

AĞLAYAN BEBEK

“Ağlayan bebek” yakınması “Çocuk acil polikliniklerinde” sık karşılaşılan, hem anne-babayı endişelendiren hem de hekime dedektiflik görevinde genellikle “fail-i meçhul” dosyalar açıp kapattıran dolayısıyla hekim için de sıkıntı yaratan bir yakınmadır.

Bebeklerin tümü ağlar, kimi zaman şımardığından, kimi zaman kızdığından, korktuğundan, şaşırıldığından, duygusal yönden umduğunu bulamamaktan, isteği anlaşılmadığından, canı sıkıldığından, dikkat çekmek için, uyuyamamaktan, acıktığından, susadığından ya da kimi zaman da sadece ağlamak canı istediği için ağlar. Tüm bunlar genellikle fiziksel sağlık açısından sorun oluşturmaz. Ancak bazen de bebek canı yandığı için, bir yerleri ağrıdığı için, konforsuz bir ortamda kaldığı için, kendini iyi hissetmediği için ya da hasta olduğu için ağlar. Bu durumlarda hekimin ağlayan bebeğin ağlama nedenini çok dikkatli bir öykü, fizik inceleme ve yakın gözlemlerle bulması ve tedavi etmesi gereklidir.

“Ağlayan bebek” tanımı geleneksel olarak Wessel ve arkadaşların tanımladığı gibi

- Günde 3 saatten daha uzun süren,
- Haftada 3 günden daha fazla tekrarlayan,
- En az 3 haftadan daha uzun süren haykırır şekilde feryat-figan ağlayan ve ağlaması için bir neden bulunamayan bebekleri kapsamaktadır.

Buna karşın Çocuk acillerde sorun oluşturan “ağlayan bebek”ler Wessel ve arkadaşlarının yaptığı tanımlamaya her zaman uymayabilir. Tüm bu özelliklerin ortaya çıkması için en az 3 hafta geçmeli ve bu çocuk 3 hafta boyunca çıldırıcısına ağlamalı, dolayısıyla anne-baba 3 hafta boyunca bu sıkıntıyı-üzüntüyü çekmeli ve hekim de anne-babanın bu stresine katlanabilmelidir. Günlük yaşantıda bu şartlar asla gerçekleşmeyeceği için anne-baba ve hekim çok daha önceden çözüm bulma yoluna gidecektir ve

gitmelidir de... Zaten “ağlayan bebeği” olan anne-babalar acillerde sağlık personeline karşı çoğu zaman dostça yaklaşmazlar, çocuklarının başına kötü bir hastalık gelecek endişesi ile birlikte geceleri uykusundan eden, dinlenme olanağı bırakmayan bebeklerine karşı olan olumsuz duygularını sağlık personeline yansıtmaktan kendilerini alıkoyamazlar. Bu durumlarda sağlık personeli bu anne-babalara karşı gerekli hoşgörü ve duyarlılığı göstermelidir.

Ağlama nöbetleri genellikle yaşamın 2-3. haftasında başlar, saatlerce sürebilir ve çoğunlukla ikinci zamanı, akşamları ve gece yarısına doğru görülme sıklığı artar. Ağlayan bebek yakınması çoğu zaman 3-4. aylarda azalarak 4. ay sonunda ortadan kalkmaktadır. Nöbetler sırasında bebek bacaklarını karnına doğru çeker ya da dimdik uzatır, yüzü kıpkırmızı olur, bazen morumsu bir renk alır, haykırıcısına ağlar, hiçbir şey sakinleştirmeye yardımcı olamaz, batın distansiyonu olur, barsak peristaltik sesleri artar ve gaz çıkışı olabilir.

Yaşam stresi, geçim sıkıntısı, anne-baba arasında doyurucu olmayan cinsellik, anne-baba arasında geçimsizlik, deneyimsiz anne-baba, kendine güvensiz-panik anne-baba, gebelikte ve lohusalık döneminde anneye ait rahatsızlıklar olması, çocukla yeterince ilgili olmayan aile, sağlık personeline hoş olmayan duygular taşıyan aile, ilk çocuk olma, travmatik doğum öyküsü “ağlayan bebek” sorunu ile karşılaşan ailelerde en sık görülen risk faktörlerini oluşturmaktadır.

“Ağlayan bebek” yakınmasına neden olan durumlar Tablo 1’de tanısız yaklaşımı özetleyen akış şeması ise Şekil 1’de incelenebilir.

Tablo 1. Ağlayan Bebek Yakınmasına Neden Olan Durumlar

I. Tanımlanabilir Nedenler

A. Baş-Boyun

1. Meninjitis^a
2. Kafatası kırıkları/subdural hematom^a
3. Ağızda yabancı cisim
4. Herpes stomatit, Herpanjina
5. Glokom
6. Gözde yabancı cisim (en çok kirpik)^b
7. Korneal abrazyon^b
8. Otitis media^b
9. Caffey's hastalığı (infantil kortikal hiperostozis)
10. Çocuk istismarı^a
11. Prenatal/perinatal kokaine maruziyeti

B. Mide-Barsak

1. Hava yutma (uygunsuz besleme/ gaz çıkartma yöntemleri)
2. Gastroenteritis^b
3. İnvajinasyon, Volvulus, Apendisit^a
4. Kabızlık
5. Anal fissür^b
6. İnek sütü proteini intoleransı
7. Laktöz intoleransı
8. Gastroözefageal reflü/özefajitis

C. Kalp-Damar-Akciğer

1. Konjestif kalp yetmezliği^a
2. Supraventriküler taşikardi^a
3. Aorta koarktasyonu^a
4. Pulmoner arterden sol pulmoner arterin çıkış anomalisi^a
5. Pnömoni

D. Boşaltım sistemi

1. Testis torsiyonu
2. İnkarsere herni
3. İdrar yolu enfeksiyonu

E. Cilt

1. Yanık
2. Parmak, penis gibi çıkıntılı bölgelerin bir madde ile dolanması (Kıl turnikesi sendromu gibi)
3. Pişik, Dermatit
4. Böcek ısırması

F. Kas-İskelet

1. Çocuk istismarı^a
2. Düşmeye bağlı ekstremitte kırıkları, Yumuşak doku hasarı
3. Septik Artrit/Osteomyelit, Sellülit,

G. Toksik/metabolik

1. İlaçlar: antihistaminikler, atropin ve türevleri, adrenerjikler, kokain (pasif alım dahil), aspirin, narkotik yoksunluk sendromu^a
2. Metabolik asidozis, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hipoglisemi^a
3. Boğmaca aşısı tepkileri

H. Çeşitli

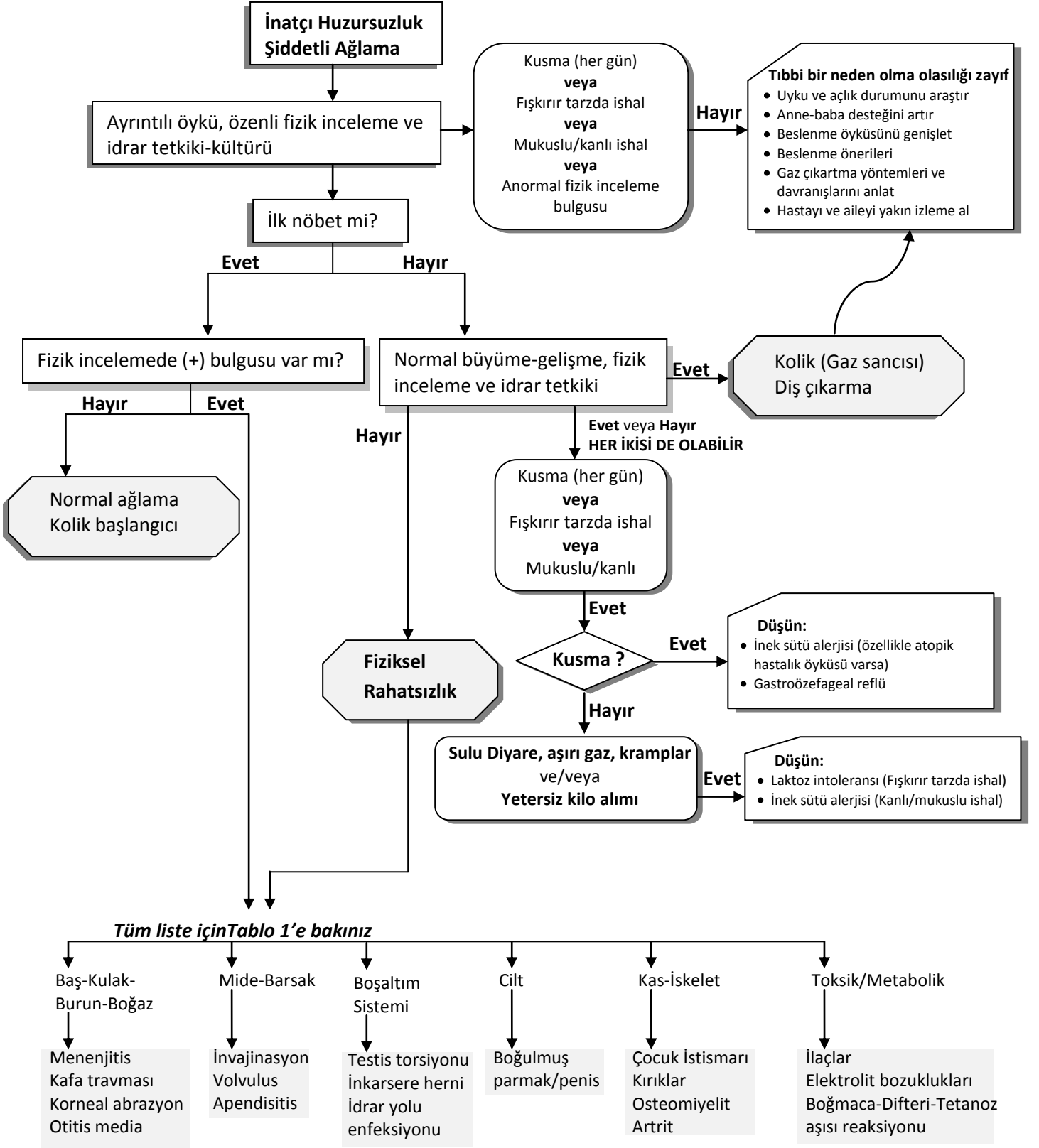
1. Kawasaki hastalığı
2. Yetersiz beslenme veya açlık
3. Diş çıkarma
4. Orak hücreli anemi krizi
5. Viral sendrom

II. Kolik—Tekrarlayan Paroksizmal Ağlama Nöbetleri^b

^aYaşamı tehdit eden nedenler.

^bSık nedenler.

Şekil 1: "Ağlayan bebek" yakınması olan çocuğa tanısıl yaklaşım



TANISAL YAKLAŞIM ve YÖNETİM

Ağlayan bebeğe tanisal yaklaşımda anne-babaya anlayışlı davranmak ve güven verici iletişim kurmak çok önemlidir. Eğer anne-babanın endişesi azaltılamazsa hekim hem bebekle hem de anne-babayla aynı anda ilgilenmek zorunda kalacaktır. Bebeği muayeneye başlamadan önce tamamen soymak zorunludur. Bu işlem yapılmadığı takdirde gözden kaçacak durumların olması kaçınılmazdır. **Başlangıçta yaşamı tehdit eden en kötü olasılıklar akla getirilip, bunların elenmesine odaklanılmalıdır:** menenjit, çocuk istismarı, volvulus, invajinasyon, inkarsere herni, metabolik bozukluklar, zehirlenme gibi... Ardından yaşamı daha az tehdit eden olasılıkları (otitis media, korneal abrazyon, gastroenteritis, anal fissür, hava yutma, diş çıkarma gibi...) dışlamaya yönelik incelemelere geçilmelidir. Diğer nedenlere (Tablo 1) yönelik araştırmalar da ihmal edilmemelidir.

Tanisal yaklaşım sırasında dikkat edilecek önemli noktalar şunlardır:

- Çocuk uyanık ve etrafı ilgili mi?
- Etrafı göz ilişkisi kuruyor mu?
- Oynamaya hevesli mi?
- Gülümsüyor mu?
- Solunumu normal mi?
- Tüm ekstremitelerini rahatlıkla oynatıyor mu?

Bu bilgiler henüz çocuğa dokunmadan önce yapılacak fizik muayenenin gözlem aşamasıdır. Bundan sonra:

- Tamamen elbisesi çıkartılmış bebekte cilt dikkatlice muayene edilir
- Vücut tonusu normal mi?
- Emmesi güçlü mü?
- Ön fontanel boyutları, gergin ve/veya pulsatil mi?
- Vücutta herhangi bir travma izi var mı?
- Gözde kızarıklık, sulantı, çapak var mı?
- Göz kapakları yukarıya katlanıp muayene edildiğinde herhangi bir yabancı cisim var mı?
- Florescein ile göz muayenesinde korneada çizik veya herhangi bir hasar var mı?
- Göz dibi muayenesinde retinal hemoraji var mı?
- Kulakta akıntı var mı?
- Otoskopik muayenede patolojik bir bulgu var mı?

- Burunda akıntı var mı?
- Ağızda ve dişetlerinde şişlik, ülser, aft veya yara var mı?
- Solunum sıkıntısı var mı?
 - Taşipne
 - Çekilmeler
 - Burun kanatlarının solunuma katılması
 - Horultulu soluma
 - Akciğerlerde dinleme bulgusu
- Kalpte üfürüm var mı?
- Batın hassas ve/veya distansiyonu var mı?
- Kol ve bacak muayenesinde hassasiyet var mı?
- El ve ayak parmaklarına sarılmış uzun bir kıl veya iplik parçası var mı?
- Eklemelerde şişlik, hassasiyet, ısı artışı, kızarıklık, hareket kısıtlılığı var mı?
- Rektal muayenede anal fissür veya anal darlık/web var mı?
- Pişik var mı?
- Herni, testis torsiyonu var mı?
- Penis veya klitorise sarılmış uzun bir kıl veya iplik parçası var mı?
- Zehirlenme bulgusu var mı?
- Tüm hastalardan idrar tetkiki muhakkak istenmelidir. Öykü ve fizik inceleme sonucu pozitif bulgulara rastlanıldığında gerekli testler istenmeli ve tedaviler uygulanmalıdır: Örneğin;
 - Ateşi olan, letarjik ve bir türlü sakinleştirilemeyen çocuklarda yaşına uygun sepsis tetkikleri istenmelidir: Tam kan sayımı, elektrolitler, kan kültürü, idrar tetkiki ve idrar kültürü... Eğer 2 aylıktan küçükse lumbal ponksiyon göz önüne alınmalıdır.
 - Eğer solunumsal yakınma ve bulguları varsa akciğer filmi istenmelidir.
 - İdrar yolu enfeksiyonu veya gastrointestinal hastalığı olan çocuklar aralıklı olarak iyi görünüme sahip olmaları nedeniyle muayene sırasında ateşsiz ve genel görünüm olarak iyi olsalar dahi tam idrar tahlili ve gaita tahlili istenmelidir.
 - Eğer çocuk istismarı veya kafa travmasından kuşkulaniyorsa uzun kemik grafileri ve BBT istenmelidir.

- Bebeğin tırnakları uzun ise ya da yüzde tırnaklama izleri mevcutsa daha önce bahsedildiği gibi “korneal çizik” riski nedeniyle Fluorescein ile göz muayenesi muhakkak yapılmalıdır.
- Kalp ve dolaşım ile ilgili herhangi bir kuşku olursa EKG çektilmelidir.
- İnvajinasyon kuşkusu varsa batin USG ve Baryumlu barsak filmi istenmelidir.

Genellikle öykü ve fizik inceleme sonrası herhangi bir pozitif muayene bulgusu olmamaktadır. Bu durumda bebek birkaç kez daha kontrole çağrılmalı ve fizik incelemesi yapılmalıdır. Öyküsünde tekrarlayan, inatçı ağlamaları devam ediyorsa, yaşına uygun yeterli kilo alımı (ortalama haftada 150-200 gr) varsa, tüm fizik muayeneleri normalse akla “gaz sancısı (kolik)” gelmelidir. **Ancak bu tanıyı koymadan önce altta yatan bir hastalık olasılığını kesin olarak elemek gereklidir.** Tedavide kullanılan simetikon’un yararı gösterilememiştir. Metilskopolamin ve disiklomin yararlı olmadığı gibi zararlı etkileri ortaya çıkabilir. Anneye hipoallerjenik diyet konusu halen araştırma aşamasındadır. Bitkisel çaylar olasılıkla yararlı olabilir. Tamamlayıcı tıp yöntemlerinden şiropraktik manipülasyonlar uzman kişilerin yönetiminde yapılırsa yararlı olabilmektedir. Anne-babaya her beslenmeden sonra “gaz çıkartma” yöntemleri anlatılmalı, bebeğe sabırla yaklaşılması gerektiği anlatılmalıdır. Bazı çocuklar aşırı uyarı ve ilgi sonucu ağlama nöbetlerine girebilmektedir. Bu nedenle 20-30 dk. susturulamayan bebekler sessiz, loş ışıklı bir odada yatağa yatırılarak çevresel uyarılardan uzaklaştırılması yararlı olabilmektedir.

Eğer bebek hem anne sütü hem de biberonla beslenen bir çocuksa “inek sütü alerjisi” akla getirilmelidir. Bu bebeklerde “beslenmeden sonra kusma”, kanlı veya mukuslu ishal, kilo kaybı (genellikle günde ortalama 30 gr.dan daha az kaybeder), atopik hastalık (genellikle egzema) ve soygeçmişinde “inek sütü alerjisi” öyküsü bulunabilir. Bu bulgulardan bir veya daha fazlası mevcutsa “inek sütü alerjisi” olasılığı artmaktadır. Bu bebeklerde soya proteini alerjisi de %50 olasılıkla bulunmaktadır. Buna rağmen tedavide inek sütü bazlı yiyecekleri diyetten çıkarıp öncelikle soya bazlı

yiyecekler denenmelidir. Yararlı olmazsa ya da alerji gelişirse ikinci basamak tedavi olarak kısmi hidrolize mamalara (Pepti Junior gibi) geçilmeli, üçüncü basamak olarak aminoasit bazlı (Neocate, Elecare gibi) mamalar kullanılmalıdır. Yeni diyetle yanıtın genellikle 2 hafta içinde alınması beklenmektedir.

Günde 5 defadan daha fazla kusan ve beslenme zorluğu olan çocuklarda “gastroözefageal reflü” tanısı da dışlanmalıdır. Gastroözefageal reflü düşünülen bebeklerde 30 ° açıyla baş ve gövde yüksekte yatırılmalı, her beslenmeden sonra hemen yatırılmamalı ve hoplatarak-zıplatarak sarsıcı bir şekilde oynanmamalıdır. Antiasit (Gaviscon, Mylanta benzeri) kullanımı özellikle 4 aydan küçük bebeklerde sodyum yüklenmesine neden olma olasılığı nedeniyle önerilmemektedir. Ranitidin, omeprazol gibi antireflü tedavileri yapılan çalışmalarda plaseboya üstün bulunamamıştır. Ancak sık kusması olan ve beslenmesi sorunlu hastalarda kullanılması düşünülebilir.

Sulu, köpüklü gaita yapan, gaita pH’sı asidik olan, asidik gaitaya bağlı perianal ekzoriyasyonları bulunan ve gaitada redüktan madde (+) hastalarda ise “laktaz intoleransı” akla getirilmelidir. Tedavide biberonla beslenen çocuklarda laktozsuz diyet denenebilir, 1-2 hafta içinde olumlu bir yanıt alınması beklenmektedir. Anne sütü ile beslenen bebeklerde ise anneden sağılmış süt içine “laktaz içeren damla” ilaçlar veya laktaz tabletler kırılıp küçük miktarlarda (üretici firmanın önerisine uygun olarak) anne sütü ile beslenmeden önce verilebilir.

KAYNAKLAR

1. Pawel BB, Henretig FM. Crying and colic in early infancy. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds). Textbook of Pediatric Emergency Medicine, 5th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2006:229-31
2. Hiscock H. The crying baby. Aust Fam Phys 2006; 35: 680-4
3. Merkley K. The crying infant in the emergency department. J Emerg Nur 2206; 32: 535-40
4. Hiscock H, Jordan B. Problem crying in infancy. MJA 2004; 181: 507-12