

ÇOCUKLARDA KUSMA

Neil Mullen . *Vomiting in the Pediatric Age Group. Pediatr Health. 2009;3(5):479-503. Medscape.*
https://www.medscape.com/viewarticle/711641_3

Kusma, çocuklarda yaygın bir şikayettir. Genellikle gastrointestinal kökenli olsa da, kusma birçok farklı organ sisteminin işlev bozukluğundan kaynaklanabilir.

OLGU SUNUMU:

Şikayeti: Kanepeden düşme ve kusma

Daha önce bir rahatsızlığı olmayan 6 aylık erkek bebek kanepede uyurken halı kaplı zemine düşme nedeniyle Acil Servise getiriliyor. Annesi, bebeğin düşüşünü duyduğunu, hemen ardından ağladığını ve bebeğin birkaç saniye sonra odaya girdiğinde tamamen uyanık olduğunu bildirdi. Olaydan toplam 2 saat sonra hasta, kanlı olmayan, safrsız bir kez kustu. Annesi bir gün önce 6 aylık aşılarının yapıldığını, akşam hafif ateşi olmakla birlikte genel durumunun iyi olduğunu söylüyor. Düşmeden sonra geçen 2 saat içinde bebeğin genel durumunda bir değişiklik olmadığını, iyi görüldüğünü, bir kez kusmanın dışında herhangi bir şikayetin olmadığını bildirdi.

Soru. Bu öyküye göre bir sonraki adımı tanımlayınız.

Yanıt: Fiziksel muayene yaparım.

Öykü:

Genel durumu: Genellikle sağlıklı;

Deri: Döküntü yok;

Baş/kulaklar/gözler/burun/boğaz: Burun akıntısı yok, normal duyuyor;

Akciğer: Öksürük veya duyulabilir hırıltı yok. Nefes alma zorluğu yok;

Gastrointestinal (GI): Kusma. Olay anına kadar normal besleniyor;

Genitoüriner: Normal idrar çıkışı;

Geçmiş tıbbi öykü: Komplikasyonsuz bir gebelik ve gününde doğmuş;

Geçmiş cerrahi öyküsü: Yok;

İlaçlar: Yok;

Alerji: Yok.

Fiziksel Muayene Bulguları:

Vital bulgular: Kan basıncı: 96/56 mm Hg; Nabız: 134/dk; Solunum hızı: 22/dk; SaO₂ : %100; Ateş (alın): 37,4 C; Kilo: 6 kg;

Genel: Hasta sedyede oturuyor (yardımsız), biberonunu tutuyor, belirgin bir travma belirtisi yok. Hasta hem göz hem de baş hareketleriyle doktoru odanın etrafında takip ediyor. Hasta iyi beslenmiş, iyi görünümlü ve akut bir sıkıntı içinde değil;

Cilt: Pembe, sıcak ve kuru, döküntü veya peteşi yok;

Baş: Normosefalik/atravmatik. Hematom, morluk veya sıyrık yok;

Gözler: Pupiller eşit, yuvarlak, ışığa duyarlı, göz dışı hareketleri normal, sklera ve konjonktiva normal;

Kulaklar: Kulak zarları bilateral olarak temizdir

Burun: Burun akıntısı yok;

Ağız: Nemli mukoza zarları. 6 ay boyunca uygun dişler. Travma belirtisi olmayan stabil çene ve orta yüz;

Boyun: Esnek, elle muayenede elle tutulabilen nodül yok ve dikenli çıkıntılar üzerinde elle muayenede hassasiyet yok;

Kardiyovasküler: Düzenli hız ve ritim;

Akciğerler: Dinlendiğinde temiz;

Karın: Skafoid, yumuşak, hassas değil, bağırsak sesleri normal;

Sırt: Normal omurga hizalaması, herhangi bir basamak çıkma veya belirgin kemik hassasiyeti yok;

Genitoüriner sistem: Normal sünnetli erkek. Sol inguinal kıvrımda büyük bir lenf nodu palpe ediliyor;

Nörolojik: Yaşına göre normal motor, duyuşal ve serebellar fonksiyon.

Soru. Ön tanınız var mı?

Yanıt: Yok. Birkaç saat Acil Serviste gözlenmeli.

Hasta acil serviste gözlem sırasında huzursuzdu, 30 dk içinde üç kez safrsız kustu.

Soru. Ne yapmayı düşünürsünüz?

Yanıt:

Damar yolu açar, sıvı resüsitasyonuna başlarım.

Hemogram çalışırım.

Serum Na, K ve Cl çalışırım.

Soru. Hangi sıvı, ne kadar?

Yanıt: %0,9 NaCl, 20 ml/kg/saat, 20 dakika içinde gidecek şekilde veririm.

Soru. 20 dk sonra?

Yanıt:

Laboratuvar Sonuçları:

Tam kan sayımı: Beyaz kan hücresi: 6.700/ μ l, %54 PMN. Hemogloblin: 12.4; Hematokrit: %39;

Elektrolitler: Na + : 134; Cl - : 109; K + : 4,3; HCO 3 - : 21; Cr: 0,6; BUN: 8; Glu: 111;

Karaciğer fonksiyon testi: Alanin aminotransferaz: 92; Aspartat aminotransferaz: 73; Alk fosfotaz: 357; Lipaz: 28;

Soru. Tanınız var mı? Ne yapmayı düşünürsünüz?

Yanıt: Yok. Ayakta direk karın grafisi çekerim.

Soru. Hastanın ayakta çekilen direk karın grafisi aşağıda görülmektedir. Yorumlayınız.

Yanıt: Karında normale yakın gaz dağılımı var. Birkaç bölgede şüpheli hava-sıvı seviyesi görülüyor. Sağ ikrotal bölgede gaz gölgesi görülmekte. İntraperitoneal serbest hava yok.

Hasta film çekilme aşamasında bir kez safralı kustu. Oldukça huzursuz. Aralıklı ağlama atakları var. Bebeği bir kez daha muayene etme kararı veriyorsunuz. Daha önce olmayan hafif abdominal distansiyon geliştiği, sağ kasık bölgesinde var olan kitlenin büyüyerek skrotuma uzandığı, bu kitlenin oldukça sert ve hassas olduğunu saptıyorsunuz.

Soru. Tanınız var mı? Ne yapmayı düşünürsünüz?

Yanıt: Skrotal kitle etyolojisini araştırırım.

Soru. Bunlar nelerdir?

Yanıt: Hidrozel, boğulmuş kasık fıtığı, kordon kisti, inmemiş testis

Soru. Bunların fiziksel muayenede ayırıcı tanı özellikleri nelerdir?

Yanıt:

Hidrozel: Kistik, testisin palpe edilemediği, ağrısız kitle. İşik translününasyonu vardır.
Boğulmuş fıtık: Kasık kanalında veya skrotumda sert, hasssa, yuvarlak, kistik özelliğe benzer kitle. Testis ayrı bir kitle olarak palpe edilir. İşik translününasyonu yoktur.
Kordon kisti: Kasık kanalında yaklaşık 2x1 cm boyutunda, kanal boyunca hareketli, ağrısız, kistik kitle. Testis ile sıkı bağlantısı vardır.
Inmemiş testis: Kanal içinde hareketli, ağrısız solid kitle. Skrotumda ayrı bir testis kitlesi palpe edilmez.

Soru. İnguinoskrotal bölgedeki kitlenin boğulmuş fıtık ve hidrozel ayırımını yapmak için bundan sonraki adımınız ne olur?

Yanıt:

- 1) Skrotumun altına işik tutar, translününasyona bakarım.
- 2) US ile görüntüleme isterim.

Soru. Aşağıda translümünasyon resmi görülmektedir. Yorumlayınız.

Yanıt: Translümünasyon yok. Boğulmuş fitik olabilir.

Soru. Aşağıda translümünasyon resmi görülmektedir. Yorumlayınız.

Yanıt: Translümünasyon var. Hidrosetel.

Soru. US görüntülemenin raporu aşağıdadır. Bundan sonraki adımınız ne olur?

“Sağ skrotumda barsağa ait gaz gölgesi görülmektedir.”

Yanıt: Sağ boğulmuş kasık fitiği tanısı ile Çocuk Cerrahisi konsültasyonu isterim.

Çocuklarda Kusmanın Ayırıcı Tanısı

Pediyatrik yaş grubunda kusmanın ayırıcı tanısı, GI (obstrüktif ve inflamatuvar) etyolojileri, MSS hastalığı, pulmoner sorunlar, böbrek hastalığı, endokrin/metabolik bozukluklar, ilaçlar (yan etki veya aşırı doz), psikiyatrik bozukluklar, boğaz enfeksiyonu, gebelik veya stres gibi çeşitli nedenlere bağlı olabilir.

Gastrointestinal kanallık obstrüksiyonu: Yabancı cisimler, idiyopatik hipertrofik pilor stenozu, intususepsiyon, indirekt inguinal herniler, apandisit, volvulus ve gastroözofageal reflü dahil olmak üzere gastrointestinal sistemi (karaciğer, safra kesesi, pankreas ve apandiks) tıkayan herhangi bir şey kusmaya neden olabilir.

Yabancı Cisimler:

Yabancı bir cisim tarafından gastrointestinal sistemin tıkanması görülebilir. Çocuklarda en sık yutulan yabancı cisimler madeni paralardır. Madeni paraların en sık yerleştiği iki yer krikofaringeal ve alt özofageal sfinkterdir (LES). LES, GI yolunun en dar çapına sahiptir ve bir YB mideye geçebiliyorsa genellikle anüsten çıkabilir.

Çocuklar genellikle madeni paraları yuttuklarında özofagusta takılıp kalabilir Bu durumda, bu çocuklarda salya akması ve hırıltılı solunum olabilir.

Çocukta salya akmıyorsa veya kusmuyorsa, madeni paraların kendiliğinden mideye geçmesi için 24 saat boyunca izlenebilir. Hala özofagusta ise özofagoskopi yapılarak çıkarılır, mideye düşmüş ise spontan defakasyon ile çıkması beklenir.

İnfantil Hipertrofik Pilor Stenozu

İnfantil hipertrofik pilor stenozu (HPS), küçük bebeklerde kusmanın nispeten yaygın bir nedenidir. Etiyolojide pilorun sirküler kas yapısının hipertrofisi ve buna bağlı olarak lümenin tıkanması yatmaktadır. Tipik bir hastada ilk semptomlar 3 haftalıkken gelişir. Bu bebeklerde fıskırarak kusma görülür. H PS'li bebek her zaman **açtır**; kustuktan hemen sonra emmek isterler. Buna karşılık, gastroenterit veya metabolik bir nedenden dolayı kusması olan çocuklar genellikle **anoreksiktir**. İshal veya ateş öyküsü yoktur. H PS genellikle ilk doğan erkek çocuklarda görülür.

HPS'li bebeklerin çoğunun normal elektrolitlere ve sadece hafif dehidratasyonu vardır. Tanı geç konursa bu çocuklar susuz kalır ve yetersiz beslenmeye bağlı kilo kaybederler; hipoglisemi ve hipokalemi ile birlikte hipovolemik, hipokloremik metabolik alkaloz gelişir.

Hipertrofik pilor elle muayene edilmezse, ultrason tercih edilen tanısal görüntüleme yöntemidir.

İnvajinasyon

İnvajinasyon genellikle 3-18 aylık hastalarda görülür. Bu çocuklarda proksimal bağırsaklarının bir kısmının daha distal bir kısmına teleskopik olarak girmesinden dolayı, barsak tıkanıklığı ve sonunda mukozal iskemi gelişir. Olay en sık ileokolik bölgede gelişir (ileokolik invajinasyon). Çoğunun nedeni belirsizdir. İki yaşından sonra gelişen invajinasyonlarda bir başlatıcı nokta aranmalıdır: bağırsak duvarındaki bir polip veya tümör başlatıcı etken olabilir. Henoch Schoenlien Purpura da invajinasyonla birlikte görülebilir

Kusma, karın ağrısı ve kanlı, mukuslu dışkılama ('çilek jölesi' gibi görünen) klasiktir, ancak üçünün de aynı hastada bulunması nadirdir. Aralıklı kolik tarzında ağrı ve buna bağlı huzursuzluk vardır. Semptomlar epizodiktir, peristaltik dalgalarla aynı andadır ve bu arada çocuk bitkin kalır, bazen komaya kadar gider. Bazen sağ üst kadranda invajinasyon kitlesi palpe edilebilir.

Tanı genellikle ultrasonla konur. Hava kontrastlı lavman, semptomların başlangıcından sonraki ilk 48 saat içinde yapılırsa hastaların yaklaşık %80'inde hem tanısal hem de tedavi edicidir.

Boğulmuş kasık fıtığı

Kasık kanalını döşeyen periton uzantısı bebek doğmadan önce kapanması gerekir. Bu bölüm kapanmaz açık kalır ise bir bağırsak halkası bu yolu takip ederek kasıklara veya skrotuma kadar gidebilir. Barsak inguinal kanala veya skrotuma kadar gider ve karın içine dönemez bu bölgede sıkışık kalır ise "barsak boğulması" olarak tanımlanır. Prematüre bebeklerde inguinal herni ve herninin boğulma sıklığı artar. Kızlarda kasık fıtığı oldukça nadirdir.

Sıkışmış, boğulmuş herniler genellikle kasıkta fark edilen ve skrotumun alt kısmına kadar uzanan ağrılı bir kitle olarak ortaya çıkar, hastalarda kusma görülebilir.

Fiziksel muayenede çocuk genellikle ağrılı, huzursuzdur ve kasık kıvrımında veya skrotumda bir kitle görülür.

Sıkışmış fıtıkları olan çocuklarda barsak iskemik hale gelebilir, perforasyona ve sepsise yol açabilir.

Apandisit

Apandisit, genellikle bir fekalit tarafından lümenin tıkanmasıyla başlar. Bu, apandiksin şişmesine ve ardından iskemisine neden olur, apandiks iltihaplanır ve daha sonra 36-48 saat içinde perforasyon gelişir. Apandisit, çocukluk çağında en sık görülen cerrahi acil durumdur ve kusma en sık görülen semptomdur, bunu ateş ve karın ağrısı izler. Perforasyon oranı pediatrik popülasyonda çok daha klasik olarak, hasta anoreksi, periumbilikal ağrı, düşük dereceli ateş ve kusma şikayeti ile gelir. 24-36 saat boyunca ağrı sağ alt kadrana yayılır. Tanı konulmazsa, perforasyon ve peritonit gelişir. Özellikle 4 yaşın altındaki çocuklarda teşhisi zordur.

Apandisitli çocuk yatakta sessizce yatar; muayenenize direnebilir, ancak (kolikli hastalarda olduğu gibi) çığlık atma ve çırpınma olmaz. Çocuk düşük dereceli bir ateşle başlar ve göbek deliğini işaret etmesine rağmen hastanın başlangıçtan itibaren sağ alt kadranda hassasiyeti vardır. Daha sonra, perforasyondan sonra çocukta yaygın peritonit gelişir, muayenede yaygın peritonit görülür ve kusma azalır.

Bir çocukta ishal olmadan karın ağrısı ve kusma varsa ayırıcı tanıda apandisit düşünülmelidir. Tanı için ek tetkikler (ultrason, karın ve pelvisin BT taraması veya çocuk cerrahisi konsültasyonu) yapılması gerekir. Ultrason hassas ve özgüldür, ancak yapana bağlıdır.

Volvulus

Volvulus her yaş grubunda görülebilir ancak yenidoğanlarda en sık görülür. Volvulus, bağırsak malrotasyonunun bir sonucudur. Malrotasyon meydana geldiğinde, mezenter Trietz ligamentinden çekuma kadar olan bir hat boyunca retroperitona yapışmaz, bunun yerine çölyak eksenini çevreleyen ince bir taban boyunca yapışır. Bu, bağırsağın bükülmesine ve ardından iskemiyeye neden olur.

Bebekte safralı kusma ve ardından hızlıca genel durumunda bozulma oluşur. Muayenede çocuk kritik derecede hasta olabilir, hipotansif şokta olabilir. Çocuğun gergin, hassas bir karın vardır. Barsak sesleri kaybolmuştur. Bağırsak sesi ve hava/sıvı seviyeleri olan distandü bağırsak kıvrımları röntgende görülebilir.

Volvulus tıbbi ve cerrahi bir acil durumdur acil cerrahi konsültasyonu gerekir.

Gastroözofageal Reflü

Neredeyse tüm bebeklerde GER vardır. Bebeklerde yutma koordinasyonu zayıftır ve mide boşalması gecikmiştir. Zamanla azalma eğilimindedir ve 12 aylıktan sonra önemli reflü olan bir hasta görmek nadirdir.

Uzun süreli reflülerde, çocukta aspirasyon ve tekrarlayan pnömoni, gelişme geriliği veya özofajit gelişebilir.

Tipik olarak, bu hastalar şiddetli olmayan ancak ağızlarından salya akan 'kusma' yaşayan, biberonla beslenen ve iştahla yutan (ayrıca aerofaji geliştiren) ve ardından 'günde 15 kez kusan' ancak ishal veya ateşi olmayan bebeklerdir. Muayenede, çocuk tamamen iyi görünüyor, mutlu, iyi beslenmiş ve iyi sıvı almıştır, dehidratasyonu yoktur.

Akut Gastroenterit

Akut gastroenterit (AGE), çocukluk yaş grubunda kusmanın en yaygın nedenidir. Gastroenterit vakalarının çoğu bir dereceye kadar kusma ile ilişkilidir. Gastroenteritin bilinen en yaygın etiyojisi olan rotavirüs, neredeyse tüm vakalarda kusmaya neden olur.

Etiyoloji ne olursa olsun, gastroenteritin belirti ve semptomları genellikle oldukça belirli bir örüntüyü takip eder: Çocukta ateş, kusma ve (daha büyük çocuklarda) oldukça şiddetli olabilen belirsiz periumblikal karın ağrısı nöbetleri gelişir. Bunu birkaç saat sonra ishal izler. Ateş genellikle düşük derecededir, ancak shigellosis'te artar. Ateş 24 saat içinde zirveye ulaşır ve ardından 48 saat içinde kaybolur. Kusma da hızla artar ve başlangıcından sonraki 24 saat içinde büyük ölçüde iyileşir ve 48 saat içinde kaybolur. 48 saatten uzun süren önemli kusma, AGE dışında başka bir patoloji açısından değerlendirilmelidir. Mide ağrısı genellikle ishal başlamadan önce vardır ve daha sonra paroksizmal hale gelir ve çocuk dışkılamadan hemen önce oluşur. İshal ilk 2 günde fazladır ve şiddetine ve etiyojisine bağlı olarak 4-7 gün boyunca azalmış bir biçimde devam eder.

Öyküde son 24 saat içinde kaç kez kusma ve ishal olduğunu sormalıdır. İshalde kan veya mukus olup olmadığı sorgulanmalıdır, bunlar bakteriyel hastalığın iki güvenilir belirteçidir. Kusan, enteriti olan, yani sıvı kaybı olan bir hastada 'üç önemli dehidratasyon belirtisi' hakkında soru sorulmalıdır: gözyaşları, salya ve idrar miktarı. Çünkü bunlar bir çocuğun susuz kalıp kalmadığını belirlemek için herkesin kullanabileceği yaygın bulgulardır. Gözyaşları, salya ve ıslak bez neredeyse her zaman iyi sıvı almış bir bebeğin belirtileridir. Ne yazık ki, bu belirtiler yanıltıcı değildir. 2 veya 3 aylıktan küçük bebeklerde sıvı durumları ne olursa olsun genellikle gözyaşı veya salya olmaz. Biberon emen susuz kalmış bir çocuğun ağzı ıslak olabilir ve ateşi ve aşırı ağız solunumu olan iyi beslenmiş bir çocuğun ağzı

kuru olabilir. Ancak genel olarak, üç büyük işaret ebeveynlerin kullanabileceği sıvı durumunun en doğru göstergeleridir.

Fiziksel Muayene Bulguları

Muayenede en önemli husus dehidratasyon derecesidir; bunu belirlemek genellikle oldukça zordur. Birincil bakım hekimi kuru dudaklara bakmalıdır: çoğu çocuk salya, tükürük akıtır veya emzik emer ve dudakları tükürükle parlar. Kuru dudaklar endişe vericidir. Çocuğun gözleri çökük olduğunda önemli dehidratasyon bulgusudur: retro-orbital yağ yastığı küçülür ve gözler geri çekilir.

%10'dan fazla kuru olan çocuklarda zayıf kılcak dolum ve azalmış nabız gözlemlenir, ancak karar vermek genellikle çok zordur. Dehidratasyon yalnızca yakın zamandaki bir kilo mevcutsa doğru bir şekilde değerlendirilebilir. Artan kalp hızı, çökük gözler ve çökük fontanel, azalmış cilt turgoru, zayıf kılcak dolum ve yukarıda belirtilen üç işaretin bulguları ateş, yaş, beslenme durumu ve gözlemcinin deneyimine göre değişir. Aşağıdaki hesaplamalar faydalı olabilir:

- **%5'ten az:** Çok fazla ishal ve kusma var ancak çocuk iyi görünüyor;
- **%10'dan fazla:** oldukça hasta, genellikle şokta;
- **%7:** geri kalan her şey.

Gastroenteritli birçok büyük çocuk karın ağrısından şikayet eder ve muayenede biraz hassasiyet gösterir, bunların hepsi yeterli bir hidrasyon ve antiemetik ile geriler.

Bebekler ve küçük çocuklar sınırlı glikojen depolarına sahiptir ve uzun süreli kusma ve açlıkla hızla hipoglisemiye girebilirler. Hipoglisemik çocuklar genellikle huysuzdur ve su içmeyi reddederler ve bu nedenle genellikle intravenöz sıvılara ve hastaneye yatırılmaya ihtiyaç duyarlar. Oral sıvıların tekrarlanan girişimlerini reddeden, klinik olarak orta/şiddetli dehidrate görünen, serum Na⁺ seviyesi 150 mEq/l'den fazla veya bikarbonat seviyesi 14 mEq/l'den az olan çocuklar hastaneye yatırılmalıdır.

Hepatit

Çocuklarda hepatitin en yaygın nedeni hepatit A'dır. Hepatit A genellikle anikterik bir formda ortaya çıkar ve basit gastroenterit vakası olarak ateş, kusma, karın ağrısı ve ara sıra ishal gibi tipik semptomlar olması nedeniyle yanlış teşhis edilebilir.

Fiziksel Muayene Bulguları

Sarılık (bazen mevcut olmayabilir) ve sağ üst kadranda hassasiyeti aranmalıdır. Pozitif Murphy işareti (hasta derin bir nefes alırken sağ üst kadranın palpasyonu ile artan ağrı) sıklıkla mevcuttur.

Tanı belirgin olmadıkça, karın ağrısıyla birlikte kusma, karaciğer enzimleri, lipaz testi bakılmalıdır. Klasik 'karaciğer fonksiyon testleri' aslında 'karaciğer hasarı testleri'dir ve hepatosit lizisi ile birlikte yükselecektir. Serum amonyak ve protrombin zamanı dahil olmak üzere karaciğer fonksiyonu kontrol edilmelidir. Etiyoloji için bir hepatit paneli kontrol edilmelidir.

Üst Solunum Yolu enfeksiyonları

Üst solunum yolu enfeksiyonu olan, nezleli, gripli çocuklar sekresyonlarını öksürerek atamazlar, yutarlar. Çocuklar balgam çıkarmazlar: öksürdükleri her şeyi yutarlar. Bu, mide bulantısına, iştahsızlığa ve ara sıra kusmaya yol açar.

Peptik Ülser Hastalığı

Peptik ülser hastalığı (PUH) bazen daha büyük çocuklarda (ergenlik öncesi ve ergenlik çağındakiler) görülür. Çeşitli nedenlerle midenin koruyucu mukus bariyerinde bozulma meydana gelir ve bu da gastrik asidin muskularis tabakasını aşındırmasına neden olur. Aşırı asit LES tonusunu düşürür ve gastrik duvarın ve duodenumun tahriş olmasına neden olabilir. Çocuklarda PUH, az miktarda prodromal belirtilerle ortaya çıkabilir. Peptik ülser hastalığı genellikle çocuğu uykudan uyandıran karın ağrısıyla (ki bu oldukça şiddetli olabilir) ortaya çıkar. Kusma yaygındır. İyi tanımlanmamış üst karın ağrısı vardır.

Safra Kesesi Hastalığı

Safra kesesi hastalığı çocuklarda nadir görülür.

Safra kesesi hastalığı en sık orak hücre hastalığı, önceki intravenöz hiperalbuminasyon veya gebelik gibi altta yatan bir tetikleyicisi olan çocuklarda görülür. Vakaların yaklaşık %30'unda risk faktörü yoktur. Her yaş grubunda görülebilmemesine rağmen, herhangi bir yatkınlığı olmayan çocuklarda en sık obez ergen kızlarda görülür.

Kolesistit, 'safra kesesinin iltihabı';

- yüksek beyaz kan hücresi sayısı,
- artmış inflamatuvar belirteçler (C-reaktif protein ve eritrosit sedimentasyon hızı),
- ultrasonda perikolik sıvı ile kalınlaşmış safra kesesi duvarı görülür.

Kolesistitte çocuk tipik olarak periumbilikal veya sağ üst kadranda karın ağrısı ve kusma ile gelir ve bazen sağ omuzda ağrıdan şikayet eder. Bazen safra kesesi taşının safra kanalından duodenuma ilerlerken (düşerken) ortaya çıkan kolik semptomları gösterir: ani, dayanılmaz sağ üst kadranda ağrısı ve kusma.

Safra koluğu, hastada safra taşı olduğunda ve ortak safra kanalını tıkadığında ortaya çıkar. Bu, 3-4 saat içinde kendiliğinden düzelen ani başlangıçlı şiddetli ağrıya neden olur. Ultrasonda safra taşları görülecektir ancak inflamatuvar belirteçler negatiftir.

Fiziksel Muayene Bulguları

Muayenede, çocukta sağ üst kadranda hassasiyeti vardır, düşük dereceli ateş yaygındır. Pozitif Murphy belirtisi olabilir: parmaklar sağ kosta marjın etrafına sarıldığında çocukta inspirasyonla artan ağrı vardır.

Pankreatit

Pankreatit çocuklarda çok nadir görülür.

Pediyatrik yaş grubunda pankreatit çoğunlukla idiyopatiktir; ancak travma, ilaçlar (örn. diüretikler, trimetoprim-sülfamoksazol veya H₂ blokerleri), safra kesesi taşları veya enfeksiyonlar (örn. kabakulak veya suçiçeği) nedeniyle de ortaya çıkabilir.

Bu çocuklarda epigastrik ağrı ve kusma görülür. Muayenede, çok hassas epigastrium ve azalmış bağırsak sesleri vardır, belirgin ağrı ve uzun süreli kusması olan, düşkün, susuz kalmış hastalardır. Diyabet eşlik edebilir.

Belirgin bir etiyolojisi bulunmayan karın ağrısı ve kusması olan hastalarda karaciğer fonksiyon testleri ve serum lipazı çalışılmalıdır. Lipaz genellikle normalin üç katıdır. Peroral beslenme kesilir ve olayın yatışması beklenir. Bu süre içinde etyoloji araştırılır.

Santral Sinir Sistemi Hastalıkları

Çocuklard kusmaya neden olan dört yaygın SSS nedeni vardır:

- 1) Beyin sarsıntısı/beyin sarsıntısı sonrası sendromu,
- 2) Artmış kafa içi basıncı (KİB),
- 3) Migren baş ağrısı ve
- 4) Viral menenjit.

Beyin Sarsıntısı

Beyin sarsıntısı, "bilinç kaybını olan veya olmayan travma kaynaklı zihinsel durum değişikliği" olarak tanımlanır. Kafa karışıklığı ve amnezi beyin sarsıntısının ayırt edici özellikleridir".

Beyin sarsıntısı geçiren hastalarda, tanım gereği 6 saatten az süren semptomlar görülür. Hafıza kaybı ve yeni anılar oluşturmama beyin sarsıntısının ayırt edici özellikleridir. Çocuk vurulduğunu veya yaralanmaya yol açan birkaç anı (geriye dönük amnezi) veya darbeden hemen sonraki zaman dilimini (ileri dönük amnezi) hatırlamayacaktır. Bazen çocuk anı oluşturmada sorun yaşayacak ve tekrar tekrar "Bana ne oldu?" diye soracak ve oldukça tedirgin görünecek, ancak rahatlatıldığında sakinleşecek ve süreç 5 dakika sonra tekrar başlayacaktır. Daha küçük bir çocuk, yaralanmayla tutarsız bir şekilde aşırı uzun bir süre boyunca kontrolsüz bir şekilde ağlayacaktır. **Kusma çok yaygındır.**

Beyin Sarsıntısı Sonrası Sendromu

Beyin sarsıntısı 6 saatten az sürmesine rağmen, çocukların yaklaşık %15'i, kalıcı baş ağrısı, 'bulanık' düşünce, ara sıra kusma ile birlikte mide bulantısı ve 'ruhsal çöküntü'den okul başarısızlığına, (yetişkinlerde) işini kaybetmeye veya boşanmaya kadar uzanan kişilik değişimlerinden oluşan beyin sarsıntısı sonrası sendromunu yaşayabilirler.

Artmış İntrakraniyal Basıncı

Artmış İKB'in dört temel türü vardır: hidrosefali, serebral ödem, intrakraniyal kanama ve tümörler. Hepsisi kusmayla ilişkilidir, özellikle geceleri (hidrostatik basınçlar devreye girdiğinde).

Kafatası sert bir kap görevi gördüğünden, beynin üç bölmesinden herhangi birinin - kan, BOS veya parankim - hacmindeki artışlar İKB'da artışa neden olur. Buna ek olarak, kafatası içindeki herhangi bir kitle etkisi - tümör veya kanama sonucu kan - İKB'i artıracaktır. Hidrosefali, ventriküllerden BOS akışının engellenmesinden veya araknoid granülasyonlarda emilememesinden kaynaklanabilir. Ventriküller şişer ve İKB artar.

En sık görülen beş çocuk beyin tümöründen yaklaşık dördü serebellar yerleşimlidir ve bu nedenle tipik olarak özellikle **gece veya sabahın erken saatlerinde baş ağrısı ve kusma** ile ortaya. Ataksi mevcut olabilir.

Kusmayla birlikte kafa travması her zaman kafa içi kanama olasılığını düşündürmelidir.

Migren Baş Ağrıları

Migren baş ağrıları sıklıkla kusmayla ilişkilendirilir.

Çocukluk migren baş ağrılarının aşağıdaki yedi kriterden üçüne sahip olması gerekir: karın ağrısı, mide bulantısı veya kusma, zonklayan baş ağrısı, tek taraflı yerleşim, ilişkili aura (genellikle baş ağrısından önce), uykudan sonra rahatlama veya pozitif aile öyküsü.

Viral Menenjit

Viral menenjit genellikle yaz aylarında görülen bir hastalıktır ve arbovirüsler (sivrisinek kaynaklı) veya enterovirüsler (dışkı-ağız yoluyla bulaşma) tarafından meydana gelir. Salgınlar halinde görülebilir.

Çocukta genellikle ateş, baş ağrısı, fotofobi ve kusma görülür. Viral menenjit çocuğun kusmasına neden olurken bakteriyel menenjitli çocuklarda genellikle kusma gibi bir durum görülmez.

Böbrek Yetmezliği

Kusma, böbrek yetmezliğinde tipik olan metabolik bozukluklardan kaynaklanır. Üremi ve asidoz her ikisi de kusmaya neden olur. Akut böbrek yetmezliği genellikle yüksek kan basıncı ve çay renginde idrarla fark edilebilir. Tipik olarak poststreptokokal akut glomerülonefrit, hemolitik üremik sendrom veya Henoch-Schoenlien Purpura'dan kaynaklanır. Kronik böbrek yetmezliği çok daha gizli olabilir, büyüme geriliği veya hipertansiyon veya sırt ağrısı, yorgunluk ve kilo kaybı (veya ödemden kilo alma) gibi bir dizi spesifik olmayan şikayetle ortaya çıkabilir.

Piyelonefrit

Genellikle koliformların neden olduğu böbrek parankiminin bir enfeksiyonudur (en yaygın olanı Escherichia coli'dir). Ateşi ve enfekte idrarı olan bebeklerde sistit veya piyelonefrit olabilir. Birinci basamak hekimlikte tüm hastaların piyelonefrit olduğunu varsaymalıdır. Belirsiz nedenlerle, idrar yolu enfeksiyonu olan yenidoğanlarda sıklıkla direkt hiperbilirubinemi gelişir.

Yavaş gelişen sırt ağrısı sormalıdır. Kusma ve ateş yaygındır. Sistit belirtileri olabilir. Dizüri ve idrar sıklığı sorgulanmalıdır.

Bu hastalar düşkün, ateşli görünür ve sırtlarını tutarlar. Yumruk perküsyonuna karşı belirgin kostovertebral aç hassasiyeti vardır.

Böbrek Taşları

Böbrek taşları çocuklarda nadir görülür ve böbrek taşı olan her çocuğun metabolik bozukluk, özellikle sistinüri açısından incelenmesi gerekir.

Böbrek taşları, kusmanın nispeten belirsiz nedenlerinden bir diğeridir. Dayanılmaz, kolikli yan ağrısı aniden gelişir, normal insanların hayal edebileceğinden daha kötü olduğu varsayılır, idrarda kanla (vakaların %85'inde) ve kusmayla ilişkilidir. Ağrı genellikle kostovertebral kavşakta başlar, ancak karnın alt kadrantlarına ve testislere/dudaklara doğru öne doğru yayılabilir. Pozitif bir aile öyküsü yaygındır.

Diyabetik Ketoasidoz

Diyabetik ketoasidoz genellikle yeni başlayan diyabette, insülinlerine uymayan ergenlerde veya ebeveynleri "çok fazla yemedikleri için" insülinlerini vermeyen hasta çocuklarda görülür.

Olay insülin eksikliği ve ozmotik diüretikler olarak işlev gören glikoz ve keton cisimlerinin birikmesi etrafında döner ve bu da kusma, şok ve dehidratasyon, asidoz ve hiperosmolar durumla gelen bir çocuğa yol açar.

Gebelik

Hamile kadınlar, belirsiz nedenlerle sıklıkla kusarlar, sabah bulantısı çok yaygındır. Genellikle ilk trimesterin sonuna doğru görülme sıklığı belirgin şekilde azalır, ancak hiperemesis gravidarum bazen gebeliğin herhangi bir döneminde görülebilir.

Kusma, gebeliğin başlangıç belirtisi olabilir; bu nedenle, doğurganlık çağındaki ve kusma şikayetiyle gelen herhangi bir adölasanda idrar gebelik testi bakılmalıdır.

Stres

Birçok çocuk herhangi bir stresten sonra kusar. Bu oldukça şiddetli olabilir (sepsis veya herhangi bir nedenden dolayı şok geçiren çocuklar ileus nedeniyle kusabilir).

Orta kulak iltihabı olan çocuklar bir veya iki kez kusabilir.

Herhangi bir nedenle ağlayan bir çocuk da kusabilir.

Beyin sarsıntısı veya intrakraniyal yaralanma olmadan başlarını çarpan çocuklar genellikle birkaç kez kusarlar.

İlaçlar

Birçok ilacın belli oranda mide-bağırsak yan etkileri vardır, ancak kusma oldukça nadirdir.

Uygun dozlarda verildiğinde sadece birkaç yaygın kullanılan ilaç kusmaya neden olur - kodein, eritromisin, bazı doğum kontrol hapları, teofilin ve bilinmeyen bir nedenden dolayı bazı proton pompası inhibitörleri. Bu semptomlar her zaman aç karnına alındığında daha kötüdür.

Bunların dışında birçok ilaç aşırı dozda alındığında hastanın kusmasına neden olur, digoksin, aspirin, demir ve asetaminofen gibi.

..... bitti