

FONKSİYONEL BAĞIRSAK
HASTALIKLARINDA

HASTALIK YÖNETİM REHBERİ



Dilek Oğuz – Türk Gastroenteroloji Derneği Başkanı

Bilimsel Danışma Kurulu

Filiz AKYÜZ

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Altay ÇELEBİ

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı, Kocaeli

İbrahim DOĞAN

Özel Koru Hastanesi, Ankara

Yusuf ERZİN

İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

Taylan KAV

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı, Ankara

Sabahattin KAYMAKOĞLU

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Gastroenterohepatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Birol ÖZER

Başkent Üniversitesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, Adana

Müjde SOYTÜRK

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

s3	Yusuf ERZİN <i>Tanı ve Ayırıcı Tanılar</i>
s8	Taylan KAV <i>Genel Klinik Yaklaşım, İlk Değerlendirme</i>
s12	Müjde SOYTÜRK <i>Tedavi Hedefleri Konusunda Bilgilendirme</i>
s16	Altay ÇELEBİ <i>İrritabl Bağırsak Sendromunda (İBS) Diyet ve Tedavi</i>
s23	İbrahim DOĞAN <i>Fonksiyonel Konstipasyonda Diyet ve Tedavi</i>
s30	Filiz AKYÜZ <i>Fonksiyonel Diyarede Diyet ve Tedavi</i>
s36	Sabahattin KAYMAKOĞLU, Birol ÖZER <i>Fonksiyonel Abdominal Şişkinlik/Gerginlikte Diyet ve Tedavi</i>
s41	Müjde SOYTÜRK <i>Yaşam Tarzı Değişiklikleri</i>
s43	Filiz AKYÜZ <i>Fonksiyonel Bağırsak Hastalıklarında Takip ve İzlem</i>

•— **Tanı ve Ayırıcı Tanılar** —•

•— Yusuf ERZİN —•



FONKSİYONEL BAĞIRSAK HASTALIKLARI (FBH) TANI KRİTERLERİ VE AYIRICI TANISI



Fonksiyonel gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları ne sıklıkla görülür?

Fonksiyonel GİS Hastalıkları hayatın herhangi bir döneminde toplumun %40'ında görülmekte ve bu hastaların yaklaşık 2/3'ünde tekrarlayan kronik semptomlara neden olabilmektedir. Hastalığın sık olması nedeniyle tanı ve tedavideki gecikmeler gereksiz hastane ziyaretleri, konsültasyonlar, cerrahi girişimler, reçetesiz ilaç kullanımları sonucu artmış sağlık giderlerine ve en önemlisi iş gücü kaybına neden olmaktadır.



Hastalığın temelindeki patofizyoloji nedir?

Patofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, gastrointestinal flora bozuklukları (disbiyozis), 5-HT aracılı viseral hipersensitivite, bozulmuş motilitenin eşlik edebildiği, beyin-bağırsak etkileşiminde çift yönlü bozukluk ile karakterize biyopsikososyal bir hastalık olarak kabul edilmektedir.



FBH'de genel semptomlar nelerdir?

En sık görülen semptomlar karın ağrısı, gaz, şişkinlik, diyare, konstipasyon ve bunların karışımı olup hasta yaşına göre benzer semptomlar inflamatuvar bağırsak hastalığı, kolorektal kanser, çölyak hastalığı gibi durumlarda da görülebilmekte ve bu da iyi ayırıcı tanı yapmanın önemine işaret etmektedir.

- FBH'de günümüzde altta yatan patofizyolojik mekanizmaların ortaya konmasından çok, baskın olan semptom ya da semptomların tedavisi ön plana çıkmaktadır.
- FBH'de organik bir hastalık bulunmaması nedeniyle hekimler tarafından hasta şikayetleri sıklıkla hafife alınmakta ve hastaların psikolojik sorunları olduğu düşünülmekte, deyim yerindeyse bu ikinci sınıf hastalık nedeniyle görülen ilgisizlik, hastaları bir çıkmaza sokabilmektedir.
- Günümüzde FBH tanısı; semptom temelli 2016 Roma IV kriterlerine göre konulmaktadır ve FBH kadınlarda daha sık görülmektedir.
- Semptom kriterlerini karşılayarak FBH tanısı konulan hastalarda maliyet etkin testlerle ayırıcı tanı yapılmalı yani eliminasyondan ziyade pozitif tanı koyulmaya çalışılmalıdır.
- Maliyet etkin ayırıcı tanı açısından örnek vermek gerekirse sınav öncesi kısa süreli karın ağrısı ve diyare atakları yaşayan bir öğrenciyi sadece izlemek yeterli iken benzer şikayetleri giderek artan bir yaşlıya mutlaka kolonoskopi yapılmalıdır.



Alarm Semptomları nelerdir?

Yaşın 50 yıl üzerinde olması, kısa süre önce ortaya çıkmış şikayetler, kansızlık, iştahsızlık, kilo kaybı, rektal kanama, ailede kolon kanseri / inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü ve noktürnal semptomların varlığı gibi alarm semptomları daha geniş ayırıcı tanı yapmayı gerektiren durumlardır.



İyi anamnez neden önemlidir?

FBH tanısı koymadan önce hastalardan ilaç ve operasyon anamnezleri, diyet değişiklikleri ile ilgili ayrıntılı bilgi alınmalıdır. Örneğin tam ya da kısmi pankreas rezeksiyonu olan ya da bariyatrik cerrahi (mini gastrik by-pass gibi) geçirmiş hastalarda diyare baskın İBS semptomları benzeri semptomlar olabilir. Yine sık kullanılan beta bloker ya da kalsiyum kanal blokerleri fonksiyonel konstipasyon benzeri tablo ya da metformin ve proton pompa inhibitörü gibi ilaçlar fonksiyonel diyare tablosunu taklit edebilir. Bu gibi durumlarda ilaç başlangıcı ve semptom ilişkisini sorgulamak önem kazanmaktadır. Yine alışlageldik diyetten vegan diyete geçen bireylerde artmış lif alımı nedeniyle abdominal distansiyon görülebilir. Tüm bu örnekler iyi bir anamnez almanın önemine işaret etmektedir.

Kabaca diyare baskın fonksiyonel bağırsak hastalıkları ayırıcı tanısına laktoz intoleransı, çölyak, çölyak dışı gluten sensitivitesi, parazitoz, inflamatuvar bağırsak hastalıkları, mikroskopik kolit, pankreas ekzokrin yetersizliği, hipertiroidi, bariyatrik nöropati ve sistemik sklerodermaya sekonder intestinal hipomotilite ve buna bağlı bakteriyel aşırı çoğalma sendromu girerken konstipasyon baskın İBS ayırıcı tanısına kolorektal tümöre, geçirilmiş divertikülite ve inguinal herniye bağlı darlıklar, hipotiroidiye bağlı hipomotilite girmektedir.



FBH'de sınıflandırma nedir?

Roma IV 2016'ya göre FBH şu şekilde sınıflandırılmaktadır:

- C1.** İrritabl bağırsak sendromu İBS
- C1a.** İBS konstipasyon ağırlıklı
- C1b.** İBS diyare ağırlıklı
- C1c.** İBS konstipasyon diyare karışım tipi
- C1d.** İBS sınıflandırılmayan
- C2.** Fonksiyonel konstipasyon
- C3.** Fonksiyonel diyare
- C4.** Fonksiyonel gaz, şişkinlik
- C5.** Belirsiz FBH
- C6.** Opioide sekonder konstipasyon

FBH'de ayırıcı tanıda akla gelecek testler nelerdir?

Tanı kriterleri ve ayırıcı tanıda kullanılması önerilen testler ise tabloda belirtilmiştir.

HASTALIK	TANI KRİTERLERİ	AYIRICI TANI TESTLERİ
İBS	En az 6 ay önce başlamış ve son 3 ayda haftanın en az bir günü olan karın ağrısı ve aşağıdaki kriterlerden en az ikisi: <ul style="list-style-type: none">• Ağrı ile defekasyon ilişkisi varlığı• Ağrı ile dışkı sıklığı arasında ilişki olması• Ağrı ile dışkı formu arasında ilişki olması	Tam kan sayımı, CRP, tiroid hormonları, diyare varsa çölyak testleri ve fekal kalprotektin, yaş >50 yıl ve/veya alarm semptomları varsa kolonoskopi
Fonksiyonel konstipasyon	Zor, seyrek dışkılama ve boşaltamama hissi. Baskın şikayet karın ağrısı olmadığından İBS kriterlerini karşılamaz ayrıca gaz ve şişkinlik olsa da ön planda değildir.	Tam kan sayımı, tiroid hormonları, kalsiyum, yaş >50 yıl ve/veya alarm semptomları varsa kolonoskopi
Fonksiyonel diyare	Tekrar eden yumuşak, sulu dışkılama. Baskın şikayet karın ağrısı olmadığından İBS kriterlerini karşılamaz ayrıca gaz ve şişkinlik olsa da ön planda değildir.	Tam kan sayımı, CRP, tiroid hormonları, çölyak testleri ve fekal kalprotektin ve elastaz, yaş >50 yıl ve/veya alarm semptomları varsa kolonoskopi
Fonksiyonel gaz ve şişkinlik	Abdominal dolgunluk, baskı, gaz sıkışması gibi öznel semptomlar; karın çevresinde objektif artış (distansiyon) gibi semptomların olduğu, hafif karın ağrısı ve dışkılama değişiklikleri olsa da diğer FBH kriterlerinin karşılanmadığı durumlar.	Tam kan sayımı, çölyak testleri

Bu tabloda da görüldüğü üzere semptom bazlı tanı konularak maliyet etkin yani kısıtlı ileri tetkik yapılarak hasta yönetiminin önemi ortaya konulmaktadır.



Bristol dışkı skalası nedir?

Hastalara dışkı şeklini daha rahat tarif edebilmeleri ve standardizasyon amacıyla aşağıdaki Bristol dışkı skalası kullanılabilir.

Tip 1		Küçük, sert parçalar halinde, keçi pisliği şeklinde
Tip 2		Sucuk şeklinde, birbiriyle birleşik parçalar halinde, orta veya hafif sert kıvamda
Tip 3		Yüzeyinde çatlaklar ve kırıklar olan kalın bir sucuk şeklinde, orta kıvamda
Tip 4		Sucuk veya yılan şeklinde bir bütün halinde, düzgün ve yumuşak kıvamda
Tip 5		Kolayca çıkarılan yumuşak kıvamlı parçalar halinde
Tip 6		Yumuşak püre kıvamında
Tip 7		Sulu kıvamda, katı dışkı parçası yok

Kaynak:

1. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation global study. *Gastroenterology* 2020
2. Bradley S, Alderson S, Ford AC, Foy R. General practitioners' perceptions of irritable bowel syndrome: A Q-methodological study. *Fam Pract* 2018; 35: 74-9.
3. Ruddy J. From pretending to truly being OK: A journey from illness to health with postinfection irritable bowel syndrome: The patient's perspective. *Gastroenterology* 2018; 155: 1666-9.
4. Rome IV journal articles. <https://theromefoundationorg/rome-iv/rome-iv-journalarticles/>.

•— Genel Klinik Yaklaşım, —• İlk Değerlendirme

•— Taylan KAV —•





Fonksiyonel Bağırsak Hastalığı ne demektir?

Gastrointestinal sistem hastalığını düşündüren ve en sık görülen belirtiler; karın ağrısı, diyare, konstipasyon ve şişkinlik olarak sayılabilir. Organik patolojiler bu belirtilere yol açmakla birlikte, önemli bir kısım hastada yapılan bütün araştırmaların hiçbir sonuç vermediğini ve "fonksiyonel" bozukluk olarak adlandırıldığını, fonksiyonel bağırsak hastalıklarının FBH'nin daha sık olarak bu belirtilere yol açtığını bilmekteyiz. Belirsizlik içeren "Fonksiyonel" teriminin hastalığın önemini azaltması ve hastalığın gelişiminde rol oynayan çok fazla etken olması nedeniyle, bu durum, bağırsak – beyin etkileşim bozuklukları olarak adlandırılmaktadır. Bu grup hastalık içinde sınıflandırılmakta olan iritabl bağırsak sendromu (İBS) fonksiyonel konstipasyon / diyare veya şişkinlik hastalarının en önemli doktora başvuru nedenleri arasında yer almaktadır.

FBH tanısı için bir biyobelirteç olmadığı gibi bu hastalıkların tanınması sadece ve sadece klinik ve hasta hikayesine dayanmaktadır. İyi bir hikaye alınmalı ve hastanın baskın semptomunun belirlenmesi gerekmektedir. Patofizyolojisi çok değişken olan bir hastalık grubunu uygun bir şekilde tanımlamak etkin bir tedavi sağlamak için önemli bir adımdır. Yukarıda saydığımız sık görülen rahatsızlıkları dahil ettiğimizde yaklaşık 33 farklı FBH sadece semptomlara göre ayrıştırılabilmektedir. Her ne kadar kısıtlayıcı kriterler olduğu konusunda eleştiriler yükselse de çoğu FBH iyi bir şekilde saptanmaktadır. Dünya çapında yapılan bir internet araştırmasına göre neredeyse her iki kişiden biri FBH için gerekli kriterleri sağlamaktadır.



Hangi hasta grubunda daha çok düşünülmelidir?

Çalışmaların ışığında değerlendirdiğimizde genç ve orta yaş önemli bir risk faktörü olup; 50 yaşın üstünde daha az sıklıkta görülmektedir. Kronik ağrı sendromları ve yorgunluk gibi bağırsak dışı belirtiler sık görülmekte, yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkileri olmaktadır. Hastaların bir kısmında aldığımız infeksiyon hikayesinden özellikle bahsetmek gereklidir. Hem İBS hem de fonksiyonel dispepside akut gastrointestinal sistem infeksiyonlarından sonra riskin arttığı bildirilmiştir. Özellikle İBS gelişme riski 4 kat kadar artmaktadır. Şu ana kadar tam anlamıyla mikrobiyota bileşenleri ile FBH alt türleri arasında kesin bir ilişki gösterilememiştir.



Klinik seyir ile hastayla ilk paylaşım nasıl olmalıdır?

FBH tanısı dışlama tanısı değildir, iyi iletişim becerilerini kullanarak hastalara açık bir şekilde hastalığın ismini söylemek ve anlayabileceği şekilde hastalıktan bahsetmek gereklidir. Mümkün olduğunca net ifadeler kullanarak neden kaynaklandığını, seyri ve ne kadar sürede yanıt alınabileceği gibi sorulara cevap verilmelidir. Bu hastalığın temelinde organik patoloji olmaması (şu ana kadar bulunamamış olması) hastalığın fonksiyonel olarak adlandırılması, önemini hasta ve doktor gözünde azaltmamalıdır.



FBH psikiyatrik bir hastalık mıdır?

FBH tanısı alan kişilerin yakınmalarının psikiyatrik kökenli olarak ele alınması tedavi başarısını azaltmaktadır. Psikolojik rahatsızlıkların dışı vurumu olarak ele aldığınızda hastaların hangi semptomlardan şikayetçi olduğunu öğrenmek veya varsa organik bir rahatsızlığı saptamak daha zor olmaktadır. Hasta ve yakınlarının "mental rahatsızlık", "kafanın içinde", "psikolojini düzelt" veya "psikiyatri doktoruna git" gibi yorumlarla karşı karşıya kalması hastaların bu rahatsızlığı uzunca bir süre çekmelerine ve iyileşememelerine, hastalığın daha kötüye gitmesine yol açmaktadır. Hasta vereceğiniz ilaçları kullanmayacak veya siz doktor olarak daha fazla zaman ayırmaktan veya tetkik yapmaktan kaçınmaya başlayacaksınız ve kısır döngü şiddetlenerek devam edecektir. Bazen ilaç vermemek, hastayı dinlemek ve anlamak hastalığın tedavisi için yeterli bile olabilir.



Hastalığın doğal seyri nasıldır?

Öncelikle FBH'nın tedavi edilebilir bir hastalık grubu olduğuna doktorların inanması gerekmektedir. Hastayla sadece konuşmanız %30 olasılıkla hastanın şikayetlerini geçirecektir, hastaların bir kısmında bir yıl içinde şikayetler kendiliğinden gerileyebilir. Hastaların üçte ikisi şikayetlerin tekrarıyla kronik bir seyir gösterir.



FBH'de tanı kriterlerimiz nelerdir?

FBH tanısının klinik ve semptomlara dayandığını, biyobelirteci olmadığını belirtmiştik. Bu nedenle, FBH tanısı için gerekli olan semptom temelli kriterleri (ROMA IV) kullanmak daha net tanıya ulaşmanızı sağlayacaktır. Esasında bu kriterleri kullanmak çok zorlayıcı değildir, tam tersine hastaya daha uygun yaklaşmanızı sağlar. İlk başvuru sırasında hastalar özellikle kilo kaybı veya rektal kanama gibi alarm semptomları açısından değerlendirilmelidir. Kabaca 6 aydan uzun süredir şikayeti olan kronik hastalarda kriterlere göre değerlendirme yapmak daha uygundur. Bu kriterlere ek olarak hasta hikayesindeki bir takım bilgiler tanı başarısını artıracaktır. Örneğin; gece ishallerinin olmaması, depresyon veya bağırsak dışı semptomların varlığı gibi... Hastanın özgeçmişinin ayrıntılı değerlendirilmesi sonucunda hastalığı tetikleyebilecek rahatsızlıklar ortaya çıkartılabilir. Hastaların kullandığı ilaçlar gözden geçirilmelidir; kullandığı ilaçlar kabızlık veya ishale yol açıyor olabilir. Fizik muayenede anormal bir bulgu olmaması FBH lehine değerlendirilebilir. Tetkik istemeden önce hastanın yapılmış diğer testlerini gözden geçirmenizde fayda vardır.



İlk değerlendirmede istenecek tetkikler?

Çölyak hastalığı veya inflamatuvar bağırsak hastalığı gibi bazı organik hastalıkları olan kişilerde de FBH tanı kriterlerinin karşılanabileceği unutulmamalı ve uygun basit testler yapılmalıdır. Laboratuvar testi olarak en faydalı olanlar tam kan sayımı ve CRP düzeyleri sayılabilir. Bunların dışında tüm biyokimya paneli ve tiroid fonksiyonları gibi testler ek bir katkı sağlamamaktadır; çok ciddi bir şüphe yoksa istenmemelidir.



Çölyak testleri rutin yapılmalı mı?

Ek bir test yapmak isterseniz ölyak hastalığı serolojisi daha faydalı olacaktır. Genel olarak refrakter şikayeti olan hastalarda istenmekle birlikte, ishal yakınması ön planda olan, FBH'den şüphelendiğiniz hastada ilk muayene sırasında isteyebilirsiniz. Toplumda ölyak hastalığı %1 civarında görülmekle birlikte, İBS semptomları olan hastalarda ölyak yakalama olasılığı yaklaşık 3 kat artmıştır ve işin ilginç tarafı sadece ishal değil, kabızlığı olanlarda da bu geçerlidir. Şikayeti yeni başlayan hastalarda alarm semptomlarının varlığına göre karar verilmelidir.



Hangi hastalarda endoskopik işlemler yapılmalıdır?

Yaşı 50'nin üzerinde ve hiç tarama kolonoskopisi yapılmamış bir hastaya İBS tanısından önce kolonoskopi gereklidir. Ayrıca; yaştan bağımsız olarak açıklanamayan rektal kanama ve demir eksikliği varlığında, birinci derece yakınarda çölyak hastalığı, inflamatuvar bağırsak hastalığı veya kolorektal kanser öyküsü ileri tetkik gerektiren durumlardır. İshali olan hastalarında "organik bir hastalığı atladığımız" şüphesi olabilir, organik veya fonksiyonel ayrımını yapmak için fekal kalprotektin (FK) testi yeterlidir, kabaca FK <50 µg/g ise normal olarak değerlendirilir, FK >200 µg/g ise İnflamatuvar Bağırsak Hastalıkları (İBH) olabilir. İBS ölçütlerini tutturun kişilerde kolonoskopinin tanısal katkısının çok düşük olduğu unutulmamalıdır.

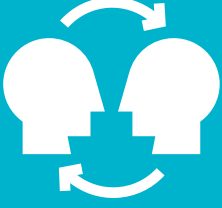
Kaynak:

1. Linedale E, Antonina A Mikocka-Walus, Vincent AD, et al. Performance of an algorithm-based approach to the diagnosis and management of functional gastrointestinal disorders: A pilot trial. Neurogastroenterology & Motility. 2017; 30(Supp 1):e13243.
2. E. Jan Irvine, Tack J, Crowell MD, et al. Design of Treatment Trials for Functional Gastrointestinal Disorders. Gastroenterology 2016;150:1469-1480.

•— **Tedavi Hedefleri** —• **Konusunda Bilgilendirme**

•— Müjde SOYTÜRK —•





Bir tutam empati

FBH tedavisinde hasta-hekim ilişkisinin özel bir yeri vardır. Bu hastalar çoğunlukla hekim tarafından anlaşılamayacağı ve empati eksikliği ile karşılaşacağı şeklinde olumsuz düşüncelere sahiptir.

Bir kısım hasta da hekim ile yapılan görüşmelerin tedavisine ve hastalıkla ilgili bilgi/deneyimlerine katkı sağlamadığını bildirmektedir.



Hastalar ne biliyor? Hekimden ne bekliyor?

Binden fazla hastanın dahil edildiği bir anket çalışmasında hastaların %90'ından fazlası, doktorunun İBS hakkında kapsamlı bilgi vermesini, ek bilgi için kaynak sağlamasını, iyi bir dinleyici olmasını, sorularını yanıtlamasını ve ilaçlar hakkında bilgi vermesini istediğini belirtmiştir.

Bu hastaların önceki sağlık deneyimlerinden elde edilen sonuçlar şöyledir: hastaların %40'ı doktorlarının bilgi verdiğini, %64'ü kendisini dinlediğini ve %47'si desteklendiğini hissettiğini söylemiştir. Benzer şekilde, birçok hasta İBS'nin doğası ve prognozu konusunda yeterli bilgiye sahip değildir. Hastaların bir kısmı karın ağrısının İBS'de görülen önemli bir semptom olduğunu bilmemektedir ve bazıları kolonoskopinin İBS tanısı koyduracağını düşünmektedir. Yine önemli bir kısım hasta İBS'nin inflamatuvar bağırsak hastalığı gelişme riskini artırdığına inanırken bir kısmı da kansere yol açabileceğini zannetmektedir.

Doğru Bilinen Yanlışlar



Yanlış: FBH kansere dönüşebilir .



Doğru: FBH kansere dönüşmez. FBH; İBH'nin öncü hastalığı değildir. Gelişme riskini artırmaz.

Doktorların FBH ile ilgili algıları da hasta hekim ilişkisinde belirleyici rol oynamaktadır. Hekimlerin bir kısmı FBH'nin psikolojik bir rahatsızlık veya strese verilen bir yanıt olduğuna inanmaktadır. Görüldüğü üzere hem hastaların hem de doktorların FBH ile ilgili bazı görüşleri ve bakış açıları hasta-hekim ilişkisini olumsuz etkileme potansiyeline sahiptir.



Hekim-hasta ilişkisinde tedavi başarılarını neler artırabilir?

Hekimin;

- Hastayı dikkatle dinlemesi
- Görüşme sırasında hastanın sorunlarına odaklanması
- Hastanın duygularını anlamak için çaba sarf etmesi, empatik bir yaklaşım sergilemesi
- Hastayı hastalığı ve tedavi hedefleri konusunda bilgilendirmesi
- Hasta için neyin önemli olduğunu keşfetmesi ve tedavide öncelikleri hastayla birlikte belirlemesi
- Hastanın davranışını olumlu yönde güçlendirebilmeleri için tedaviye mümkünse aile üyelerini dahil etmesi



Hastaya tedavi hedefleri nasıl anlatılmalı?

FBH'nın doğası ve bunun ne anlama geldiği hakkında net bir açıklama yapmak çok önemlidir. Bu hastalar, yakınmaları yinelediği için kendilerine doğru teşhis konulmadığı, altında yatan önemli bir hastalığın atlandığı kaygısını taşırlar. Hastaya yapılan tetkiklerin neden normal bulunduğu, yakınmaların stresle tetiklenebildiği, ancak stressiz bir dönemde de ortaya çıkabileceği, bu hastalığın hastanın ömrünü kısaltmayacağı ve kanserle ilişkisi olmadığı konusunda yani hastalığın prognozu ile ilgili bilgi verilmelidir. Hastaların yaklaşık 2/3'ünün kronik semptomlar yaşadığı ve tedavinin hedefinin hastalığın tamamen iyileşmesi yerine semptomları iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmak olduğu hastaya açıklanmalıdır. İlk basamak tedavi stratejisinin başarısız olması durumunda mevcut diğer tedavi seçenekleri konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

Kaynaklar:

1. Black CJ, Ford AC. Best management of irritable bowel syndrome. *Frontline Gastroenterol.* 2020 May 28;12(4):303-315. doi: 10.1136/flgastro-2019-101298. PMID: 34249316; PMCID: PMC8231425.
2. Alammari N, Stein E. Irritable Bowel Syndrome: What Treatments Really Work. *Med Clin North Am.* 2019 Jan;103(1):137-152. doi: 10.1016/j.mcna.2018.08.006. PMID: 30466670.
3. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G, Korownyk C, Marsiglio M, Graff L, Kvern B, Lazarescu A, Liu L, Paterson WG, Sidani S, Vanner S. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Can Assoc Gastroenterol.* 2019 Apr;2(1):6-29. doi: 10.1093/jcag/gwy071. Epub 2019 Jan 17. PMID: 31294724; PMCID: PMC6507291.
4. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Júdez J. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016 Jun;108(6):332-63. doi: 10.17235/reed.2016.4389/2016. PMID: 27230827.
5. Rawla P, Sunkara T, Raj JP. Updated review of current pharmacological and non-pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Life Sci.* 2018 Nov 1;212:176-181. doi: 10.1016/j.lfs.2018.10.001. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30290187

•— İrritabl Bağırsak —• Sendromunda Diyet ve Tedavi

•— Altay ÇELEBİ —•





İBS'de tedavi hangi etmenlere göre belirlenmelidir?

İBS'de diyet önerisi ve medikal tedavi seçimi baskın olan semptom ve semptom şiddetine göre belirlenmelidir.



FODMAP diyeti özellikle hangi tip İBS'de önerilmeli?

FODMAP Diyeti : FODMAP diyeti fonksiyonel diyare başlığı altında daha detaylı ele alınmıştır.

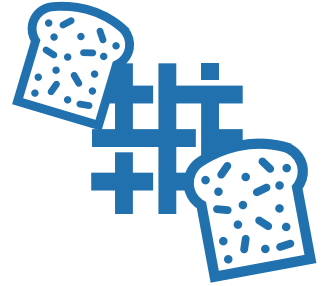
F(fermente olabilen), O(oligosakkaridler), D(disakkaridler), M(monosakkaridler), A(and), P(polioller).

FODMAP'ler kolonda artan gastrointestinal su sekresyonuna ve artan fermantasyona yol açar, böylece İBS'li hastalarda lümeninde şişkinliğe ve yemekle ilgili semptomların tetiklenmesine yol açabilen kısa zincirli yağ asitleri ve gazlar üretilir. Çalışmaların çoğu, FODMAP diyetinin İBS semptomlarından özellikle karın ağrısı ve şişkinlik için faydalı olduğunu bildirmiştir. FODMAP diyetinde birinci aşama, düşük FODMAP içeren gıdaların verilmesidir. Diyete cevap verenler 4-6 hafta içerisinde belirlenebilir. Dört-altı hafta içerisinde diyete cevap vermeyen hastalarda diyete devam edilmemelidir. Diyete cevap veren hastalarda 6. haftadan sonra kısıtlanan gıdaların kademeli olarak diyete eklenmesi, üçüncü aşamada ise semptomları tetikleyen gıdalardan kaçınacak şekilde diyetin bireyselleştirilmesi şeklinde FODMAP diyeti hastalarda uygulanabilir. FODMAP diyetinin diyetisyen kontrolünde verilmesi daha iyi cevap alınmasına yardımcı olur. Eğer bu yapılamayacaksa hastaya konuyu ayrıntılı anlatan materyaller sağlanmalıdır. Özellikle diyare baskın İBS'de gaz şişkinliğin eşlik ettiği İBS tipinde önerilebilir.

Lif takviyesi nasıl yapılmalıdır?

Pysillium (İspaghula, karnıyarık otu): Pysillium gibi çözünür lifler İBS'de karın ağrısı, konstipasyon ve global semptomlar için etkilidir. Çözünür lifler, Pysillium dışında yulaf kepeği, arpa ve fasulyede de bulunur. Pysillium günde 3-4 gr ile başlanarak şişkinliğe neden olmayacak şekilde kademeli artırılmalıdır. Çalışmalarda kullanılan Pysillium miktarı 6-30 g/gün arasındadır.

Buğday kepeği gibi çözünmeyen lifler semptomları artırabilir, ayrıca kolonik fermantasyon nedeniyle su tutma kapasiteleri düşüktür ve gaz-şişkinliği artırır. Gözlemsel çalışmalarda İBS'li hastaların çoğunun glutensiz diyetle düzeldiği bildirilmesine rağmen, randomize kontrollü çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bu nedenle İBS'de glutensiz diyet kılavuzlarda önerilmemektedir.



İBS'de ilaç tedavileri nelerdir ve nasıl olmalıdır?



Antispazmodikler:

İBS'de genel semptomlar ve karın ağrısı için etkili olabilir. Ağız kuruluğu, görme bozukluğu ve baş dönmesi sık görülen yan etkileridir.

İBS'li hastalarda pinaveryum ile plasebonun karşılaştırıldığı 8 çalışmanın meta analizinde pinaveryumun OR: 3.43 (2.00-5.88), NNT (Numbers Need to Treat - tedavi edilmesi gereken sayı) 4 olarak bulunmuştur. Otilonyum ve pinaveryum İBS'de etkinlik için en fazla kanıtı sahip antispazmodikler olarak bildirilmiştir.

Yapılan çalışmalarda plaseboya üstünlükleri yaklaşık 4. haftada başlamaktadır ve 8-12. haftalarda daha anlamlı hale gelmektedir. Yemeklerden önce veya yemek sırasında kullanım önerilmektedir. Birden fazla antispazmodik ilacın aynı anda birlikte kullanımı önerilmemelidir. Antispazmodiklerde etkinin görülmesi için en az 4-6 hafta kullanmak gereklidir. İBS'li hastalarda pinaveryum ve alverin sitratın simetikon ile kombine preparatlarının randomize plasebo kontrollü çalışmalarında; karın ağrısı ve şişkinlik semptomlarında iyileşme plaseboya göre anlamlı olarak üstün bulunmuştur.



Antispazmodikler başlandıktan sonra 8-12 hafta devam edilmelidir.

Probiyotikler:

İBS'de karın ağrısı ve global semptomlar için etkili olabilir. Meta analizlerde kombine probiyotiklerin İBS'de etkinliğinin tek suşlara göre daha iyi olduğu bildirilmekle beraber, çalışmalarda belirgin heterojenite ve bias mevcuttur. İBS'de probiyotiklerin tedavide kuvvetle önerilmesi için günümüzde yeterli kanıt yoktur. Probiyotiklerin şişkinlik ve gaz şikayetine eşlik ettiği Diyare baskın İBS (D-İBS) veya Miks İBS hastalarında hasta bazlı olarak kullanımı önerilebilir.

Loperamid:

D-İBS de etkili olabilir. Karın ağrısı, bulantı, kusma ve konstipasyon yan etkilerine karşı dozu titre ederek artırmak önerilmektedir. Loperamid 2 mg'lık tabletleri ile günde 2 kez birer tane ile başlanmalı ve 3-4 dozda maksimum 16 mg/gün kadar artırılarak kullanılabilir. Sürekli kullanım önerilmemelidir.

Polietilen glikol (PEG):

İBS'de kabızlık için etkili bir tedavidir. Bununla birlikte, randomize klinik çalışmalar (RKÇ), PEG'in konstipasyon baskın İBS'li (K-İBS) hastalarda genel semptomlar veya ağrıyı azaltmada yetersiz olduğunu göstermiştir. Etkinin geç başlayabileceği (2-3 güne kadar) ve dozun alınan cevaba göre titre edilmesi gerektiği bilinmelidir. Saşe formları 10 g/gün dozundan başlanarak, alınacak cevaba göre 30 g/güne titre edilebilir. Yan etki olarak karın ağrısı görülebilir.

Nane yağı:

İBS'de karın ağrısı ve global semptomlar için etkili olabilir, gastroözofageal reflü (GÖR) en sık görülen yan etkisidir. Yemeklerden 30-60 dk. önce alınmalıdır. Nane yağının İBS'li hastalardaki klinik yararları; çoğunlukla L-mentolün kalsiyum kanallarını bloke etmesine ve buna eşlik eden düz kas gevşemesine bağlıdır. Kullanılan nane yağı preparatlarının çok azının etkililik ve güvenlik testlerinden geçtiği unutulmamalıdır. Çalışmalarda 3x180 mg ile 2x450 mg dozları arasında kullanılmıştır.

Trisiklik antidepresanlar (TCA):

İBS'de global semptomlar ve karın ağrısı için etkili bir tedavi seçeneğidir. İBS hastalarında TCA'ler ile yapılan çalışmalarda NNT: 4,5 olarak bulunmuştur. Ne için başladıkları hastalara etraflıca anlatılmalı ve yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir. Amitriptilin günde 10 mg olarak tek dozda gece yatmadan önce başlanmalı ve gerekiyorsa 25 mg, maksimum 50 mg/gün tek dozda verilecek şekilde yavaş doz titrasyonu yapılmalıdır. Uyuşukluk ve ağız kuruluğu en sık görülen yan etkileridir. Amitriptilin NNH: 9 (number needed to harm) olarak bildirilmiştir. Bunlar dışında daha az sıklıkta idrar retansiyonu, konstipasyon ve kardiyak aritmiler gibi yan etkiler görülebileceği akılda tutulmalıdır.

SSRI'lar (seçici serotonin geri alım inhibitörü):

İBS'de global semptomlar ve karın ağrısı için tedavi seçeneği olabilir. Meta analizlerde TCA'lar kadar etkili bulunmamıştır. Öncelikle başlangıç tedavilerine yanıtız K-İBS'li hastalarda düşünülecek tedavi seçeneğidir. Ne için başladıkları hastalara etraflıca anlatılmalı ve yan etkileri hakkında bilgi verilmelidir.

5-HT₃ reseptör antagonistleri:

D-İBS'li hastalar için etkili ikinci basamak ilaçlardır. Alosetron ve ramosetron birçok ülkede mevcut değildir. Ondansetron, günde bir kez 4 mg'lık dozdan günde üç kez maksimum 8 mg'a titre edilebilen dozda bir alternatif olarak kullanılabilir. Kabızlık en sık görülen yan etkileridir. Alosetron ile iskemik kolit yan etki olarak bildirilmiştir. Bu ilaçlar D-İBS'li hastalar için muhtemelen en etkili seçenektir ve konvansiyonel tedaviye yanıtız hastalarda kullanılabilir.

Rifaksimin:

Luminal etkili absorbe olmayan antibiyotik olan rifaksimin, karın ağrısı üzerindeki etkisi sınırlı olmasına rağmen, D-İBS'li hastalar için etkili bir tedavi seçeneğidir. Rifaksimin D-İBS'li hastalardaki NNT:9, NNH: 8971'dir. Yapılan çift kör RKÇ sonuçlarına göre başlangıçtaki 3x550 mg /gün dozunda iki haftalık tedaviye cevap alınan hastalarda, 2 kez daha 2 haftalık tedavi verilebilir. Rifaksimin ülkemizdeki preparatları ile 3x400 mg/gün veya 2x550 mg/gün dozunda 14 gün süre ile bu endikasyonda kullanılabilir.

Eluxadoline:

Miks opioid reseptör ilacı olan eluxadoline, D-İBS'li hastalar için etkili bir ikinci basamak ilaçtır. 2x100 mg dozunda plaseboya karşı anlamlı olarak üstün bulunmuştur. Ülkemizde mevcut değildir.

Safra asidi sekestranları: Kolesevelam (1875 mg/gün):

D-İBS'li hastalarda safra asidi sekestranlarıyla ilgili kontrollü çalışmaların eksikliği göz önüne alındığında, bir grup hastanın bu tedaviden yarar görmesi nedeniyle, safra asidi sekestranı kullanımı kılavuzlarda klinisyenin takdirine bırakılmıştır.

Guanilat siklaz-C agonisti olan Linaclotide ve Plecanatide:

K-İBS'li hastalar için etkili bir ikinci basamak tedavi seçenekleridir. İshal yaygın bir yan etki olmasına rağmen, K-İBS'li hastalar için mevcut en etkili sekretagoglardır. Ülkemizde mevcut değildir.

İntestinal klorür kanalı aktivatörü olan Lubiprostone:

K-İBS'li hastalar için etkili bir ikinci basamak ilaçtır. Bu sekretagogun ishal yan etkisi diğerlerinden daha düşüktür, ancak bulantı sık görülen yan etkisidir. Ülkemizde mevcut değildir.

Sodyum-hidrojen exchange inhibitörü olan Tenapanor:

K-İBS'li hastalar için etkili bir ikinci basamak ilaçtır. Bu ilaçta da ishal sık görülen bir yan etkidir. Ülkemizde mevcut değildir.

5-HT₄ reseptör agonisti olan Tegaserod ve Prucalopride:

Tegaserod; K-İBS'li hastalar için etkili bir ikinci basamak ilaçtır, ancak kardiyak yan etkiler nedeniyle geri çekilmiştir. Prucalopride fonksiyonel kabızlıkta kullanılmaktadır. Ülkemizde mevcut değildir.



İBS'de psikoterapi etkili midir?

İBS'ye özgü bilişsel davranışsal tedavi global semptomlar için etkili bir tedavi seçeneği olabilir. Bağırsaklara yönelik hipnoterapi de İBS'de global semptomlar için etkili bir tedavi seçeneği olabilir. On iki aylık ilaç tedavisinden sonra semptomlar düzelmezse psikolojik tedaviler düşünülmelidir. Lokal olarak ulaşılabilir ve hasta istiyorsa daha erken dönemde de bu tedaviler yapılabilir.



Dirençli İBS'de tedavi nasıl yönetilmelidir?

Mevcut tedavilerden yarar görmeyen şiddetli ve dirençli İBS'li hastalar 3. basamağa refere edilerek multidisipliner yaklaşımla yönetilmelidir. Bu hastalarda hedefe yönelik daha fazla araştırmalarla tanı yeniden gözden geçirilmelidir. Opioid reçetelenmesinden kaçınılmalıdır. Fekal transplant güncel kanıtlara göre İBS tedavisinde önerilmemektedir. Beyin-bağırsak nöromodulatorlerinin kombinasyonu, serotonin sendromu risklerine karşı dikkatli olmak kaydıyla daha şiddetli semptomlar için düşünülebilir.

İBS: DİYET VE MEDİKAL TEDAVİ

İBS konstipasyon	İBS diyare	Karın Ağrısı
Pysillium	FODMAP	FODMAP
PEG, laksatifler	Loperamid	
Antispazmodikler	Antispazmodikler	Antispazmodikler Nane Yağı
SSRI	TCA	TCA
	Rifaksimim	
Guanilat Siklaz C Agonistleri (Linaclotide/Plecanatide)	5-HT 3 Resptör Antagonistleri (Ondansteron)	
5-HT 4 Resptör Agonistleri	Safra Asit Sekestranları	
İntestinal Cl kanal Aktivatörü (Lubiprostone)	Eluksadolin	
Na-H Exchange İnhibitörü (Tenapanor)		

Psikoterapi: Bilişsel Davranışsal Tedavi / Bağırsaklara Yönelik Hipnoterapi

Kaynaklar:

1. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, Chey WD, Keefer LA, Long MD, Moshiree B. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol. 2021 Jan 1;116(1):17-44.
2. Vasant DH, Paine PA, Black CJ, et al British Society of Gastroenterology guidelines on the management of irritable bowel syndrome Gut 2021;70:1214-1240.
3. Chey WD, Hashash JG, Manning L, Chang L. AGA Clinical Practice Update on the Role of Diet in Irritable Bowel Syndrome: Expert Review. Gastroenterology. 2022 May;162(6):1737-1745.e5. doi: 10.1053/j.gastro.2021.12.248. Epub 2022 Mar 23. PMID: 35337654.
4. Black CJ, Yuan Y, Selinger CP, Camilleri M, Quigley EMM, Moayyedi P, Ford AC. Efficacy of soluble fibre, antispasmodic drugs, and gut-brain neuromodulators in irritable bowel syndrome: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2020 Feb;5(2):117-131. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30324-3. Epub 2019 Dec 16. PMID: 31859183.
5. Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EM, Moayyedi P. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2008 Nov 13;337:a2313. doi: 10.1136/bmj.a2313. Erratum in: BMJ.2009;338:b1881. PMID: 19008265; PMCID: PMC2583392.
6. Dionne J, Ford AC, Yuan Y, Chey WD, Lacy BE, Saito YA, Quigley EMM, Moayyedi P. A Systematic Review and Meta-Analysis Evaluating the Efficacy of a Gluten-Free Diet and a Low FODMAPs Diet in Treating Symptoms of Irritable Bowel Syndrome. Am J Gastroenterol. 2018 Sep;113(9):1290-1300. doi: 10.1038/s41395-018-0195-4. Epub 2018 Jul 26. PMID: 30046155.
7. Ford AC, Harris LA, Lacy BE, Quigley EMM, Moayyedi P. Systematic review with meta-analysis: the efficacy of prebiotics, probiotics, synbiotics and antibiotics in irritable bowel syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2018 Nov;48(10):1044-1060. doi: 10.1111/apt.15001. Epub 2018 Oct 8. PMID: 30294792.
8. Bor S, Leherer P, Chalbaud A, Tack J. Efficacy of pinaverium bromide in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Therap Adv Gastroenterol. 2021 Sep 15;14:17562848211033740. doi: 10.1177/17562848211033740. PMID: 34539813; PMCID: PMC8447090.
9. Ford AC, Sperber AD, Corsetti M, Camilleri M. Irritable bowel syndrome. Lancet. 2020 Nov 21;396(10263):1675-1688. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31548-8. Epub 2020 Oct 10. PMID: 33049223.
10. Wittmann T, Paradowski L, Ducroté P, Bueno L, Andro Delestrain MC. Clinical trial: the efficacy of alverine citrate/simeticone combination on abdominal pain/discomfort in irritable bowel syndrome—a randomized, double-blind, placebo-controlled study. Aliment Pharmacol Ther. 2010 Mar;31(6):615-24.
11. Schmulson MJ, Chiu-Ugalde J, Sáez-Ríos A, López-Colombo A, Mateos-Pérez GJ, Remes-Troche JM, Sobrino-Cossio S, Soto-Pérez JC, Tamayo de la Cuesta JL, Teramoto-Matsubara OT, López-Alvarenga JC. Efficacy of the Combination of Pinaverium Bromide 100 mg Plus Simeticone 300 mg in Abdominal Pain and Bloating in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized, Placebo-controlled Trial. J Clin Gastroenterol. 2020 Apr;54(4):e30-e39.
12. Lembo AJ, Lacy BE, Zuckerman MJ, Schey R, Dove LS, Andrae DA, Davenport JM, McIntyre G, Lopez R, Turner L, Covington PS. Eluxadolone for Irritable Bowel Syndrome with Diarrhea. N Engl J Med. 2016 Jan 21;374(3):242-53.

•— **Fonksiyonel Konstipasyonda** —• **Diyet ve Tedavi**

•— İbrahim DOĞAN —•





Fonksiyonel Konstipasyon nedir?

Bir hastada defekasyon sıklığı haftada 3'ten az ise ya da en az dört defekasyondan birinde fazlaca ıkınma ihtiyacı oluyorsa, dışkısı sert ve topaklı oluyorsa, anorektal blokaj veya tıkanıklık hissi yaşıyorsa, tam boşalamama hissi oluyorsa veya elle yardımla oluyorsa onda konstipasyon vardır.



Konstipasyonun riskleri ve komplikasyonları nelerdir?

- Yaşam kalitesinin bozulması
- Hemoroidler
- Anal fissür
- Fekal impaksiyon
- Hospitalizasyon
- İleri yaşta kardiyovasküler hastalığı olanlarda mortalite artışı
- Pelvik taban hasarı



Tedavi Öncesi Değerlendirme Nasıl Olmalıdır?

- Anamnez ve fizik muayene çoğu hastada yeterlidir.
- Kısıtlı sayıda temel tetkik yeterlidir.
- Alarm semptomu olanlarda kolonoskopi gibi ileri tetkikler gereklidir.



Alarm Semptomları Nelerdir?

- 50 yaş üzerinde semptomların görülmesi
- Hematokezya
- Kilo kaybı (son 6 ayda yüzde 10'undan fazla)
- Anemi (başka bir nedenle açıklanamayan demir eksikliği anemisi)
- Ailede kolon kanseri veya inflamatuvar bağırsak hastalığı öyküsü

- Rekürren ateş
- Özellikle yaşlılarda yeni başlamış konstipasyon
- Kötüleşen, şiddetlenen konstipasyon
- Anoreksi, bulantı, kusma
- Palpabl abdominal/rektal kitle
- Araştırılmamış şiddetli semptomlar



Konstipasyon Tedavisi Ne Kadar Süreyle Devam Etmelidir?

- Konstipasyon tedavisi hastanın yakınmaları devam ettiği müddetçe sürdürülmelidir. Çoğunlukla devamlıdır.
- İyileşme dönemlerinde ara verilebilir.
- Etkili olan ilaca, etkili olduğu sürece devam edilir.
- Yeterli etki sağlanamaması durumunda ilaç değiştirilebilir veya farklı mekanizma ile etki eden ilaçlar kombine edilebilir.

Konstipasyonla ilgili Doğrular



Dolichocolon (Uzun kolon), konstipasyon nedeni değildir.

Dehidratasyon olmadıkça, günlük ihtiyaçtan fazla sıvı alımının yararı yoktur.

Hipotiroidizm konstipasyon yapabilir ama konstipe hastalar arasında hipotiroidizm nadirdir.

Fiber bazı hastalara iyi gelirken, bazılarında semptomları artırabilir.

Yaşlılarda fiziksel aktivitenin artırılması yararlı olabilir.

Normal dozundaki stimülan laksatiflerin kolonu tahrip edici etkisi **YOKTUR**.

Stimülan laksatiflere tolerans gelişmez.

Bazı hastalar defekasyon için laksatife BAĞIMLIDIRlar ama bu daha önceden kullandıkları laksatiflerden dolayı değildir. **İHTİYAÇLARI VARDIR**.

Laksatif kesilmesi **REBOUND** konstipasyona neden **OLMAZ**.

Suistimal edilebilir ama **ALIŞKANLIK** yapmaz.



Konstipasyon Tedavisinde Hedef Ne Olmalıdır?

Kısa vadede tedavi hedefi defekasyon sıklığında, sert topaklı dışkılamada düzelme, fazla ıkınma ihtiyacının, anorektal blokaj veya tıkanıklık ve tam boşalamama hissinin giderilmesi, elle boşaltmaya yardım ihtiyacının ortadan kaldırılmasıdır.

Bu hedefe yönelik olarak tedavi doz ve süresi bireyselleştirilmelidir.

Uzun vadede hedef komplikasyonların önlenmesi ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir.

Doğru Bilinen Yanlışlar



Yanlış: Konstipasyon tedavisinde sıvı alımını artırmak gereklidir.



Doğru: Dehidratasyon olmadıkça, günlük ihtiyaçtan fazla sıvı alımının yararı yoktur.



Yanlış: Tüm hipotroidizm hastaları aynı zamanda konstipasyon hastasıdır.



Doğru: Hipotroidizm konstipasyon yapabilir ama konstipe hastalar arasında hipotroidizm nadirdir.



Yanlış: Fiber her hastada önerilmelidir.



Doğru: Fiber bazı hastalara iyi gelirken, bazılarında semptomları artırabilir.



Yanlış: Stimülan laksatifler kolona zarar verir.



Doğru: Normal dozundaki stimülan laksatiflerin kolonu tahrip edici etkisi yoktur.



Yanlış: Stimülan laksatif kullanımından belli bir süre sonra tolerans gelişir.



Doğru: Stimülan laksatiflere tolerans gelişmez.



Yanlış: Laksatifler bağımlılık yapar.



Doğru: Bazı hastalar defekasyon için laksatife bağımlıdırlar ama bu daha önceden kullandıkları laksatiflerden dolayı değildir. Hastanın laksatife ihtiyacı vardır.



Yanlış: Laksatif kullanımını bıraktığı anda rebound konstipasyon görülür.



Doğru: Laksatif kesilmesi rebound konstipasyona neden olmaz.



Tedavi: Genel Önlemler ve Yaşam Tarzı Değişiklikleri

- Fiziksel aktivitenin artırılması
- Günlük 1,5-2 L sıvı alınması
- Diyetle fiber alımı tedricen 20-30 g
- Sabah uyandıktan sonra en geç 1 saat içinde kahvaltı
- Tuvalet hissi oluştuğunda ertelenmemeli, özellikle yemek sonrası oluşan bağırsak hareketlerinden yararlanılmalı
- Otururken diz kalçadan yüksek olmalı ve biraz öne eğilmeli
- Aşırı ıkınılmamalı ve tuvalette 5 dk'dan fazla kalınmamalı



Tedavi: Besinlerde Fiber Oranlarına Örnekler

Domates (1 orta boy)	1,8 g
Kayısı (taze, orta büyüklükte 3 adet)	1,8 g
Elma (kabuğu ile birlikte ve orta büyüklükte)	3,5 g
Armut (kabuklu, orta büyüklükte)	4,6 g
Ispanak (1 tabak)	4,1 g
Bezelye (1 tabak)	7,2 g
Yulaf kepeği (28 g)	8,3 g
Erik (11 adet kuru erik)	11,9 g
Buğday kepeği (28 g)	12,4 g
Kuru fasulye (1 tabak)	18,6 g





İlaç Tedavisi

Ozmotik Laksatifler

- Genellikle fiber tedavisi başarısız olanlarda ilk basamak

Laktüloz: Lümene sıvı ve elektrolit geçişi, fekal kitle artışı sağlar. Şişkinlik ve kramp yapabilir. Etkisi yavaş başlar.

PEG: Yüksek kalite randomize prospektif kontrollü çalışmalarda 6 aya kadar etkinliği gösterilmiştir. Laktülozdan daha etkilidir.

- Sabah veya akşam tek doz alınabilirler.
- Dozu elde edilen cevaba göre tedricen ayarlanabilir.

Stimülan Laksatifler

- Bisakodil, sodyum pikosülfat, senna
- Etki mekanizmaları; bağırsakta sıvı emilimini azaltması, intestinal motilitenin stimüle edilmesi ve prostaglandin sentezidir.
- Etkinlikleri daha hızlı başlar. Akşam alınabilir.
- Bazı hastalarda karın ağrısı ve diyare yapabilir.
- Bisakodil ve sodyum pikosülfat etkinliği yüksek kaliteli randomize prospektif kontrollü çalışmalar ile gösterilmiş.

Kaynaklar:

1. Kenji Honkura, Yasutake Tomata, Kemmyo Sugiyama, Yu Kaiho, Takashi Watanabe, Shu Zhang, Yumi Sugawara, Ichiro Tsuji Defecation frequency and cardiovascular disease mortality in Japan: The Ohsaki cohort study. *Atherosclerosis*. 2016 Mar;246:251-6.
2. W D Heizer, A L Warshaw, T A Waldmann, L Laster. Protein-losing gastroenteropathy and malabsorption associated with factitious diarrhea. *Ann Intern Med*. 1968 Apr;68(4):839-52.
3. J F Riemann, H Schmidt, W Zimmermann. The fine structure of colonic submucosal nerves in patients with chronic laxative abuse. *Scand J Gastroenterol*. 1980;15(6):761-8.
4. Stefan A Müller-Lissner S1, Michael A Kamm, Carmelo Scarpignato, Arnold Wald. Myths and misconceptions about chronic constipation. *Am J Gastroenterol* 2005 Jan;100(1):232-42.
5. Mia Noergaard, Jon Traerup Andersen, Espen Jimenez-Solem, Mikkel Bring Christensen. Long term treatment with stimulant laxatives - clinical evidence for effectiveness and safety? *Scand J Gastroenterol*. 2019 Jan;54(1):27-34.
6. U Hinkel, C Schuijt, J F Erckenbrecht. OTC laxative use of sodium picosulfate - results of a pharmacy-based patient survey (cohort study). *Int J Clin Pharmacol Ther*. 2008 Feb;46(2):89-95.
7. Mueller-Lissner S1, Kamm MA, Wald A, Hinkel U, Koehler U, Richter E, Bubeck J. Multicenter, 4-week, double-blind, randomized, placebo-controlled trial of sodium picosulfate in patients with chronic constipation. *Am J Gastroenterol*. 2010 Apr;105(4):897-903
8. Kamm MA, Mueller-Lissner S, Wald A, Richter E, Swallow R, Gessner U. Clin. Oral bisacodyl is effective and well-tolerated in patients with chronic constipation. *Gastroenterol Hepatol*. 2011 Jul;9(7):577-83
9. Arnold Wald. Update on the Management of Constipation. *JAMA* 2019 Dec 10;322(22):2239-2240.

•— **Fonksiyonel Diyarede** —• **Diyet ve Tedavi**

•— Filiz AKYÜZ —•





Fonksiyonel diyarede beslenmenin önemi nedir?

- Birçok fonksiyonel GİS şikayeti olan hasta bazı besinler ile semptomların arttığını ifade etmektedir.
- Özellikle, İBS ve fonksiyonel diyarede karbonhidratlar ile semptomlar artmaktadır FODMAP'lar, ince bağırsakta tam olarak emilmeyen kısa zincirli karbonhidratlardır.
- Hastanın semptom şiddetlenmesine yol açan besinlerin sorgulanması ve öncelikle bunların diyetten çıkarılması önerilir.



FODMAP diyet nedir?

Oligo mono-poli sakkaridlerin kısıtlaması; diyetten fruktoz ve laktozu kaldırmaktır.

Monosakkarid: Glikoz, fruktoz, galaktoz, ksiloz, arabinoz

Disakkarid: Sukroz, laktoz, maltoz, izomaltoz, trehaloz

Poliyol: sorbitol, mannitol, isomalt, laktitol, mannitol

Oligosakkarid: Maltodekstrin, rafine şekerler, frukto-oligosakkarid, soya

F Fermente edilebilen

O ligosakkaridleri içeren gıdalar:

Buğday, arpa, çavdar, soğan, pırasa, sarımsak, enginar, pancar, rezene, bezelye, hindiba, fıstık, kaju, mercimek, nohut

D isakkaridleri içeren gıdalar:

Süt, dondurma, yoğurt, krema

M onosakkaridleri içeren gıdalar:

Elma, mango, bal, yüksek fruktoz içeren mısır şurubu, armut, karpuz, kuşkonmaz

P oliyolleri içeren gıdalar:

Elma, armut, nektarin, karpuz, mantar, tatlandırıcılı sakızlar, kayısı, şeftali, karnabahar, erik



Gıda veya laktoz intolerans testi yapılmalı mı?

- Gevşetilmiş FODMAP diyetinde öncelikle fruktoz, sukroz, laktoz ve rafine şekerler diyetten kaldırılır. Özellikle laktoz içeren besinler (süt, sütlü tatlılar, dondurma gibi..) öncelikle diyetten kaldırılması uygundur. Gıda ve laktoz intoleransı testlerinin yapılması önerilmez.
- FODMAP'ler, karın ağrısı, ishal, gaz ve şişkinlik gibi semptomlara neden olabilir.



Fonksiyonel diyarede nasıl bir FODMAP diyeti önerilmelidir?

- Gevşetilmiş FODMAP diyetinin, çeşitli diyetler ile karşılaştırıldığı meta analizlerde, FODMAP diyetinin İBS hastalarında global semptomları iyileştirdiğini göstermiştir. Bu gelişmeler çoğunlukla diyare baskın İBS (D-İBS) hastalarında araştırılmıştır. Fonksiyonel ishal ile ilgili yeterli çalışma yoktur.
- Yakın zamandaki, D-İBS hastasını içeren randomize kontrollü bir çalışmada, değiştirilmiş FODMAP diyetinin genel gastrointestinal semptom skorlarını, dışkı sıklığını ve 6 haftada dışkı kıvamını iyileştirmede geleneksel diyete göre daha iyi geldiği gösterilmiştir. Akdeniz bölgesindeki İBS'li hastalarda yapılan randomize klinik çalışma, değiştirilmiş FODMAP diyetini standart bir diyetle karşılaştırmıştır. Dört haftalık diyetin tamamlanması, her iki grupta da semptomların yanı sıra yaşam kalitesinde iyileşme ile sonuçlanmıştır. Bununla birlikte, değiştirilmiş FODMAP diyeti, öncelikle karın ağrısı ve ishal ile ilgili olarak, semptomların daha yüksek oranda azalmasına yol açmıştır. Bunu desteklemek için, değiştirilmiş FODMAP glutensiz diyet ve Akdeniz diyetini karşılaştıran bir başka prospektif İtalyan çalışması, dışkı kıvamının normalleşmesini sağlayan diyetin sadece değiştirilmiş FODMAP diyeti olduğunu göstermiştir.
- Yapılan çalışmaların çoğu temel olarak değiştirilmiş FODMAP diyetinin kısa vadeli (4-6 haftaya kadar) etkinliğini değerlendirmiştir. Uzun vadedeki sonuçlar belli değildir.
- Sadece İBS ishalleri (diyare baskın İBS) hastaları içeren yeni bir randomize kontrollü çalışma, kısa vadeli FODMAP diyetinin ve uzun vadeli değiştirilmiş FODMAP diyetinin geleneksel diyet tavsiyesine kıyasla etkinliğini ve kabul edilebilirliğini değerlendirmiştir. Her iki FODMAP diyetinin kabul edilebilir olduğunu ve önemli iyileşmeye yol açtığını göstermiştir.
- Ancak, kısa ve uzun vadede FODMAP diyetinin uygulanabilirliği çok pratik değildir. Değiştirilmiş FODMAP diyeti ile sürekli semptom rahatlaması, birkaç uzun vadeli gözlemsel çalışma ile gösterilmiştir.
- Besin açısından zengin birçok gıdanın dışlanmasıyla ilgili beslenme bozukluğu, uyumdaki zorluklar, maliyetler ve sosyal zorluklar nedeniyle uzun vadede kısıtlama önerilmemektedir. Çalışmalar, Bifidobacteria ve diğer mikrobiyal değişikliklerin yanı sıra hastaların sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecek demir ve kalsiyum eksikliğinde de azalma olabileceğini göstermiştir.
- Bu nedenle 4-6 haftalık kısa diyet sonrasında hastanın semptomlarındaki iyileşme gözlemlenerek, kişiye göre değiştirilmiş FODMAP diyeti önerilmektedir.



Yağsız diyet önerilmeli midir?

- Yağlı besinlerin azaltılması da özellikle fonksiyonel ishal ve İBS-ishalde semptomların azalmasına yardımcı olabilir.



Glutensiz diyet önerilmeli midir?

- İBS hastalarının çoğu doktor tavsiyesi olmadan glutensiz beslenmektedir.
- Gluten, gelişmiş doku, nem tutma ve lezzet için işlenmiş gıdalarda yaygın olarak katkı maddesi olarak kullanılan, başlıca gliadinler ve gluteninler olmak üzere buğday proteinlerinin bir kompleksidir.
- D-İBS'li hastalarda gluten kısıtlamasının etkisi belirsizdir.
- Bazı az sayıdaki hasta ile yapılan çalışmalar glutensiz beslenmenin İBS ishal ve şişkinlikte semptomlarda iyileşme sağladığı gösterilmiştir. Ancak, bazı çalışmalar glutensiz diyet uygulayan ve yararını gören hastalar içerisinde, HLA DQ2/DQ8 haplotipi olan hastaların daha belirgin olduğunu göstermiştir.
- İBS'de glutensiz bir diyetin rolü üzerine yakın zamanda yapılan bir meta analiz çalışmasında glutensiz diyetin yararı gösterilememiştir. Farklı 2 çalışmada, İBS'de glutensiz bir diyetin herhangi bir yararının glutenin kendisiyle değil, buğdayla ilgili FODMAP'lerin, özellikle fruktanların azalmasıyla ilişkili olabileceğini göstermiştir.
- Bu nedenle 2016 ROMA IV kılavuzunda D-İBS için glutensiz diyet önerilmekle birlikte, bu konudaki verilerin kısıtlı olması ve yeni çalışmalar ile doğrulanmaması nedeni ile yeni kılavuzlarda önerilmemektedir.



Fonksiyonel diyarede ilaç tedavileri nelerdir ve nasıl olmalıdır?

- İshal önleyici ilaçlar genel olarak dışkı sıklığını azaltarak, dışkı kıvamını iyileştirerek veya dışkı ağırlığını azaltarak ishal semptomlarını azaltan ajanlar olarak tanımlanabilir. Şimdiye kadar en iyi çalışılmış ishal önleyici ajanlar loperamid ve difenoksilattır.

Pratikte en fazla kullanılan ajan loperamid'dir. Loperamid kabızlığa, karın ağrısına ve ilaç yüksek dozlarda kullanıldığında uzamış QTc'ye neden olabileceğinden, kullanımında dikkatli olunmalıdır. Ayrıca, loperamidin karın ağrısı ve şişkinlik tedavisinde etkili olduğuna dair bir kanıt yoktur. Uzun dönem kullanımı ile ilgili veriler kısıtlıdır. Kısa süreli kullanım uygundur. Loperamid 2-4 mg (maksimum 16 mg) günlük kullanılabilir.

- Rifaksimın FDA tarafından onaylı, emilmeyen antibiyotiktir. Olası etki mekanizması, florayı değiştirerek mikrobiyotadaki çeşitliliği azaltır. Kolonik fermantasyon azalır. İleumda da flora değişir, mukozal inflamasyonu önler, geçirgenliği değiştirir ve hiperaljeziyi azaltır. D-İBS'de genel semptomlar ve gaz/şişkinlik iyileşmesinde plaseboya üstündür. Tekrarlayan kullanımlarda da aynı etkinlik elde edilmiştir. Amerika ve Avrupa kılavuzunda da D-İBS'de önerilmektedir. Rifaksimın 800-1200 mg/gün 14 gün kullanımı uygundur.
- İBS'de probiyotiklerin etkinliği üzerine meta analizde probiyotiklerin bazı spesifik semptomların yanı sıra genel semptomları da iyileştirebileceğini gösterdi. Öte yandan spesifik probiyotiklerin D-İBS hastalarında genel semptomları azaltmaya yardımcı olduğunu, ancak ishali iyileştirmediğini gösteren çalışmalar da vardır. Farklı çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. Bunun nedeni, farklı probiyotik suşları, formülasyonları veya karışımlarının olması, dahil etme kriterleri, komorbidite (örn., anksiyete ve depresyon), gibi faktörlerle çalışmaların heterojen olmasıdır. Probiyotikler D-İBS ve fonksiyonel ishalde semptomları iyileştirebilir. Günümüzde fonksiyonel bağırsak hastalarında gaytada mikrobiyota analizleri önerilmemektedir.
- Eluxodaline ülkemizde olmamakla birlikte, D-İBS'de önerilmektedir.
- Kolestiramin gibi safra tuzları nedeni bilinmeyen kronik ishalde kullanılabilir. Kolestiramin dozunun 9 g/gün olarak kullanılması önerilmektedir.
- Ondansetron da (5-HT₃ antagonisti) D-İBS'de etkili olabilir. Günlük kullanım dozu 3x 4-8 mg şeklinde önerilmektedir.

Fonksiyonel
İshal

Opioid agonistleri
Diyet
Safra asidi sekestranları

Loperamid 2-4 mg (maks 16 mg)
Gevşetilmiş FODMAP
Kolestiramin (9 gr/gün)
Kolestipol (2 gr 2x1)
Rifaksimın 800-1200 mg/gün 14 gün
Ondansetron (4-8 mg 3x1)

Doğru Bilinen Yanlışlar



Yanlış: Fonksiyonel bağırsak hastalıklarında glutensiz diyet önerilmelidir.



Doğru: Glutenden dolayı değil, fruktanın tüketimi semptomu yol açar. Geliştirilmiş FODMAP önerilmelidir. Glutensiz diyet önerilmez.



Yanlış: Diyet ömür boyudur.



Doğru: Diyet aralıklı semptom şiddetine göre 4-6 haftalık periyotlarda yapılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Zahedi MJ, Behrouz V, Azimi M. Low fermentable oligo-oligo-saccharides and polyols diet versus general dietary advice in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: A randomized controlled trial. *J Gastroenterol Hepatol* 2018;33:1192-1199.
2. Guerreiro MM, Santos Z, Carolino E, et al. Effectiveness of Two Dietary Approaches on the Quality of Life and Gastrointestinal Symptoms of Individuals with Irritable Bowel Syndrome. *J Clin Med* 2020;9.
3. Paduano D, Cingolani A, Tanda E, et al. Effect of Three Diets Low-FODMAP, Gluten-free and Balanced on Irritable Bowel Syndrome Symptoms and Health-Related Quality of Life. *Nutrients* 2019;11.
4. Whelan K, Martin LD, Staudacher HM, et al. The low FODMAP diet in the management of irritable bowel syndrome: an evidence-based review of FODMAP restriction, reintroduction and personalisation in clinical practice. *J Hum Nutr Diet* 2018;31:239-255.
5. Goyal O, Batta S, Nohria S, et al. Low fermentable oligosaccharide, disaccharide, monosaccharide, and polyol diet in patients with diarrhea-predominant irritable bowel syndrome: A prospective, randomized trial. *J Gastroenterol Hepatol* 2021;36:2107-2115.
6. Rej A, Sanders DS, Buckle RL, et al. What is the optimal FODMAP threshold in IBS? *J Gastroenterol Hepatol* 2021;36:1723-1725.
7. Carbone F, Van den Houte K, Besard L, Tack C, Arts J, Caenepeel P, Piessevaux H, Vandenberghe A, Matthys C, Biesiekierski J, Capiou L, Ceulemans S, Gernay O, Jones L, Maes S, Peetermans C, Raat W, Stubbe J, Van Boxstael R, Vandepuit O, Van Steenberghe S, Van Oudenhove L, Vanuytsel T, Jones M, Tack J; DOMINO Study Collaborators; Diet or medication in primary care patients with IBS: the DOMINO study - a randomised trial supported by the Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE Trials Programme) and the Rome Foundation Research Institute. *Domino Study Collaborators.Gut.* 2022 Apr 28;gutjnl-2021-325821.
8. Feinle-Bisset C, Azpiroz F. Dietary lipids and functional gastrointestinal disorders. *Am J Gastroenterol* 2013; 108:737-747.
9. Aziz I, Trott N, Briggs R, et al. Efficacy of a Gluten-Free Diet in Subjects With Irritable Bowel Syndrome ishaliarhea Unaware of Their HLA ishaliarhea Genotype. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016; 14:696-703.e1.
10. Vazquez-Roque MI, Camilleri M, Smyrk T, et al. A controlled trial of gluten-free diet in patients with irritable bowel syndrome ishaliarhea: effects on bowel frequency and intestinal function. *Gastroenterology* 2013;144.
11. Biesiekierski JR, Peters SL, Newnham ED, et al. No effects of gluten in patients with self-reported non-celiac gluten sensitivity after dietary reduction of fermentable, poorly absorbed, short-chain carbohydrates. *Gastroenterology* 2013;145:320-8.e1.
12. Skodje GI, Sarna VK, Minelle IH, et al. Fructan, Rather Than Gluten, Induces Symptoms in Patients With Self-Reported Non-Celiac Gluten Sensitivity. *Gastroenterology* 2018;154:529-539.e2.
13. Aziz I, Törnblom H, Simrén M. Small intestinal bacterial overgrowth as a cause for irritable bowel syndrome: guilty or not guilty? *Curr Opin Gastroenterol* 2017, 33:196-202.
14. Xu D, Gao J, Gilliland M, et al. Rifaximin alters intestinal bacteria and prevents stress-induced gut inflammation and visceral hyperalgesia in rats. *Gastroenterol* 2014; 146:484-496.
15. Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, et al. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2012; 107:28-35.
16. Cash B, Pimentel M, Rao SC, et al. Repeat treatment with rifaximin improves irritable bowel syndrome-related quality of life: a secondary analysis of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Ther Adv Gastroenterol* 2017;10(9) 689- 699.
17. Lacy BE, Pimentel M, Brenner DM, et al. ACG Clinical Guideline: Management of Irritable Bowel Syndrome. *Am J Gastroenterol* 2021;116:17-44.
18. Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel Disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1393-1407.
19. Hungin APS, Mitchell CR, Whorwell P, et al. Systematic review: probiotics in the management of lower gastrointestinal symptoms - an updated evidence-based international consensus. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;47:1054-1070

•— **Fonksiyonel Abdominal Şişkinlik/** —• **Gerginlikte Diyet ve Tedavi**

•— Sabahattin KAYMAKOĞLU —•
Biol ÖZER



Fonksiyonel abdominal şişkinlik-gerginlik, diğer fonksiyonel sindirim kanalı hastalıklarıyla sıkça karışan ve örtüşen bir klinik tablodur. Roma IV kriterlerine göre fonksiyonel abdominal şişkinlik-gerginlik tanısı için aşağıdaki kriterler gereklidir.



Tanı Kriterleri

Karın şişkinliği ve gerginlik şikayetlerinin 6 ay önceden başlamış olması ve son 3 aydır kriterleri tam doldurması zorunluluğu vardır. Haftanın en az 1 günü meydana gelen ve tekrarlayan abdominal şişkinlik ve/veya gerginlik olmalı; şişkinlik/gerginlik hastanın eşlik eden diğer şikayetlerine kıyasla daha baskın olmalıdır. Dışkılama düzeninde minör anormalliklerle beraber şişkinlikle ilişkili hafif karın ağrısı da bulunabilir. Mevcut şikayetlerin irritabl barsak sendromu, fonksiyonel diyare, fonksiyonel konstipasyon ve postprandial distres sendromu tanısı için yeterli olmaması söz konusudur. Dolayısıyla yukarıdaki kriterleri karşılayan şikayetlerle beraber, ayırıcı tanıda yer alan organik patolojilerin dışlandığı durumlarda fonksiyonel gaz/şişkinlik tanısı konur. Ülkemizde Roma IV kriterlerini karşılayan fonksiyonel şişkinlik-gerginlik prevalansı %3'tür.

ORGANİK ETİYOLOJİLER

İnce bağırsaklarda bakteriyel aşırı gelişim
Karbonhidrat intoleransı (laktoz, fruktoz...)
Çölyak hastalığı
Pankreatik yetersizlik
Geçirilmiş abdominal cerrahi (fundoplikasyon, bariyatrik cerrahi, intestinal cerrahi...)
Mide çıkış obstrüksiyonu
Gastroparezi
Asit
Gastrointestinal / jinekolojik maligniteler
Hipotiroidizm
Obezite
Divertiküler hastalık
Kronik intestinal psödoobstrüksiyon

FONKSİYONEL ETİYOLOJİLER

Gastrik geçirme bozuklukları, yeme bozuklukları (bulimia, anoreksi)
İrritabl bağırsak sendromu
Fonksiyonel diyare
Fonksiyonel dispepsi-postprandial distres sendromu
Fonksiyonel konstipasyon, pelvik taban bozukluğuna bağlı konstipasyon

Ayrıncı tanı için en önemlisi organik patolojilerin dışlanmasıdır. Burada da ilk yapılacak olan alarm semptomları-bulgularının varlığının araştırılmasıdır. Alarm semptom-bulguları varsa, usulüne uygun tetkiklerle organik patolojiler araştırılmalıdır.

ABDOMİNAL ŞİŞKİNLİK-GERGİNLİKLİ HASTADA ALARM SEMPTOM VE BULGULARI

Anemi, anormal karaciğer fonksiyon testleri, hematozezi, istemsiz kilo kaybı, persistan bulantı-kusma, ailede gastrointestinal-jinekolojik malignite öyküsü, inflamatuvar barsak hastalığı, çölyak hastalığı,

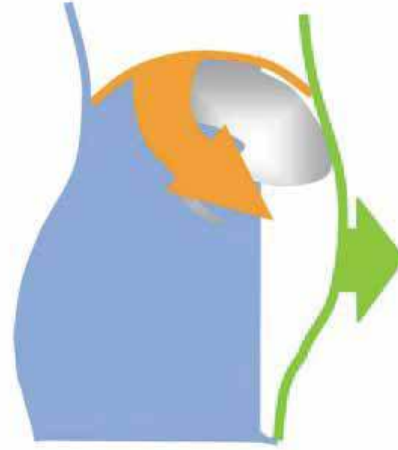


Patogenez

Şişkinlik, abdominal dolgunluk, basınç ve gazın subjektif hissedilmesidir. Gerginlik ise karın çevresinin objektif artışıdır. Bu 2 fenomen genellikle birlikte bulunur, zamanın yarısından azında şişkinlik, gerginlik olmaksızın ortaya çıkar. Arada sırada abdominal şişkinlik-gerginlik hissedilmesi %40'lara varan prevalansıyla genel toplumda çok sıktır. Kronik abdominal şişkinlik-gerginlik tablosunun altında 3 temel fizyopatolojik mekanizma yatar. Bunlar artmış luminal gaz ve diğer içerik nedeniyle artmış intestinal duvar gerginliği, intestinal duvar gerginliğinin algılanmasında artış, anormal visserosomatik reflektir. (abdominofrenik dissinerji). Normalde artmış intraluminal gaz varlığında diafragma gevşeyerek toraksa doğru yer değiştirir ve abdominal alanı yukarıya genişletir. Bazı insanlarda ise diafragma paradoksal olarak kasılır ve aksine karın boşluğuna doğru iner, aksine karın ön duvarı gevşeyerek öne doğru yer değiştirir.



Normal abdominal akomodasyon



Abdominofrenik disinerji

Beyin-bağırsak aksındaki bozukluklar sonucu ortaya çıkan anormal visserosomatik refleks, fonksiyonel abdominal şişkinlik-gerginliğe yol açar.



Şikayetleri tetikleyici diyetler

Abdominal şişkinlik-gerginlik bazı diyet özellikleri ile tetiklenir. Karbonhidrat intoleransı çok sıktır, laktoz intoleransı sıklığının %50-70'ler civarında olduğu bildirilmektedir. Fruktoz içeren gıdalar, kompleks karbonhidratlardan zengin besinler (patates, arpa, yulaf, fasulye...), emilmeyen şekerler ve sentetik tatlandırıcılar gaz, şişkinlik ve gerginliğe yol açabilirler. Çölyak ve Çölyak dışı gluten duyarlılığı olanlarda tahıllar (buğday, arpa, çavdar, yulaf), fruktanlar (tahıllar, bakliyat, fıstık, soğan, sarımsak, lahana, ıspanak, pancar, bezelye, karpuz, greyfurt, nektarin, muz, erik, ...), süt ve süt ürünleri de gaz, şişkinlik ve gerginlik şikayetlerini ortaya çıkarır.



Tanısal yaklaşım

Tüm hastalarda rutin olarak kan sayımı, demir parametreleri, vitamin B12, folik asit, Çölyak tarama testleri istenir. Karbonhidrat malabsorpsiyonu için hidrojen solunum testi istenir. Aşağıdaki sıraya göre de bir değerlendirme yapılır.

Alarm semptom-bulguları var mı?	Var; uygun laboratuvar, endoskopi, görüntüleme
Yoksa semptomlar ne ile ilişkili?	
Kabızlıkla ilişkili	Kabızlığı değerlendir
İshalle ilişkili	İshali değerlendir
Gıdayla ilişkili	Tetikleyici gıdayı elimine et
Hiçbiriyle ilişkisi yok	Anormal visserosomatik refleks / visseral duyarlılığı düzelt



Tanısal yaklaşım

Tedavinin ana hatları aşağıdaki gibidir:

1. İntestinal gaz oluşumunu azaltmak

- Diyet modifikasyonları: Düşük FODMAP'li ve laktozsuz diyet hastaların önemli bir kısmında rahatlatıcı olur. Glutensiz diyetin yararlılığı konusunda bir netlik yoktur.
- Egzersiz: Fiziki aktivite intestinal gaz klirensini iyileştirir.
- Mikrobiyatanın modülasyonu: Probiyotik ve prebiyotiklerle birbiriyle uyumsuz sonuçlar alınmıştır. Emilmeyen bir antibiyotik olan rifaksimim orta derecede etkili bulunmuştur, semptomlar tekrarladığında yeniden kullanılabilir. Rifaksimim muhtemelen intestinal bakteriyel aşırı gelişimi olan alt grupta daha etkilidir.

- d. Gaz azaltan ilaçlar: Simetikonun antispazmodik otilonyum bromür veya pinaveryum bromür ile kombinasyonu monoterapiye kıyasla daha etkili olabilir. Simetikon ve aktif kömür de bu amaçla sık kullanılanlardır.
- e. Prokinetikler: Prucaloprid ve tegaserod gibi prokinetik ajanlar semptomatik iyilikte etkili olurlar, ancak ülkemizde bu ilaçlar bulunmamaktadır.
- f. Sekretegoglar: Lubiproston, plekanatid, linaklatid gibi ilaçlar konstipe hastalarda şişkinliği azaltmada oldukça etkili bulunmuşlardır.

2. Visseral hipersensitiviteyi azaltmak

- a. Antispazmodikler: Düz adele gevşeticisi olan intestinal antispazmodik ajanlar, intestinal duvar gerginliği algısını azaltırlar. Karın ağrısı ve şişkinlik şikayetlerinin kontrol altına alınmasında etkilidirler. Pinaveryum bromür ve otilonyum bromür, antispazmodikler arasında en etkili olanlardır.
- b. Nöromodülatörler: Beyin-bağırsak aksındaki farklı seviyelere etkili olan bu ilaçlar arasında amitriptilin, imipramin, SSRI'lar, SNRI'lar, levosulpirid, gabapentin, pregabalin yer alır. Kabızlığı olmayan hastalarda amitriptilin kullanılabilir.

3. Anormal visserosomatik refleksi düzeltmek

- a. Biofeedback uygulamaları: Abdominofrenik biofeedback efektif olarak diafragmatik ve interkostal kontraksiyonları azaltarak, abdominal şişkinlik ve gerginliği iyileştirir. Bu nedenle hastalar diyafragmatik solunum yapmayı öğrenmelidir.

Abdominal şişkinlik-gerginlik fonksiyonel gastrointestinal hastalığı olan popülasyonda en sık rastlanan şikayettir. Hastalar değerlendirildiğinde fonksiyonel abdominal şişkinlik-gerginlik tanısı alabilir ya da şikayetler diğer klinik tabloları tamamlayan bir semptom kompleksidir. Organik etiyolojilerin dışlanmasıyla başlayan algoritmik tanısal yaklaşım sonunda düşük FODMAP'li diyet, simetikon ve antispazmodikler başta olmak üzere eşlik eden dışkılama bozukluğuna bağlı değişkenlik gösteren diğer farmakolojik ajanlar tedavideki opsiyonlardır.

Kaynaklar:

1. Serra J. Management of bloating. *Neurogastroenterol Motil* 2022;34(3):e14333.
2. Mari A, Abu Backer F, Mahamid M, Amara H, Carter D, Boltin D, Dickman R. Bloating and Abdominal Distension: Clinical Approach and Management. *Adv Ther* 2019;36(5):1075-1084.
3. Damianos JA, Tomar SK, Azpiroz F, Barba E. Abdominophrenic Dyssynergia: A Narrative Review. *Am J Gastroenterol* 2023;118(1):41-45.
4. Lacy BE, Cangemi DJ. A Pragmatic Approach to the Evaluation and Treatment of Abdominal Bloating. *Am J Gastroenterol* 2022;117(5):701-705.
- Lacy BE, Cangemi D, Vazquez-Roque M. Management of Chronic Abdominal Distension and Bloating. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2021;19(2):21

•— Yaşam Tarzı Değişiklikleri —•

•— Müjde SOYTÜRK —•





Egzersiz FBH'de faydalı mıdır?

Egzersiz hem fizyolojik hem de zihinsel açıdan olumlu etkilere yol açtığı bilinmektedir. İBS'li hastalarda gastrointestinal transiti hızlandırabilir, şişkinliği olan hastalarda bağırsak gaz klirensini artırabilir ve bağırsak-beyin aksı yoluyla semptomları olumlu yönde etkileyebilir. Aerobik egzersiz, yoga ve dağcılık dahil olmak üzere çeşitli egzersiz seçeneklerinin İBS'li hastalarda semptomları azaltma potansiyeli olduğundan, hastalara fiziksel aktivite önerilmelidir.



Stres yönetimi ve psikoterapinin yeri nedir?

İBS'nin patofizyolojisi çok faktörlüdür ve stres İBS semptomlarının başta gelen tetikleyicilerinden biridir. Buna karşılık semptomlar da stresi tetikler ve sonuçta bu durum kırılgan bir döngü haline gelebilir. Kanıt düzeyi yüksek olmamakla birlikte, hastanın düzenli olarak yapacağı meditasyon, yoga ve nefes egzersizleri gibi aktiviteler, semptomların önlenmesine ve hafifletilmesine yardımcı olabilir. Stresi azaltan başka bir yaklaşım hastanın kendine boş zaman ayırması ve rahatlamasıdır. Bu yaklaşımın semptomlar ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi belirsizdir, ancak stres-İBS ilişkisi düşünüldüğünde faydalı olma potansiyeli söz konusudur. Bağırsak yönelimli bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve bağırsak yönelimli hipnoterapiyi içeren psikoterapiler, semptomların ortaya çıkışını, algılanışını ve yorumlanışını etkileyen bilişsel ve duygusal faktörleri hedef alır ve İBS semptomlarının şiddetini azaltır. İBS'de semptomları etkileyen başlıca bilişsel duygusal faktörlerden bazıları: Semptomlardan korkma, ağrıyı bir felaket olarak algılama, semptomlara karşı artmış farkındalık, somatizasyon ve stres duyarlılığıdır. İBS'li hastalarda anksiyete ve/veya depresif bozukluk sıklığı yüksektir. Altta yatan kaygı ve depresyonu tedavi etmek, İBS semptomlarını yönetmeye yardımcı olabilir. Bu nedenle hastalar erken dönemde psikiyatriste yönlendirilmelidir. Böylece İBS'nin klinik seyri değişebilir, semptomların dirençli hale gelmesi önlenir.



Alternatif tedavilerin yeri var mıdır?

Akupunkturun beyin-bağırsak aksını düzenleyebildiği ve visseral aşırı duyarlılığı iyileştirebildiğine dair yayınlar mevcuttur. Özellikle elektro-akupunktur, konstipasyon ağırlıklı İBS'de karın ağrısı ve şişkinlik üzerinde iyi bir terapötik etki gösterebilmektedir. Aynı zamanda dışkılama sıklığı, kabızlık, dışkılama güçlüğü ve diğer ana semptomlar üzerine de olumlu etki yapabilir. Elektro-akupunktur ayrıca depresyon, anksiyete ve diğer psikolojik semptomları hafifletebilir. Kanıt düzeyi düşük olduğu için bu tedavi yöntemi İBS'li hastalarda rutin olarak önerilmemektedir.

Kaynaklar:

1. Black CJ, Ford AC. Best management of irritable bowel syndrome. *Frontline Gastroenterol.* 2020 May 28;12(4):303-315. doi: 10.1136/flgastro-2019-101298. PMID: 34249316; PMCID: PMC8231425.
2. Alammari N, Stein E. Irritable Bowel Syndrome: What Treatments Really Work. *Med Clin North Am.* 2019 Jan;103(1):137-152. doi: 10.1016/j.mcna.2018.08.006. PMID: 30466670.
3. Moayyedi P, Andrews CN, MacQueen G, Korownyk C, Marsiglio M, Graff L, Kvern B, Lazarescu A, Liu L, Paterson WG, Sidani S, Vanner S. Canadian Association of Gastroenterology Clinical Practice Guideline for the Management of Irritable Bowel Syndrome (IBS). *J Can Assoc Gastroenterol.* 2019 Apr;2(1):6-29. doi: 10.1093/jcag/gwy071. Epub 2019 Jan 17. PMID: 31294724; PMCID: PMC6507291.
4. Mearin F, Ciriza C, Mínguez M, Rey E, Mascort JJ, Peña E, Cañones P, Júdez J. Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016 Jun;108(6):332-63. doi: 10.17235/reed.2016.4389/2016. PMID: 27230827.
5. Rawla P, Sunkara T, Raj JP. Updated review of current pharmacological and non-pharmacological management of irritable bowel syndrome. *Life Sci.* 2018 Nov 1;212:176-181. doi: 10.1016/j.lfs.2018.10.001. Epub 2018 Oct 2. PMID: 30290187.

•— Fonksiyonel Bağırsak —• Hastalıklarında Takip ve izlem

•— Filiz AKYÜZ —•





Hasta ne sıklıkla takibe çağırılmalıdır?

- Fonksiyonel hastalıklar kroniktir.
- Tedavi sonrası nüks ortalama %50 civarındadır.
- Takip sırasında bir kısım hastada kendiliğinden semptomlarda gerileme görülebilir.
- Takip önemlidir. Ancak takibin ne aralıkla olacağına dair net bir veri yoktur. Semptomlar karakter değiştirir, farklı semptomlar eklenir veya şiddetle devam ederse tanı yeniden gözden geçirilmelidir,
- Tedavi semptomatiktir ve genellikle 12 haftalıktır. Cevaplı ise 6 haftada %61' i cevap verir.
Tedavi cevabını görebilmek için en az 4 hafta tedavinin kullanılması gerekir.



Tedavi süresi neye göre belirlenir?

Hastalığın tipi (semptom karakteri) ve kullanılan ilaca göre tedavi süresi de değişmektedir.

- Lüzum halinde tedaviler (loperamid gibi)
- Uzun dönem tedaviler >6 ay (antidepresanlar)
- Kısa dönem 4 hafta
- Genelde kabul gören 8-12 haftalık tedavi sürecidir.
- Bu nedenle hastalar mutlaka ilk 4 haftadan sonra kontrole çağırılmalıdır.
- Hasta cevaplı ise fayda gördüğü ilaçlar ile aralıklı tedavi daha güvenlidir. Şikayetler tekrar ederse yılda 2-3 kez 3-6 aylık süre ile tedavinin tekrarı uygundur.
- Eğer cevaplı değil ise gerekli tetkiklerin yapılması ve alarm bulgularının değerlendirilmesi önemlidir.

Doğru Bilinen Yanlışlar



Yanlış: Antispazmodikler, antidepresanlar, antibiyotikler hızlı etkilidir.



Doğru: Tedavinin etkinliğini görmek için en az 2-4 hafta ilaçlar kullanılmalıdır.



Yanlış: Aralıklı tedavide birkaç gün veya birkaç tablet kullanım yeterlidir.



Doğru: Aralıklı uygulanan tedavilerde de standart önerilen süre ve dozda kullanılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Linedale E, Antonina A Mikocka-Walus, Vincent AD, et al. Performance of an algorithm-based approach to the diagnosis and management of functional gastrointestinal disorders: A pilot trial. *Neurogastroenterology & Motility*. 2017; 30(Supp 1):e13243.
2. E. Jan Irvine, Tack J, Crowell MD, et al. Design of Treatment Trials for Functional Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology* 2016;150:1469-1480.



tgd.org.tr



ABDİİBRAHİM

Koşulsuz desteğiyle



tgd.org.tr



ABDİİBRAHİM

Koşulsuz desteğiyle