

Siklik Kusma Sendromu

Sultan Ecer Menteş, Nurettin Okur, M. Emin Günel, Nilüfer Okur, M. Ali Taş

ÖZET

Siklik kusma sendromu belirli aralıklarla tekrarlayan, bulantı, kusma gibi semptomlarla karakterize bir hastalıktır. Bu semptomlar saatler ve günler boyunca devam eder. Ataklar arasındaki dönemde semptom yoktur. Gastroözafagial reflüden sonra çocuklarda en sık tekrarlayan kusma nedenlerindedir. Etiyolojisi ve patogenezi hala tam bilinmemektedir. Majör kriterler; üç veya daha fazla kusma atağı, epizodlar arasında hastanın sağlıklı olması, semptomların başlangıç ve gelişiminin stereotipik olması ve herhangi bir radyolojik veya laboratuvar bulgusunun olmamasıdır. Siklik kusma sendromu düşünülen iki olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Siklik, Kusma

Cyclic Vomiting Syndrome

SUMMARY

Cyclic Vomiting Syndrome is a disorder characterized by recurrent, nausea, vomiting and other symptoms, separated. These episodes carries on for hours and days. There is no symptoms between attacks. The most recurrent reason of vomiting after gastroözafagial reflü at children. The etiology and pathology is still unknown. Major criterions are, three or more vomiting attacks, being healthy patients between episodes, stereotype preface and progress and whichever, radiology or laboratory finding. The two fact which thought as a Cyclic Vomiting Syndrome are discussed.

Key Words: Child, cyclic, vomiting

GİRİŞ

Siklik Kusma Sendromu (SKS); daha çok çocuklarda ve adolesanlarda görülür. Henüz etiyolojisi bilinmeyen, herhangi bir organik sebep olmaksızın, saatlerce veya günlerce bulantı ve kusma ataklarının görüldüğü bir sendromdur. Hastalığın tekrarlayıcı olması, inatçı kusma ataklarına rağmen semptomsuz bir dönemin geçirilmesi, atakların daha çok benzer özellikte olması ve tüm bu duruma neden olabilecek organik bir sebebin bulunmaması tanı kriterlerinden olup hastalığın kendi kendini sınırlayıcı bir yapı göstererek, bulantı, karın ağrısı, ateş, dehidratasyon, şuur kaybı ve sosyal anksiyete gibi belirtiler destekleyici kriterler arasında yer almaktadır. Her 50 çocuktan birinde görülmekte olup enfeksiyon, stres, alerji ve sinüs problemlerinden sonra şikayetler başlayabilir.

OLGU SUNUMU

Olgu 1: 8 yaşında kız çocuğu kliniğimize; kusma, karın ağrısı ve şuur kaybı şikayetleri ile başvurup yaklaşık 4 yaşından bu yana yılda ortalama 6-7 kez aynı şikayetler nedeniyle farklı tanıları altında yatırılarak, yaklaşık 10 gün tedavi gördüğü daha sonrasında tamamen normal yaşantısını sürdürdüğü belirtiliyor. Hastamızın mevcut şikayetleri daha öncekiler gibi sabah saatlerinde kısa aralıklarla şiddetli kusma ve birkaç saat sonra şuur kaybı şeklindeydi. Fizik muayenesinde; Ateş 37.2°C, Kan basıncı 115/70mmHg, KTA 114/dk, ve DSS 22/dk. Halsizlik ve dehidratasyon dışında diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre 10300/mm³, eritrosit 4,7milyon/mm³, hemoglobin 13,5gr/dl, Htc %34, trombosit 419.000/mm³, CRP 2mg/dl, Immunoglobulin düzeyleri ve diğer biyokimyasal

parametlerle idrar tetkiki normal sınırlardaydı. Kan gazında metabolik asidozu vardı. (pH:7.21,pCO₂:35 mmHg,HCO₃:12 mmol/L). Metabolik hastalıklar açısından yapılan TANDEM MASS spektrometrisi normaldi. Radyografik incelemelerden Kranial MR, kranial CT, EEG, Batın-Pelvik USG, Direkt batın ve akciğer grafilerinde patoloji saptanmadı. Hastaya asidoz nedeniyle intravenöz NaHCO₃ verildi. Bunun dışında ranitidine ve metoklopramid başlanarak yaklaşık 3 gün içerisinde tamamen iyileşmesi sağlandı.

Olgu 2: 10 yaş kız hasta kusma, karın ağrısı şikayetleriyle başvurduğu merkezden meningoensefalit ön tanısıyla sevk edilmiş. Hastanın öyküsünden son 3 yıl boyunca yılda ortalama 5 kez, 3-4 gün süren kusma şikayetinin olduğu ve bu dönemlerde başvurduğu sağlık merkezlerinde intravenöz sıvı verildiği, sıvı tedavisi sonrası şikayetlerin gerilediği, hastanın ataklar bittikten sonra normal yaşantısına devam ettiği öğrenildi. Hastamızın soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde; KTA: 96/dk DSS: 20/dk, TA: 100/55 mmHg idi. Hasta halsiz ve bitkin görünümde idi. Nörolojik sistem muayenesinde; ense sertliği ve meningeal iritasyon bulguları yok idi. Patolojik refleksleri olmayan hastanın kranial sinir muayenesi normal idi. Bunun dışında diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre: 11.000/mm³ Htc:%28 Plt:328000/mm³ idi. Periferik yaymasında %66 PNL hakimiyeti dışında anormal bulgu yoktu. Tam idrar tetkikinde patoloji saptanmadı. Kan şekeri: 90 mg/dl Üre:18 mg/dl Na:130 mmol/L K:3.18 mmol/L AST:47 U/L ALT:36 U/L CA:10.2 mg/dl CK:74 U/L LDH:836 U/L idi. Kan gazı analizi normal olarak değerlendirildi. PTZ, APTZ değerleri normal idi. Batın ultrasonografisi ve baryumlu mide özefagus grafisinde patoloji saptanmadı. Kranial MR ve EEG sinde patoloji saptanmadı. Metabolik hastalıklar açısından da kan gazı, amonyak ve biyokimyada herhangi bir patolojiye rastlanmadığından ileri inceleme yapılmamıştır. Kusma etyolojisi için yapılan bütün tetkiklerinde ve fizik muayene bulgularında herhangi bir patoloji saptanmayan hastaya siklik kusma sendromu düşünülerek oluşan elektrolit defektine yönelik uygun

intravenöz sıvı ve ondansetron başlandı. Hastamızın tedavi sonrasında hızla düzeldiği gözlemlendi.

TARTIŞMA

Siklik kusma sendromu (SKS), belirli aralarla gelen, birkaç saatten birkaç güne kadar sürebilen, bu dönem dışında herhangi bir sorunu olmayan, kusmalarla karakterize bir hastalıktır (1). Tekrarlayıcı, ciddi ve inatçı kusma atakları, kusma periyodları arasında normal yaşam SKS 'nun en önemli bulgusudur (2). Bizim her iki vakamızda ataklar arasında hastanın tamamen normal yaşama devam etmesi tanı açısından önemli bir bulgu olarak değerlendirildi. Hastalarımızda ataklar çok şiddetli geçmekte ve bu nedenle bir sağlık kuruluşuna başvurmak zorunda kalmışlardır. Çok değişik tanılar almış ve çok farklı ilaç tedavileri verilmiş. Fakat her iki hastada intravenöz sıvı tedavisi ve antiemetiklerden sonra belirgin fayda gördüklerini belirttiler. İntravenöz sıvı ve antiemetiklere cevap vermesi tanı açısından anlamlı bulundu.

Siklik kusma sendromunun etyopatogeneze yönelik daha önce yapılan bir çalışmada siklik kusma sendromunun klinik bulgularını gösteren hastaların %49'unda altta yatan başka bir hastalık bulunmuştur (3). Bu nedenle hastalara etyolojiye yönelik tüm biyokimyasal ve radyolojik tetkikler yapılmalıdır. Kusmaya neden olan bazı hastalıklarla klinik açıdan farklılıklar vardır. Örneğin gastroözefagial reflü ve bulimiada bulantı hafif veya yoktur. Bizim hastalarımızda ise şiddetli bulantı ve kusma mevcut idi. Li ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada idiopatik SKS'lu 214 hasta %82 migren ile ilişkili SKS ve %18'i migren ile ilişkisiz SKS olarak ikiye ayrılmıştır. İlk grupta hastaların kendilerinde migren baş ağrısı ve/veya aile öyküsü var ve bu hastalar migren tedavisinden fayda görmüşlerdir (4). Bizim hastalarımızın her ikisinde de migren tipi baş ağrısı veya ailede migren öyküsü yoktu.

Ayırıcı tanıda acil cerrahi patolojiler, doğumsal metabolizma hastalıkları, intrakranial yer kaplayan lezyonlar, gastrointestinal sistemin motilite bozuklukları, renal hastalıklar, epilepsi, migren ve psikiyatrik hastalıklar düşünülmeli ve ekarte edilmelidir (5). Vakalarımızda ayırıcı tanıya yönelik

biyokimyasal ve radyolojik tetkikler yapılmış, altta yatan başka bir patoloji bulunmamıştır. Hastalık tüm yaş gruplarında görülmekle birlikte en sık okul öncesi yaş grubunda başlar. Hastalarımızda semtomlar sırasıyla 4 ve 7. yaşlarda başlamıştı. Semtomların başlamasını tetikleyen psikolojik, duygusal bir stres veya infeksiyon hastalığı vardır (6).

Siklik kusma sendromuunda tedavinin amacı dehidratasyon, renal yetmezlik, elektrolit imbalansı, tetani, hematemez ve uygunsuz ADH gibi komplikasyonları önlemektir. Bu amaçla intravenöz sıvı takviyesi, intravenöz H2 reseptör blokörleri veya proton pompa inhibitörleri ve anksiyolitik ve antiemetik ajanlar kullanılabilir (7). Kusmayı en iyi durduran ilaçlar intravenöz ondansetron veya granisetrondur (6). Vakalarımızda da ondansetron kullanımı sonucu 3. gün semptomların tamamen düzeldiği görüldü.

Siklik kusma sendromunun gürültülü bir klinik ile başlayıp acil müdahale sonucu tamamen normal bir yaşamla devam eden, tanısının yüksek ancak tedavisinin düşük maliyetli olduğu görülüyor. Siklik kusması olan hastalarda siklik kusma sendromunun düşünülmesi ve hızla ayırıcı tanısının yapılması, çok sık doktora başvuran ve çeşitli ilaçlar kullananlarda gereksiz ilaç kullanımını ve tedavi maliyetini düşüreceğini düşünmekteyiz. Hastalığın hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürdüğü ve letal olabilecek komplikasyonları göz önüne alındığında tanının önemi daha da ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Hussain SZ. Motility disorders. Diagnosis and treatment for the pediatric patients. *Pediatr Clin North Am* 2002; 49:2751.
2. Li BUK. Proceedings of the International Symposium on Cyclic Vomiting Syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995; 21:1
3. Li.BUK .Heterogeneity of diagnoses Presenting as Cyclic vomiting. *Pediatrics* 1998 ;102 :583-587
4. Li BUK, Murray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR. Is cyclic vomiting related to migraine? *JPediatr*. 1999;134:567–572
5. Stein MT. Cyclic vomiting. *Pediatrics* 2001; 107:9404.
6. Sökücü S. Sindirim Sistemi ve Hastalıkları. Neyzi O, Ertuğrul T (ed). *Pediatric 2* (3. baskı) kitabından. İstanbul: Nobel, 2002; 742-53.
7. Rowe JW, Shelton RL, Helderman JH, Vestal RE, Robertson GL. Influence of the emetic reflex on vasopressin release in man. *Kidney International*. 1979; 16:729–735.

Yazışma Adresi

Nurettin OKUR
Dicle Üniv. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hast , A.D.
E-mail: drnokur@mynet.com