

Çocukluk Çağı Periyodik Sendromu: Siklik Kusma

A Periodic Syndrome of Childhood: Cyclic Vomiting

Arzu EKİCİ¹, Sevgi YİMENİCİOĞLU², Kürşat Bora ÇARMAN³, Coşkun YARAR³, Ayten YAKUT³

¹Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Kliniği, Bursa, Türkiye

²Eskişehir Devlet Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Kliniği, Eskişehir, Türkiye

³Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

24-27 Mayıs 2011 tarihleri arasında Kapadokya'da yapılan 13. Ulusal Çocuk Nöroloji Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.



ÖZET

Siklik kusma sendromu, nadir görülen ancak çocukluk döneminin yaşam kalitesini düşüren periyodik sendromlardan birisidir. Tanı kusma ataklarına yol açabilecek diğer nedenlerin hariç tutulmasından sonra konulmaktadır. Tekrarlayan kusma atakları olan çocuklarda ayrıntılı öykü alınmalı ve ayırıcı tanıda siklik kusma sendromu akılda tutulmalıdır. Bu yazıda, siklik kusma sendromu tanısı konulmuş iki olgu sunulmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk, Migren, Siklik kusma sendromu

ABSTRACT

Cyclic vomiting syndrome is a rare periodic syndrome of childhood that reduces the quality of life. The diagnosis is made after exclusion of the other causes that can lead to vomiting episodes. A detailed history should be taken and the cyclic vomiting syndrome should be kept in mind in the differential diagnosis in children with recurrent episodes of vomiting. We present two cases diagnosed with cyclic vomiting syndrome in this article.

Key Words: Child, Migraine, Cyclic vomiting syndrome

GİRİŞ

Siklik kusma sendromu (SKS) okul öncesi ya da okul çağındaki çocuklarda görülen organik bir neden olmaksızın ani başlayan, 2-4 haftada bir tekrarlayan, saatlerce ya da günlerce süren, çoğu kez kendiliğinden düzelen, bazen dehidratasyona neden olacak kadar şiddetli kusma atakları olarak tanımlanmaktadır. Ataklar arasında hasta tamamen normaldir (1). Gastroözofajiyal reflüden (GÖR) sonra tekrarlayan kusmanın ikinci sık nedeni olup okul çağı çocuklarında yaklaşık %2 sıklığında bildirilmektedir. Siklik kusma sendromu tanısında bazı nörolojik, metabolik, endokrinolojik ve gastrointestinal nedenler dışlanmalıdır (1,2).

Patofizyolojisi çok iyi bilinmemesine karşın hastaların 1/3'ünde ileride migren geliştiği ve %80'inde ailede migren öyküsü olduğu için migren eşdeğeri olarak kabul edilmektedir (3,4). Siklik kusması olan çocuklarda epilepsi genel popülasyona göre 10 kat daha fazla görülmektedir (2). Burada nadir görülen bir periyodik sendrom olan siklik kusma, iki hasta sunularak literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

OLGU 1

Altı yaşında erkek hasta, 2 günden beri tekrarlayan kusma ve halsizlik yakınması ile getirildi. Öyküsünden 3 yaşından beri 2 ayda bir tekrarlayan, 2-3 gün süren, günde 5-6 kez kusma ve karın ağrısı ataklarının olduğu, son 1 yılda atakların sıklaştığı, ataklar sırasında kilo kaybettiği, sonra eski kilosuna döndüğü, ataklar arasında yakınmasının olmadığı ve kusma nedeniyle 4 kez hastaneye yatırıldığı, son yatışında hiponatremisi olduğu dönemde nöbet geçirdiği öğrenildi. Çikolatalı, yağlı ve tatlı yiyecekler kusma ataklarını tetikliyordu. Hasta son dört aydan beri 2-3 haftada bir alında zonklayıcı vasıfta ve 2 kez atak öncesinde de olan baş ağrısı vardı. Altı aydan beri siproheptadin kullanmasına rağmen şikayetleri düzelmedi. Özgeçmişinden 2 yaşında iken febril konvülsiyon geçirdiği öğrenildi. Soygeçmişinde annesinde migren ve Tip 2 diyabet öyküsü mevcuttu.

Fizik muayenesinde ateş 36^oC, nabız 90/dk, kan basıncı 100/70 mmHg, solunum sayısı 20/dk, vücut ağırlığı 20 kg

(25-50p), boyu 114 cm (25-50p)'di. Halsiz, soluk ve dehidrate görünümdeydi. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 15 gr/dl, lökosit 6180/mm³, trombosit 515.000/mm³ idi. Tam idrar analizinde dansite 1021, keton (++)'di. Kan gazında metabolik alkalozu vardı (pH= 7.54, pCO₂= 40.6 mmHg, HCO₃=34.1 mmol/L). Kan şekeri= 113 mg/dl BUN= 25.4 mg/dl Cr= 0.76 mg/dl Na= 125 mEq/L K= 3.14 mEq/L AST= 26 U/L ALT= 8 U/L CA= 10.2 mg/dl Total Protein= 7.07 g/dl Albumin= 4.55 g/dl Ca= 9.4 mg/dl'di. İdrar, kan aminoasitleri, amonyak, laktat, piruvat değerleri normaldi. Ailesel Akdeniz Ateşi gen mutasyonu, antiendomisyum antikorları, doku IgA ve Ig G negatifti. Abdominal ultrasonografisi, baryumlu özefagus-mide grafisi ve üst GİS endoskopisi normaldi. Biopsi alınmadı. 24 saatlik pH monitörizasyonunda reflü saptanmadı. Kraniyal magnetik rezonans görüntülemesi (MRG) normaldi. Çekilen elektroensefalografisi (EEG) normal olarak değerlendirildi.

Sıvı replasman tedavisi verildi. Yatışının üçüncü gününde kusmaları düzeldi. Biyokimya ve kan gazı değerleri normale döndü. Siproheptadin alan hastanın kusma atak sıklığı ve süresinde değişiklik olmadığı için 1 mg/kg/gün topiramet başlandı. Hastanın son üç aydır yakınması olmadı.

OLGU 2

Yedi yaşında kız hasta hematemez vasıflı kusma nedeniyle hastanemize başvurdu. Öyküsünden 4 yaşından beri, 8-9 ayda bir olan yaklaşık 24 saat süren, 20-25 kez kusma ataklarının olduğu, bu dönemde halsizlik, mide bulantısı, baş dönmesi ve baş ağrısı yakınmasının olduğu, ataklar arasında herhangi bir şikayetinin olmadığı, 1 kez şiddetli ve hematemez vasıflı kusma, bir kez de şiddetli kusma ve bilinç bulanıklığı nedeniyle hastaneye yatırıldığı, siprakten başlandığı ancak fayda görmediği öğrenildi. Soygeçmişinde anne ve babanın teyze çocukları olduğu, ailede migren öyküsünün olmadığı öğrenildi.

Fizik muayenesinde ateş 36⁸ °C, nabız 90/dk, kan basıncı 100/70 mmHg, solunum sayısı 20/dk, vücut ağırlığı 25 kg (50-75p), boyu 135 cm (>90p)'di. Halsiz ve soluk görünümdeydi. Nazogastrik drenajdan hematemez vasıflı sıvı geliyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımı, serum biyokimyası, kan gazı, normaldi. Tam idrar analizinde dansite 1007, keton (++)'di. İdrar, kan aminoasitleri, amonyak, laktat, piruvat değerleri normaldi. Abdominal ultrasonografisi ve baryumlu özefagus-mide grafisi ve üst GİS endoskopisi normaldi. Biopsi alınmadı. Kraniyal MRG'si ve EEG'si normaldi.

Hastanın ağızdan beslenmesi kesildi, nazogastrik sonda takıldı. Sıvı replasmanı yapıldı ve ranitidin başlandı. Yirmi dört saat sonra hastanın kusması durdu ve ağızdan beslenmeye başlandı. Topiramet 1mg/kg/gün dozunda başlandı. Hastanın dört aydır şikayeti bulunmamaktadır.

TARTIŞMA

Siklik kusma sendromu çocukluk çağı periyodik sendromlardan birisidir. En sık 6-11 yaş arasında başlamakta ve kızlarda erkeklere oranla daha sık görülmektedir (5,6). Çocuklarda SKS tanısı Roma III kriterlerine göre 2 veya daha fazla sayıda tipik atakların olması ile konmaktadır. Ataklar genellikle birkaç gün nadiren daha uzun sürebilmektedir. Sıklığı, zaman, semptom ve bulguları stereotipik olarak benzerlik gösterir. Ataklar arasında hasta tamamen sağlıklıdır (7). Atak sırasında kusmaya bulantı, karın ağrısı, fotofobi, ateş, solukluk, dehidratasyon, aşırı tükürük salgılanması ve letarji gibi bulgular eşlik edebilmektedir (8). Her iki olgumuza da Roma III kriterlerine göre diğer nedenler dışlandıktan sonra SKS tanısı konuldu.

Siklik kusma sendromunun etiolojisi ve patogenezi iyi bilinmemektedir. Gastrointestinal motilite bozukluğu, mitokondriyal deoksiribonükleik asit mutasyonu, kortikotropin-releasing faktörün sekresyonu, besin alerjisi, otonomik disfonksiyon gibi bazı nedenler üzerinde durulmaktadır (9-12). Yapılan bir çalışmada SKS'li hastalarda besin alerjisi ile SKS arasında muhtemel ilişki olabileceği bildirilmiştir (11).

Siklik kusması olan hastaların %25'inde taşit tutması ve %80'inde migren öyküsü bildirilmektedir. Hastaların 1/3'ünde ileride migren geliştiği için migren eşdeğeri olarak kabul edilmektedir (3,13). Bu çocukların çoğu sağlıklı olmalarına karşın %25'inde nöromusküler bozukluklar, bilişsel gerilik, miyopati ve konvülsiyon bildirilmektedir. Nöromusküler bozukluk gösteren hastalar "SKS plus" olarak tanımlanmaktadır (8,14). Diğer yandan mitokondriyal hastalığı olanlarda sıklıkla SKS bildirilmektedir. SKS plus hastalarında çoğu kez laktik asidoz, organik asit metabolizma bozukluğu ve aile öyküsü olması mitokondriyal hastalığı düşündürmekte ve bu hastalarda maternal DNA mutasyonları saptanmaktadır (9,14). Birinci olgumuzun annesinde migren öyküsü varken, ikinci olgumuzda yoktu. Siklik kusma ayırıcı tanısında iktal kusma, bilinç kaybı ve EEG'de oksipital bozuklukla karakterize Panayiotopoulos sendromu (PS) düşünülmelidir (15).

Siklik kusması olan hastaların %5'inde konvülsiyon bildirilmektedir (13). Ölmez ve ark. (16) SKS tanısı alan hastada atak ve atak arasında EEG bozukluğu saptadı. Konvülsiyon ile SKS arasında bir ilişki gösterilememiştir ancak EEG'de nonspesifik bulgular görülebilmektedir (13,16). İlk olgumuzda da nöbet öyküsü mevcuttu. Nöbeti, tekrarlamayan, EEG'si normal olan olguda, nöbetin hiponatremiye bağlı geliştiği düşünüldü.

Siklik kusma sendromunda akut atak sırasında dehidratasyon, elektrolit dengesizliğine bağlı gelişen komplikasyonlar önlenmeli ve bu amaçla intravenöz sıvı desteği, histamin 2 reseptör blokerleri, proton pompa inhibitörleri ve antiemetikler kullanılmalıdır. Profilaktik olarak pizotifen, flunarizin, propranolol ve siproheptadin gibi migren profilaksisinde kullanılan ilaçlar, fenobarbital, karbamazepin, sodyum valproat, topiramet gibi antikonvülsanlar ilaçlar ve amitriptilin kullanılabilir (6). Migren ve epilepsi teda-

visinde kullanılan topiramatin özellikle EEG bulgusu olan hastalarda etkili olduğu bildirilmektedir (17). İki olgumuzda da topiramate başlandı. Takiplerinde kusma atakları olmadı. Ancak daha uzun süreli ve daha fazla sayıda hasta ile çalışmalar yapılmalıdır.

Sonuç olarak; Siklik kusma sendromu nadir görülen ancak yaşam kalitesini düşüren çocukluk çağı periyodik sendromlardan birisidir. Tanı kusma ataklarına yol açabilecek diğer nedenlerin dışlanmasından sonra konulmalıdır. Tekrarlayan kusma atakları olan çocuklarda ayrıntılı öykü alınmalı ve ayırıcı tanıda SKS akılda tutulmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Li BK, Misiewicz L. Cyclical vomiting syndrome: A brain-gut disorder. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32:997-1019.
2. Ertekin V, Selimoğlu MA, Altınkaynak S. Prevalence of cyclic vomiting syndrome in a sample of Turkish school children in an urban area. *J Clin Gastroenterol* 2006;40:896-8.
3. Li BU, Murray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR. Is cyclic vomiting syndrome related to migraine? *J Pediatr* 1999;134:567-72.
4. Symon DN, Russell G. The relationship between cyclic vomiting syndrome and abdominal migraine. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1995;(21 Suppl 1):S42-3.
5. Hammond J. The late sequelae of recurrent vomiting of childhood. *Dev Med Child Neurol* 1974;16:15-22.
6. Li BU, Lefevre F, Chelimsky GG, Boles RG, Nelson SP, Lewis DW, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;47:379-93.
7. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbed D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Child/adolescent. *Gastroenterology* 2006;130:1527-37.
8. Boles RG, Powers ALR, Adams K. Cyclic vomiting syndrome plus. *J Child Neurol* 2006;21:182.
9. Boles RG, Chun N, Senadheera D, Wong L-JC. Cyclic vomiting and mitochondrial DNA mutations. *Lancet* 1997;350:1299-300.
10. Tache Y. Cyclic vomiting syndrome: The corticotropin releasing-factor hypothesis. *Dig Dis Sci* 1999;44:79-86.
11. Lucarelli S, Corrado G, Pelliccia A, D'Ambrini G, Cavaliere M, Barbato M, Lendvai D, Frediani T. Cyclic vomiting syndrome and food allergy/intolerance in seven children: A possible association. *Eur J Pediatr* 2000;159:360-3.
12. Rashed H, Abell TL, FAMILONI BO, Cardoso S. Autonomic function in cyclic vomiting syndrome and classic migraine. *Dig Dis Sci* 1999;44:74-8S.
13. Haghghat M, Rafie SM, Dehghani SM, Fallahi GH, Nejabat M. Cyclic vomiting syndrome in children: Experience with 181 cases from Southern Iran. *World J Gastroenterol* 2007;13:1833-6.
14. Boles RG, Adams K, Ito M, Li BUK. Maternal inheritance in cyclic vomiting syndrome with neuromuscular disease. *Am J Med Genet* 2003;120A:474-82.
15. Ozkara C, Benbir G, Celik AF. Misdiagnosis due to gastrointestinal symptoms in an adolescent with probable autonomic status epilepticus and Panayiotopoulos syndrome. *Epilepsy Behav* 2009;14:703-4.
16. Ölmez A, Köse G, Turanlı G. Cyclic vomiting with generalized epileptiform discharges responsive to topiramate therapy. *Pediatr Neurol* 2006;35:348-51.
17. Chopra SS, Kulkarni SD, Hegde AU, Shah KN. Cyclical vomiting syndrome with bilateral epileptiform discharges. *Indian Pediatr* 2011;48:143-5.