

## KOLİK İNFANTİL

Selim KURTOĞLU<sup>1</sup>

Kolik infantil, bebeklerin yaklaşık % 10-20'sinde görülen anne-baba kadar hekimi de sıkıntıya sokan bir klinik tablodur(1). İnsidans ilk doğan erkek çocukta ve kolikli kardeşi olanlarda daha yüksektir. En erken 3 günlük bebekte bildirilmesine rağmen genellikle 2-3 haftalıkta başlar ve hayatın 3-4 ayına kadar devam eder. Ancak prematürelere daha geç başladığı bilinmektedir(2).

**TANIM:** Çoğu bebek zaman zaman nedensiz ağlama periyotları gösterir. Bazı anneler normal ağlama ile koliki karıştırırlar. Bu nedenle kolikin tanımının iyi bilinmesi gerekir. Değişik tanımlamalar ileri sürülse de en fazla kabul gören en doğru tanım Wessel ve ark (3) ve Weissbluth (4) tarafından 3'ler kaidesi şeklinde yapılmıştır. Buna göre "sağlıklı iyi beslenmiş bir bebekte paroksizmal olarak sebebi açıklanamayan irritabilite, huysuzluk ve ağlama nöbetlerinin günde 3 saatten fazla, haftada 3 günden fazla olması, 3 haftadan fazla sürmesi "infantil kolik" olarak değerlendirilir.

Kolik tablosu 4-6. haftalık bebeklerde şiddetlidir, gittikçe azalır ve 3. ayda kaybolur. Yüzde 30'unda kolik 4-5. aya kadar sürebilir(1).

**ETİYOLOJİ:** Çoğu vakada etiyoloji belirlenemez. Ancak bazı vakalarda belirli bir etken ortaya konabilir. Ayrıca kolik infantile yol açtığı düşünülen veya kolik infantilin sonucu olabilecek bir çok faktör üzerinde araştırma yapılmıştır. Bu nedenle kolikin temelinde multifaktöriyel özellik yatmaktadır:

a)Gıda alerjisi: İnek sütü alerjisi ile kolik infantil arasında kuvvetli bağlantı olduğu bilinmektedir. Bu durum ya direk inek sütü ile beslenmeyle ya

da annenin aldığı inek sütü proteinlerinin, anne sütü yoluyla çocuğa geçmesiyle ortaya çıkabilir (5). İnek sütünde 20'den fazla antijenik protein bulunmuştur (6).

b) Parental tutum: Toubman' a göre bebeğin ağlaması anne-baba ilgisizliğine bağlı olabilir (7). Aile içi gerginlikde olayı hızlandırabilir. Ayrıca maternal anksiyetenin önemli rolü olabilir (8). Çünkü anksiyeteli annelerin bebeklerinde %27.5, olmayanlarda % 3.2 kolik bulunmuştur (8).

c)Parental sigara içimi: Anne-babanın sigara içmesi vagal uyarı veya olfaktör uyarı ile gastrointestinal spazma yol açabilir (9).

d) Maternal ilaçlar: Doğumda epidural anestezi ve oksitosin kullanımı kolik sebebi olabilir (10,11). Yine anne sütünden geçebilen ilaçlar da rol alabilir.

e) Flatulans: Çoğu hekim ve araştırmacılar intestinal gazın abdominal distansiyon ve intestinal spazma ve sonuçta kolige yol açtığına inanır. Aşırı hava yutma, yetersiz geçirme olabilir. Yine aşırı karbonhidrat alımı ve yetersiz laktaz aktivitesi gaz oluşumunu artırabilir. Ancak laktaz intoleransı ile kolik arasında bağlantı kesin değildir (12). Diyetteki karbonhidratların hepsi ince bağırsakta emilmez; bir kısmı kolona geçer. Kolonda bakterilerce fermente edilir. Bu olay sonucu kısa zincirli organik asitler ve peşinden çeşitli gazlar oluşur (13).

f) Gastroenterospazm: İlk olarak 1923 yılında White otonomik inbalans sonucu gastroenterospazm oluştuğunu ortaya atmıştır. Benzer görüş Jorup tarafından desteklenmiştir (14). Yıllar içinde gastrointestinal spazma yol açan faktörlerin neler olduğu konusunda yoğun araştırmalar yapılmıştır.

Lothe ve ark. (15) kolikli çocuklarda motilin düzeyinin kontrol grubuna göre yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Motilin gastrointestinal

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi 38039 KAYSERİ  
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları. Prof.Dr.<sup>1</sup>

motiliteyi arttırarak kolik infantile sebep olmaktadır.

Kurtoğlu ve ark. (16) ise kolikli çocuklarda üriner 5 OH IAA düzeyini kontrol grubuna göre yüksek bulmuşlar ve kolikğin temelinde serotonin düzeyinde yüksekliğin rol oynayabileceğini işaret etmişlerdir. Serotonin hem gastrointestinal sistemde spazma yol açabilir, hem de davranış değişikliklerinin sebebi olabilir. Tedavide anti-serotoninerjik ilaçların yararlı olabileceği ve yeni klinik çalışmalarla değerlendirilmesi gerektiğini vurgulamak istiyoruz.

g) Safra kesesi hipokontraktilitesi: Lehtonen ve ark. (17) kolikli çocuklarda safra kesesinde hipokontraktilite saptayarak kolik etiolojisinde biliyer trakt fizyolojisinin yer alabileceğini öne sürmüşlerdir.

h) Triptik aktivite düşüklüğü: Öksel ve ark.(18) kolikli bebeklerin % 50' sinde gaita triptik aktivitesini 1/64'ün altında bulmuşlardır. Ayrıca % 20 civarında bebekte dışkıda yağ asitlerini pozitif bulmuşlardır.

Sonuç olarak kolik infantil değişik nedenlere bağlı olması muhtemel bir problemdir. Kolikli bebeklerin ancak %5'inden azında organik sebep bulunmuştur. Bazı araştırmacılar kolik infantil tablosunun ana bulgusu olan ağlamanın ilk 3 ayda bebeğin maturasyonunu ve iletişimini gösterdiğini ileri sürerler. Kesin ve tek bir sebebi olmayan kolik infantille ilgili yoğun araştırmaların etiyojoloji ve tedavi yönünden yararlı olabileceği kanısındayım.

#### KAYNAKLAR

1. Leung AKC. Infantile colic. *Am Fam Phys* 1987;36:153-156.
2. Pierre PP. Delayed onset of three months colic in premature infants. *AJDC* 1948; 75:190-192.
3. Wessel MA, Coob JC, Jockson EB, Horris GS and Detwiler AC. Paroxysmal fussing in infants, sometimes called "colic" . *Pediatrics* 1954 ;14:421-434.
4. Weissbloth M. *Crybabies* , Futura Publ.London 1984 , pp 11-15.
5. Clyne PS , Kulczycki A. Human breast milk contains bovine IgG relationship to infant colic? *Pediatrics* 1991 ;87 : 435-444.
6. Barr RG. Crying and colic In: Rudolph AM, Hoffman JIE and Rudolph CD (eds) *Rudolph's Pediatrics.20th Ed* Appleton Lange Publ, Conecticut 1996, pp 98-100.
7. Taubman B. Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-infant interaction. *Pediatrics* 1984 ;74:998-1003.
8. Carey WB. Maternal anxiety and infantile colic. Is there a relationship? *Clin Pediatr* 1968;7:590-595
9. Soid G, Potius E and Lellouch J. Infantile colic and parental smoking. *Br Med J* 1984; 289:660.
10. Murray AD ,Dolby RM ,Notion RL and Thomas DB .Effect of epidural anaesthesia on newborns and their mothers. *Child Dev* 1981; 52:71-82.
11. Thomas DB . Aetiological associations in infantile colic: on hypothesis. *Austr Paediatr J* 1981 ;292-295.
12. Liebman WM. Infantile colic: Association with lactose and milk intolerance. *JAMA* 1981; 245:732-733.
13. Geertrtsma MA and Hyams JS. Colic a pain syndrome of infancy? *Pediatr Clin North Am* 1989 ;36:905-919.
14. Jorup S . Colonic hyperperistalsis in neurolabile colic. *Acta Paediatr* 1952 ; Suppl 85: 1-92.
15. LotheL, Ivarsson SA, Ekman R, Lindberg T.Motilin and infantile colic. *Acta Paediatr* 1990;79:410-416
16. Kurtoğlu S, Üzüm K, Hallaç İK and Çoşkun A. 5 -hydroxy -indole acetic acid levels in infantile colic: is serotonergic tonus responsible for this problem? *Acta Paediatr* 1997;86:764-765.
17. Lehtonen L, Svedström E, Karvenranta H . Gallbladder hypocontractility in infantile colic.*Acta Paediatr* 1994;83:1174-1177.
- 18) Öksel F, Ertan P, Yereli K, Özbilgin A,Taneli B. Kolikli bebeklerde dışkı incelemeleri. XLII. Milli Pediatri Kongresi, 25-28 Haziran 1998, Kayseri, Özet Kitabı B23.