

Bir Çocuk Olgu Nedeniyle Döngüsel Kusma Sendromu

A Pediatric Case with Cyclic Vomiting Syndrome

Sabri Hergüner, Erdinç Çiçek, Fatih Kayhan, Arzu Hergüner

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi A.D., Konya

Özet

Döngüsel kusma sendromu (DKS), tekrarlayıcı bulantı ve kusma atakları ile kendini gösteren bir durumdur. Belirtilerin başlangıcı genellikle 4–6 yaş arasındadır ve kızlarda daha sık görülmektedir. Ataklar çoğunlukla psikososyal ya da fiziksel bir tetikleyici ile ortaya çıkar. Son yıllarda DKS ve migren arasında ortak bir patofizyoloji olabileceği üzerinde durulmaktadır. DKS olan çocuklarda ve annelerinde kaygı bozukluklarının sık olduğu gösterilmiştir. Bu yazıda tekrarlayan kusma atakları nedeniyle kliniğimize başvuran 5 yaşındaki bir kız hasta sunulmuştur. Kaygı belirtileri ve kusma atakları nedeniyle tedavi olarak bir seçici serotonin geri alım inhibitörü olan essitalopram başlanmış ve tedaviden belirgin fayda görmüştür.

Anahtar kelimeler: Çocuk, döngüsel kusma sendromu, kaygı bozuklukları, serotonin geri alım inhibitörleri, essitalopram

Abstract

Cyclic vomiting syndrome (CVS) is characterized by recurrent episodes of nausea and vomiting. Age at onset of symptoms ranges between 4–6 years and there is a female predominance. CVS attacks are generally associated with psychosocial or physical triggers. In last years a shared pathophysiology between migraine and CVS has suggested. Children with CVS and their mothers have elevated rates of anxiety disorders. In this report, we presented a 5-year-old girl who referred to our out-patient clinic because of recurrent vomiting episodes. Because of her anxiety symptoms and vomiting attacks, escitalopram, a selective serotonin reuptake inhibitor, was initiated and she had significant improvement during treatment.

Key words: Child, cyclic vomiting syndrome, anxiety disorders, serotonin reuptake inhibitors, escitalopram

GİRİŞ

Döngüsel kusma sendromu (DKS), birkaç gün süren bulantı ve kusma atakları ile kendini gösteren bir durumdur. Ataklar arasında belirtiler tamamen kaybolur (1). Genelde belirtilerin başlangıcı 4–6 yaş arası olsa da bebeklikten erişkinliğe kadar her yaş grubunda görülebilmektedir (1, 2). Yapılan çalışmalarda toplumdaki sıklığının % 1,9–2,3 arasında olduğu ve kızlarda daha sık görüldüğü belirtilmiştir (2, 3). Tanı endoskopik, radyolojik ve laboratuvar incelemeleri sonucunda tekrarlayan kusma ataklarını açıklayacak herhangi bir nedenin bulunamaması ve DKS tanı ölçütlerinin karşılanması ile konur (Tablo 1) (3, 4). DKS'nin etiopatofizyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, tedavisi ile ilgili çalışmalar da kısıtlıdır (5). Bu yazıda DKS tanısı alan bir çocuk olgunun klinik özellikleri ve tedavi süreci sunulmuş ve bulgular yazın bilgisi ışığında tartışılmıştır.

OLGU

AB, beş yaşında, anasının giden kız hasta, kliniğimize bir çocuk hekiminin yönlendirmesi üzerine tekrarlayan kusma yakınması ile anne-babası tarafından getirildi. Ailesinden alınan bilgiye göre AB'nin kusma atakları ilk defa anasının başlamasından iki hafta sonra ortaya çıkmış ve bir hafta sonra kendiliğinden sonlanmış. Daha sonrasında ağabeyinin şehir dışına taşınması nedeniyle evden ayrılmasının ardından kusmaları tekrar başlamış ve beş gün sonra kendiliğinden gerilemiş. Son olarak ise bir aydır birlikte kaldıkları anneannesinin kendi evine dönmelerinden sonra başlayan ve üç gün süren kusmaları olmuş. Tüm ataklar sabah

saatlerinde, kahvaltıda bir-iki saat sonra ortaya çıkıyor ve günde bir -iki defa oluyor. Kusma öncesinde olan hafif bir bulantı dışında her hangi başka bir yakınması olmuyormuş. Kusma atakları arasındaki dönemde hiçbir belirti olmuyormuş. Tekrarlayan kusma atakları nedeniyle başvurdukları bir pediatri kliniğinde yapılan muayene ve tanısız incelemelerde her hangi organik bir neden olmadığı söylenmiş ve çocuk psikiyatrisi kliniğine yönlendirilmiş. AB'nin gece korkularından dolayı tek başına uykuya dalamadığı, babasıyla birlikte uyuduğu, uykuya gece yarısından sonra geçtiği ve gece boyunca iki-üç defa uyandırdığı öğrenildi. Bunun yanında yemek seçme ve az yeme alışkanlığının olduğu ve halen annesi tarafından yedirildiği belirtildi. Kusma ataklarının başlamasından sonra kusma korkusundan dolayı yeme miktarında azalma ve iki aylık süre içinde 2 kg tartı kaybı olduğu öğrenildi. Ayrıca kusma nedeniyle okula gitmekten çekindiği, bu durumdan dolayı utandırdığı ifade edildi. AB, annesi tarafından neşeli, heyecanlı ve annesine düşkün olarak tanımlandı. AB, 43 yaşında diş hekimi bir anne ve 47 yaşında doktor bir babanın ikinci çocuğuydu. Aile öyküsünde annesi panik bozukluk tanısıyla bir dönem tedavi görmüş ve antidepressan (sertralin) kullanmış. Ayrıca annesinde ve ağabeyinde migren atakları oluyormuş.

Yapılan ilk görüşme sırasında AB'nin bebeksi konuşması ve yaşından küçük davranışları mevcuttu. Karşılıklı konuşma boyunca anne-babasından sık sık yardım istiyor ve onay bekliyordu. Uzun süreli göz teması kurmakta zorlanıyor ve kısa cümlelerle yanıt vermeyi tercih ediyordu. Zaman zaman yerinden kalkıp odanın içinde geziniyor ve bazen de annesinin arkasına saklanıyordu. Ruhsal durum muayenesinde

Tablo 1. Döngüsel Kusma Sendromu için Tanı Ölçütleri (2)
En az 3 aydır olan

1. Başlangıç (akut) ve süre (1 < hafta) açısından tekrarlayıcı özellikle kusma atakları
2. Bir yıl içinde üç ya da daha fazla atağın olması
3. Ataklar arasında bulantı ve kusmanın olmaması
4. Metabolik, gastrointestinal ya da merkezi sinir sisteminin yapısal ya da biyokimyasal bozukluğunun olmaması
5. Destekleyici ölçüt: özgeçmişte ya da aile öyküsünde migren tipi baş ağrılarının varlığı

duygulanımı kaygılı, duygudurumu ötimik olarak değerlendirildi.

Yapılan değerlendirmeler sonucunda Roma III ölçütlerine göre (1) döngüsel kusma sendromu ve DSM-IV ölçütlerine göre (6) başka türlü adlandırılmayan -kaygı bozukluğu tanıları düşünülürdü. İlk aşamada uyku düzeni ve yeme alışkanlıkları ile ilgili davranışçı ödevler verildi. Kusma yanında uyku ve iştah üzerine etkilerinden dolayı siproheptadin 2 mg/gün başlandı. İkinci görüşmede tek başına yatmaya başladığı, uyku düzeninin geliştiği ve gece korkularının kaybolduğu görüldü. Üçüncü görüşmede tek başına yemeye başladığı ve daha önce reddettiği yemekleri denemeye başladığı belirtildi. İlk bir aylık süre içinde anne-babaya olan bağımlılığının azaldığı ve kendini ifade etme becerisinin geliştiği gözlemlendi. Ayrıca AB'de tartı ağırlığı (1.5 kg) gözlemlendi. Ancak kusma atakları sıklık olarak azalsa da devam ediyordu. Sosyal kaygısından ve kusma davranışından dolayı essitalopram 2 mg/gün başlandı ve her hafta 1 mg/gün artırılarak 5 mg/gün'e çıkıldı. Bir ay sonra yapılan beşinci görüşmede kusma davranışlarının tamamen gerilediği ve sosyal kaygısında belirgin bir azalma olduğu görüldü. AB'nin ilaç tedavisi 3 ay sonra sonlandırıldı, bir buçuk yıllık izlemi sırasında kusma atağı gelişmedi.

TARTIŞMA

DKS ataklarının çoğunlukla bir tetikleyici ile ortaya çıktığı belirtilmektedir. Bu tetikleyiciler enfeksiyon (örneğin; kronik sinüzit, üst solunum yolu enfeksiyonları), psikolojik stres (örneğin; doğum günü, tatile çıkma, boşanma, sınavlar), fiziksel stres (örneğin; ağır egzersizler), diyet (örneğin; çikolata, peynir) ve düzensiz uykudur (2, 7). Olgumuzda kusma ataklarının okula başlama, ağabeyden ve anneanneden ayrılma gibi psikolojik stresle ilişkili olduğu görülmüştür.

Son yıllarda DKS etiolojisinde farklı görüşler öne sürülmüştür. DKS olan çocukların ebeveynlerinde migren görülme sıklığının fazla olması (% 40), DKS ve migren arasında ortak bir patofizyoloji olabileceğini düşündürmüştür. Belirtilerin benzer oluşu, iki durumun birlikte sık görülmesi, DKS olgularının migren tedavisinden fayda görmesi bu durumu desteklemektedir (4, 8).

Olgumuzun anne ve ağabeyinde migren varlığı yazın ile uyumludur. Bunun yanında kortikotropin salgılatıcı faktör - adrenokortikotropik hormon (CRF-ACTH) aksında düzensizliğin de etiolojide önemli olduğu, bu nedenle kusma ataklarının genellikle sabahları ortaya çıktığı belirtilmiştir (9). Sunulan olguda da ataklar genellikle sabah ortaya çıkmıştır. DKS olan çocuk ve ergenlerde kaygı bozukluklarının sık görüldüğü gösterilmiştir (5, 10).

Bu çocuklarda görülen yüksek kaygının üç nedeni olduğu düşünülmektedir: 1) Atakların ortaya çıkacağı ile ilgili beklenti kaygısı, 2) Okul devamsızlığı, arkadaş ilişkilerinde bozulma gibi hastalığın getirmiş olduğu olumsuzluklardan kaynaklanan kaygı ya da 3) DKS'nin ortaya çıkmasından önce var olan kaygı (10). Olgumuzda kusma ataklarının başlamasından önce de sosyal kaygısının olduğu ancak ataklardan sonra gelişen beklenti kaygısının klinik belirtilere eklendiği görülmüştür. Bunun

yanında DKS olan çocukların annelerinde de yüksek oranda depresyon ve kaygı bozukluğu bildirilmiştir (10). Sunduğumuz olgunun annesinde geçmişte panik bozukluk varlığı bu açıdan yazın ile uyumludur. DKS'nin tedavisinde çeşitli ilaçların (siproheptadin, propranolol, amitriptilin, fenobarbital, simutripan, pizotifen) etkinliğini gösteren olgu sunumları yazında bulunmaktadır (11). Olgumuzda siproheptadin ile iştah artışı ve uyku düzeni sağlanmış olsa da kusma belirtilerinde ancak kısmi bir azalma olmuştur. Essitalopram çocukluk çağı kaygı bozukluklarında etkinliği gösterilmiş bir seçici serotonin geri alım inhibitörüdür (12). Yapı olarak benzeşi olan sitalopramın yine fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar grubunda yer alan tekrarlayan karın ağrısı üzerine içe yönelim sorunları olan çocuklarda etkinliği gösterilmiştir (13). Olgumuzda da essitalopram tedavisinden sonra gerek kaygı belirtileri gerekse kusma ataklarından belirgin bir gerileme gözlemlenmiştir.

Çocuk hastalıkları kliniklerine tekrarlayan kusma yakınması ile gelen olguların ayırıcı tanısında DKS düşünülmelidir. Bu alanda gerek etiyoloji gerek ise tedavi ile ilgili daha geniş örneklemli çalışmalara gereksinim vardır. Seçici serotonin geri alın inhibitörleri DKS için bir tedavi alternatifi olabilir.

KAYNAKLAR

1. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1527-37.
2. Li BU, Lefevre F, Chelmsky GG, 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(3): 379-93.
3. 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(10): 896-8.
4. Pareek N, Fleisher DR, Abell T. Cyclic vomiting syndrome: what a gastroenterologist needs to know. *Am J Gastroenterol* 2007; 102(12): 2832-40.
5. Coskun M, Alyanak B. Psychiatric co-morbidity and efficacy of mirtazapine treatment in young subjects with chronic or cyclic vomiting syndromes: A case series. *J Neurogastroenterol Motil* 2011; 17(3): 305-11.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition. Washington, DC: APA Press, 1994.
7. Fleisher DR, Matar M. The cyclic vomiting syndrome: a report of 71 cases and literature review. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1993; 17(4): 361-9.
8. Li BU, Murray RD, Heitlinger LA, Robbins JL, Hayes JR. Is cyclic vomiting syndrome related to migraine? *J Pediatr* 1999; 134(5): 567-72.
9. Taché Y. Cyclic vomiting syndrome: the corticotropin-releasing-factor hypothesis. *Dig Dis Sci* 1999; 44(8 Suppl): 79S-86S.
10. Tarbell S, Li BU. Psychiatric symptoms in children and adolescents with cyclic vomiting syndrome and their parents. *Headache* 2008; 48(2): 259-66.
11. Chepyala P, Svoboda RP, Olden KW. Treatment of cyclic vomiting syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol* 2007; 10(4): 273-82.
12. Isolan L, Pheula G, Salum GA Jr, Oswald S, Rohde LA, Manfro GG. An

- open-label trial of escitalopram in children and adolescents with social anxiety disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007; 17(6): 751-60.
13. Campo JV, Perel J, Lucas A, et al. Citalopram treatment of pediatric recurrent abdominal pain and comorbid internalizing disorders: an exploratory study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43(10): 1234-42.