektumun boşaltılması için lavman ve/veya magnezyum içeren laksatif kullanıldı. Ardından idame tedavi olarak, laktuloz (2-3 cc/kg- 2 dozda) ve laktitol (0.4-0.6 cc/kg- tek dozda) şeklinde tedavi şemaları başlandı. Laktitolun elde edilmesinde yaşanan zorluk nedeni ile gruplardaki hasta sayısı eşitlenemedi. Enkoprezisli olan olgularda, dışkı kaçırma sayısının ve kaçırılmayan günlerin işaretlenmesi, enkoprezisi olmayanlarda dışkılama paterninin kaydedilmesi önerildi. Hastalar 1 ay sonra ve ardından 3 aylık aralarla bir yıl boyunca kontrole çağrıldı. Üç ay süresince yakınması olmayan hastalar izlemiden çıkarıldı. İlaç dozları hastanın dışkılamasına göre ayarlandı, hastanın günde bir veya iki kez ağrısız, rahat dışkılayabildiği doz ile tedaviye devam edildi. Hastaların tedavi yanıtları arasındaki farklılık Pearson ki-kare testi ile değerlendirildi.

BULGULAR

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Gastroenteroloji ve Beslenme Bilim Dalı Polikliniğinde kronik fonksiyonel konstipasyon tanısı alan 276 olgunun genel özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Hastaların 132 (%47.8)'si kız, 144 (%52.2)'ü erkek, yaş ortalaması 6.69 ± 3.63 yıl olarak bulunmuştur. Konstipasyonun başlangıç yaşı 3.23 ± 2.02 yıl, konstipasyon süresi 3.44 ± 2.71 yıldır. En sık görülen başvuru yakınmaları, %65.2 ile karın ağrısı ve %34.4 ile dışkılama sırasında ağrı olmuştur (Tablo 2). Olguların %86'sında sert dışkılama, %36.9'unda ailede kabızlık öyküsü tanımlanırken, aile öyküsü olanlarda annede kabızlık öyküsü ön planda bulunmuştur. Tüm olgularda psikososyal açıdan sorunlu olma oranı %17.7'dir. Anne babanın boşanması, ailede sık tartışmaların olması, dayak, ebeveynlerden birinin yokluğu, okul başarısızlığı, arkadaş ve kardeşlerle uyumsuzluk başlıca sorunlar olarak belirlenmiştir. Enkoprezisli hastalarda ailede sosyal ve psikolojik sorunların daha yüksek olduğu görülmüştür. Konstipe çocukların %8.6'sında ailede psikososyal sorun varken, enkoprezis + konstipasyonu olan çocuklarda bu oran %23'e yükselmiştir. Yapılan rektal tuşelerde en sık rastlanan patoloji anal fissür (%20.6) olmuştur. Olguların tükettikleri günlük diyet sorgulandığında %70'inin sebze-meyveden fakir bir diyetle (günde birer porsiyon sebze ve meyveden daha az) beslendikleri, %81'inin öğün aralarında abur cubur yeme alışkanlıkları olduğu öğrenilmiştir.

İlk ayda kontrole gelen 134 (%48.5) olgunun %38'inin tedaviden yarar gördüğü, diğerlerinin hem tuvalet eğitimine, hem de tıbbi tedaviye uyum sağlayamayan hastalar olduğu görülmüştür. Birinci yıl sonunda olguların %17.3'ü kontrole gelmiş, bu hastaların özellikle tuvalet eğitimine devam eden hastalar olduğu tespit edilmiştir.

Laktuloz ve laktitol kullanan hastalarda tedaviye yanıt oranları değerlendirildiğinde; laktuloz ile tedavi edilen hastaların 1. ayda %36.7'sinin, laktitol kullanan hastaların %42.8'inin konstipasyona ilişkin bulgularının düzeldiği, ancak iki grup arasında istatistiksel anlamlı farklılık olmadığı

Tablo 1. Olguların genel özellikleri.

	Laktuloz n (%)	Laktitol n (%)	Toplam n (%)
Cinsiyet (K/E)	101 (46.7) / 114 (52.7)	31 (51.6) / 30(50)	132 (47.8) / 144 (52.2)
Yaş (yıl)*	6.48 ± 3.28	6.87 ± 3.56	6.69 ± 3.63
Başlangıç yaşı (yıl)*	3.4 ± 1.98	2.96 ± 2.16	3.23 ± 2.02
Süre (yıl)*	3.24 ± 2.62	3.66 ± 2.93	3.44 ± 2.71
Dışkılama sıklığı (gün)	4 (1-8)	2 (2-10)	3 (1-10)
Ailede kabızlık öyküsü	74 (34.2)	28 (46.6)	102 (36.9)
Psikososyal sorun varlığı	38 (17.5)	11 (18.3)	49 (17.7)
Anal fissür sıklığı	41 (18.9)	16 (26.6)	57 (20.6)

*ortalama ± SD

Tablo 2. Olguların başvuru sırasındaki yakınmaları.

	Laktuloz n (%)	Laktitol n (%)	Toplam n (%)
Karın ağrısı	139 (64.3)	41 (68.3)	180 (65.2)
Ağrılı dışkılama	70 (32.4)	25 (41.6)	95 (34.4)
Parazitoz	37 (17.1)	13 (21.6)	50 (18.1)
Enkoprezis	34 (15.7)	9 (15)	43 (15.5)
Kanlı dışkılama	22 (10.1)	10 (16.6)	32 (11.5)
İdrar yolu enfeksiyonu	24 (11.1)	5 (8.3)	29 (10.5)
Enürezis	13 (6)	6 (10)	19 (6.8)

saptanmıştır ($p>0.05$). Kontrole gelen hastalarda 3 aylık aralarla yapılan değerlendirmelerde de iki grup arasında anlamlı istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Konstipasyon çocukluk çağında sık rastlanan bir semptomdur. Dışkının pasajında yavaşlama, dışkı sıklığı ve/veya kıvamında değişiklikler seyreder, çocuğun ve ailenin konforunu bozarak, önemli derecede rahatsızlık hissi oluşturur. Patofizyolojisinde genetik predispozisyon, intestinal motilite bozuklukları, lifden fakir diyetle beslenme, tuvalet eğitimindeki hatalar, çocuğun ve ailenin psikososyal yapısı önem taşımaktadır. Anatomik patolojilerin ve sistemik hastalıkların eşlik etmediği fonksiyonel konstipasyon çocukluk çağında konstipasyonlu olguların %90-95'ini oluşturduğundan tanıda öncelikle düşünülmelidir (1,4,6).

Fonksiyonel konstipasyonun klinik tablosu oldukça değişkendir. Karın ağrısı, dışkılamada ağrı, kanlı dışkılama, enkoprezis eşlik eden başlıca semptomları oluşturur. Hasta grubumuzda da benzer şekilde sıklık sırasına göre, karın ağrısı, dışkılama sırasında ağrı ve enkoprezisin konstipasyonla birlikte olduğu görülmektedir. Emosyonel kaynaklı olarak defekasyonun kontrol edilememesi olarak tanımlanan enkoprezis, çalışmamızda olguların %15.5'inde saptanmıştır. Literatürde, çocuklarda enkoprezis sıklığı %1-2 olarak belirtilmektedir (1,7). Enkoprezis oranının yüksekliği, olgularımızın pediatrik yaş grubunda olmalarına bağlanmıştır.

Enkoprezisin psikolojik sorunlar veya travmalarla ilişkili olduğu konusunda yaygın bir görüş olmasına karşın, psikiyatrik literatürde, bu ilişki kesin olarak kanıtlanmamıştır (6). Ancak, konstipe çocukların %8.6'sında ailede psikososyal sorun varken, enkoprezis ve konstipasyonu olan çocuk-

larda bu oranın %23'e yükseldiği görülmüştür. Söz konusu sorunlar, genelde ebeveyn kaynaklı olup, anne veya babanın davranış bozuklukları ön plandadır. Yetişkinlerde yapılan ve 3282 hastayı kapsayan bir çalışmada ise, konstipasyonu olan olgularda anksiyetenin önemli bir etiyolojik faktör olduğu belirtilmiştir (8). Literatürde, çocukluk yaş grubunda bu konu ile ilgili yeterli çalışma bulunmamaktadır; çalışmamızda da sadece enkoprezisi olan olgular psikiyatrik değerlendirmeye alınmıştır.

Olgularımızda, enkoprezisin dışında, parazitoz %18.1, idrar yolu enfeksiyonu %10.5 ve enürezis %6.8 oranlarında saptanmıştır. Enürezis nokturna, santral sinir sisteminin genetik kökenli gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Son yıllarda enkoprezisin de aynı hastalık grubuna alınması konusunda görüşler vardır. Her iki durumda da davranışsal desteğin önemi üzerinde durulmakta, mesane ve barsakların eğitimi önerilmektedir (9). Çalışma grubumuzda, konstipasyona, enkoprezisle birlikte yüksek oranda enürezisin de eşlik etmesi bu görüşlere paralellik göstermektedir. Enürezis ve konstipasyon prevalansının araştırıldığı bir çalışmada, enürezisli olgularda konstipasyon birlikteliği %25.9 olarak belirlenmiştir (10).

Genetik predispozisyon, kronik konstipasyonun etiyolojisinde major faktörlerden biridir (6). İkizlerde yapılan çalışmalarda, bir ikizde konstipasyonun varlığında, diğer kardeş için konstipasyon riskinin normale göre 6 kat daha fazla olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda birinci ve ikinci derece akrabalarda kabızlık araştırıldığında, olguların %36.9'unda ailede kabızlık saptanırken, ebeveyn, kardeş ve akrabalar arasında, annede kabızlık öyküsünün en sık olduğu sonucuna varılmıştır.

2003'de yayınlanan bir çalışmada, fonksiyonel konstipasyona yaklaşım ele alınarak, ayrıntılı anamnezin ve rektal muayenenin önemi vurgulanmıştır (10). Ayrıntılı anamnez ile hayatın ilk günlerindeki dışkılama öyküsü alınarak Hirschprung hastalığından uzaklaşabildiği gibi, kronik karın ağrısı ile başvuran bir hastada da kabızlığın sorgulanması ile birçok laboratuvar

ve radyolojik incelemeye gerek kalmadan tanıya gidilebilir. Rektal muayene ile rektumun dışkı ile dolu olup olmadığı, rektal kanalda biriken dışkının özelliği, anal fissürlerin, çocuklukta çok nadir olmakla birlikte hemoroidlerin varlığı, fissürlerin tedavisi sonrası düzelme olup olmadığı ve anal sfinkterin tonusu hakkında bilgi edinmek mümkündür. Çalışma grubumuzdaki tüm olgulara rektal tuşe uygulanarak değerlendirilmiş ve yaklaşık beşte birinde anal fissür saptanarak tedavi edilmiştir. Fonksiyonel konstipasyon düşünülen olgularda herhangi bir tetkik yapılmaksızın, hastanın ve ailesinin etiyoloji, tedavi ve prognoz açısından bilgilendirilmesi, kontrollere çağrılarak tedavinin denetlenmesi önerilmektedir (1,6,10). Tedavide, aile ve yaşı uygunsa çocuğun bilgilendirilmesinin, tuvalet eğitiminin, dışkılama paternini ve enkoprezisli olgularda dışkı kaçırma sıklığını gösteren günlük kartların kullanılmasının da yararlı olduğu belirtilmiştir. Hastaların %90'ında bol sıvı alma, menüde posalı- lifden zengin yiyeceklerin, sulu gıdaların, hoşafaların daha fazla yer alması ve sıkça tüketilmeye başlanması gibi basit diyet değişiklikleri, dışkının laksatif ve enemalarla yumuşatılması, psikolojik destek iyileşmeyi sağlar (3,4,11-13). Çalışma grubumuzda önerilen; enkoprezisli olan olgularda, dışkı kaçırma sayısının ve kaçırılmayan günlerin işaretlenmesi, enkoprezisi olmayanlarda dışkılama paterninin belirtilmesi tedaviye uyumu desteklemiştir.

Tuvalet veya oturma eğitiminin tedavideki en önemli basamaklardan biri olduğu kabul edilmektedir, bu eğitimde hastaya, öncelikle kahvaltısı ve akşam yemeklerinden sonra, düzenli olarak, belirli zaman aralıklarında (5-15 dakikalık sürelerde) dışkılamaya çalışma hareketleri öğretilir. Zorlayıcı davranışlardan kaçınılması, çocuğun korkutulmaması gereklidir, tuvalette geçirilen zamanda çocuğu oyalayıcı (basit çizim ve resimler) bazı aktivitelere izin verilebilir (1,6,10, 14). Çalışmamızda, söz konusu eğitim aynı ekip tarafından verilmiş, polikliniğimizde bu eğitimin verildiği özellikle okul çağı çocukları ve ailelerinin, bu yöntem uymaya istekli oldukları gözlenmiştir. Hasta grubumuzda, tedaviye istekli, iletişim kurulabilen, kontrollere düzenli olarak

gelen hastaların tedaviden yarar gördüğü gözlenmiştir. Hastaların %48.5'unun birinci ayda kontrol muayene için başvurduğu, bu grubun yaklaşık %40'ının tedaviden faydalandığı saptanmıştır. Aileye ve çocuğa, konstipasyon tedavisinde önemli yeri olan lifli beslenme ile düzenli tuvalet eğitiminin süreklilik göstermesinin önemi, tıbbi tedavide kullanılan ajanların doz ve süresinin hekim-aile işbirliği sonucu belirlenmesi gerektiği anlatılmalıdır (4). Hastalarımıza önerilen laktuloz ve laktitol içeren ilaçlarla ilk ayda alınan tedavi yanıtları, sırasıyla %36.7 ve %42.8 olarak saptanmıştır. İki ilacın birinci yılın sonundaki tedavi yanıtları ise laktuloz için %73.5, laktitol için %78.5 bulunmuş, ancak iki grup arasında, tedavinin ilk ayı ve ilk yılındaki tedavi yanıtları açısından anlamlı istatistiksel farklılık gözlenmemiştir ($p>0.05$). Düzenli ve uygun dozda; ayrıca beslenme önerileri ile tuvalet eğitimine önem verilerek kullanıldığında her iki gruptaki hastaların da tedaviye yanıtları iyi olmuştur. Literatürde hem laktuloz, hem de laktitol tedavileri ile ilgili olumlu görüş bildiren araştırmalar vardır. Laktuloz ile laktitolün kolonik geçiş zamanına etkilerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada (15), laktulozun dışkıının pasajını kolaylaştırdığı bulunmuştur. Kronik konstipasyonlu 51 çocuğu kapsayan bir diğer araştırmada ise, laktitol, laktuloza göre daha etkin olarak değerlendirilmiştir (16).

Fonksiyonel konstipasyonda ailenin ve çocuğun uygun davranışlar açısından eğitilmesi yanı sıra; lifli diyetle beslenme, tuvalet eğitimi ve ilaç tedavisinin birlikte yürütülmesinin gerekliliği üzerinde durulmalıdır. Gereksiz tetkiklerden kaçınılmalı, özellikle tedaviye yanıtız olarak değerlendirilen fonksiyonel konstipasyon ve enkopreziste hastanın izleminde pediatrik gastroenteroloji uzmanına danışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Wenner JW. Constipation and encopresis. In: Altschuler SM, Liacouras CA, eds. Clinical Pediatric Gastroenterology. 9 th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1998: 165-68.
2. Rogers J. Management of functional constipation in childhood. *Br J Community Nurs* 2003;8:550-3.

3. Dito L. Constipation in children. *Clin Ter* 2002; 153:281-7.
4. Youssef NN, Di Lorenzo C. Childhood constipation: evaluation and treatment. *J Clin Gastroenterol* 2001; 33:199-205.
5. Clayden G, Keshtgar AS. Management of childhood constipation. *Postgrad Med J* 2003;79:616-21.
6. Pettei MJ. Idiopathic constipation. In: Davidson M, (ed). *Pediatric Gastrointestinal Disease*. Philadelphia: Churchill Livingstone, 1991. p. 818-29.
7. Coughlin EC. Assessment and management of pediatric constipation in primary care. *Pediatr Nurs* 2003; 29:296-301.
8. Cheng C, Chan AO, Hui WM, Lam SK. Coping strategies, illness perception, anxiety and depression of patients with idiopathic constipation: a population-based study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18: 319-326.
9. von Gontard A. Elimination disorders in childhood. How to make children dry and clean. *MMW Fortschr Med* 2003;145:26-30.
10. van Ginkel R, Buller HA, Heymans HS, Taminiau JA, Boeckxstaens GE, Benninga MA. [Functional childhood gastrointestinal disorders. III. Constipation and solitary encopresis; diagnostic work-up and therapy] *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1267-71. Comment in: *Ned Tijdschr Geneesk* 2003; 147:1234-52.
11. Wald A. Constipation. *Med Clin North Am* 2000; 84:1231-46.
12. Morais MB, Maffei HV. Constipation *J Pediatr (Rio J)* 2000;76 (Suppl 1):147-56.
13. Edwards CA, Parrett AM. Dietary fibre in infancy and childhood. *Proc Nutr Soc* 2003;62:17-23.
14. Brazzelli M, Griffiths P. Behavioural and cognitive interventions with or without other treatments for defaecation disorders in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; CD002240. Comment in: *ACP J Club* 2002; 137: 28. *Evid Based Nurs* 2002; 5: 76.
15. Pontes FA, Silva AT, Cruz AC. Colonic transit times and the effect of lactulose or lactitol in hospitalized patients. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995;7:441-6.
16. Pitzalis G, Deganello F, Mariani P, Chiarini-Testa MB, Virgilii F, Gasparri R, et al. Lactitol in chronic idiopathic constipation in children. *Pediatr Med Chir* 1995;17:223-6.

Yazışma adresi:

Dr. Sezin Aşık AKMAN
1401 Sok. No: 24/ 2 35220 Alsancak, İzmir
Tel: 0 232 463 43 32
e-mail: dr.akman@superonline.com