

Remzi ERKESİM¹

Mehmet GÜNDÜZ¹

Ayhan TAŞTEKİN²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp
Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
AD¹, Yenidoğan BD²,

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**

Prof. Dr. Ayhan TAŞTEKİN
İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp
Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
AD, Yenidoğan BD, Bağcılar-İstanbul

Tel/phone: +90 212 460 77 77

mail: drayhan67@hotmail.com

Anahtar Kelimeler:

infantil kolik, aşırı ağlama

Keywords:

infantile colic, excessive
crying

Geliş Tarihi - Received

10/02/2018

Kabul Tarihi - Accepted

11/03/2018

Bebekler Neden Ağlar? *Why Do Babies Cry?*

Öz

Çoğunlukla infantil kolik olarak tanımlanan aşırı ağlama, 2 hafta-3 ay arası bebeklerde hastaneye başvurunun % 10-20'sinin nedenidir. Genellikle zararsız bir durum olmasına rağmen, ebeveyn stresi ve tükenmesi ile ilişkilidir. Organik bir patoloji bu bebeklerin % 5'inden azında bulunur. Tedavi genellikle koliki iyileştirmekten ziyade ebeveynlerin bu dönemi rahat atlatalmalarına yöneliktir. Bu derlemede, aşırı ağlayan bebeklerde tanı, etiyoloji ve farklı tedavi rejimleri ile ilgili en güncel bilgiler gözden geçirilmiştir.

Abstract

Excessive crying, commonly described as infantile colic, is the cause of 10-20% of hospital admission in infants at 2 weeks to 3 months of age. It is often associated with parental stress and exhaustion, although it is a harmless condition. An organic pathology is present only in less than 5% of these babies. Treatment is usually aimed at helping parents overcome this period comfortably rather than curing colic. In this review, the current knowledge about diagnosis, etiology, and different treatment regimens was reviewed in excessive crying infants.

Kuşlar ve memeliler annelerinin dikkatini çekebilmek ve yakınlaşabilmek için seslerini kullanır. İnsan yavrusunun ağlama sesi ile annede oksitosin düzeyi artar, bu da annenin hızla bebeği ile ilgilenmesini sağlar ve anne ile bebek arasındaki bağı kuvvetlendirir. İlk 3 ay içinde, anne ile bebek arasındaki bağın kurulması sürecinde bebeğin günde 3 saatten daha az ağlaması tamamen normal bir durumdur. Sağlıklı bebeklerde ağlama, çevre ile iletişimi sağlayan bir araçtır. Bebekler acıktığını, üşüdüğünü, altının kirlendiğini, kucağa alınmak istediğini, ortamdaki rahatsız olduğunu veya hasta olduğunu ağlayarak ifade eder (1).

Yirmi sekiz çalışma ve 8690 bebek içeren 2017 tarihli meta-analizde (2) yaşamın ilk 6 haftasında, bebekler arasında belirgin farklılıklar olmakla birlikte, ortalama günlük ağlama süresinin 117-133 dakika (1,95-2,21 saat) olduğu, bu sürenin 10-12 hafta arasında 68 dakikaya (1,13 saat) düştüğü saptanmıştır. İnsan yavrusunun en faz-

la ağladığı dönem doğumdan sonraki ilk 6 haftadır ve bundan sonra 6-12 hafta arasında ağlama süresi hızla azalmaktadır. Ağlamanın ne zaman normal, ne zaman anormal olduğu konusunda bir görüş birliği yoktur. Bu meta-analizin verilerine göre 95. persantil üzerinde olan ağlama süresi ilk 6 haftada 225-250 dakika (3,75-4,16 saat), 8-9 hafta arası 210 dakika (3,5 saat) ve 10-12 hafta arasında 145 dakikadır (2,41 saat). Aslında sadece süreye bakarak normal olmayan ağlama veya aşırı ağlama için bir eşik değer belirlemek de çok doğru olmayabilir, çünkü ağlamanın süresinden başka ağlama şekli ve özellikleri de önemlidir (3).

Normal olmayan, aşırı ağlama veya infantil kolik ya da kolik nöbetleri ilk kez Wessel tarafından "herhangi bir hastalığı olmayan ve iyi beslenen bebeklerde, günde en az 3 saat, haftada en az 3 gün ve en az 3 hafta süre ile devam eden ağlama nöbetleri olarak tanımlanmıştır (3'ler kuralı) (4). Daha sonra bazıları 3 hafta kriterini kaldırmıştır (5). Roma IV kriterine göre ise kolik 1) semptomların başlama ve bitişinin 5 aylıktan önce olması, 2) bariz bir sebep olmaksızın başlayıp duran ve bebeğe bakanlar tarafından önlenemeyen veya durdurulamayan, tekrarlayan ve uzun süreli ağlama, rahatsızlık veya huzursuzluk dönemleri, 3) ateş, herhangi hastalık veya büyüme geriliğinin olmaması, 4) günde 3 saatten fazla ve haftada 3 günden fazla ağlama atakları ve 5) toplam günlük ağlamanın, en az bir kez 24 saatlik izlemde 3 saatten fazla olması şeklinde tanımlanmıştır.

Kolik ilk 3 ay içindeki bebeklerde en sık hekime başvuru nedeni olup prevalansı %8-40 arasında değişmektedir (6). Bu geniş aralık, tanı ölçütleri, çalışma tasarımı, çalışma popülasyonu ve "aşırı ve uzun süreli" ağlama ile ilgili ailelerdeki algı farklılıklarından kaynaklanmaktadır (7). 2017 meta-analizinde kolik sıklığı (günde 3 saatten fazla, 3 günden fazla ve en az 1 hafta devam eden ağlama) 6 haftadan önce %17-25, 8-9 hafta arasında %11 ve 10-12 hafta arasında %0,6 olarak bulunmuştur (2).

Kolik sıklığı, erkekler ve kızlar, anne sütü ile veya formüle ile beslenen bebekler, term ve preterm bebekler arasında herhangi bir farklılık göstermemektedir. Kolik ile evlilik sorunları, ebeveynin stres algısı, gebelikte annenin özgüven eksikliği, doğumla ilgili memnuniyetsizlik ve aile stres düzeyleri arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (5). Kolik bebek dışında anne ve hekimde de stres oluşturması, annede anksiyete ve depresyona yol açması, emzirmenin kesilip anne sütü yerine mama verilmesine neden olması ve artmış hırpalanma riski nedeni ile iyi yönetilmesi gereken bir durumdur (1). Hekimler aşırı ağlama sebeplerinin ayırıcı tanısında bazı önemli hastalıklar bulunduğu için dikkatli olmak zorundadır.

Etyoloji

Kolik etiyojisi bilinmemektedir. Muhtemelen çok sayıda faktörün katkıda bulunduğu bir sonuçtur. Etiyolojide suçlanan faktörler şunlardır (5):

- Hatalı besleme teknikleri: Az ya da çok besleme, bebeğin gazının iyi çıkarılmaması
- İnek sütü proteini intoleransı
- Laktoz intoleransı
- Gastrointestinal immatürite: Bağırsak immatüritesi nedeniyle karbonhidratların yetersiz emilimi ve emilemeyen karbonhidratın kolonik bakteriler tarafından fermente edildiğinde aşırı gaz üretilmesinin kolik nedeni olduğuna dair teori henüz kanıtlanamamıştır.
- Bağırsak hipermotilitesi: Otonom dengesizliğe bağlı intestinal hipermotilitenin kolik nedeni olabileceği öne sürülmüştür. Kolikli bebeklerde motilin konsantrasyonları yüksek bulunmuştur. Motilin gastrik boşalmayı ve intestinal peristalsisi uyarır, böylece ince bağırsaktan geçiş süresini kısaltır.
- Fekal mikroflorada değişiklikler: Fekal mikrofloradaki değişiklikler infantil kolikte rol oynayabilir. Kolikli bebeklerde kolik olmayanlara göre intestinal mikrobiyaya çeşitliliğinin daha az olduğu (8), Klebsiella E. coli gibi bakterilerin fazla, laktobasillerin daha az olduğu gösterilmiştir. Kolikli bebeklerde fekal kalprotektinde artış ve kolik belirtileri düzeldiğinde fekal kalprotektin düzeylerinde azalma görülmüştür (5).
- Serotonin artışı: Serotonin metaboliti olan 5-hidroksi-3-indol asetik asit idrar düzeyleri kolikli bebeklerde daha yüksek bulunmuştur.
- Sigara dumanı ve nikotin maruziyeti: Çeşitli kohort çalışmalarda, hamilelikte veya postpartum dönemde annenin sigara içmesinin infantil kolik sıklığını artırdığı gösterilmiştir.
- Psikososyal faktörler: Aile stresi, anne anksiyetesi ve anneden bebeğe gerilimin iletilmesi gibi ebeveynin çeşitli psikososyal faktörlerin kolik ile ilişkili olduğu öne sürülmüştür.

Tanı

Kolik ağlaması ataklar halinde gelen, daha çok akşam doğru veya akşam görülen (saat 18-20 arası), net bir başlangıç ve bitişe sahip, normal ağlamadan daha kuvvetli, ve rahatsız edici, yüz kızarması, karında gerginlik, bacaklarda çekilme, elin yumruk yapılması ve kolların kısılması gibi hipertonic bulguların eşlik ettiği, avutulması zor ağlama veya huzursuzluk nöbetleridir. Gaz çıkarma veya kaka yapma sonrası bebek rahatlayabilir. Tanı genellikle öyküye dayalı olarak düşünülmeyle birlikte uzun süreli ağlama veya irritabiliteye neden olabilen diğer du-

rumlardan ayırt edilmelidir. Ağlamayla gelen bebeklerin yalnızca %5,1’inde altta yatan ciddi organik hastalık saptandığı bildirilmektedir (9). İdrar tetkiki dışında laboratuvar veya görüntüleme genellikle gerekli değildir.

Muayenede bebekler ağrıya neden olabilecek başka hastalıklar açısından tam olarak değerlendirilmelidir (5):

- Büyüme parametrelerinin değerlendirilmesi
- Hidrasyon durumu ve subkutan yağ dokusunun değerlendirilmesi (beslenme yeterliliğini değerlendirmek için)
- Emzirme problemleri ile ilişkili olabilecek dil-bağı yönünden değerlendirme
- Yabancı cisim, korneal abrazyon, infantil glokom, retinal hemoraji açısından göz muayenesi
- Orta kulak iltihabı açısından kulak muayenesi
- Pamukçuk açısından orofaringeal muayene
- Kalp yetmezliği veya supraventriküler taşikardi açısından değerlendirme
- Karında gerginlik, hassasiyet, bağırsak seslerinin yokluğu (intususepsiyon, volvulus gibi akut olaylar açısından)
- Bebek bezi dermatiti, testis torsiyonu, meatal ülser, anal fissür, inguinal herni açısından perine değerlendirilmesi
- Deri ve kas-iskelet sisteminde travma belirtileri
- Sinir sisteminin değerlendirilmesi (bombe fontanel, asimetri, artmış veya azaltılmış tonus)

İnfanıl kolik aslında bir ekartasyon tanısıdır. Muayene sırasında organik hastalık düşündürülen önemli ipuçları gözden kaçırılmamalıdır (10):

- Yüksek ateş
- Letarji
- Emmeyi red veya emme güçlüğü
- Yetersiz kilo alımı
- Ciltte morluk
- Devamlı taşikardi
- Safralı kusma
- Kanlı kaka
- Fontanel kabarıklığı
- Ekstremiteleri oynatmama veya ekstremitelerde hassasiyet

Tedavi

İnfanıl kolik etiyolojisinin net olmaması tedavi konusunda zorluğa neden olmaktadır. Anne bebk ilişkisi- ne zarar vermesi ve aile içi huzursuzluğa yol açması nedeniyle hekimler tedavi verme eğilimindedir. Ancak her bebeğin kliniğinin aynı olmaması ve kolik keskin nede- ninin bilinmemesi nedeni ile tedavide standart bir protokol yoktur. Bir çok tedavi seçeneği uygulanmakla bera-

ber, hâlen etkili bir tedavi yöntemi bulunamamıştır.

Anne babanın desteklenmesi: kolik tedavisinde ilk yapılması gereken ailelere bu durumun mutlak bir hastalık olmadığı, 3-4 ay dolduktan sonra kendiliğinden geçeceği, herhangi bir olumsuz sonuca yol açmadığı, bebeğin gelişiminin normal olarak devam edeceği ve ne yapılırsa yapılsın bebeğin avutulamayabileceği, anne babayı yorabileceği, hatta tüketebileceği, ancak bebeğe karşı sakın ve nazik yaklaşımları gerektiği anlatılmalıdır (8,11,12). Ailenin bu şekilde bilinçlendirilmesi ile bebeklerde ağlama süresinin azaldığı, hatta bu uygulamanın inek sütü eliminasyon diyetinden daha başarılı olduğu gösterilmiştir (13, 14).

İlk basamak tedavi (Rahatlatici uygulamalar): kanıtlanmış olmamakla birlikte yararlı olabilir, zararı yoktur (12):

- Dik besleme, besleme sonrası gaz çıkarma
- Emzik
- Otomobil ile veya bebek arabası ile gezdirmek
- Kucakta sallamak
- Loş ortam sağlamak (ışığı azaltmak)
- Salıncakta sallamak
- Ilık duş yaptırmak
- Karna masaj yapmak
- Beyaz gürültü (elektrikli süpürge, saç kurutma makinesi sesi gibi)

Diyet Değişikliği

Randomize kontrollü çalışmalarda diyet değişikliğinin kolikli hastalarda ağlama süresini belirgin azalttığı gösterilmiştir (11). İlk basamak tedavilere yanıt alınmadı ve anne baş etmekte zorluk çekiyorsa, mama alan bebeklerde ileri hidrolize mama 1 hafta süre ile denenebilir. Yanıt alınacaksa genelde ilk 48 saat içinde şikayetler azalır. 3-6 ay sonra normal mamaya dönülmelidir. Bebek anne sütü alıyorsa anneye hipoallerjen diyet uygulaması (süt ve süt ürünleri ile birlikte, yumurta, fıstık, balık diyetten çıkarılır, sadece süt ürünlerinin çıkarılması yeterli değildir) özellikle atopi öyküsü ve bulgusu (ekzema, vizing, ishal, kusma) olan bebeklerde yararlı olabilir (11). Soya bazlı mamalar soy proteini alerjik olabileceği için kullanılmamalıdır (15).

Probiyotik

Probiyotikler E. coli kolonizasyonunu, hiperperistalsizm ve hiperperistalsizmi azaltır, inflamatuvar sitokinleri baskılar (8). 2017 tarihli sistematik derlemede Lactobacillus reuteri’nin anne sütü alan bebeklerde yan etki oluş-

turmadan ağlama süresini en az %50 azalttığı saptanmıştır. Ancak mama alanlarda bu faydalı etki gözlenmemiştir (16). Rutin kullanımı önerilmemekle birlikte anne sütü alan bebeklerde kullanımı düşünülebilir.

İlaçlar

Simetikon, dicyclomine, cimetropium bromide ve proton pompa inhibitörleri tedavide kullanılmış veya kullanılmakta olan ilaçlardır. Simetikon mukusun yüzey gerilimini azaltır ve bağırsak gazlarının kolay atılımını sağlar. Emilmediği için sistemik yan etkisi yoktur. Ancak plaseboya bir üstünlüğü bulunmamıştır. Bağırsak düz kaslarında gevşemeye neden olan dicyclomine plaseboya göre daha etkili olduğu saptansa da solunum güçlüğü, konvülsiyon, senkop, apne, asfiksi, hipotoni ve koma gibi ciddi yan etkilere neden olabilir. 2016 Cochrane analizine göre bu ilaçlardan hiçbirinin (Simetikon, dicyclomine and cimetropium bromide) kullanımı önerilmemektedir (17). Aynı şekilde proton pompa inhibitörleri de yararsız bulunmuştur (11).

Bitkisel Tedaviler

Geleneksel olarak kullanılan bitkisel çayların bağırsak düz kaslarında gevşeme sağlayarak kolik şikâyetlerinde gerilemeye neden olduğuna inanılmaktadır (18). Bu amaçla rezene, papatya, mine çiçeği, meyan kökü, limon yağı, tarçın, karanfil, dereotu, zencefil, nane, civanperçemi, kakule, ihlamur, kedi nanesi, sinameki ve benzeri çaylar tek veya karışım halinde kullanılabilir. 2016 Cochrane analizinde bitkisel çayların ağlama süresini kısaltabileceği ama kanıt düzeyinin çok yetersiz olduğu ifade edilmekte ve kullanımı önerilmemektedir (17). Ayrıca çok miktarda verilen bitki çaylarının bebeğin süt alımını azaltabileceği akılda tutulmalıdır (19).

Laktaz

Etkinliği kanıtlanmamış olduğundan kullanımı önerilmemektedir (12).

Sükroz

Ağrı kesici özelliği biline sükrozun kolikte etkin bulunmamıştır ve 2016 Cochrane analizine göre kullanımı önerilmemektedir (17).

Akupunktur

2018 tarihli sistematik derlemede Akupunktur tedavisinin bir yararı olmadığı için kolik tedavisinde kullanılmaması gerektiği sonucuna varılmıştır (20).

Manipülatif Tedaviler

Chiropractic ve osteopatik manipülasyonlar kolik tedavisinde araştırılmıştır. Spinal kord boyunca yapılan masajların bebeği rahatlatığına inanılmakla birlikte plaseboya üstünlüğü gösterilmemiştir. 2012 cochrane meta-analizine göre kullanımı için yeterli kanıt bulunmamaktadır (21).

Sonuç olarak, aşırı ağlayan bebeklerde kolik tanısı bir ekartasyon tanısı olup esas yapılması gereken ebeveynin bilgilendirmesi ve endişelerinin giderilmesidir. Bundan sonra bebeği rahatlatıcı veya dış ortam uyarılarını azaltıcı tedbirlerin alınması yeterli olabilir. Dirençli olgularda diyet değişikliği veya anne sütü alıyorsa probiyotik kullanımı denenebilir. Ağrıyı kesmeye yönelik ilaç tedavileri kullanılmamalıdır.

Kaynaklar

1. McKenzie SA. Fifteen-minute consultation: Troublesome crying in infancy. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2013;98(6):209-11.
2. Wolke D, Bilgin A, Samara M. Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr*. 2017; 185:55-61.
3. Barr RG. Normality: a clinically useless concept. The case of infant crying and colic. *J Dev Behav Pediatr*. 1993;14(4):264-70.
4. Wessel MA, Cobb JC, Jackson EB, Harris GS Jr, Detwiller AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954;14:421-35.
5. Turner TL, Palamountain S. Infantile colic: Clinical features and diagnosis. <http://www.uptodate.com> (Accessed on March 21, 2018.)
6. Lehtonen L, Korvenranta H. Infantile colic. Seasonal incidence and crying profiles. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995;149(5):533-6.
7. Reijneveld SA, Brugman E, Hirasig RA. Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics*. 2001;108(4):893-7.
8. Pace CA. Infantile Colic: What to Know for the Primary Care Setting. *Clin Pediatr (Phila)*. 2017;56(7):616-8.
9. Feedman SB, Al-Harty N, Hull-Freedman J. The crying infant: diagnostic testing and frequency of serious underlying disease. *Pediatrics* 2009;123:841-8.
10. Ismail J, Nallasamy K. Crying Infant. *Indian J Pediatr*. 2017;84(10):777-81.
11. Johnson JD, Cocker K, Chang E. Infantile Colic: Recognition and Treatment. *Am Fam Physician*. 2015;92(7):577-82.
12. Turner TL, Palamountain S. Infantile colic: Management and outcome. <http://www.uptodate.com> (Accessed on March 21, 2018.)
13. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics*. 1984;74(6):998-1003.
14. Taubman B. Parental counseling compared with elimination of cow's milk or soy milk protein for the treatment of infant colic syndrome: a randomized trial. *Pediatrics*. 1988; 81(6):756-61.

15. Bhatia J, Greer F; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition. Use of soy protein-based formulas in infant feeding. *Pediatrics*. 2008;121(5):1062-8.
16. Schreck Bird A, Gregory PJ, Jalloh MA, Risoldi Cochrane Z, Hein DJ. Probiotics for the Treatment of Infantile Colic: A Systematic Review. *J Pharm Pract*. 2017;30(3):366-374.
17. Biagioli E, Tarasco V, Lingua C, Moja L, Savino F. Pain-relieving agents for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Sep 16;9:CD009999.
18. Yılmaz G, Gürakan B, Varan B. İnfantil Kolik: Etiyoloji, Tanı ve Tedavi, *Türkiye Klinikleri Pediatri* 1999; 8: 169-175.
19. Yalaz M. İnfantil Kolik Tedavi Modellerinin İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri: Pediatri* 2003; 12(3): 206- 210.
20. Skjeie H, Skonnord T, Brekke M, Klovning A, Fetveit A, Landgren K, Hallström IK, Brurberg KG. Acupuncture treatments for infantile colic: a systematic review and individual patient data meta-analysis of blinding test validated randomised controlled trials. *Scand J Prim Health Care*. 2018;36(1):56-69.
21. Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G. Manipulative therapies for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD004796.