

"BARSAK EĞİTİM PROGRAMI"

ANOREKTAL MALFORMASYON NEDENİYLE AMELİYAT EDİLEN ÇOCUKLARIN TAKİP VE TEDAVİSİ



**Cincinnati
Children's**
Hospital Medical Center

Marc A. Levitt M.D. and Alberto Peña, M.D.
Colorectal Center for Children
Cincinnati, Ohio

"BARSAK EĞİTİM PROGRAMI"

ANOREKTAL MALFORMASYON NEDENİYLE
AMELİYAT EDİLEN ÇOCUKLARIN
TAKİP VE TEDAVİSİ



Marc A. Levitt M.D. and Alberto Peña, M.D.
Colorectal Center for Children
Cincinnati, Ohio

ÇEVİRENLERİN NOTU

Bu kitapçık yazarları tarafından esas olarak anorektal malformasyonlu çocukların ailelerini bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. O nedenle tıbbi tanım ve tedaviler basitleştirilerek anlatılmış ve dilimizde anlaşılacak şekilde çevrilmiştir. Her ne kadar ailelere yönelik olsa da ülkemizde burada anlatılan "Barsak Eğitim Programı" fazla bilinmediği için sağlık personeline de yararlı olacağını düşünüyoruz.

Dr. Billur Demiroğulları
(Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.)

Dr. Mehmet Eliçevik
(Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi A.D.)

Dışkı kontrol bozukluğu (DKB), insanın hayat akışını etkileyen yıkıcı bir sorun halinde karşımıza çıkabilir. İnsanın sosyal hayat ile uyumunun kaybına ve ciddi psikolojik sorunların doğmasına neden olabilir. DKB eskiye göre tahmin edilenden daha fazla çocukta önemli bir sorun oluşturmaktadır.

DKB için geliştirilen ameliyatların çoğu tartışmalı olup alınan sonuçlar farklılık göstermektedir. Barsak Eğitim Programı (BEP) DKB sorunu olan hastaların tedavisi için geliştirilmiş bir tedavi yöntemidir.

BEP'nin temeli; hasta veya hasta ailesine günde bir kere barsakta biriken dışkının lavmanla dışarı boşaltılmasının öğretilmesi ve 24 saat boyunca hastanın dışkı kaçırmadan temiz kalmasının sağlanmasıdır. BEP aslında çok basit bir temele dayalıdır, ancak uygulanması ve başarıya ulaşması çocuk-aile ile doktor-hemşire ekibinin uyumlu şekilde çalışmasına bağlıdır. Bir hafta boyunca çocuğun ihtiyacı olan günlük lavman miktarı ve şekli belirlenir, lavmanın nasıl yapılacağı aileye öğretilir. Uygun lavman şekli ve miktarının belirlenebilmesi için bir hafta boyunca çocuğun günlük ayakta düz karın grafileri çekilerek değerlendirilir. Böylece kalın barsaktaki dışkının yeterince boşaltılıp boşaltılmadığı görülür. Bir haftanın sonunda, kalın barsağın en iyi şekilde boşaltılmasını sağlayan lavman şekli ve miktarı saptanır, gerekirse diyetle de yapılan değişiklikler ve ilaçlar ile çocuğun bir gün boyunca altına dışkı kaçırmadan kuru kalması desteklenir.

Çocuklar büyürken bağımsızlıklarını da kazanırlar, bu sırada kendilerine bir başkasının lavman yapmasını özel yaşantılarına müdahale olarak algılayabilirler. Bu durumda, çocuğun kendi kendine lavman yapabilmesi için ACE (antegrad continent enema) işlemi uygulanabilir. Cerrahi olarak göbek ile kalın barsak arasında bir sondanın geçebileceği bir yol oluşturulur ve lavman sıvısı artık kalın barsağa yukarıdan verilir. Bundan böyle çocuk hergün kendisi sondayı göbeğindeki delikten içeri iterek lavman sıvısını verir ve sonra sondayı geri çeker, tuvalette uzun süre oturarak dışkısını boşaltır ve günlük yaşantısına devam eder.

Geliştirdiğimiz BEP ile 500 hastada % 95 başarı elde ettik ve bu program ile tedavi edilen çocukların yaşam kalitesinde sağlanan dramatik düzelmeyi gözlemledik.

Kısaltmalar:

ACE: Antegrad Continent Enema

ARM: Anorektal Malformasyonlar

BEP: Barsak Eğitim Programı

DKB Dışkı Kontrol Bozukluğu,

İBH: İstemli barsak hareketleri

PSARP: Posterior Sagittal Anorektoplasti

TAK: Temiz Aralıklı Kateterizasyon

GİRİŞ

Dışkı kontrolünü kazanması bir çocuğun gelişimindeki en önemli başarılarından biridir ve genellikle 2-3 yaşında elde edilir. Anorektal Malformasyonlar (ARM), Hirschsprung Hastalığı ve spina bifida gibi bazı doğumsal anomalilere sahip çocuklarda kısmi veya tam DKB gelişebilir. DKB' nun sosyal hayat üzerine yaştan bağımsız olarak ciddi etkileri vardır. Böyle çocuklar ve aileleri üzerine yaptığı etkileri tahmin etmek zor değildir. Günümüzde DKB olan çocuklar için daha fazlası yapılabilir ve hem psikolojik hem de sosyal sorunlar azaltılabilir. DKB tedavisinde esas amaç, gün içinde çocuğun normal hayat tarzını sürdürebilmesi, bir başka tanımla yaşıtları ile aynı ortamda bulunabilmesinin sağlanması ve bu yolla yaşam kalitesinin korunmasıdır.

BEP, başlangıçta ARM nedeniyle ameliyat edilmiş çocuklar için geliştirilmiştir, ancak DKB problemi olan tüm diğer çocuklarda da uygulanabilmektedir.

DIŞKI KONTROL BOZUKLUĞU

DKB basitçe istemli barsak hareketlerinin (İBH) önlenerek dışkının barsak içerisinde tutulamaması şeklinde açıklanabilir ve başlıca iki şekilde karşımıza çıkar; gerçek ve yalancı DKB.

1. GERÇEK DKB

Bu durumda dışkı kontrolü için gerekli olan işlevler bozulmuştur. Örneğin, ARM nedeniyle ameliyat edilen çocuklarda kalın barsağın son kısmı olan anorektal kanalı çevreleyen ve dışkı çıkışını engelleyen kas grubu (ki bu kaslar sfinkter olarak tanımlanır) genellikle yetersizdir ve DKB' na yol açan nedenlerden biridir. Aynı şekilde Hirschsprung Hastalığı nedeniyle ameliyat edilen hastaların bir kısmında da bu anatomik sorun vardır. Bahsedilen sfinkter kaslarının çalışması için bu bölgeye gelen sinir iletimi de çok önemlidir. ARM' lu çocuklarda aynı zamanda sfinkter kaslarının sinir iletiminde de eksiklik vardır. Diğer bir örnek olarak spina bifidalı çocuklarda yine bu kasların hem kasılma ve gevşemesinde hem de bu bölgenin duyusunda yetersizlik vardır. Sonuçta, dışkının varlığı ve geçişinin hissedilmesinde, katı-sıvı-gaz ayrımı yapılabilmesinde kayıp vardır.

2. YALANCI DKB

Bu durumdaki çocuklar sanki DKB varmış gibi davranırlar. Ancak yapılan ileri çalışmalar sonucunda bu çocukların ciddi kabızlık ve dışkı taşları nedeniyle böyle davrandıkları anlaşılır. Dışkı birikimi temizlendiğinde ve kabızlık yumuşatıcı ilaçlarla engellendiğinde bu çocukların şaşırtıcı şekilde dışkı kontrolüne sahip oldukları görülür.

DKB' na yol açan esas problemin anlaşılabilmesi ve en etkin tedavinin belirlenebilmesi için gerçek ve yalancı DKB arasındaki ayrımın yapılması son derece önemlidir.

DIŞKI KONTROL BOZUKLUĞU VE ANOREKTAL MALFORMASYONLAR

Son çalışmalara göre, ARM'ndeniyile başarılı bir şekilde ameliyat edilen çocukların %75'inin üç yaşından sonra İBH'lerine sahip olduğunu biliyoruz. Bu hastaların yaklaşık yarısı arasına i çamaşırlarına dışkı kaçırır. Dışkı kaçırmanın sebebi genellikle kabızlıktır. Kabızlık uygun şekilde tedavi edildiğinde dışkı kaçırma sıklıkla geçer. Yani ARM'lu çocukların yaklaşık %40'ında İBH vardır ve dışkı kaırmazlar, diğer bir deyişle normal bir çocuklar gibi davranırlar. nemli sayıda çocuğun yaşam kalitesini düzeltmek için yapılacak çok iç, alınacak uzun bir yol vardır. Barsak kontrolü olan çocuklar bile özellikle ishal olduklarında geçici DKB' dan yakınıbilirler. Geriye kalan %25 ARM'lu ocuk gerçek DKB' dan yakınır ve temiz kalabilmek için BEP'na ihtiyaç duyar.

% 25 İBH YOK	
% 75 İBH VAR	
% 37.5 dışkı kaçırmaz	% 37.5 dışkı kaçırır

İyi bir cerrahi onarıma rağmen barsak kontrolünü sağlayamayan ve değişik derecelerde dışkı kaçıran pek çok ARM'lu ocuk vardır.

Dışkı kontrolünü sağlamada üç temel unsurun rol oynadığının bilinmesi önemlidir:

- 1) ocuğun rektum bölgesindeki gerilimi hissetmesi
- 2) ocuğun kalın barsak hareketlerinin iyi olması
- 3) ocuğun iyi sfinkter kaslarına sahip olması

REKTUM BÖLGESİNDEKİ DUYARLILIK

ARM ile doğan çocukların rektum bölgelerinde dışkı veya gaz geçişini hissetmede yetersizlik vardır. Bu nedenle, çocuklar çoğu zaman dışkı kaçırdıklarını farketmezler, dışkı kokusuna alışırlar ve bu durum ailelerini ve çevrelerindeki kişileri rahatsız eder.

KALIN BARSAK HAREKETİ

Kalın barsağın son kısmında yer alan rektum ve sigmoid bölge dışkının birikmesi için doğal depo görevi görür. Her barsak hareketi arasında dışkının burada toplanması fizyolojik olarak önemlidir.

Normalde, 24-48 saat boyunca rektum ve sigmoid bölge sessiz kalarak dışkı birikir, daha sonra büyük bir barsak hareketi ile bu bölge tamamen boşalır ve tekrar sessizliğe gömülür. Eğer rektum ve sigmoid bölgede geçiş yavaş ise dışkı burada göllenir, böylece kabızlık gelişir ve çocuk zamanla taşma şeklinde dışkı kaçırmaya başlar. Diğer taraftan eğer çocukta rektum ve sigmoid bölge yoksa dışkı birikmeden sürekli aşağı akar, bu durumda kalın barsata aşırı bir hareket vardır.

KASLAR

Bu istemli kaslar normalde rektum ve anüsü çevreler ve dışkı kontrolünde temel olduğu düşünülür. ARM'lu çocuklarda bu kasların gelişiminde kısmen eksiklik vardır ve bu yüzden dışkıyı tutmada yetersizlik olur.

Dr. Alberto Peña tarafından 1980 yılında ileri sürülen cerrahi teknik, rektumun direk sfinkter kasları arasına yerleştirilmesini sağladığı için daha önceki tekniklere göre büyük bir avantajı vardır.

Maalesef bu çocuklarda sıklıkla sfinkter kasları normal değildir: ARM tipi ne kadar kötüyse kaslar da o kadar yetersiz, ARM tipi ne kadar iyi ise kaslar da o kadar yeterli yapıdadır.

Bir Çocuk Cerrahı, Hangi çocuğun iyi seyirli, hangi çocuğun kötü seyirli tipte ARM'a sahip olduğunu ayırabilir.

Aşağıdaki tabloda iyi ve kötü seyirli ARM tiplerinin en belirgin özellikleri yer almaktadır:

İYİ SEYİRLİ BARSAK KONTROLÜ BEKLENEN GRUP	KÖTÜ SEYİRLİ BARSAK KONTROLÜ BEKLENEN GRUP
• Normal sacrum kemiği	• Abnormal sakrum kemiği
• Belirgin orta hat oluşu (iyi kaslar)	• Düz kalça (kötü kaslar)
• Rektal atrezi	• ARM'ların bazı tipleri
• Vestibüler fistül	• >3cm ortak kanallı kloakalar
• Fistülsüz anal atrezi	• Karışık ARM
• <3cm ortak kanallı kloakalar	
• Basit ARM: perineal fistül	

Cerrahi olarak ARM' nun onarıldıktan ve kolostomi kapatıldıktan sonra da fonksiyonel durum hakkında tahminde bulunulabilir. Aşağıdaki tabloda iyi ve kötü seyir bulguları yer almaktadır:

İYİ SEYİRLİ BARSAK KONTROLÜ BEKLENEN GRUP	KÖTÜ SEYİRLİ BARSAK KONTROLÜ BEKLENEN GRUP
İyi barsak hareketi: günde 1-2 barsak hareketi - aralarda dışkı kaçıрма yok	Sürekli altına dışkı kaçıрма
Dışkı geçişini hissetme (ıkınma, yüz ifadesi)	Hissetmeme (ıkınma yok)
İdrar kontrolü	

ANOREKTAL MALFORMASYONUN TİPİ İLE DIŞKI KONTROLÜNÜN İLİŞKİSİ

Ailelere, çocuklarının ileride dışkı kontrolünü sağlama olasılığı, onları hüsrana uğratmaktan kaçınılarak gerçekçi bir dille anlatılmalıdır. Ailelerin yanlış beklentilere kapılmaması açısından mümkün olduğunca erken dönemde çocuklarının ilerideki dışkı kontrolü hakkında bilgi verilmesi zorunludur. Bugünkü bilgilerimizle yenidoğan döneminde bile ilerideki dışkı kontrolü hakkında sıklıkla tahmin yapabilmekteyiz. ARM içinde hafiften ağıra doğru değişik tipte bir dizi bozukluk bulunduğundan fonksiyonel sonuçlar da iyiden kötüye doğru farklı şekillerde karşımıza çıkar. Aşağıdaki tabloda ARM tipine göre beklenen fonksiyonel sonuçlar verilmiştir:

ARM Tipi	Cins	İBH	Dışkı kaçıрма	İBH+Dışkı kaçıрма yok	Kabızlık
Perineal fistül	E / K	%100	%0	%100	%26
Anal atrezi veya stenoz	E / K	%100	%16	%84	%80
Vestibüler fistül	K	%94	%38	%71	%64
Bulber fistül	E	%88	%65	%32	%59
Fistülsüz ARM	E / K	%85	%41	%71	%47
<3cm ortak kanallı kloaka	K	%83	%78	%27	%32
Prostatik fistül	E	%76	%78	%28	%50
Gerçek vajinal fistül	K	%75	%100	%0	%25
>3cm ortak kanallı kloaka	K	%59	%89	%22	%53
Mesane boynuna fistül	E	%28	%100	%0	%29

ARM tipi belirlendikten sonra dışkı kontrolü açısından bir tahmin yapılabilir. Eğer bir çocukta vestibüler fistül, perineal fistül, rektal atrezi, rektouretral bulber fistül veya fistülsüz ARM tipi varsa, bu çocuğun üç yaşından sonra İBH' ne sahip olması beklenir. Ancak bu gruptaki çocukların ciddi kabızlık, dışkı kaçırma ve dışkı taşı oluşumunun önlenmesi yönünden yakın takibe ihtiyacı vardır.

Eğer bir çocukta 3 cm'den uzun ortak kanalı olan yüksek kloaka veya mesane boynuna rektouretral fistül şeklinde ARM tipi varsa, bu çocuğun ileride temiz kalabilmesi ve sosyal hayata katılabilmesi için BEP' na ihtiyaç duyacağı ailesine söylenmelidir. Bu çocuklarda BEP, üç-dört yaşlarında, yani çocuğun daha çok ev ortamında bulunduğu dönemde uygulanır. Rektoprostatik fistülü olan çocukların İBH sahip olabilmeleri ya da DKB gelişme riski yarı yarıyadır. Bu çocuklarda üç yaşa kadar tuvalet eğitimine başlanmalıdır. Eğer tuvalet eğitimi başarıya ulaşamazsa vakit geçirmeden BEP' na başlanmalıdır, böylece altı kuru kalan çocuğun psikolojik olarak etkilenmesi engellenmiş olur. Okullar kapandıktan sonra her yaz döneminde çocuğa tekrar tuvalet eğitimi verilerek dışkı kontrolüne sahip olup olmadığı değerlendirilebilir.

Sakrum (kuyruk) kemiğinde ciddi eksiklik olan veya bu kemiği gelişmemiş olan ya da ameliyat sırasında bölge sinirlerinin zedelendiği erkek ARM'lu çocuklarda idrar kontrol bozukluğu görülmektedir. Geriye kalan ve uygun bir şekilde ameliyat edilmiş erkek çocukların çoğunda ise normal bir idrar kontrolü olması beklenir. Bu durum kloaka dışındaki kız ARM' lu çocuklar için de geçerlidir. Kloaka nedeniyle ameliyat edilen kız çocuklarının büyük kısmı mesanesini boşaltabilmek için temiz aralıklı kateterizasyona (TAK) gereksinim duyarlar. TAK ihtiyacı, ortak kanalın 3cm'den uzun olduğu yüksek tiplerde %70 iken, 3cm'den daha kısa olan alçak tiplerde %20 kadardır. Kloakalı kız çocuklarının çoğunda mesane boynu yeterli kapanabildiği için TAK aralarında tamamen kuru kalırlar. Eğer TAK yapılmazsa mesaneleri dolduğunda taşma şeklinde idrar sızıntısı meydana gelir.

ANOREKTAL MALFORMASYONLU ÇOCUKLARDA DIŞKI KONTROL BOZUKLUĞU TİPLERİ

Daha önce belirtildiği gibi ARM nedeniyle ameliyat edilen çocukların %75' inde İBH vardır. Bu çocukların yarısında dışkı kaçırma yoktur ve aileleri kabızlığa karşı uyarılmalıdır. Diğer yarısında ise kabızlık tedavisi ile düzelen dışkı kaçırma yakınması vardır. Nadiren, dışkı kaçağının çok şiddetli olduğu çocuklarda BEP tedavisi gerekebilir.

1. YENİDEN CERRAHİ TEDAVİ GEREKEN ÇOCUKLAR

Bu çocuklar daha önce ARM nedeniyle ameliyat edilmiştir ve halen DKB vardır. Aşağıda belirtilen koşullar varsa ancak iyi bir barsak kontrolü sağlanması için yeniden cerrahi tedavi uygulanabilir:

1. Çocuğun iyi bir sakrum, iyi sfinkter kasları ve iyi bir fonksiyon beklenen ARM tipi ile doğmuş olması
2. Rektumun tamamen sfinkter kaslarının dışında yerleşmesi
3. Normal uzunlukta bir kalın barsak bulunması

Posterior sagittal anorektoplasti (PSARP) ameliyatı ile rektum sfinkter kasları arasına yerleştirilir. Bu şekilde ameliyat edilen çocukların yaklaşık %50' sinde dışkı kontrolü belirgin şekilde artar ve BEP ihtiyacı olmadan kuru kalırlar.

2) YALANCI DIŞKI KONTROL BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLAR

Bu çocukların çoğunda rektum ve sigmoidde "megarektosigmoid" olarak adlandırdığımız değişik derecelerde genişleme vardır. Ayrıca bu çocuklar, rektum ve sigmoidin tam olarak boşalmasını engelleyen bir hareket bozukluğuna da sahiptirler. Aslında bu çocuklar iyi seyirli bir ARM tipi ile doğmuş ve doğru bir teknikle ameliyat edilmişlerdir, ancak kabızlık için uygun bir tedavi almamışlardır. Bu nedenle kalın barsakta dışkı birikir ve taşma şeklinde yalancı DKB gelişir.

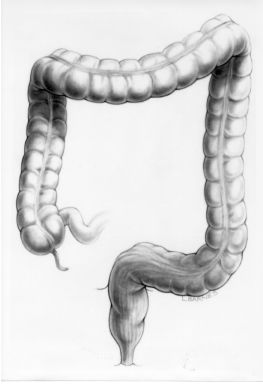
Biriken dışkı kütlesi çıkarılmalı, genişlemiş rektum ve sigmoid yoğun lavmanlarla temizlenmelidir. Daha sonra kabızlık, yüksek miktarda verilen yumuşatıcı ilaçlar ile tedavi edilir. Kalın barsağın hergün tam boşalabilmesi için gerekli olan ilaç dozuna günlük artırımlarla erişilir.

Kabızlık tedavi edildikten sonra hala çocuk dışkısını kontrol edemiyorsa kabızlıkla birlikte gerçek DKB olduğu sonucuna varılır. Bu durumda çocuğun yumuşatıcı ilaçlardan ziyade BEP ile tedavi edilmesi gerekir.

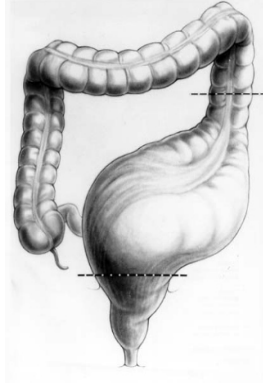
Diğer taraftan kabızlık tedavisi sonrasında dışkı kaçırma tam olarak ortadan kalkarsa bu çocuklarda taşma şeklinde yalancı DKB olduğu sonucuna varılır. Ciddi rektum ve sigmoid bölge genişlemesi nedeniyle çok yüksek miktarlarda yumuşatıcı ilaç gerekiyorsa, sigmoid bölgenin çıkarılması gündeme gelebilir.

Sigmoid bölgenin çıkarılması kararı alınmadan önce çocuğun yalancı mı yoksa gerçek DKB' na sahip olduğu ayrımı yapılması zorunludur. Eğer bu ayrım doğru yapılmazsa hem gereksiz bir ameliyat yapılmış olur, hem de kabızlıkla birlikte gerçek DKB olan çocuk böylece ishalle seyreden ve tedavisi daha zor olan gerçek DKB grubuna dahil edilmiş olur.

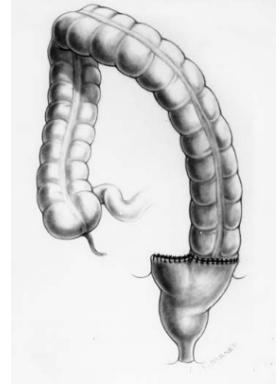
Sigmoid bölgenin çıkarılmasından sonra çocukların yumuşatıcı ilaç gereksinimleri belirgin olarak azalabilir, hatta tamamen geçebilir.



Normal kalın barsak



Genişlemiş rektum ve sigmoid



Ameliyat edilmiş kalın barsak

3) BARSAK EĞİTİM PROGRAMINA ADAY ÇOCUKLAR

ARM' nun cerrahi tedavisi sonrasında DKB olan çocuklar, genellikle kötü seyirli ARM tipine sahip ve ciddi ek problemleri olan çocuklardır. Ancak bu çocuklar BEP tedavisi ile iyi bir yaşam kalitesine sahip olabilirler.

DKB olan ARM' lu çocuklar kendi içlerinde iki gruba ayrılırlar ve tedavileri de ona göre planlanır:

%25 İBH YOK	
 Yavaş barsak hareketi	 Aşırı barsak hareketi

KABIZLIĞI OLAN ÇOCUKLAR (Kalın barsağı yavaş çalışan grup):

Bu çocuklarda kalın barsağın hareketleri ciddi derecede azalmıştır. BEP' nin temeli, ailelere çocuklarının kalın barsağını günde bir kere lavmanla boşaltmayı öğretmektir. Bu olgularda özel bir diyet veya ilaca gereksinim yoktur. Aslında bu çocuklar kalın barsakları yavaş çalıştığı için kabızdırlar ve lavmanlar arasında altları bu sayede kuru kalır. Esas önemli olan nokta kalın barsağı tamamen boşaltacak lavman miktarının bulunmasıdır. Eğer kalın barsak lavmanla tam olarak boşaltılamamışsa geride biriken dışkı nedeniyle ciddi kaçaklar meydana gelir.

İSHALİ OLAN ÇOCUKLAR (Kalın barsağı hızlı çalışan grup):

PSARP tekniğinin uygulanmaya başladığı 1980 yılından önce ameliyat edilen çocukların çoğunluğu bu gruba girer. O dönemde uygulanan cerrahi tekniklerde sıklıkla depo görevi yapan rektum ve sigmoid bölge çıkarılıyordu. Onun için bu gruptaki çocuklarda aşırı aktif bir kalın barsak vardır. Dışkının kalın barsaktan hızlı olarak geçişi ishal ataklarına neden olur. Bu durumda kalın barsağın lavmanla kolayca boşaltılmasına rağmen yukarıdan dışkı gelişi devam eder. Sürekli dışkı gelişini yavaşlatmak için kabız yapıcı diyet ve/veya ilaçlara gereksinim vardır. Barsak hareketlerini yavaşlatan gıdaların alınması kalın barsağın çalışmasını yavaşlatacaktır. Ancak bazı çocuklarda ek olarak "irritable kolon", yani kalın barsağın aşırı duyarlı olması tedaviyi güçleştirmektedir.

BARSAK EĞİTİM PROGRAMI

ARM nedeniyle yenidoğan döneminde düzgün bir cerrahi tedavi görmüş olan çocukların yaklaşık %60' ı değişik tipte barsak fonksiyon bozukluklarıyla karşımıza çıkmaktadır. BEP' nin temeli bu çocukların yaşam kalitesini düzeltmektir. Her çocuk ve ailesinin yaşam kalitesi kendileri tarafından belirlenmelidir. Bu nedenle çocuklar ve aileleri tedavi seçeneklerini öğrenerek kendi yaşam şekillerine ve kalitesine karar verirler. Bu çocuklar aşağıdaki tedavi seçeneklerine sahiptirler:

- 1) DKB' nun devam etmesi ve sürekli altı bezli kalmak
- 2) BEP' nı denemek
- 3) Kalıcı kolostomi ile hayatını sürdürmek

BEP' nin başarıya ulaşması, doktor ve hemşirelerin bu işe zaman ayırmaları, istekli olmaları, kendilerini adamaları ve çocuk-aile ile iletişimlerine bağlıdır. Eğer bunlardan biri eksik olursa tedavinin başarı şansı ciddi derecede azalır.

BARSAK EĞİTİM PROGRAMI NEDİR ?

Burada amaç, kalın barsağın uygulanan günlük lavmanlarla temizlenerek 24 saat boyunca sessiz kalmasını sağlamaktır. Bazen diyetin ayarlanması ve ilaçlar kullanımı da eklenebilir.

- KALINBARSAK TEMİZLİĞİ
- DİYETİN DÜZENLENMESİ (Gerekliyse)
- İLAÇLAR (Gerekliyse)

Bazı ilaçlar barsağın çalışmasını yavaşlatır. Lomotil veya Immodium gibi bu tür ilaçların kullanımına doktor karar vermelidir.

Bu program devamlı bir süreç olup, kişiye özel olarak düzenlenir ve çocuktan çocuğa farklılık gösterir. Genellikle bir hafta içerisinde çocuğa uygun olan program denemelerle elde edilmiş olur. BEP uygulayan çocukların %90' nından fazlası yapay olarak gün boyunca temiz kalabilmekte ve normal bir hayatlarını sürdürebilmektedir. Bunun verdiği güven ile yaşam kalitelerinde de artış olmaktadır.

Sınıf arkadaşları çoktan tuvalet eğitimi tamamlamış bir çocuğu altı bezli olarak okula göndermek kabulü zor bir durumdur. Arkadaşları tarafından altı bezli olduğu veya altına dışkı kaçırdığı için alay konusu olmak çocukta psikolojik sorunlar yaratabilir.

İlk adım, temizlik yapılmadan kalın barsak filmi çekilmesidir. Bu çalışmada suda emilebilir kontrast madde kullanılmalı, baryum asla kullanılmamalıdır. Kontrast madde kalın barsaktan boşaldıktan sonra da film çekilmesi önemlidir. Bu çalışma, kalın barsağın yavaş veya hızlı çalışıp çalışmadığı konusunda doktora fikir verir. Kalın barsağın çalışma tipine göre BEP uygulanır ve sonuçları günlük olarak takip edilir. Lavman sıvısının miktarının ve içeriğinin ayarlanmasına tam olarak kalın barsak temizliği sağlanana kadar devam edilir. Bunun için hergün ayakta düz karın grafisi çekilerek kalın barsağın boşalıp boşalmadığı gözden geçirilir.

LAVMAN

Lavman için gerekenler;

- 1) Lavman torbası
- 2) Lavman tipinin belirlenmesi
- 3) Kayganlaştırıcı jel veya krem
- 4) 20-22 numaralı boşaltıcı sonda veya 22-24 numaralı 30 ml balonu olan foley sonda

Lavman olarak kullanan değişik sıvılar vardır. Bunların bir kısmı eczanelerden hazır olarak satın alınabilir veya evde su ve tuz karıştırılarak hazırlanır.

Fosfat içerikli lavman (Fleet) en sık bilinen ve eczanelerde hazır olarak bulunabilen bir lavman türüdür. Tek başına tuzlu su (İzotonik serum) lavmanları da aynı etkinliği sağlar ve bazı aileler tarafından daha ucuz olduğu ve kolay hazırlandığı için tercih edilir. Bazen çocukta Fleet lavmanla kramp tarzı karın ağrısı oluşurken tuzlu suyla bu yakınmanın olmadığı görülür. Sekiz yaşın üstünde veya 30 kilogramdan fazla olan çocuklara günde bir kere olmak üzere erişkin tipi fosfat içerikli lavman kullanabilir. 3 ve 8 yaş arasında veya 15-30 kilogram arasındaki çocuklara günde bir kere çocuk tipi fosfat içerikli lavman verilebilir. Vücutta fosfat birikimine neden olabileceğinden

çocuklara günde bir defadan fazla fosfat içeren lavmanlar uygulanmamalıdır. Böbrek fonksiyonlarında bozukluk olan çocuklarda Fleet lavman dikkatli biçimde kullanılmalıdır.

Uygun biçimde fosfat içerikli lavman kullanımı, kalın barsağın çalışmasına yol açarak 24 saat boyunca tamamen temiz kalmasını sağlar. Ayakta düz karın grafisinden veya çocuğun dışkı kaçırmamasının devam etmesinden anlaşılacağı gibi eğer lavman uygulaması kalın barsağı temizlemede yetersiz kalmışsa, o zaman daha etkin bir tedaviye geçilir ve fosfat içerikli lavmana tuzlu su da eklenir. Tuzlu su eklenmesine rağmen hala tedavi yetersiz kalıyorsa foley sonda yardımıyla kalın barsak yıkaması şeklinde bir uygulamaya geçilir (bkz. Foley sonda ile lavman).

Aşağıdaki tablo evde tuzlu suyla lavman yapmak için gerekli olan oranları göstermektedir:

Vücut ağırlığı	Su (litre)	Tuz (tatlı kaşığı)
< 20 kg	0.5	1.5
20-40 kg	1	3
> 40 kg	1.5	4.5

Daha önce belirtildiği gibi BEP, kişiye özel olarak planlanır ve sürekli bir işlemdir, uygun lavman miktarını bulmak için "sihirli bir formül" yoktur. Bu nedenle kalın barsağı yavaş çalışan çocuklara verilmesi gereken tuzlu su miktarının, kalın barsağı hızlı çalışan ve boşalan çocuklara kıyasla daha yüksek miktarda olması gerekir.

Lavman sıvısındaki tuz miktarı her çocuk için farklıdır: fazla miktardaki tuz karın ağrısı yapabilir.

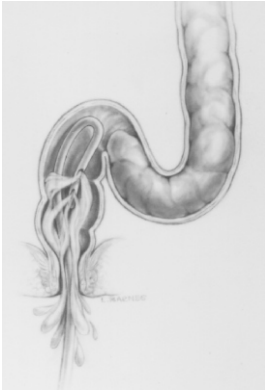
"Doğru" tuzlu su lavmanı, çocuğun kalın barsağındaki dışkıyı boşaltan ve ertesi gün boyunca dışkı kaçırmadan kalmasını sağlayandır. Bu ancak deneme-yanılma ve önceki hatalar değerlendirilerek elde edilebilir.

Lavman sıvısı, karın ağrısını azaltmak için vücut ısısında olmalıdır.

Bu program oldukça kişisel olduğu için, aile ve çocuk lavmanın etkin olup olmadığını anlamak için lavman sonrasında dışkı miktarı ve şeklini değerlendirmeyi öğrenmelidir. Belli bir süre sonra aileler ne zaman lavmanın etkin olmadığını ve ne zaman tuzlu suyla birlikte yapılması gerektiğini bileceklerdir. Fitil cinsi ilaçlar sadece arada sırada tam olarak kalın barsağın çalışmasını uyarır.

LAVMAN UYGULAMASI

- a) Gerekli olan tüm malzemeyi hazırlayın
- b) Çocuğa uygun duruşu verin (bkz. duruş verme bölümü)
- c) Sondanın ucuna kayganlaştırıcı jel sürün
- d) Kibar bir şekilde sondayı anüsten içeriye sokup mümkün olduğunca ilerletin. Sondalar bükülebilir yapıda olduğu için kalın barsak içinde yönlendirilebilir. Sonda ilerletilirken bir direnç ile karşılaşılırsa sondanın içinden az miktarda sıvı verilerek ilerlemeye engel olan dışkı yerinden oynatılır ve tekrar sonda ilerletilebilir. Bazen bu işlem sırasında sondanın içeride katlanması nedeniyle dışarıya sızıntı olabilir.

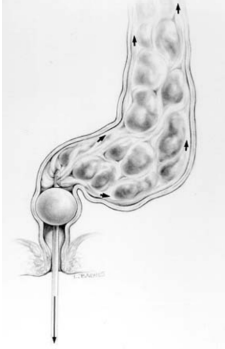


Katlanmış sonda

- e) Sondanın ucunu lavman torbasına bağlayın
- f) Lavman sıvısını vermeye başlayın. Torba ne kadar yukarıda olursa lavman sıvısı o kadar hızlı, ne kadar aşağıda olursa o kadar yavaş olacaktır. Lavman sıvısı yaklaşık 5-10 dk içerisinde verilmelidir, eğer bu sırada karın ağrısı olursa torba aşağıya indirilerek akış hızı yavaşlatılmalıdır.
- g) Lavman sıvısı verildikten sonra sondayı çıkarın. Bu sırada mümkünse heriki kalçayı yanlardan bastırıp sıkıştırın, böylece sıvının en az 5 dk içeride kalmasına çalışın.
- h) İşlem bittikten sonra en iyi sonucu elde edebilmek için çocuktan tuvalette yaklaşık 30-45 dk oturmasını isteyin. Tuvalette bakarak lavmanın sonucunu kontrol edin. Eğer dışkı çok az veya yoksa bunu not edin. Bu durumda farklı tipte veya daha fazla miktarda lavman uygulanması gerekmektedir.

FOLEY SONDA İLE LAVMAN

Normal sondalar kullanılırken lavman sıvısında sızıntı olursa foley sonda kullanılmalıdır. Amaç, foley sondanın balonunu şişirerek tıkaç gibi kullanmak ve sızıntıyı önlemektir.



Foley sonda

- Daha önce belirtildiği gibi lavmanı hazırlayın.
- Kayganlaştırıcı sürülmüş 20-24 numara Foley sondayı kibarca anüsten içeri yerleştirin.
- 20ml' lik bir enjektörün içine ılık su doldurun. Enjektörü sondanın balon girişine yerleştirerek suyun 15ml' si ile balonu şişirin ve sondayı dışarı doğru çekin. Eğer sonda dışarı çıkacak gibi olursa balon içine geride kalan 5ml suyu da verin, tekrar dışarı çıkıp çıkmadığını kontrol edin. Gerekirse balon içine 30ml kadar su verilebilir. Sakın balonu tam anüs hizasında şişirmeyin ya da sondayı 10cm' den daha fazla ilerletmeyin.
- Sızıntıyı önlemek amacıyla sondayı gergin bir şekilde tutarken lavman sıvısını göndermeye başlayın.
- Lavman sıvısı verildikten sonra sondayı tıkayarak ucunu torbadan ayırın. Foley sondayı bir süre gergin şekilde tutmaya devam edin, böylece sıvının içeride bir süre daha kalmasını sağlayın.
- Süre dolduktan sonra çocuğu tualete oturtun ve bu sırada balonu indirerek sondayı dışarı çıkarın. Yukarıda belirtildiği şekilde devam edin ve lavman sonucunun kontrolünü yapın.

Lavmanın doğru şekilde yapıldığından emin olmak için, ilk lavman ailenin yanında hemşire veya doktor tarafından uygulanmalıdır. Böylece ailenin; teknik, çocuğun duruşu veya sıvı miktarı hakkındaki soruları açıklığa kavuşturulur.

BARSAK EĞİTİM PROGRAMI NE ZAMAN BAŞLAMALI?

DKB olan çocuklar, hayatlarının ilk yıllarında yaşıtları gibi altları bezli dolaştıkları için mutludurlar. "Sorun", çocuk sosyalleşmeye başladığında, normal dışkı kontrolü olan çocuklarla aynı ortamda bulunurken kendisinin hala bez kullanıyor olması ile başlar. Bu noktada ayrımcılık ve dışlanma olmasıyla ciddi psikolojik sorunlar gelişebilir.

Dışkı kontrolünün kazanılması ARM'lu çocuklar için uzun zamanda amaçlanan bir durumdur ve her zaman da başarıya ulaşılamaz. İyi seyirli ARM tipi ile doğan çocuklarda, aileler tuvalet terbiyesi konusunda normal çocuklarda olduğu gibi cesaretlendirilmelidir. İki ile üç yaşları arasında, aile tarafından çocuk her yemek sonrası tuvalete oturtulmalıdır. Ailelerin bunu bir ceza şeklinde değil, oyun gibi yapmaları vurgulanmalıdır. Tuvalette otururken çocuğun önünde küçük bir masa olabilir ve en sevdiği oyuncakıyla oynayabilir.

Bu sırada anne-baba çocukla birlikte olmalı, tuvalete oturması için zorlamamalı veya tartışmamalıdır. Ancak çocuk erken kalktığında oyuncakı uzaklaştırılabilir. Çocuk tuvalete çiş ve kaka yaptığında ödüllendirilmelidir. Okul yaşına kadar tuvalet eğitimi başarılamamışsa, seçilecek iki yol vardır:

1. Çocuğu bir yıl daha okula göndermemek ve tuvalet eğitimine devam etmek
2. BEP' nı denemek

Bu nedenle yaklaşık üç yaş dolayında BEP' na başlanması önerilir. Bu yaşlarda çocukların çoğu bez kullanmayı bırakır. BEP' nin ne zaman başlayacağı ve nasıl uygulanacağına her aileye kendisinin karar vermesi gerektiğinin vurgulanması önemlidir. Burada amaç, çocuğun okula normal kıyafetlerle gitmesini sağlamak ve tuvalet terbiyesi almış yaşdaşları tarafından aşağılanmasını önlenmektir.

NİÇİN KÜÇÜK LAVMAN DEĞİL DE BÜYÜK LAVMAN?

Ciddi kabızlığı olan çocuklara küçük lavmanlar verildiğinde rektumun sadece aşağı bölgesi boşalır, tüm kalın barsak dışkıyla dolu kalır. Ayrıca küçük lavman sonucu yumuşayan dışkı daha kolay akacağı için dışkı kaçırmada artışa neden olacaktır. Ancak bazı çocuklar küçük lavman veya fitil uygulamasından fayda görürler. Eğer bu şekilde amaca ulaşılıyorsa kullanılabilirler.

HANGİ SAATTE LAVMAN YAPILMALIDIR ?

Gün içinde lavmanın veriliş saati barsağın etkin olarak temizlenmesinde önemli rol oynar. En uygun zaman, ana öğün sonrası lavmanın yapılması ve böylece yemeklerden

sonra gelişen gastrokolik refleksten de yararlanmasıdır. Bu nedenle lavmanın "rutin" hale getirilerek günün aynı saatinde düzenli olarak uygulanması önerilmektedir. Eğer lavman iki günde bir uygulanıyorsa çocuğun iki günlük birikmiş dışkıyı boşaltması gerektiği unutulmamalıdır. Lavman uygulaması için iki günden daha fazla beklenmemelidir.

ÇOCUK İÇİN LAVMAN NASIL SEVİMLİ OLABİLİR ?

Lavmanın başarısı, işlemin çocuk için daha sevimli bir hale getirilmesine bağlıdır. Çocuk tuvalette oturması için cesaretlendirilmelidir. Bu amaçla tuvalet daha keyifli bir hale getirilebilir. Bu süre içinde çocuk ödev yapabilir, kitap okuyabilir veya televizyon seyredebilir.

LAVMAN VERİLİRKEN ÇOCUK NASIL SAKİN TUTULABİLİR ?

Lavman verilirken çocuğun rahat ve sakin tutulabilmesi ailelerin yaratıcılığına bağlıdır ve bunu başarmanın değişik yolları vardır. Örneğin bazı ilgi çekici oyuncaklar veya bu sırada okunan kitaplar verilebilir. Bazı aileler tuvalette televizyon veya bilgisayar koyarak daha çekici hale getirmektedirler. Çocuğun yaşına uygun olarak en iyi yolun bulunması önemlidir. Lavman zamanı kardeşler ve diğer aile bireylerinin çocuktan ayrı tutulmaması da oldukça önemlidir. Eğer çocuk lavman yapılmasını istemiyorsa ısrarcı olunmamalıdır. Bez olmadan dolaşma, normal iç çamaşırı giyme, banyoyu rahatça kullanma, diğer çocukların önünde üstünü değiştirebilme gibi imkanların lavman uygulamasıyla sağlanabileceği anlatılarak lavmanın çocuk üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiler giderilmeye çalışılmalıdır.

LAVMAN İÇİN EN İYİ DURUŞ HANGİSİDİR ?

Lavmanın etkin olabilmesi için çocuğun duruşu çok önemlidir. Çocuk, lavman sıvısının kalın barsağın mümkün olduğunca yukarı kısımlarına gidebileceği bir duruş şeklini almalıdır. Küçük çocuklar, kalçaları diz üzerinde olacak şekilde baş aşağı tutulmalıdır. Daha büyük çocuklar karınlarının altına yastık konarak yüzükoyun yatağa yatabilir. Ergenlik çağındakiler de dizdirsek duruşu alabilirler veya yan yatarak dizlerini karınlarına çekerek kendilerine lavman yapabilirler.





Lavman için yaşıya göre duruş şekilleri

LAVMAN VERİLDİKTEN SONRA ...

Verilen lavman sıvısı mümkün olduğunca içeride kalmalıdır, bu da çocuğa ve verilen sıvının miktarına bağlıdır. Lavman verildikten sonra, çocuk, kalın barsağının boşalabilmesi için tuvalette 30-40 dakika kadar oturmalıdır. Kalın barsağın tamamen boşaldığından emin olunması lazımdır, aksi takdirde daha ekili bir lavman yapılması gerekir. Lavmandan fayda sağlanamaması ve tekrar edilmesi çocuk için bir işkence haline gelebilir. Bu programdan en iyi yararı sağlamak için deneme ve yanılma ile sonuca ulaşılacağı unutulmamalıdır. Zamanla aile uzmanlaşır ve lavman sonrası çıkan dışkı miktarını değerlendirerek istenen lavman etkinliğinin sağlanıp sağlanmadığını anlar.

GÜNLÜK LAVMANLARIN UZUN DÖNEM ETKİLERİ NEDİR ?

BEP, son 15 yıldır uygulanmaktadır. Kalın barsağın yıkanması veya lavmanlara bağlı olarak hiçbir yan etki görmedik. Ancak bundan 20-30 yıl sonraki sonuçları bilmiyoruz.

Değişik lavman çeşitlerinin bulunduğu hatırlanması önemlidir. Fleet lavman, fosfat içeren bir lavmandır ve fazla verildiğinde zararlı olabilir. Eğer önerilen dozlarda kullanılırsa fosfor zehirlenmesi, kalsiyum düşüklüğü gibi problemler görülmez. Çoğu çocukta, vücuttaki sıvı-elektrolit dengesi ile uyumlu kalın barsak yıkaması veya tuzlu su lavmanı yapıldığı için lavman sıvılarına bağlı yan etki gelişmez. Nadiren suya eklenen tuzun fazla olması durumunda bu tuzun emilimine bağlı olarak terleme, bulantı hissi ile kan sodyum düzeyinde artış olabilir.

Birçok ailede lavman uygulamasının besinlerin emilimini engelleyebileceği şeklinde bir yanlış vardır. Verilen lavman sıvısının yalnızca kalın barsakta biriken dışkıyı boşalttığı ailelere hatırlatılmalıdır. Besin maddelerinin esas emilimi ince barsaklardan olmaktadır ve lavman sıvısı bu bölgeye ulaşamaz. Yani sadece barsaktaki atıklar temizlenmektedir.

YUMUŞAK DIŞKI VE İSHALİ OLAN ÇOCUKLAR

İshali olan çocuklarda aşırı aktif bir kalın barsak vardır ve çoğunlukla da dışkı için bir depo bölgeleri yoktur. Lavmanla kalın barsaklar kolayca temizlense bile barsağın yukarı

kısından gelen yeni dışkı tarafından tekrar çabucak doldurulur. Bunu önlemek için kabız yapıcı diyet ve/veya Loperamid gibi kalın barsağı yavaşlatıcı ilaçlar önerilmektedir. Yenen gıdalardan uygun olmayanların çıkarılması barsak hareketlerinin yavaşlatılmasına yardımcı olacaktır.

Ailelere kabız ve ishal yapıcı gıdaların bir listesi verilmelidir. Muz, elma, beyaz ekmek, haşlanmış et gibi gıdaları içeren diyet katı bir şekilde uygulanmalıdır. Kızartmalar ve süt ürünlerinden ise uzak durulmalıdır. Çoğu aile çocuklarını hangi yiyeceğin ishal, hangisinin kabız yaptığını bilir. Doğrusunu bulmak için tedavi lavman, sıkı bir diyet uygulaması ve loperamid ile başlar. Çoğu çocuk bu etkin tedaviye 24 saat içinde yanıt verir. Bu sıkı diyet uygulaması, çocuk iki-üç gün boyunca hergün 24 saat temiz kalıncaya kadar devam etmelidir. Daha sonra çocuğun seçtiği yeni bir gıda 2-3 günde bir diyetle eklenerek kalın barsak hareketleri üzerine olan etkisi gözlenir. Eğer yeni gıda çocuğun dışkı kaçırmasına yol açarsa diyetten kalıcı olarak çıkarılır. Çocuk için mümkün olan en geniş diyet seçeneği belirlenir. Diyet en geniş hali ile uygulandığında çocuk temiz kalıyorsa verilen ilaç giderek çocuğu 24 saat temiz tutan en düşük doza indirilir.

En uygun tedavi yine deneme yanılma ile bulunmaktadır. Bu sıkı diyet uygulamasının ömür boyu sürmesi gerekmez. Günboyu temiz kaldığı iki ayın sonunda, çocuk, yasak listesinde yer alan ve çok istediği gıdalar birini dener. Eğer o gıda sonrasında dışkı kaçırma olursa artık çocuk tamamen ondan uzak durması gerektiğini öğrenir. Her hafta sadece bir tane yeni gıda denenmeli ve barsaklar üzerine olan etkisi gözlenmelidir.

BAŞARISIZLIK

Eğer yeniden DKB gelişirse, çocuğun alışkanlıklarında bazı şeylerin değiştiği ve dikkatli bir değerlendirme yapılması gerektiği anlamına gelir.

İlk araştırılacak şey lavmanın hala etkin olup olmadığıdır. "Çocuğum kendini yeterince temizleyebiliyor mu?", "Kalın barsağını öncekinden daha mı az boşaltıyor?" soruları sorulmalıdır. Bunu anlamak için ayakta düz karın grafisinin çekilmesi ve kalın barsaktaki dışkı miktarının belirlenmesi gerekir.

Eğer lavman sonrasında ayakta düz karın grafisinde fazla miktarda dışkı varsa lavman miktarı ve/veya yoğunluğunun ayarlanması anlamına gelir. Bir hafta boyunca hergün ayakta düz karın filmleri alınarak deneme ve yanılma yöntemi ile yeni lavman şekli belirlenir.

Diğer taraftan eğer filmde dışkı birikimi yoksa kaçaklar artmış barsak hareketine bağlıdır ve bu durumda ilaç dozunu artırmak ve diyeti daha da sıkılaştırmak gerekir.

Dışkıının yoğunluğunun değerlendirilmesi önemli bir konudur. Kalın barsakta uzun süre kalan dışkı daha sert ve koyudur. Bu nedenle dışkıının hem miktarı hem de yoğunluğu dikkatlice değerlendirilmelidir. (Bu durum lavmanların yetersiz olduğunun işaretidir)

Çocuğun alışkanlıklarındaki değişiklikler de önemli bir rol oynar. Diyetteki değişiklikler, doğumgünleri, tatiller gibi durumlar aşırı barsak hareketi olarak karşımıza çıkabilir. Aynı şekilde evden taşınma, boşanmalar, okul değişikliği gibi olaylar da barsak hareketlerini etkileyebilir.

Bazı ergenlerde, örneğin sınav, okul stresi gibi hangi durumların barsakları etkilediği tahmin edilebilmektedir.

GELECEK ? BEP DEVAM EDECEK Mİ?

BEP' nın başarıya ulaştığı çocukların aileleri sıklıkla bu programın ömür boyu devam edip etmeyeceğini sorarlar. Kötü seyirli ARM tipine sahip çocuklar için cevap "EVET" tir. Ancak çok değişik ARM tipleri vardır ve bazıları bir miktar barsak kontrolüne sahiptir. Bu çocuklar toplum içinde DKB nedeniyle mahcup olmamak için BEP altındadırlar. Zaman ilerledikçe çocuk kendi problemi hakkında daha ilgili, meraklı ve işbirlikçi hale gelir. Hayatın daha ileri bir döneminde çocuğun lavman kullanımına son vermesi, barsak hareketlerini belli saatlerde uyarmak için günde üç öğün bir diyetle beslenmesi beklenebilir.

Bu deneme gerçekleşmeden önce bazı ön koşullar vardır;

1. Çocuk BEP ile tamamen temiz kalmalıdır. Bu durum aile ve çocuğun yeterli barsak hareketi olup olmadığını anlayabildikleri anlamına gelir. Diğer bir deyişle aile ve çocuk dışkıının miktarı ve yoğunluğunu değerlendirebilmelidir.
2. Çocuk uyumlu olmalıdır. Çocuk, sorununun farkında olmalı ve yeni çözümler için istekli olmalıdır.
3. Daha önce de belirttiğimiz gibi BEP' nın amacı çocuğun yaşam kalitesini düzeltmek ve sosyal ortamlara, özellikle okula, "kazasız" bir şekilde gitmesini sağlamaktır.
4. Eger bu deneme başarısız olursa aile, BEP' na geri dönerek çocuğun temiz kalabileceğini bilmelidir.

NASIL DEVAM EDECEK ?

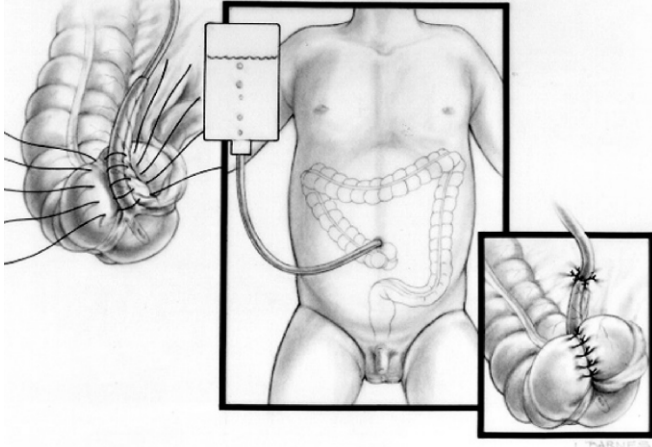
Her yaz, bir parça barsak kontrol potansiyeli olan çocuklar, deneme-yanılma yöntemiyle lavman olmaksızın barsak hareketlerini nasıl kontrol edebileceklerini

bulmaya çalışırlar. Bu çalışma, okulda olabilecek kaçaklardan kaçınmak için mutlaka çocukların evde oldukları okul tatilinde yapılmalıdır. Bu işlemin ana noktaları şunlardır:

- A. Sosyal hayatın kısıtlanması - Aile ve çocuğun evde kalarak çok az sosyal ortamlarda bulunması beklenir.
- B. Uygun bir diyetle düzenli belenme - Çocuk okula gitmediğinden diyetini ayarlamak daha kolaydır. Gastrokolik refleksten yararlanmak için çocuğun hergün aynı saatte yemek yemesi çok önemlidir.
- C. Çocuk her yemek sonrasında tuvalete oturmalı ve dışkılamaya çalışmalıdır.
- D. Çocuk gün boyunca gelecek barsak hareketini ayırt etmek için uyanık olmalıdır.
- E. Eğer çocuk "kabız" gruba dahil ise mümkün olduğunca günde bir defa barsak hareketi oluşması için hergün aynı saatte tek doz yumuşatıcı ilaç verilebilir. Yumuşatıcı ilaç dozu demene-yanılma ile belirlenir. En iyisi ilk başta doğal yumuşatıcıları kullanmak, daha sonra çocuğun cevabına göre içinde daha etkin madde içeren ilaçlar vermektir. İlk tercih, tabii ki yumuşatıcı tarzda bir diyet, sonra ya kütle etkisi yapan ya da yumuşatıcı ürünlerdir. Tedavi başarısız olmuşsa etken madde içeren yumuşatıcı ilaçlar şarttır ve diğerlerine eklenebilir. Birkaç gün veya hafta sonra, aile ve çocuk, yeni tedavi programına devam etme veya BEP' na geri dönme konusunda karar verebilirler. Bu karar aile ve çocuğa aittir ve herbir yöntemle elde edilen deneyimler hayat kalitesinin temelini oluşturur.

ARM'LU ÇOCUKLARDA BEP DIŞINDAKİ YÖNTEMLER: ACE VEYA MALONE İŞLEMİ

BEP uygulanan okul öncesi ve okul çağındaki çoğu çocuk hayatından memnundur. Ancak ergenliğe eriştiklerinde belirgin bir şekilde bu durumdan dolayı rahatsızlık duyarlar. Bu yaştakiler günlük lavman uygulamalarını ailelerinin kendi "özel"lerine müdahalesi olarak görebilirler. Bu çocukların kendi kendilerine lavman yapabilmeleri mümkün olsa da oldukça zordur. Bu sıkıntıyı çeken ergen grubuna "Malone İşlemi veya continent appendicostomy" adı verilen bir ameliyat şekli geliştirilmiştir.



Malone İşlemi

Malone İşlemi'nin sadece lavman sıvısını vermek için başka bir yol açmak demek olduğu vurgulanmalıdır. Malone İşlemi yapılmadan önce aşağıdaki koşullar sağlanmalıdır:

- Çocuk, uygulanan BEP ile mükemmel şekilde temiz kalmalıdır. Başarılı bir BEP uygulanamayan bir çocuğa zaten etkisiz olan lavman için başka bir yol yapılmasının anlamı yoktur.
- Çocuk kesinlikle yapılacak işlem için istekli olmalıdır. Hem yapılan ameliyatın hem lavmanın etkinliğinin çocuk tarafından değerlendirilebilmesi önemlidir.

Bu ameliyat; kör barsakta bulunan apendiks dokusunun karın duvarına (genellikle göbeğe) sıvı kaçağını önleyecek ancak sonda sokulmasına izin verecek bir mekanizma ile bağlanması işlemlerini içerir. Eğer çocuğun daha önceden apendiks dokusu alınmış ise kalın barsağın bir bölgesinden tekrar yapılması mümkündür. Sonradan yapılmış bu dokunun karın duvarına ağızlaştırılması işlemine "neo-appendicostomy" denir.

Böylece çocuk tuvalette otururken göbek deliğinden bir sonda ilerleterek kalın barsağına lavman sıvısını verebilir. İçeri verilen sıvı barsaktaki dışkının ileriye doğru hareketini sağlar. Bu işlemi yapmak her çocuk için oldukça kolaydır.



SONUÇ

Sizin de farkettiğiniz gibi, BEP, "sadece lavman yapılması" ya da bir diyet veya ilacın reçete edilip uygulanması değildir. Yani mucizeler yaratacak bir tarife yoktur. Bununla birlikte diyet, fitil, lavman ve özel ilaçlar yoluyla en kötü seyirli ARM' lu çocuklara bile yardımcı olunabilir.

Bu tedavinin başarısı çocuk, aile ve sağlık personelin birlikte çalışmasına bağlıdır.

Çocuğun ihtiyaçlarının karşılanması bir çok seye bağlıdır ve BEP' na katılan herkesin sevgi dolu, zaman ayırıcı, tutarlı, kararlı ve sabırlı yaklaşımını gerektirir.

BEP 'nı tamamlayan ve 24 saat dışkı kaçırmadan temiz kalabilen çocuklarda yaşam kalitesi düzelir ve kendilerine olan güvenleri artar.

KABIZ YAPICI DİYETTE DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN GIDALAR

HAYIR

Süt ve süt ürünleri
Yağlar
Kızartılmış gıdalar
Meyve
Sebze
Baharat
Çikolata
Meyve suları
Çerez (abur-cubur)

EVET

Elma suyu
Kabuksuz elma
Pirinç
Beyaz ekmek
Simit
Haşlama, ızgara, fırında pişmiş etler
Meşrubat (katkısız)
Sade makarna
Çay
Patetes
Marmelat
Muz