

## Siklik kusma sendromu: bir olgu sunumu

Necati Balamtekin (\*), Bülent Hacıhamdioğlu (\*), Bahadır Çalışkan (\*\*), M.Emre Taşçılar (\*), Rıdvan Akın (\*)

### Özet

Siklik kusma sendromu, saatlerce veya günlerce sürebilen şiddetli bulantı ve kusma atakları olarak tanımlanmaktadır. Ataklar arasında hasta sağlıklıdır ve herhangi bir klinik bulgusu yoktur. Hastalık daha çok okul çağı çocuklarında tanımlanan az rastlanan periyodik sendromlardan birisidir. Birçok hastalık epizodik kusma atakları ile seyredebileceği için ayırıcı tanı zordur. Bu makalede siklik kusma sendromu tanısı konulan bir süt çocuğu sunulmuş ve hastalığın bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, siklik kusma sendromu

### Summary

#### Cyclic vomiting syndrome: a case report

The cyclic vomiting syndrome is defined as the episodes of severe nausea and vomiting lasting hours to days. The patient is healthy between the episodes and has no clinical finding. This disease is one of the rare periodic syndromes described mostly in children of school age. The differential diagnosis is difficult because many diseases may present with episodic vomiting. In this article an infant diagnosed to have cyclic vomiting syndrome is presented, and clinical features of the disease is discussed along with the literature findings.

**Key words:** Child, cyclic vomiting syndrome

### Giriş

Siklik kusma sendromu (SKS) ilk kez 1882 yılında tanımlanmıştır. Hastalığın fizyopatolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır. SKS, saatlerce veya günlerce sürebilen şiddetli bulantı ve kendini sınırlayan kusma atakları olarak tanımlanmaktadır. Ataklar arasında hasta sağlıklıdır ve herhangi bir klinik bulgusu yoktur. Hastalık daha çok okul çağı çocuklarında tanımlanan az rastlanan periyodik sendromlardan birisidir (1-3). Birçok nörolojik, metabolik, ürolojik, endokrinolojik ve gastrointestinal hastalık siklik kusma ile seyredebileceği için ayırıcı tanı önemlidir.

Bu makalede SKS tanısı konulan bir süt çocuğu sunulmuş ve hastalığın bulguları literatür eşliğinde tartışılmıştır.

### Olgu Sunumu

İki yaşında erkek çocuk kusma, fotofobi, iştahsızlık ve halsizlik yakınmaları ile acil polikliniğine getirildi. Hastalık öyküsünde bu şikayetlerinin 2 gün önce başladığı ve öz geçmişinde bir yaşında başlayan, yaklaşık ayda bir yineleyen, 3-4 gün süren ve kendiliğinden iyileşen benzer kusma ataklarının olduğu öğrenildi. Kusma atakları nedeni ile dehidratasyon geliştiği için sekiz kez hastaneye yatırılarak sıvı replasmanı uygulandığı, kusma ataklarının önlenmesi için verilen antiemetik ve antimigren ilaç tedavilerinden belirgin bir yarar görmediği öğrenildi.

Aralarında akrabalık bulunmayan 27 yaşındaki sağlıklı baba ile 25 yaşındaki sağlıklı annenin birinci gebeliğinden 36 haftalık, 2500 gram ağırlığında normal vajinal yol ile doğmuş olan olgunun fizik incelemesinde ağırlık 13 kg (%50-75), boy 85 cm (%30-50), oral

\* GATF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

\*\*GATF Çocuk Cerrahisi AD

**Ayrı Basım İsteği:** Dr. Necati Balamtekin, GATF Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Etlik-06018, Ankara  
**E-mail:** edanecati@yahoo.com

**Makalenin geliş tarihi:** 20.03.2007

**Kabul tarihi:** 23.05.2007

mukoza hafif kuru, cilt soluk görünümde saptandı. Diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemesinde; hemoglobin 13.7 gr/dl, hematokrit %40, eritrosit sayısı 4.500000/mm<sup>3</sup>, MCV 74 fl, MCH 29 pg/dl, lökosit 15.900/mm<sup>3</sup>, trombosit 404.000/mm<sup>3</sup> idi. Tam idrar analizinde dansite 1025, keton 1 (+) idi. Kan gazı ve rutin biyokimyasal incelemesi normal olarak sonuçlandı. CRP <6 mg/dl, sedimentasyon 6 mm/saat, fibrinojen 263 mg/dl idi. Gaitada gizli kan negatif ve gaitada parazit yumurtası saptanmadı. Boğaz, idrar ve gaita kültürlerinde patojen bakteri üremedi. Metabolik hastalık açısından taranan hastada; kan ve idrar amino asitleri analizi normaldi, tandem mass spektrofotometrisinde anormallik saptanmadı. Kan amonyak düzeyi 15 µmol/l (9-33), plazma laktat düzeyi ise 1.97 mmol/l (0.5-2.2) idi. Tüm abdominal ultrasonografisi normal olan hastanın gastroözefajial reflü sintigrafisinde reflü bulgusu saptanmadı. Baryumlu mide-bağırsak grafisi normaldi. Yutma fonksiyonları açısından araştırılan hasta normal olarak değerlendirildi. Elektroensefalografik (EEG) inceleme ve beyin tomografisinde anormal bulgu saptanmadı. Hastaya bu klinik ve laboratuvar bulguları eşliğinde siklik kusma sendromu tanısı konuldu. İki gün süre ile intravenöz olarak hidrate edilen hastanın kusma şikayeti tamamen düzeldi. Dört aydan beri siproheptadin ve metoklopramid tedavisi aldığı halde atak sıklığı ve şiddetinde azalma olmadığı için tedavisi L-karnitin ve fenobarbital kombinasyonu ile değiştirildi. Tedavi sonrası 6 aylık takibinde atak gözlenmedi.

### Tartışma

Siklik kusma sendromu ilk kez 1882 yılında 4-8 yaşları arasındaki dokuz çocukta tanımlanmıştır. Siklik kusma sendromu klasik olarak, ani başlayan, belli periyotlarla tekrarlayan, saatlerce veya günlerce sürebilen genellikle kendi kendini sınırlayan şiddetli kusma atakları olarak tanımlanmaktadır. Atakların stereotipi göstermesi hastalığın tipik özelliğidir. Ataklar sırasında kusmaya bulantı, karın ağrısı, fotofobi, ateş, solukluk, dehidratasyon, aşırı tükürük salgılanması ve sosyal izolasyon gibi bulgular eşlik edebilmektedir. Ataklar arası dönemde hasta tamamen sağlıklıdır (2-4). Literatürde atakların saatler ve günler, hastalığın ise aylar ile dekatlar arasında sürebileceği bildirilmektedir. Enfeksiyon, psikolojik stres ve menstürasyon gibi faktörler kusma ataklarını başlatabilmektedir (3,4). Hastamızda yaklaşık bir aylık periyotlarla yineleyen, 3-4 gün süren ataklar vardı ve belirgin bir presipitan faktör saptanmadı.

Siklik kusma sendromu çocukluk çağında az görülen periyodik sendromlardan birisidir (1,2). Günümüzde

hastalığın klinik özellikleri ve hastalığın seyri ile ilgili yeterli bilgi birikimi oluşmasına karşın, hastalığın sıklığı, etiyojisi, patofizyolojisi ve tedavisi hakkındaki bilgiler sınırlıdır. Sınırlı epidemiyolojik verilere göre hastalık çocukluk çağında düşünüldüğünden daha sık görülmektedir. Okul çağındaki çocuklarda sıklığı %1.9 ve %2.3 olarak bildirilmiştir (5,6). Ertekin ve ark. 6-17 yaşları arasındaki 1263 çocukta siklik kusma sendromu sıklığını %1.9 (29 hasta) olarak bildirilmişlerdir (7).

Siklik kusma sendromu 6 ay ile 18 yaş arasında görülebilmekle birlikte, en sık 6-8 yaşları arasında görülmektedir. Hastalık kızlarda biraz daha sık görülür (7). Hastamız iki yaşında idi ve kusma atakları bir yaşında başlamıştı.

Siklik kusma sendromlu hastaların ailelerinde migren ve inflamatuvar barsak hastalığı yüksek oranda görülmekte ve hastalık nadiren de familyal olabilmektedir (8,9) fakat hastamızın ailesinde herhangi bir hastalık öyküsü yoktu.

Hastalık uzun zaman önce tanımlanmış olmasına rağmen, patofizyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. Nörolojik, mitokondriyal, hormonal, kardiyovasküler ve gastrointestinal faktörlerin etiyopatogeneze rol oynayabileceği bildirilmiştir. Kusmanın siklik bir karakterde olması nedeni ile hastalığın nedeninin hipotalamo-hipofizier-adrenal aksdaki bir problemten kaynaklanabileceği düşünülmüş (3,11), Tache CRF ("Corticotropin releasing factor") sekresyonuna bağlı gelişebileceğini göstermiştir (10). Ancak tüm çalışmalara rağmen siklik kusma sendromunun fizyopatogenezi tam olarak aydınlatılamamıştır.

Hastalığın ayırıcı tanısında siklik kusma ile seyredebilecek volvulus gibi gastrointestinal problemler yanında kafa içinde yer kaplayan lezyonlar, metabolik hastalıklar, abdominal epilepsi ve psikiyatrik nedenler de düşünülmelidir. Siklik kusma sendromunun abdominal epilepsiden ayırıcı tanısı oldukça zordur. Abdominal epilepside karın ağrısı ve iştahsızlık yakınmaları ön planda iken, siklik kusma sendromunda ise kusma önde gelen şikayettir (11,12). Hastamızda ayırıcı tanı amaçlı gastrointestinal sisteme yönelik yapılan görüntüleme çalışmaları normaldi ve metabolik hastalık taraması negatif olarak saptandı. Beyin tomografisi normal olduğu için intrakraniyal kitle ekarte edildi. Karın ağrısı yakınması olmadığı ve EEG'si normal olduğu için, abdominal epilepsi düşünülmüdü.

Siklik kusma sendromunda tedavi atak tedavisi, atağın önlenmesi ve atak aralıklarının uzatılması stratejilerini içerir. Atak sırasında kaybedilen sıvının yerine konulması ve atak süresinin kısaltılması için çeşitli antiemetikler kullanılmıştır. Atak sırasında antiemetik

olarak serotonin reseptör blokörü olan ondansetron ve granisetron kullanılması etkili bulunmuştur. Dehidrate olan hastalarda ve oral alımı ileri derecede bozulan hastalarda intravenöz hidrasyon uygulanmalıdır (13). Eritromisin, flunarizin, propranolol, amitriptilin, siproheptadin, fenobarbital, L-karnitin gibi ilaçlar profilaktik tedavide kullanılmıştır (13,14). Hastamızda antiemetik kullanılmaksızın yapılan intravenöz hidrasyon ile atak kontrol altına alındı. Dört aydır siproheptadin tedavisi almasına rağmen atak sıklığında azalma olmadığı için bu tedaviyi keserek, L-karnitin ve fenobarbital kombinasyonunu başladık. Bu tedavi ile hastalık kontrol altına alındı ve hastamızın 6 aylık takibinde atak gözlenmedi.

Sonuç olarak siklik kusma çocukluk çağında nadir görülen bir semptom değildir ve birçok hastalığın bulgusu olabilmektedir. Siklik kusma sendromu çocuklarda süt çocukluğu döneminde daha nadir olmakla birlikte, hemen her yaş grubunda görülebildiği için periyodik kusma atakları ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

### Kaynaklar

1. Ravelli AM. Cyclic vomiting syndrome. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 32: 14-15.
2. Weinstein M. Underlying disorders in cyclic vomiting syndrome. Clin Pediatr (Phila) 2005; 44: 805-807.
3. Faucher S, Le Heuzey MF, Rouyer V, Mouren-Simeoni MC. On the subject of the cyclic vomiting syndrome. Arch Pediatr 2003; 10: 385-391.
4. Scarcia S, Fiumana E, Gnoato R, Pieri E, Brunelli P, Pocecco M. Etiology and precipitating factors of cyclic vomiting. Pediatr Med Chir 2000; 22: 25-29.
5. Cullen KJ, Macdonald WB. The periodic syndrome: its nature and prevalence. Med J Aust 1963; 50: 167-173.
6. Symon DN, Russell G. The relationship between cyclic vomiting syndrome and abdominal migraine. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995; 21: 42-43.
7. Ertekin V, Selimoglu MA, Altunkaynak S. Prevalence of cyclic vomiting syndrome in a sample of Turkish school children in an urban area. J Clin Gastroenterol 2006; 40: 896-898.
8. Stickler GB. Relationship between cyclic vomiting syndrome and migraine. 2005; 44: 505-508.
9. Boles RG, Adams K, Li BU. Maternal inheritance in cyclic vomiting syndrome. Am J Med Genet A 2005; 133: 71-77.
10. Tache Y. Cyclic vomiting syndrome: the corticotropin-releasing-factor hypothesis. Dig Dis Sci 1999; 44: 79-86.
11. Li BU, Misiewicz L. Cyclic vomiting syndrome: a brain-gut disorder. Gastroenterol Clin North Am 2003; 32: 997-1019.
12. Forbes D. Differential diagnosis of cyclic vomiting syndrome. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1995; 21: 11-14.
13. Sudel B, Li BU. Treatment options for cyclic vomiting syndrome. Curr Treat Options Gastroenterol 2005; 8: 387-395.
14. Van Calcar SC, Harding CO, Wolff JA. L-carnitine administration reduces number of episodes in cyclic vomiting syndrome. Clin Pediatr 2002; 41: 171-174.