

Siklik Kusma Sendromu: Bir olgu sunumu

■ **Bedia İnce TAŞDELEN***,
Didem Behice ÖZTOP**

* Uzm. Dr. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.

** Doç. Dr. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları.

Yazınma adresi: Doç. Dr. Didem Behice Öztop

Adres: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D., Talas 10. Km, Melikgazi/Kayseri
Tlf: 533 773 42 95; e-mail: dboztop@hotmail.com

ÖZET

Özet: Siklik kusma sendromu (SKS) altta yatan fiziksel bir sebep olmaksızın ortaya çıkan, tekrarlayıcı kusma ataklarını izleyen normal dönemler ile kendini gösteren ve genel durumu bozan bir bozukluktur. Bu yazıda SKS tanısı alan, kusma atakları stres tarafından tetiklenen 12 yaşında bir kız olgu sunulacak ve SKS etiolojisinde psikososyal etmenlerin rolü, karışabileceği psikiyatrik tanılar ve uygulanan psikiyatrik tedavi yaklaşımı literatür eşliğinde tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Siklik Kusma Sendromu, çocuk, tedavi

ABSTRACT

Abstract: Cyclic vomiting syndrome (CVS) is a periodic syndrome characterized by recurrent vomiting attacks and normal intervals. In this case report a 12 year old girl whose diagnosis is CVS, vomiting attacks triggered by stres is represented and the role of psychosocial factors, psychiatric disorders which may overlap with CVS and and psychiatric treatment will be discussed with the literature.

Keywords: Cyclic Vomiting Syndrome, child, treatment.

GİRİŞ

Siklik Kusma Sendromu(SKS) altta yatan fiziksel bir sebep olmaksızın ortaya çıkan, genellikle şiddetli, genel durumu bozan, yılda en az 2 kez görülen, 2 saat ila 10 gün arasında sürebilen tekrarlayıcı kusma atakları ve ataklar arasında semptomsuz dönemlerle karakterize, etiyojisi bilinmeyen bir çocukluk çağı sendromudur (Li Buk ve Balint 2000, Tahiroğlu ve ark. 2008). Daha çok çocuklarda ve ergenlerde ortaya çıkmakta, her 50 çocuktan birinde görülmektedir. Ortaya çıkmasında ailesel yüklülük, hipotalamik-pitüiter-adrenal sistemin aşırı duyarlılığı, mitokondrial ve iyon kanalları ile ilgili bozuklukların yanısıra psikolojik etmenler gibi farklı etiyojistik nedenler üzerinde durulmakta, yanlış ve geç tanı aldıkları belirtilmektedir (Forbes ve ark. 1999, Haan ve ark. 2002, Faucher ve ark. 2003, Menteş ve ark. 2008). İlk kez 1882 yılında Samuel Gee tarafından yaşları 4 ile 8 arasında değişen 9 çocuktan oluşan bir olgu serisinde tanımlanmıştır (Li Buk ve ark. 1999). SKS'ye eşlik eden psikiyatrik

durumlar hakkında çok az şey bilinmesine rağmen, çalışmalarda içe yönelimli psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği ileri sürülmektedir (Forbes ve ark. 1999, Tarbell ve Buk Li 2008). Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların etiyojistik bir neden mi yoksa stresli ve duygudurumu etkileyen bir sendromun sonucu mu olduğunu ayırt etmek zordur (Namin ve ark. 2007).

Bu olgu sunumunda SKS etiolojisinde psikososyal etmenlerin rolü, karışabileceği psikiyatrik tanılar ve uygulanan psikiyatrik tedavinin etkileri tartışılacaktır.

OLGU

Pediatric acil servisine kusma şikayeti ile başvuran 12 yaşında kız hasta, Pediatric Gastroenteroloji servisinde kusma etiyojisine yönelik yapılan tüm tetkiklerinde ve fizik muayene bulgularında herhangi bir patoloji bulunamaması üzerine Çocuk Psikiyatri polikliniğine konsültasyon amaçlı gönderilmiştir. Yapılan görüşmede; hastanın 8 yaşından itibaren, yılda 2-3 kez olan, 4-5 ay aralıklarla

tekrarlayan, 2-3 gün süren bulantı-kusma ataklarının olduğu öğrenildi. Hasta, atak dönemlerinde yemek yemediğini ve hiç konuşmadığını, atak sonrasında normal hayatına devam ettiğini, ataklar öncesinde herhangi bir belirti olmadığını ifade ediyordu. Hastalığının ilk iki yılında sağlık ocağına başvurduklarını, verilen ilaçlarla birkaç günde iyileştiği, son iki yıl içerisinde bir kez çocuk cerrahi servisinde apandisit açısından tetkik edildiği, üç kez pediatrik gastroenteroloji servisine kusma etiolojisini araştırmak için yatırıldığı, ancak etiolojiye yönelik herhangi bir sebep bulunamadığı öğrenildi. Bazı ataklarının çok şiddetli geçtiği, verilen hidrasyon, antiemetik, antiasit ve sedatif ilaçlardan kısmen fayda gördüğü, ataklar arasında normal hayatına devam ettiği, son 3 aydır ise ataklarının sıklaşması ve 10 gün arayla tekrarlaması nedeniyle yatış önerildiği öğrenildi.

Özgeçmişinde belirgin bir özellik yoktu. Üç çocuklu ailenin üçüncü çocuğu olduğu, gelişim aşamalarının yaşitlarıyla paralel olduğu, okul başarısının oldukça iyi olduğu, okulda uyumlu ve düzenli bir çocuk olduğu, sosyal olarak içine kapanık, hassas, duygusal ve zeki bir çocuk olduğu belirtildi.

Soy geçmişinde babanın 12 yıldır multiple skleroz hastası olduğu, yürüyemediği, tedaviye devam etmediği, babanın çok sinirli ve gergin olduğu, anne-babanın sık sık kavga ettiği öğrenildi. Hasta, babasının kendisiyle ve kardeşleriyle ilgilenmediğini, sevmediğini ve istemediğini düşünüyordu.

Atakları da genellikle sabaha karşı evde, anne babanın kavgalarından sonra başladığını, okulda hiç olmadığı, ancak hastaneye yatışlarının okul hayatını olumsuz etkilediğini ve bu durumdan kurtulmak istediğini ifade ediyordu.

Pediatri Gastroenteroloji servisinde yapılan genel fizik muayane, tam kan, idrar, biyokimya, gaitada parazit taraması, otoimmün seroloji testleri, osmotik fragilite testi, metabolik hastalık açısından taranan testler, gastrointesitnal sintigrafi, EEG ve batın USG'si normaldi.

Ruhsal muayenesinde; yaşında gösteriyordu, atak döneminde olduğu için kendine ilgi ve bakımı azalmıştı, dikkat, algı, bellek ve yönelimi yeterli düzeydeydi. Duygulanımı

anksiyözdü. Antiemetikler ve hidrasyon tedavisine yanıt vermemesi üzerine istenen ilk Çocuk psikiyatri konsültasyonu sırasında anne-baba arasındaki sorunlar ve babanın ilgisizliği ile kusma ataklarının ilişkili olduğunu hasta kendisi ifade ettiği için tablonun psikosomatik kökenli olduğu düşünüldü ve psikojenik kusma (?) ve SKS (?) ön tanıları ile Essitalopram 10 mg/gün önerildi.

Hastanın takiplerinde kısmi düzelme olduğu öğrenildi, ancak ayrıntılı olarak yapılan değerlendirilmede; kusmaların ataklar halinde olması, yılda en az 2-3 kez görülmesi, ataklar dışında normal dönemlerle karakterize olduğu için SKS tanısıyla takibine karar verildi. Literatür taranarak antiemetik ve kaygı giderici etkinliği de göz önünde bulundurularak tedaviye olanzapin eklendi. Olanzapin ve essitalopram kombine tedavi ile 4 aylık takip sürecinde hastanın kusma atakları tekrarlamadı, aile ve okul uyumu düzeldi.

TARTIŞMA

SKS çocukluk çağında, en sık 6-8 yaşlarında ve kızlarda biraz daha sık görülmektedir. Hastamızda kız hasta olup, belirtileri ilk kez sekiz yaşında ortaya çıkmış, ancak 12 yaşında tanı almıştır.

SKS' nin klinik özellikleri ve seyri hakkında yeterli bilgi olmasına rağmen etiolojisi, patofizyolojisi ve tedavisi hakkında bilgiler sınırlıdır (Balamtekin 2008). Ayırıcı tanıda acil cerrahi patolojiler, doğumsal metabolizma hastalıkları, intrakranial yer kaplayan lezyonlar, gastrointestinal ve renal hastalıklar, epilepsi, migren ve psikiyatrik hastalıklar düşünülmelidir (Stein 2001). Olgumuzda kusma etiolojisine yönelik yapılan biyokimyasal ve radyolojik tetkikleri ve diğer pediatrik konsültasyonları normal olarak değerlendirilmesi üzerine psikiyatrik bozukluklar açısından konsültasyon istenmiştir. İlk kez gastroenteroloji polikliniğinde yatan hasta konsültasyonu olarak değerlendirilen olguda anksiyete belirtileriyle birlikte psikososyal stresörlerin tetiklediği kusma atakları olduğu için psikojenik kusma ön tanısı düşünülerek essitalopram 10mg/gün başlanmış ve takibe alınmıştır. Literatürde de bazı dirençli kusma ataklarının "psikojenik kusma" olarak adlandırıldığı bildirilmektedir (Hsiao ve ark.

1998). Süreç içerisinde kusma ataklarının azaldığı ancak tamamen geçmediği, anksiyete belirtilerinin yatıştığı, evdeki stres yaratan durumun devam ettiği, kusmalarının stresten bağımsız olarak uykudan ani uyanmalarla sabaha karşı da olduğu, ataklar halinde geldiği, birkaç gün sürdüğü, ataklar arasında normal yaşantısına devam ettiği için tanının SKS olarak değiştirilmesine karar verildi.

Hasta, babasının sağlık sorunlarının, ilgisizliğinin ve anne-baba arasındaki tartışmaların stres etmeni olarak kusma ataklarını tetiklediğini ifade ediyordu. Literatürde stres, enfeksiyonlar, allerjinin sendromun ortaya çıkmasına neden olabileceği gibi belirgin bir tetikleyici neden bulunamayabileceği ileri sürülmektedir. (Palmer ve Cameron 2005, Li BUK 2001). Olgumuzda ise ailesel psikolojik stresörlerin sendromun ortaya çıkmasında ve atakların tekrarlamasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Literatürde SKS tedavisi; atak tedavisi, atağın önlenmesi ve atak aralarının uzatılması stratejilerini içerir (Balamtekin 2008). Bu amaçla intravenöz hidrasyon, anti-emetikler, prokinetikler, eritromisin ve antimigren tedaviler uygulanmaktadır (Stein ve ark. 2001). Erişkinlerle yapılmış bir çalışmada trisiklik antidepressanların etkili olduğu bulunmuştur. Trisiklik antidepressanların psikiyatrik semptomları azaltmasının yanı sıra otonomik işlevleri değiştirerek ve adrenerjik anormallikleri düzenleyerek etkili olabildikleri ileri sürülmektedir. (Prakash ve ark. 2001, Namin ve ark. 2007). Antidepressanların bu bozukluğun tedavisinde etkili olduğunu bildiren yayınlar mevcut olmakla birlikte hastanın belirtilerinin tam olarak geçmemesi, Gastroenteroloji ve Nöroloji bölümlerinin ek bir tedavi önermemesi üzerine literatür gözden geçirilerek antipsikotiklerin antiemetik ve çocuklarda kaygı giderici etkileri nedeniyle Olanzapin hastanın tedavisine eklenmiştir (Sudel ve Li 2005, Tahiroğlu ve ark. 2008). Tek başına essitalopram tedavisi bu olguda düzelme sağlamadığı halde olanzapinin tedaviye eklenmesiyle hastada yaklaşık 4 aydır tam düzelme sağlanması dikkat çekicidir.

Sonuç olarak SKS klinik olarak çocukluk çağında akla gelmesi gereken, etiyojisi ve

tedavisi tam olarak aydınlatılmamış bir sendromdur. Literatür gözden geçirildiğinde farklı etiyojistik nedenler içerisinde psikolojik streslerin önemli yer tutabileceği dolayısıyla psikiyatrik tedavilerin koruyucu tedavide katkı sağladığı dikkat çekmektedir, ancak antidepressanların ve antipsikotiklerin etkinliği, doz aralığı, kullanım biçimi ve tedavi süreci hakkında olgu sunumları dışında klinik çalışmalara da gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Balamtekin N, Hacıhamdioğlu B, Çalışkan ve ark. (2008) Siklik Kusma Sendromu: bir olgu sunumu. *Gülhane Tıp Dergisi*, 50: 57-59.
- Ertekin V, Selimoğlu MA, Altınkaynak S. (2006) Prevalance of cyclic vomiting syndrome in a sample of Turkish school children in an urban area. *J Clin Gastroenterol*, 40: 896-898.
- Faucher S, Le Heuzey MF, Rouyer V ve ark. (2003) On the subject of the cyclic vomiting syndrome. *Arch Pediatr*, 10: 385-391.
- Forbes D, Withers G, Silburn S ve ark. (1999) Psychological and social characteristics and precipitants of vomiting in children with cyclic vomiting syndrome. *Dig Dis Sci*, 44: 19S-22S.
- Haan J, Kors EE, Ferrari MD (2002) Familial cyclic vomiting syndrome. *Cephalalgia* 2002, 22: 552-554.
- Li BUK, Murray R, Heitlinger L ve ark. (1999) Is cyclic vomiting related to migraine? *J Pediatr*, 134: 567-572.
- Li BUK, Balian JB (2000) Cyclic Vomiting Syndrome: Evolution of our understanding of a brain-gut disorder. *Adv Pediatr*, 47: 117-160.
- Li BUK (2001) Cyclic Vomiting Syndrome: age-old syndrome and new insights. *Seminars in Pediatric Neurology*, 8: 13-21.
- Menteş SE, Okur N, Günel E ve ark (2008) Siklik Kusma Sendromu. *Dicle Tıp Dergisi*, 35(3): 201-203.
- Namin F, Patel J, Lin Z ve ark. (2007) Clinical, psychiatric and manometric profile of cyclic vomiting syndrome in adults and response to tricyclic therapy. *Neurogastroenterol Motil*, 19:196-202.
- Palmer GM, Cameron DJS (2005) Use of intravenous midazolam and clonidine in cyclical vomiting syndrome: a case report. *Pediatric Anesthesia*, 15:68-72.
- Prakash C, Staiano A, Rothbaum RJ, et al. (2001) Similarities in cyclic vomiting syndrome across age groups. *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 684-8.
- Stein MT, Katz RM, Jellinek M ve ark. (2001) Cyclic vomiting. *Pediatrics*, 107: 940-944.
- Sudel B, Li BUK (2005) Treatment options for cyclic vomiting syndrome. *Curr Treat Options Gastroenterol*, 8: 387-395.
- Tahiroğlu AY, Çelik GG, Avcı A ve ark. (2008) Döngüsel Kusma Sendromu Tedavisinde Olanzapin ve Penisilin Kullanımı: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri*, 11: 200-207.
- Tarbell S, BUK Li (2008) Psychiatric Symptoms in Children and Adolescents with Cyclic vomiting Syndrome and their Parents. *Headache* 2008; 48: 259-266.