

infantil Kolik: Etyoloji, Tani ve Tedavi

INFANTILE COLIC: ETIOLOGY, DIAGNOSIS, AND TREATMENT

Gonca YILMAZ*, Berkan GÜRAKAN**, Birgül VARAN*

* üz.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri A.D.,

** Doç.Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri A.D., ANKARA

Özet

İnfantil kolik sıklıkla görülen ve çok çeşitli tedavi yaklaşımları olan klinik bir durumdur. Üç hafta ile 3 ay arasındaki bebeklerde nedeni açıklanamayan şiddetli ağlama nöbetleri; haftada en az üç gün olup, günde üç saatten fazla sürüyorsa ve bu durum en az üç hafta devam ediyorsa bu tanı düşünülmalıdır. İnfantil kolik için nedenlerine yönelik üç popüler varsayım vardır: Dışarıdan gelen antijenler, anormal gastrointestinal motilite ve sindirim, anne bebek ilişkisinde olan bozukluklar. Uygulanan çeşitli tedavilerin etkinliği tartışmalıdır. Dikkatli bir öykü alınması, iyi bir fizik inceleme yapılması ve kararlı tedavi yaklaşımı, gergin, hayal kırıklığına uğramış ve uykusuz aileyi rahatlatmak yönünden çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kolik, infant, Tedavi

T Kim Pediatri 1999, 8:169-175

Summary

Infantile colic is a frequently observed clinical entity that has several treatment approaches with variable success rates. Colic is defined as unexplained paroxysms of crying lasting for at least 3 hours per day for minimum of 3 days per week in babies 3 week-3 months of age. Its cause remains unknown, but there are three popular hypotheses: Exogenous antigens, abnormal gastrointestinal motility and digestion, and anxious mother-child interaction. The efficacy of the various therapies is controversial. Careful history taking, detailed physical examination, and determined therapeutic approach are important in comforting the tensed, disappointed, and sleepless family.

Key Words: Colic, Infant, Treatment

T Klin J Pediatr 1999, 8:169-175

infantil kolik, sağlıklı bir bebekte aşırı ağlama nöbetleri ile kendini gösterir. Bebeğin nedensiz ağlamaları aileyi aşırı derecede endişeye sokabilmektedir. Geceleri uyuyamayan devamlı huzursuz anne ve babada ruhsal problemler ortaya çıkabilmektedir. Bu durumun iş gücü kaybına yol açabileceği açıktır.

Bebeklerde oldukça sık rastlanılan kolik sancuları pediatriyi şaşkınlığa ve korkuya sokabilen problemlerden biridir, infantil kolik için etyolojisine yönelik birçok organik ve fizyolojik etken ileri sürüldüğü için uygulanan tedavilerde kesin bir sonuç alınamamıştır. Yararlı olduğu gösterilen bir

yaklaşımın başka bir çalışmada etkili olmadığı ileri sürülebilmektedir. Bu durum hem aileyi hem de doktora endişeye sokmaktadır. Tedaviyi doğru belirlemek; gergin, hayal kırıklığına uğramış, uykusuz aileyi rahatlatmak yönünden çok önemlidir.

Tanı ve Özellikleri

Üç hafta ile 3 ay arasındaki bebeklerde nedeni açıklanamayan şiddetli ağlama nöbetleri haftada en az üç gün olup, günde üç saatten fazla sürüyor ve bu durum en az üç hafta devam ediyorsa infantil kolik düşünülmalıdır (1). Ağlama nöbetleri günün her saatinde olabilmekte; ancak daha çok akşamları beslendikten sonra gelişmektedir. Bu nöbetler, ciddi olgularda günde 12-15 saate kadar uzayabilmektedir. Klinikte dizlerin karma doğru çekilmesi, karında şişkinlik, hassasiyet ve fazla miktarda gaz çıkarma görülebilir.

Geliş Tarihi: 08.01.1999

Yazışma Adresi: Dr. Gonca YILMAZ
12. Sokak No: 8-7 06490
Bahçelievler, ANKARA

T Klin J Pediatr 1999, 8

169

Tablo 1. infantil kolik semptom ve bulguları

| | Hasta Sayısı | Yüzdeler |
|----------------------------|--------------|----------|
| <i>Semptomlar</i> | | |
| Ağrıya bağlı ağlama | 54/54 | 100% |
| Ağlamanın ani başlangıcı | 53/54 | 98% |
| 15 dakikadan fazla ağlama | 54/54 | 100% |
| Avutmanın işe yaramaması | 54/54 | 100% |
| Fazla miktarda gaz çıkışı | 48/54 | 89% |
| Uyku süresinin azalması | 24/54 | 47% |
| Beslenme problemleri | 30/54 | 56% |
| <i>Bulgular</i> | | |
| Ağlama | 31/54 | 58% |
| Bacakların karna çekilmesi | 30/54 | 56% |
| Karında şişkinlik | 24/54 | 44% |
| Hipertonsite | 46/54 | 86% |
| Yüzde kızarma | 30/54 | 56% |
| Yay şeklini alma | 11/54 | 20% |

Çeşitli çalışmalarda olguların tanımlanma biçimine ve izlenme periyoduna göre değişen infantil kolik kümülatif insidansı, % 10-40 olarak belirtilmiştir (2,3). Geniş kapsamlı bir çalışmada 3 ayın altındaki İngiliz bebeklerinde %29 oranında günde 3 saat ve üzerinde ağlama rapor edilmiştir. Zamanında doğan normal bebeklerde 6 haftalıkken günde ortalama ağlama süresi 2.75 saat olarak belirtilmiş, bu ağlamaların daha çok akşamları olup, 3 aydan sonra azaldığı, %7-10' lara kadar düştüğü üzerinde durulmuştur (2). Tüm bu çalışmalar akla bir soru getirmektedir. Acaba infantil kolik ağlamaları normalin bir varyasyonu mudur? Nitekim son yayınlarda infantil kolikğin %65 oranında normal ağlama spektrumunda alındığı görülmektedir (4).

Semptomların başlangıç ve bitiş zamanı, günlük ağlama paterni tanı konulmasında önemlidir. Kolikli bebeklerin %30'unda dördüncü ve beşinci ay üzerinde semptomlar devam edebilmesine karşın bu aylarda semptomların kötüleşmesi gastroösofageal reflü veya ösofajit gibi diğer klinik durumları düşündürmelidir (1).

Bazı çalışmalarda infantil kolikli bebeğin daha yüksek ve değişebilir frekansta ağladıkları ileri sürülse de diğer araştırmacılar ağlamanın karakterinin sadece infantil stres derecesini yansıttığını, kolikli ve koliksiz bebek ayırımında kullanılmayacağına öne sürmüşlerdir (5,6).

İnfantil kolikte olan semptomlar ve belirtiler çok çeşitlidir (Tablo 1).

İnfant, kolik döneminde annesinin memesini ya da formülasyonu aşırı istekle ve acele bir şekilde alıp geçici bir rahatlama olurken, bu dönemde hava yutmasına bağlı diğer bir ağrılı ağlama nöbetiyle birlikte endişeli ve avutulamaz bir döneme girmektedir. Akşam beslenmeden sonra gelen ağlamalar ve karın şişkinliği en sık rastlanılan durumdur. (7). Kolikli infantlarda bir miktar gastro ösofageal reflü bulunabilir. Ancak bu bebeklerde büyüme gayet iyidir; kusma ve ishale rastlanmamaktadır.

Etyoloji ve Patogenez

İnfantil kolikğin nedenlerine yönelik üç popüler varsayım vardır: Dışarıdan gelen antijenler, anormal gastrointestinal motilite ve sindirim, anne bebek ilişkisinde olan bozukluklar.

Dışarıdan gelen antijenler

Bu varsayıma göre anne sütü ve formula ile bebeğe taşınan antijenlere bağlı olarak bir allerji durumu gelişmektedir. Bunlar arasında en çok üzerinde durulan anne sütü veya formülle bebeğe geçebilen inek sütü proteini, özellikle whey protein ve p-laktoglobülin, İnek sütü proteininin anne diyetinden kaldırılması kolikli infantların büyük oranda iyileşmesine yol açmış; soya proteini ve kazeini hidrolize edilmiş mamalarla beslenen bebeklerde kolik semptomlarında düzelme saptanmıştır. (8,9). Çift-kör, "crossover" çalışmalarda bu durum desteklenmiştir (10,11). İnek sütü proteini ile karşılaşan kolikli bebeklerin jejunal mukozala-

rında artmış sayıda Ig E üreten plazma hücrelerinin saptanması, kolik-allergi ilişkisine bir delildir. İtalya'dan yapılan bir araştırmada inek sütü diyetten çıkartıldıktan sonra %70 olguda remisyon saptanırken, tekrar verilmesiyle ciddi ağlama nöbetleri görülmüştür (12). Ancak seçilen infantların büyük bir kısmında kusma, ailede atopi öyküsünün bulunması çalışmanın eleştirilecek özelliklerindedir. Yine Forsyth ve arkadaşları (13) kolikli infantlarda inek sütü proteini kesilip, kazeini hidrolize edilmiş mamalarla beslenenlerde başlangıçta ağlama zamanında azalma saptarlarken, zamanla bu etkinin ancak %11.8 infantta sürdüğünü göstermişlerdir. Bir kaç araştırmada formula ve anne sütü ile beslenen bebeklerde aynı oranda kolik görülmesi, inek sütü proteinli formula ile beslenen bebeklerin intestinal hücrelerinde harabiyet olduğuna dair fekal hemoglobinde artış olmaması, RAST testinde artmış Ig E düzeylerinin gösterilememesi nedeniyle kolik etyolojisinde inek sütü allerjisi desteklenmemiştir (14,15). Son dönemde kolikli bazı bebeklerde makromoleküllere intestinal geçirgenliğin artışından bahsedilmektedir. Anne sütüyle beslenen kolikli infantlarda serum laktalbümin düzeyi yüksek bulunmuştur (16). Yine de kolik semptomlarının azaltılmasında, annenin emzirme döneminde allerjen gıdalardan (inek sütü, yumurta, buğday, fındık ve ceviz gibi kuruyemişlerden fakir diyet) fakir diyet ile beslenmesi, inek sütü proteininin infantın diyetinden kaldırılıp hipoallerjenik formulaya dönüştürülmesi son yayınlarda desteklenmektedir (9,17).

Anormal gastrointestinal motilite ve sindirim sorunları

Bebeğin ağlaması sırasında karın şişkinliğinin olması ve gaz çıkararak rahatlaması doktor ve aileye sindirim sistemiyle ilgili bir nedeni düşündürmektedir. Bu varsayımda kolikli infantların kolonik spastisiteleri olduğu ileri sürülmüş ve bu durumun emmeyle bile gastrokolik refleks tarzında uyarılabileceği düşünülmüştür. Nitekim motilite bozukluğu artmış kolonik gaz ile birlikte. Erişkinlerde görülen irritable kolon sendromunda klinikte artmış karın şişkinliği, kramp şeklinde karın ağrıları vardır. Bu sendromda artmış gaz üretimi olmamaktadır; dolayısıyla kolonik genişlemeye artmış duyarlılık nedenler arasında düşünülmüştür. Kolikli bebeklerde, kolondaki gaz artışına bağlı barsak du-

varında duyarlılık artışı olabilir (4). Aynı şekilde barsak motilitesinde olan bozukluklar da nedenler arasında düşünülmüştür. Nitekim, soya proteini ve polisakkaritli gıdalarla beslenen kolikli bebeklerde daha az sayıda dışkılama yaptıkları ve daha sert gaita çıkartıkları kontrollü bir çalışmada gösterilmiştir (18). Ayrıca, iyi düzenlenmiş klinik çalışmalarda antikolinergik ajanların, semptomların düzelmesinde etkili olduğu görülmüştür (9,19).

Sindirim sistemi hormonları özellikle motilin, barsak motilitesinin düzenlenmesinde önemlidir, Motilin gastrik boşalmayı hızlandırmakta, barsak geçiş zamanını kısaltmakta ve motiliteyi arttırmaktadır. Kolikli infantlarda motilin düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur (20). Yine sindirim sistemi hormonlarından serotoninin metaboliti olan 5-hidroksi-3 indol asetik asit düzeyi kolikli bebeklerde yüksek bulunmuştur. Araştırmacılar yüksek serotonin düzeyinin kolik semptomlarının ortaya çıkmasına yol açabileceğini ileri sürmüşlerdir. Serotonin hormonunun aktivitesinin artmasıyla hem barsak kas kontraksiyonlarıyla hem de santral sistemiyle ilgili davranışsal nedenlere bağlı olarak kolik sancısı oluşabilmektedir. (21). Serotonin düzeyinin kolik sırasındaki strese bağlı olarak artabileceği akılda tutulmalı, direkt olarak etyolojide suçlanmamalıdır. Bu konuda geniş kapsamlı çalışmalara gereksinim vardır. Prostaglandinler, düz kas kontraksiyonunu etkileyerek kolik ağrılarına neden olabilmektedir. Annesi nonsteroidal antiinflamatuar ilaç kullanan bebeklerde, kolik semptomlarında düzleme saptanmıştır (22). Bulguların düzelmesinde bu tür ilaçların ağrı kesici özelliklerinin de katkıda bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anne sütü ve formulalarda bulunan en önemli karbonhidrat laktozdur. Dört aylık birçok term bebek yetişkin düzeyinde bağırsak mukozal laktaz aktivitesine sahip olmasına karşın anne sütü ve formulardaki laktozu tam olarak bağırsaklarından absorbe edememektedir. Bunun sonucunda büyük miktarda kolon gazı oluşmakta, bu durum solunum havasında hidrojen ölçümü ile saptanabilmektedir (23). Ancak, bir yayında laktoz içeren besinlerle birlikte maya laktazı verilen bebeklerde solunum havasında hidrojen miktarında düşüklük saptanmamış, bu parametreyi kolondaki laktozdan başka substratların da etkilediği düşünülmüştür (24). Bu

maddeler; endojen karbohidratlar, anne sütünde absorbe olmayan oligosakkaritler, laktozun hidroliziyle açığa çıkan monosakkaritlerdir ve semptomların gelişmesine katkıda bulunabilir. Kolondaki gaz oluşumunu ilk üç ayda nişastanın tam olarak sindirilememesi de arttırabilir. Bebeğe ilk dört ayda pankreatik amilaz aktivitesi hemen hemen hiç yoktur. Ancak kolik oluşumu ile nişasta tüketimi ile ilgili çelişkili yayınlar vardır. Nişastalı mamalar alan çocuklarda kolikğin arttığını savunanlar olduğu gibi hiçbir fark olmadığını savunanlar da vardır (3,25). Karbonhidratlara benzer şekilde pankreatik ve duodonal proteolitik enzimler de hayatın ilk dönemlerinde düşüktür. Oksel ve arkadaşları (26), dışkılarında triptik aktivitesi düşük olan infantil kolikli bebeklerde, sindirim enzimi preparatlarının yararlı olacağını ileri sürmüşlerdir. Bu bebeklerde tedavi sonrası triptik aktivite yükselmiştir. Yaptığımız bir çalışmada, bu preparatları kullanan bebeklerin kolik sancılarının iyileşme sürelerinin kıaldığı ve annelerinin gece daha az uyandığı gösterilmiştir (27).

Anne bebek ilişkisinde olan bozukluklar

Anne ve bebek arasındaki etkileşimdeki kopukluklar, kolik ağlamalarının ortaya çıkmasında önemlidir. Bu etkileşim kopukluğu, hem bebek hem de anne açısından değerlendirilmelidir. Carey ve arkadaşları bebeğin yaradılışının ve kişilik yapısının kolik gelişmesinde önemli olduğunu belirtmişlerdir. Yapısal olarak stimullara duyarlı bebeklerin sakinleştirme yöntemlerinin yetersiz uygulanmasıyla artmış ağlama nöbetleri ortaya çıkmaktadır (28). Ağlama sırasında anneye ve babaya ait maladaptif cevap üzerinde durulmuştur. Kolikli bebeklerde annenin bebeğin ağlamasına yetersiz cevap verdiği dair düşünceler vardır. Doğum sonrası annenin depresyonu, endişesi ve bebeğe düşmanlık duygularının kolik efiyolojisinde önemli olduğu vurgulanmıştır (28,29). Düşük eğitim düzeyli, bebeğini nasıl besleyeceğine dair endişeleri olan annelerin bebeklerinde daha sık kolik sancısı gözlenmiştir. Annenin yaşının, gebelik durumunun bebeğin beslenme durumundan daha önemli olduğunu destekleyenler varsa da annenin endişesinin, bebeğin doğum sırasının dolayısıyla anne ve babanın tecrübesinin bu konuda önemli olmadığını savunanlar vardır (30,31).

Tedavi Yaklaşımları

İnfantil kolikğin tedavi yaklaşımı konusunda davranış birliği oluşmamıştır. Bu konu halen çok tartışmalıdır. Kolikli bebeğin öyküsü ve fizik incelemesi tedavi yaklaşımının belirlenmesi açısından çok önemlidir. 4-7 gün boyunca bebeğin ağlama, beslenme ve dışkılama davranışlarını belirten bir günlüğün tutulması, sağlıklı hikayenin alınması açısından çok yardımcı olmaktadır. Günlük tutma, ailenin bebeğe yararlı olamama hislerinin de hafiflemesini sağlamaktadır.

Kolikli bebeğin boy, ağırlık ve baş çevresi ölçümleri normal sınırlar içerisinde. Crovcroft ve arkadaşları (30), 76 747 infantta yapılan geniş kapsamlı çalışmalarında kolikli bebeklerin, kontrol koliksiz gruba göre daha yüksek doğum kilosunda olduklarını ve daha iyi kilo aldıklarını göstermişlerdir. Sancılanma ile birlikte diyare, mukuslu dışkılama, kabızlık veya kusmaların bulunması öncelikle primer gastrointestinal bir hastalığı düşündürmelidir. Kolikli infantlar, ağlama karakterlerine göre iki gruba ayrılabilir: Birinci grupta yüksek frekansta, kısa süreli günde toplam 3 saati geçmeyen, ağlamaları daha kolay yatıştırılabilir bebekler bulunmakta; anne ve bebek arasındaki etkileşimindeki kopuklukların düzeltilmesine yönelik önerilerin uygulanmasından yarar görmekteyler, ikinci grupta yüksek frekansta, uzun süreli, günde 4-6 saat, ağlamaları daha zor yatıştırılabilir bebekler bulunmakta; inek sütü allerjisi ve organik nedenler etiyolojide daha çok düşünülmektedir. (4).

Tüm yaklaşımlar içinde bebeğe bakan kişinin, bebeğin ağlamasına erken cevap vermesinin (90 saniye içinde) ve aşırı uyanlardan kaçınarak yumuşak sakinleştirici hareketler yapmasının çok önemli olduğu vurgulanmaktadır(31). Taubman ve arkadaşları (31) anne ve babanın bebeğin ağlamasında nasıl davranacaklarına dair genel öneriler getirmişlerdir. İnfantların çoğu özellikle birinci grup bu önerilerden yararlanmaktadır. Bu öneriler kısaca şunlardır: 1. Bebeğin hiçbir zaman ağlamasına izin vermeyin. 2. Bebeği mümkün olduğunca kucakta taşıyın. 3. Bebeğin fazla beslenmesinden değil beslenmemesinden endişelenin. 4. Bebeğin ihtiyaçlarını en iyi anne ve babası belirleyebilir. 5. Anne babanın normal bebek davranışları hakkında doktor tarafından eğitimi şarttır.

Taubman ve arkadaşları (31) bebeğin ağlamalarına daha yoğun bir parental cevap önermişlerdir. Aileye infantil kolik anlatılması, bu durumun altında hastalıklı bir durum olmadığı hakkında güven verilmesi ve üç aydan sonra kendiliğinden düzelecek, geçici bir sancılanma dönemi olduğu şeklinde bilgilendirilmesi çok önemlidir. Parkin ve arkadaşları (32), ailenin desteklenmesinin ve güven verilmesinin gerekli olduğunu ve Taubman ve arkadaşlarının yoğun önerilerinin bu yaklaşıma üstün olmadığını göstermişlerdir. Son dönemdeki çalışmalarda, bebeği fazla sayıda kucakta taşımamanın kolik semptomlarını azaltmada etkili olmadığı öne sürülmüştür. Bebeğin odasında devamlı, ritmik ve tekrarlayıcı uyarılar veren, sallayıcı, titreşim veren, müzik ve ses sağlayan aletlerin yararlı olduğu düşünülürken; bu uyanların azaltılmasının daha etkili olduğu gösterilmiştir (9,32).

İnfantil kolikte farmakolojik tedavi, daha çok sedasyon ve plasebo etkisiyle yararlı olabilmektedir. Bunun dışında, sindirim sistemi düz kaslarını etkileyen ve antispazmotik etkisi olan antikolinergik etkili dicyclomine hidroklorid kullanımı bazı çalışmalarda desteklenmiştir (19). Ancak altı aydan küçük bebeklerde bu ilacın güvenli kullanımı yoktur, çok çeşitli yan etkileri bildirilmiştir (9). Sedatif ilaçlar; fenobarbital, difenhidramin hidroklorür (Benadril), kloralhidrat gibi ilaçlar yan etkileri nedeniyle önerilmemektedir. Ancak ailenin aşırı endişesini ve yorgunluğunu önlemek, bebeğin uzun süre uyumasını sağlamak için nadiren doktor kontrolünde uygulanabilmektedirler.

Kolikli bebeklere 2ml %12 konsantrasyonda verilen sukroz solüsyonu semptomların düzelmesinde yararlı olmuştur. Bu durum, sukrozun endojen opiatları uyararak ağrı dindirici etki yapmasına bağlanmıştır. Nitekim sukroz immünizasyon sırasında analjezik olarak kullanılmıştır. Ancak bu analjezik etkinin hayatın ilk iki haftasına kadar olduğu, bundan sonra azaldığı ileri sürülmüştür. Bu da küçük bebeklerin opiatları daha yavaş hızda metabolize etmelerine bağlanmıştır (33).

Simethicone (methyl-polysiloxan), özellikle çok hava yutmuş bebeklerde etkili olmaktadır; barsaklarda gaz kabarcıklarının yüzey gerilimini değiştirmekte, gaz volümünü değiştirmeden geçişi hızlandırıp, daha fazla miktarda gaz atılmasını

sağlamaktadır (34). infantil kolikli bebeklerin büyük bir bölümünde gaz çıkarma ile rahatlama gözlenmektedir. Simethicone kullanımının birçok çalışmada kolik semptomlarının tam olarak ortadan kalkmasını sağladığı belirtilse de (34,35), Metcalf ve arkadaşları (36), bu maddenin plasebo kontrollü, randomize, çift kör bir çalışmada semptomların düzelmesine karşın plasebodan farklı etkinlikte olmadığını ileri sürmüşlerdir. Bu konudaki bir araştırmamızda, kontrol grubuna göre simethicon'un bir üstünlüğü saptanmamıştır (27). Örs ve arkadaşları (37) aynı yönde sonuçlar elde etmişlerdir. Bu maddenin plasebo görevi görerek daha çok annenin anksiyetesinin azalmasını sağladığı düşünülebilir (9). "

Bitkisel çaylar, hafif antispazmotik etkileriyle bazı infantlarda günlük kolik süresini azalttığı söylene de, bitkisel kompozisyonların hazırlanması için belirli güvenli bilimsel bir yöntem olmadığından zehirlenmelere yol açabileceklerinden bahsedilmektedir (38). Çalışmamızda, bitkisel karışım çaylarının infantların ağlama sürelerinde kontrol grubuna göre bir değişiklik yapmadığı saptanmıştır (27).

Farmakolojik tedaviden çok, anne-bebek etkileşimini düzenleyici destek verilmesi ve özellikle ikinci grup kolikli bebeklerde buna beslenmeye ait önerilerin eklenmesi tedavinin merkez noktasını oluşturmaktadır. Anne ve babalar, bebeklerinde 3 aylık oluncaya kadar fazla sayıda ağlama nöbetleri olabileceğini, bu durumun hastalıklı bir durum olmadığını bilmelilerdir (39). Eğer ailede astma, ekzema veya bir allerji öyküsü varsa; bebeğin ishali, mukuslu gaitaları, kusmaları oluyorsa; gaitasında kan reaksiyonu saptanırsa hidrolize kazein formülaların tercih edilmesi gereklidir. Formula değişimlerinin annenin bebekle ilgili ruhsal durumu üzerinde olumsuz etkileri olabileceği söylene de kolikli bebeklerin %10-15'i böyle bir değişiklikten yarar görmektedir (4,40). Formula değişikliğinin aile üzerinde plasebo etki yaratabileceği veya koincidental bir iyileşme olabileceği göz önünde bulundurularak aileye bebekte kalıcı besin allerjisi olduğu fikri verilmemelidir. Annenin emzirme döneminde allerjen gıdalardan (inek sütü, yumurta, buğday, fındık ve ceviz gibi kuruyemişler) fakir diyetle beslenmesi yine bir çözüm olabilir.

Dışkılaması az olan, kabızlık çeken, sert ve patlayıcı dışkılayan bebeklere, günde 3-4 kez metil sellüloz verilmesinin yararlı olduğu ileri sürülmüştür (4). Böyle durumlarda lif içeriği zengin formülalar tercih edilebilir.

Kolikli bebekler üzerinde yaptığımız çalışmamızda kullandığımız sindirim enzimi tedavisinin; yan etki gözlenmemesi, hem anne sütüyle hem de formula mamalarla verilebilmeleri nedeniyle seçilebilecek tedavilerden biri olduğunu gördük (27). Ancak, bu yeni tedavi yaklaşımının sadece anne sütü ile beslenen ve bebeğin isteğine göre emzirilen bebeklerde uygulanması oldukça güç görünmektedir. Ayrıca annenin görüşlerinin alınmasına bağlı olarak subjektif değerlendirme yapılması ve inceleme süresinin kısa olması çalışmanın kısıtlayıcı faktörleri olarak sayılmaktadır. Bu konuda daha geniş kapsamlı, çift kör ve uzun süreli çalışmalara gereksinim olduğu kanısına varılmıştır.

Sonuç

İnfantil kolik konusunda ailenin doktor tarafından eğitiminin çok önemli olduğunu bir kere daha vurguluyoruz. Nedeni ve tedavisi tam olarak belirlenemeyen bu problemde dikkatli bir öykü alınması, iyi bir fizik inceleme yapılması ve yaklaşımın belirlenmesi; gergin, hayal kırıklığına uğramış, uykusuz aileyi rahatlatmak yönünden çok etkin olmaktadır,

KAYNAKLAR

- Illingworth RS. Infantile colic revisited. Arch Dis Child 1985; 60: 981-5.
- St.James-Roberts I. Persistent infant crying. Arch Dis Child 1991;66:653-5.
- Hide DW, Guyer BM. Prevalence of infant colic. Arch Dis Child 1982; 57: 559-60.
- Treem WR. Infant colic, a pediatric gastroenterologist's perspective. Pediatr Clin North Am 1994; 41:1121-39.
- Zeskind PR, Marshall TP. The relation between variations in paternal and maternal perceptions of infant crying. Child Dev 1986; 59: 193-6.
- Zeskind PR, Barr RG. Acoustic characteristics of naturally occurring cries of infants with 'colic'. Child Dev 1997; 68(3): 394-403.
- Colon AR, DiPalma JS. Colic. Am Fam Physician 1989; 40: 122-4.
- Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Cow's milk formula as a cause of infantile colic: A double blind crossover study. Pediatrics 1982; 70:7-10.
- Lucassen PL, Assendelft WJ, Gubbels JW, Van Eijk JT, Van Geldrop WJ, Neven AK. Effectiveness of treatments for infantile colic: systematic review. BMJ 1998; 316: 1563-69.
- Lothe L, Lindberg T. Cow's milk whey protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants: A double blind crossover study. Pediatrics 1989; 83: 262-6.
- Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Cow's milk proteins cause infantile colic in breast-fed infants: A double blind crossover study. Pediatrics 1982; 70: 7-10.
- Iacono G, Carrocio A, Montalto G. Severe infantile colic and food intolerance: A long-term prospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1991; 1991: 12: 332-5.
- Forsyth BWC. Colic and the effect of changing formulas: A double-blind, multiple crossover study. J Pediatr 1989; 115: 521-4.
- Liebman WM. Infantile colic: Association with lactose and milk intolerance. JAMA 1981; 245: 732-3.
- Thomas DW, Mc Gilligan K, Eisenberg L. Infantile colic and type of milk feeding. Am J Dis Child 1987; 141: 451-3.
- Lothe L, Lindberg T, Jakobsson I. Macromolecular absorption in infants with infantile colic. Acta Paediatr Scand 1990; 79: 417-21.
- Hill DJ, Hudson IL, Sheffield LJ, Shelton MJ, Menachem S, Hosking CS. A low allergen diet is a significant intervention in infantile colic: Results of a community-based study. J Allergy Clin Immunol 1995; 96: 886-92.
- Treem WR, Blankschen E, Etienne N. Effect of soy polysaccharide fiber on stool characteristics and intestinal gas in infants with colic (abstract). Gastroenterology 1992; 102:A581.
- Weissbluth M, Christoffel KK, Davis AT. Treatment of infantile colic with dicyclomine hydrochloride. J Pediatr 1984; 104:951-5.
- Lothe L, Ivarsson SA, Lindberg T. Motiline and infantile colic. Acta Paediatr Scand 1990; 79: 410-6.
- Kurtoğlu S, Üzümlü K, Hallaç IK, Coşkun A. 5-Hydroxy-3-indole acetic acid levels in infantile colic: Is serotonergic tone responsible for this problem? Acta Paediatr 1997; 86: 764-5.
- Butler D. Infantile colic and aspirin. Med J Austl 1987; 146: 179.
- Moore DJ, Robb TA, Davidson GP. Breath hydrogen response to milk containing lactose in colicky and noncolicky infants. J Pediatr 1988; 113: 979-84.
- Miller JJ. Effect of yeast lactase enzyme on 'colic' in infants fed human milk. J Pediatr 1990; 117: 261-3.
- Deisher RW, Goers SS. A study of early and later introduction of solids into the infant diet. J Pediatr 1954; 45: 191-9.
- F. Oksel, P Ertan, K Yereci, A Özbilgin, B Taneli. Kolikli bebeklerde dışkı incelemeleri. 42. Milli Pediatri Kongresi Özet Kitabı, B23, Haziran 1998.
- Yılmaz G, Gürakan Y, Gürakan B. Süt çocukluğu döneminin persistant ağlamasında üç yaklaşım. Çocuk Sağ Hast Derg 1999; 42 (Basımda).

28. Carey WB, 'Colic' primary excessive crying as an infant-environment interaction. *Pediatr Clin North Am* 1984; 31: 093-1005.
29. Hogdall CK, Vestmark V, Bireh M. The significance of pregnancy, delivery and postpartum factors for the development of infantile colic. *J Perinat Med* 1991; 19: 251-7.
30. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76747 infants. *BMJ* 1997; 314: 1325-28.
31. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics* 1984; 74: 998-1003.
32. Parkin PC, Schwartz CJ, Manuel BA. Randomised Controlled Trial of Three Interventions in the Management of Persistent Crying of Infancy. *Pediatrics* 1993; 92: 197-201.
33. Markestad T. Use of sucrose as a treatment for infant colic. *Arch Dis Child* 1997; 76: 356-8.
34. Becker N, Lombardi P, Sidoti E, Katkin LS. Mylieon drops in the treatment of infant colic. *Clin Titer* 1988; 10: 401-5.
35. Stahlberg MR. Infantile Colic: Occurrence and risk factors. *Eur J Pediatr* 1984; 143: 108-11.
36. Metcalf TJ, Irons TO, Sher LD, Young PC. Simethicone in the treatment of infant colic: a randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Pediatrics* 1994; 94: 29-34.
37. Örs R, Özkan B, Dilmen U. Infantil Kolik Tedavisinde Simetikon. *Yeni Tıp Dergisi* 1996; 13: 77-80.
38. Bergeson PS. Herbal teas for infantile colic. *J Pediatr* 1993; 123: 670-1.
39. Forsyth B. Infantile Colic: An Empirically-Based Management Approach. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Eğitim Seminerleri-V-Sosyal Pediatri; 16-17 Nisan 1998: Gölbaşı Yerleşkesi Ankara.
- TO. Treem WR. Chronic nonspecific diarrhea of childhood. *Clin Pediatr Phila* 1992; 86: 413-20.