



İnfanıl Kolikte Risk Faktörleri ve Ailelerin Kullandıkları Tedaviler

Risk Factors in Infantile Colic and Treatments Used by Families

Mehmet Karacı

ÖZET

Amaç: İnfantil kolik (İK); sağlıklı büyüyen bir bebekte günün belirli saatlerinde meydana gelen, 4. aya kadar devam eden ağlama krizleridir. İK sıklığı %8-40 arasında olup kesin nedeni bilinmemektedir. Bu çalışmada bölgemizdeki çocuklardaki risk faktörleri ve tedavi çeşitlerini ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma hastanemizde doğan ve düzenli takip edilen yaşları 3 hafta-6 ay arası olan sağlıklı 400 bebek üzerinde yapıldı. Wessel'in tanı kriterlerine göre İK tanısı alanlar ve almayanlar gruplandırıldı. Çalışma ve kontrol grubuna katılan bebeklerin ailelerine çalışma başlangıcında bazı sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı bir anket formu dolduruldu ve ayrıntılı anamnez ve fizik muayeneleri aynı hekimce yapıldı.

Bulgular: Çalışmada 400 bebek değerlendirildi. İK grubunda 88 (%22) kontrol grubunda 312 (%78) çocuk vardı. Hastalarımızda sezeryan ile doğum, annenin sigara içmesi, annenin çalışması risk faktörü olarak saptandı. Kolik grubunda daha erken tamamlayıcı beslenmeye geçildiği gözlemlendi. Hekim tarafından en sık önerilen tedaviler sırasıyla; çinko naturel, probiyotikli damlalar ve simetikon damla olmuştur. Davranışsal yatıştırma yöntemleri ise sırasıyla; kucağa alma, emzirme, sallama olarak saptandı. Kolik tedavisi alan ve almayan gruplar arasında düzelme süreleri açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi.

Sonuç: İnfantil kolikğin yönetiminde ailelerin İK hakkında daha fazla bilgilendirilmesi ve sigara gibi engellenebilir risk faktörlerinin uzaklaştırılması önerilebilir.

Anahtar sözcükler: İnfantil kolik; risk faktörü; tedavi.

ABSTRACT

Objectives: Infantile colic is defined as repeated episodes of excessive crying a healthy baby during the first months of life. The incidence is between 8% and 40%. The exact cause is unknown, but it typically resolves by the age of 6 months. The aim of this study to examine risk factors and types of treatment applied in this region.

Methods: This study was conducted with 400 healthy babies who were born in a single hospital and followed up regularly. The infants were grouped according to Wessel's diagnostic criteria defining infantile colic. The parents completed a questionnaire that requested some sociodemographic data at the beginning of the study, and a detailed anamnesis and physical examination was performed by a single physician.

Results: In all, 400 infants were evaluated. There were 88 (22%) in the colic group and 312 (78%) in the control group. Caesarean section birth, maternal smoking, and a mother with a job outside the home were found to be risk factors. It was observed that the colic group had early supplemental feeding. The most common treatments recommended by physicians were natural zinc, probiotic drops, and simethicone drops. The most common behavioral sedation methods were breastfeeding, holding the child, and shaking. No significant difference was observed in recovery time based on treatment.

Conclusion: It may be advisable to inform parents about infantile colic preventable risk factors, such as smoking.

Keywords: Infantile colic; risk factor; treatment.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Şehit Prof. Dr. İlhan Varank
Sancaktepe Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Çocuk
Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Atf için yazım şekli: Karacı
M.İnfanıl Kolikte Risk Faktör-
leri ve Ailelerin Kullandıkları
Tedaviler. Bosphorus Med J
2019;6(2):54-9.

Başvuru tarihi: 28.09.2018
Kabul tarihi: 28.05.2019

Yazışma Adresi:

Dr. Mehmet Karacı, Sağlık
Bilimleri Üniversitesi, Şehit
Prof. Dr. İlhan Varank San-
caktepe Eğitim ve Araştırma
Hastanesi, Çocuk Hastalıkları
Kliniği, Emek Mahallesi,
Namık Kemal Cd., 34785 San-
caktepe, İstanbul, Turkey

Tel:

+90 532 786 81 87

e-posta:

mkaraci@gmail.com

OPEN ACCESS



This work is licensed under a
Creative Commons Attribution-
NonCommercial 4.0 International
License.

İnfantil kolik (İK) ilk 3-4 aylık bebeklerde görülen, genellikle akşam saatlerinde ortaya çıkan, sebebi olmaksızın durdurulamayan ağlamanın ön planda olduğu bir durumdur.^[1] Normal ağlama doğumdan itibaren ilk haftalarda başlayıp 6-8. haftalara doğru günde en fazla 2-3 saate kadar ulaşır.^[2, 3] Farklı tanımlamalar olsa da en çok kullanılan Wessel'in 3'ler kuralıdır. Buna göre başlangıcı ilk haftalarda olan, günde 3 saatten fazla, haftada 3 günden fazla olan ve en az 3 haftadır devam eden, genellikle öğleden sonra ve/veya akşam saatlerinde ortaya çıkan, açıklanamayan ve kontrol edilemeyen ağlama nöbetleri "İnfantil Kolik" olarak tanımlanmaktadır.^[4] Günümüzde Rome IV kriterlerine göre ise yaşamın ilk 5 ayında büyüme geriliği olmayan bebeklerde, belirgin bir neden olmadan başlayan ve biten, huzursuzluk/ağlama ile birlikte görülen, bir haftadan daha uzun süren, haftada en az 3 gün günde en az 3 saat devam eden irritabilite nöbetleri İK olarak tanımlanmaktadır.^[5] İK sıklığı prospektif çalışmalarda %3-28, retrospektif çalışmalarda ise %8-40 olarak verilmekte olup, ailelere ve sağlık hizmetine büyük bir yük getirmektedir.^[6-9] Yapılan çalışmalarda vakaların %90'ında 4. ayın sonunda kolik belirtilerinin kaybolduğu bildirilmiştir.^[10, 11] İK normal ağlamanın üst noktası olarak kabul edilse de bebeğin sürekli ağlaması, annelerde; çaresizlik, yorgunluk, uykusuzluk, tükenme, özgüven yitimi, yetersizlik duygusu, kaygı ve emzirme sorunları gibi bulgular ortaya çıkabilir. Bu annelerde depresyon sıklığının da arttığı çalışmalarda gösterilmiştir.^[3, 12-14] İK etyolojisi henüz tam aydınlatılamamıştır, özellikle gastrointestinal nedenler, psikososyal faktörler ve nörogelişimsel teoriler üzerinde durulmaktadır.^[2, 15] Bu tablonun oluşumunda çok fazla risk faktörü ortaya atılmıştır. Farklı çalışmalarda farklı risk faktörleri anlamlılık kazansa da kesin bir risk faktörü belirlenememiştir.^[2] İnfantil kolik kesin nedeni bilinemediğinden semptomların giderilmesi için zaman içinde birçok tedavi seçeneği öne sürülmüştür. Bu çalışmadaki amacımız kendi hastalarımızdaki risk faktörlerini ve bölgemizdeki tedavi seçeneklerini ortaya koymaktır.

Yöntem

Çalışma Aralık 2016-2017 tarihleri arasında hastanemizde doğan ve düzenli takip edilen yaşları 3 hafta-4 ay arası olan sağlıklı 400 bebek üzerinde yapıldı. Wessel'in 3'ler kuralına göre İK tanısı alanlar ve almayanlar gruplandırıldı. Tüm annelerden yazılı bilgilendirilmiş olur formu alındı. Çalışma ve kontrol grubuna katılan bebeklerin ailelerine çalışma başlangıcında bazı sosyodemografik özelliklerinin sorgulandığı bir anket formu dolduruldu. Bebekler aynı klinisyen

tarafından muayene edildi. Çalışmaya katılan tüm bebeklerin ayrıntılı fizik muayenesi yapıldı ve bebekler iki ve altı aylık iken tekrar muayene edilip verileri her vizitte kaydedildi. Çalışmaya erken doğan, eşlik eden kronik hastalığı, konjenital anomalisi, perinatal asfiksi anamnezi ve/veya asfiksi sekeli olan ve değerlendirme sonucunda bir patoloji saptanan bebekler alınmadı. Çalışma prospektif vaka-kontrol kohort çalışması olarak planlandı.

Çalışmanın istatistiksel analizi SPSS (Statistical Package for Social Science Chicago, IL, USA) 15.0 paket programlarında yapıldı. Uygun veriler yüzde, bağımsız t-testi, ki-kare ve lojistik regresyon testleri kullanılarak değerlendirildi. $P \leq 0.05$ olarak bulunan sonuçlar anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular

Çalışmada 400 sağlıklı bebek ve anneleri değerlendirildi. İK grubunda 88 (%22) kontrol grubunda 312 (%78) çocuk vardı. Grupların karşılaştırılması ve bazı sosyodemografik özellikleri tablo 1'de özetlenmiştir. Bebeklerin %85.7'sinde şikayetlerin ilk dört haftada başladığı tespit edildi. Hastaların %85.7'sinde saat 19.00'dan, %50.0'sinde ise saat 22.00'den sonra ağlama ataklarının başladığı ve ağlama ataklarının ortalama 3.7 ± 0.5 saat sürdüğü tespit edildi. İnfantil kolik olan grup ile kontrol grubu arasında sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, doğum kilosuna-baby-baş çevresi, anne yaşı, beslenme şekli, emme sayı ve sıklığı, ilaç kullanımı, kaçınıcı çocuk olduğu, kardeş ve/veya akrabalarda da kolik hikâyesinin olması, gebelikte geçirdiği hastalıkların, kullandığı ilaçların, bulantı, kusma veya uyku probleminin olması, diyetten gıda çıkarması, babanın yaş ve eğitim düzeyi, ebeveynlerin evlilik süresi, akrabalık ve sosyoekonomik durumu açısından fark yoktu.

Grupların doğum öyküleri karşılaştırıldığında İK grubunda sezeryanla doğan bebek sayısı %65.9 iken kontrol grubunda bu oran %29.2 idi ($p=0.04$) ama doğumda kullanılan anestezi (genel anestezi/epidural anestezi) arasında fark bulunamadı. Çalışan annelerin çocuklarının %67.1'inde infantil kolik görülürken çalışmayan annelerin çocuklarının sadece %28.5'sinde infantil kolik olduğu bulundu ($p=0.03$). Annelerin eğitim durumu ile kolik arasında bir ilişki saptanmadı. Ama annelerin %19.6'sı bebeklerin ağlamasının zararlı olduğuna inanıyordu. Eğitim süresi sekiz yıl ve daha az olan annelerin %25.9'u, sekiz yıldan fazla olan annelerin %13.3'ü bebeklerin ağlamasını zararlı bulduğunu bildirdi ($p=0.027$). Annenin sigara içmesi risk faktörü olarak saptandı. Kolik grubunda %19.3 kontrol grubunda ise %7.6 sigara için anne

Tablo 1. Grupların bazı sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Kolik, n (%)	Kontrol, n (%)	p
Cinsiyet kız/erkek	46 (52.2)/2 (47.8)	161 (51.6)/151 (48.4)	0.60
Tanı sırasındaki yaşı (gün)	31.4±15.4		
Normal doğum	30 (%34.1)	221 (70.8)	0.04
Sezeryanla doğum	58 (%65.9)	91 (29.2)	
Doğum ağırlığı (gram)	3120±220	3210±205	0.31
Doğum boyu (cm)	49.6±1.7	50.1±1.9	0.19
Doğum baş çevresi (cm)	35.7±0.9	35.4±0.6	0.69
Anne yaşı	28.4±4.0	27.6±5.8	0.22
Anne çalışma durumu	59 (67.1)	89 (28.5)	0.03
Sigara içen anne	17 (19.3)	24 (7.6)	0.01
Tamamlayıcı beslenmeye geçiş (ay)	4.0±1.2	4.9±0.6	0.02
Kolik geçme süresi (ay)			
Tedavi alan	4.2±1.7		
Tedavi almayan		4.1±1.58	0.7

vardı (p=0.01). Grupların beslenme özellikleri değerlendirildiğinde çalışmaya katılan bebeklerin tanı anında yaklaşık %76'nın sadece anne sütü ile beslendiği, %3.9'nun ise hiç anne sütü almadığı tespit edildi. İK grubundaki bebeklere kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde ek besinlere daha erken başlandığı saptandı (p=0.02). Gebelik öncesi, sonrası veya gebelikte barsak problemleri (kabızlık, ishal, şişkinlik vb) yaşayan annelerin bebeklerinde İK daha fazla idi (p=0.042). Kolik vakalarının 71'i (%80.6) en az bir kere hekime başvurmuştu. Hekime başvurmayan 17 (%19.4) hastaya hekim önerisi olmaksızın ailesi tarafından davranışsal ya da medikal tedavi başlanmıştı. Hekim tarafından en sık önerilen medikal tedaviler sırasıyla, çinko naturel (%36), probiyotikli damlalar (%33), simetikon damla,^[26] rezene çayı,^[12] Nurse Harvey's colex bitkisel şurup (Dereotu yağı, karaman kimyon yağı ve %1 oranında sodyum bikarbonat) (%10) ve elma yağı masajı (%4) olduğu görüldü. Hastaların kullandıkları ilaç tedavileri çoğunda şikayetleri olduğunda dönemde verilmişti, sadece probiyotikli damlalar 1 ay boyunca düzenli kullanılmıştı. Davranışsal yatıştırma yöntemleri ise sırasıyla; kucağa alma, emzirme, sallama (ayakta, salıncakta, battaniye içinde), müzik dinletme, banyo-masaj yaptırma, hafif tekdüze, tekrarlayıcı ses dinletme (fön makinesi, elektrik süpürgesi vb) ve araba gezintisine çıkarma idi. Grupların izlemlerinde tanı anında ve altıncı aylarda ağırlık, boy ve kilo ölçümleri arasında istatistiksel bir fark yoktu. Tedavi alan ve almayan grup (15 hasta-%17) arasında düzelme süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı sonuç bulunmadı (4.2±1.7 ay – 4.1±1.58 ay).

Tartışma

İnfantil kolikğin gelişimsel ağlama paterninin bir varyantı olabileceği konusunda görüşler bulunmaktadır.^[2, 16] Poliklinik pratiğinde; üç ayın altında bebeği olan her altı aileden birinin bebeğinin fazla ağlaması nedeniyle doktora başvurduğu belirlenmiştir.^[2] Tanı koymada en önemli basamak; bebeğin ayrıntılı muayenesinin yapılması, büyüme ve gelişiminin değerlendirilmesidir. Aslında yapılan bir çalışmada; çok ağlayan bebeklerde öykü ve fizik muayenesinin en önemli tanılama araçları olduğu tek yararlı laboratuvar testinin idrar analizi olabileceği öne sürülmüştür.^[17] Wessel ve arkadaşlarının ilk kez 1954 yılında tanımladığı üçler kuralı en sık kullanılan tanımlamadır. Biz de çalışmamızda İK tanısı için bu tanımlamayı kullandık. İK tanısı konulurken aynı zamanda benzer tablolara neden olabilecek ve çeşitli yayınlarda sadece %5 oranında olduğu belirtilen enfeksiyonlar, gastrointestinal sorunlar, beslenme sorunları, travma, ilaç reaksiyonu, nörolojik nedenler ve kardiyovasküler nedenler gibi organik patolojiler dışlanmalıdır.^[18] Bir çalışmada anneler tarafından rapor edilen İK insidansı %80.1 olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte aynı çalışmada Wessel ölçütleri kullanıldığında toplam İK insidansı %16.3 olarak tespit edilmiştir.^[19] Bizde çalışmaya aldığımız hastalarda %22'lik bir oran saptadık. Kolikğin etiyojisi halen bilinmemektedir. En çok kabul gören teoriler, besin alerjisi, hipermotilite, barsaklarda aşırı gaz oluşumu ve gastrointestinal immatürite ile açıklanan gastrointestinal teori, uygun olmayan anne bebek ilişkisini esas alan interaksyonel teori ve ilk 3 ay özellikle akşamları artmış serotonin konsantrasyonları ile semptomları ilişkilendiren santral sinir sistemi

immatüritesidir.^[20] Çalışmamızda literatürdeki bilgiler ışığında İK grubu ile kontrol grubunun bazı sosyodemografik özellikleri kaydedildi ve farklılıklar araştırıldı. Çalışmalarda özellikle 35 yaştan ileri anne yaşı risk faktörü olarak bulunmuşken bu çalışmada anne yaşları arasında istatistiksel bir fark yoktu.^[21] Beklide bizim çalışmamızda anne yaş ortalamasının 35 altında olması etken olmuş olabilir. Aslında ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştu.^[22] Anne baba eğitim durumu ile İK arasındaki ilişki ile ilgili literatürde çelişkili sonuçlar bulunmuştur. Bazı çalışmalar anne eğitim düzeyi arttıkça İK görülme sıklığında hafif bir artma olduğunu bildirmekte iken diğerleri tam tersini savunmaktadır.^[21-23] Yalçın ve ark.^[6] yaptıkları çalışmalarında anne eğitim düzeyi sekiz yıl ve altında olan çocuklarda kolik sıklığını daha fazla bulmuşken, bizim çalışmamızda anne eğitim düzeyi ile İK arasında bir ilişki bulunmadı. Annenin çalışma durumu ile İK arasında ilişki bulan yayınlar olduğu gibi bulmayan yayınlar da vardır.^[6, 22, 24] Çalışmamızda çalışan annelerde İK sıklığı çalışmayan annelere göre daha yüksek bulundu ($p=0.03$). Bu durumun çalışan anne ve bebek arasında oluşabilecek bağlanma sorunlarından kaynaklanmış olabilir. ABD'de doğum yapan tüm kadınların %12'nin sigara içtiği bildirilmiştir.^[25] Yeni epidemiyolojik kanıtlar sigara dumanına ve metabolitlerine maruziyetin İK'te risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir.^[25] Gebelik sırasında sigara kullanımının İK gelişmesi açısından araştırmalar çelişkilidir.^[20, 21-26] Ülkemizde yapılan bir çalışmada hamilelikte içilen sigara ile kolik arasında ilişki tespit edilmişken doğum sonrası annenin sigara içmesiyle İK arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.^[6] Ancak yapılan bir metaanalizde kolik ile annenin sigara içimi arasında bir ilişki kesin olarak gösterilmiştir ve bunun bebekte motilin seviyesinin artması ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.^[25] Yine bu metaanalizde hamilelik sırasında en az 15 sigara içen annelerin bebeklerinde, İK risklerinde iki kat artış gösterilmiştir (RR: 2.1;% 95 CI: 1.4-3.2). Ayrıca doğumdan sonra sigara içen ancak hamilelik sırasında sigara içmeyen annelerin bebekleri de kolik olma ihtimali iki katıydı (RR: 2.0;% 95 CI: 1.3-3.0). Şaşırtıcı bir şekilde, hem hamilelik sırasında hem de doğumdan sonra sigara içen annelerin bebekleri, sigara içmeyenlerin bebeklerine kıyasla, kolik olma ihtimalinin sadece %50'sindeydi (RR: 1.5;% 95 CI: 1.1-2.0). Bu çalışmada da sigara içen anne bebeklerinde İK daha sıkı ($p:0.01$). Ülkemizde yapılan çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da doğum ağırlığı ile İK arasında ilişki bulunmamıştır.^[6, 24, 27] Çalışmamızda sezeryanla doğanlarda normal doğuma göre daha fazla İK riski saptandı ($p:0.04$).

Literatürde arada bir fark olmadığını söyleyen yayınlar olduğu gibi,^[8, 28] Routa'nın^[29] yaptığı çalışmada da bize benzer olarak sezeryan ile doğumlarda kolik sıklığı daha fazla bulunmuştur. Beslenme şekli ile kolik gelişimi arasında bir ilişki olup olmadığı konusunda tam bir fikir birliği yoktur. Anne sütüyle beslenmenin kolik gelişiminde koruyucu bir etkisinin olmadığı yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiştir.^[20, 24, 27, 29] Bu çalışmada da anne sütü ile beslenme koyucu ya da risk faktörü olarak görülmedi. Bu nedenle anneler anne sütüyle besleme konusunda desteklenmelidirler. Ebeveynler bazen ağlayan bebeklerinin aç olduğunu düşünerek mamaya başlayabilir ya da ek besinler verebilirler. Yapılan bir çalışmada annelerin %85.8'i bebeklerin aç oldukları için ağladıklarını belirtmişlerdir.^[3] Çalışmamızda infantil kolikli grubun (4.0 ± 1.2), kontrol grubuna (4.9 ± 0.6) oranla daha erken dönemde ek gıdaya başladığı görüldü ($p=0.02$). Kolik atakları olan çocuklara anne sütünün kesilerek başka besinlerin başlanabileceği, bu nedenle durumun nedenden çok sonuç olabileceği düşünüldü. Her iki grubun altıncı aydaki beslenme özellikleri değerlendirildiğinde toplam öğün sayısı, anne sütü öğünü sayısı ve ek gıda içeren öğün sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edildi. Koliğin patogenezi tam olarak anlaşılamadığından tedavisi de tartışmalıdır. Farmakolojik yaklaşımlardan en çok bilineni simetikondur. Yapılan çok önemli bir çalışmada simetikon ile plasebo grubunun sonuçları benzer çıkmıştır.^[30] Bugüne kadar simetikon kullanımıyla ilgili ciddi yan etkiler bildirilmemiştir. Bizim çalışmamızda simetikon hekimler ve aileler tarafından en sık tercih edilen 3. ilaç olarak bulunmuştur. Günümüzde kolikte probiyotik kullanımı artmıştır. Profilaktik probiyotik kullanımının da infantil kolikli azalttığına işaret eden çalışmalar olmasına rağmen,^[33, 35] bazıları da hiçbir etkisi olmadığını göstermektedir.^[36] Bitkisel ilaçlardan bilinen rezene yağı, papatya yağı, meyan kökü, oğul otu karışımlarının antispazmodik aktivite ile İK'li infantlarda ağlamayı azalttığı yapılan metaanalizlerde gösterilmiştir.^[8, 31] Çalışmamızda kolik tedavisinde bitkisel tedavi yaklaşımları hem hekimler hem de aileler tarafından en sık tercih edilen yöntem olarak saptanmıştır. Ancak etkinlik olarak diğer tedavi yaklaşımlarına üstünlük göstermemiştir. Bitkisel tedavilerde aileler yan etkiler açısından kesinlikle uyarılmalıdır. Aileye infantil kolik anlatılması, bu durumun altında hastalık olmadığı hakkında güven verilmesi ve genelde 4. aydan sonra kendiliğinden düzelecek, geçici bir dönem olduğu şeklinde bilgilendirilmesi çok önemlidir. Zaten Parkin ve arkadaşları,^[32] ailenin desteklenmesinin ve güven verilmesinin gerekli olduğunu vurgulamıştır. Bu çalışmada, annelerin be-

bekleri ağladığında en sık kullandıkları/en etkili buldukları yatıştırma yöntemlerinin kucağa alma, emzirme ve sallama olduğu saptanmıştır. 2016'da yapılan bir çalışmada, annelerin büyük bir bölümünün bebekleri çok ağladığında ve sinirlendiklerinde bile bebeği sakinleştirmek için uğraşmaya devam ettiklerini bildirmişlerdir. Annelerin çoğu bu durumla kendi başa çıkmaya çalışmakta ve yardım istememektedir. Bu durumda bebeğini susturamayan bir annenin stresinin daha da artacağı ve özyeterlilik duygusunun azalabileceği ifade edilmiştir.^[3] Artmış stresin bebeklerle anneleri arasındaki ilişkiyi olumsuz etkileyeceği ve istenmeyen davranışlara ya da düşüncelere neden olabileceği bilinmektedir.^[34] İK kendini sınırlayan bir durumdur. Çalışmamızda kolik şikâyetinin düzelleme süresi değerlendirildiğinde en fazla düzelleme %82 oranında ilk 3-4 ayda olurken, vakaların %95'inin ilk 6 ayda düzeldiği görüldü. Kolik tedavisi için herhangi bir tedavi alan ve almayan grup arasında düzelleme süreleri açısından anlamlı bir farklılık izlenmedi. İK hastaları aslında uzun süre izlenmelidir. Çünkü İndrio ve ark.^[33] yaptığı çalışmada; erken bebeklik döneminde kolik, regürjitasyon ve konstipasyon gibi sorunlar yaşayan çocuklarda ileri yaşlarda daha sıklıkla kronik ve tekrarlayan semptomlarla karakterize fonksiyonel barsak hastalığı gözlemlendiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızın kısıtlılığı bebeklerin sadece bizim uzun süreli takip etmememizdir. Tedavilerini sadece bizim başlamamızdır.

Sonuç

Sonuç olarak, İK etiyojisi tam olarak henüz aydınlatılmamış bir durumdur. Bebek kolığı için etkili, pratik ve kabul edilebilir bir müdahale veya tedavi, klinik ve halk sağlığı alanında büyük bir ilerleme sağlayabilir. Çalışmamızda, olduğu gibi infantil kolığın tedavisinde kullanılan ilaçların henüz kanat A düzeyinde iyileşme sağlamadığı için, tedaviden çok ailenin hekim tarafından eğitiminin daha önemli olduğunu düşünmekteyiz. İyi bir öykü ve fizik muayene ardından aile-bebek etkileşimini düzenleyici destek verilmesi, bu durumun geçici olduğu konusunda huzursuz ve uykusuz ailenin rahatlatılması tedavinin esas noktasını oluşturacaktır.

Açıklamalar

Etik Kurul Onayı: BEU2017, 104-15.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Kaynaklar

1. Kaley F, Reid V, Flynn E. The psychology of infant colic: A review of current research. *Infant Ment Health J* 2011;32:526-41.
2. Orhon FŞ. İnfantil Kolik Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2016;69.
3. Baykan Z, Kondolot M, Baykan A. Sağlıklı Bebeklerde Yaşamın İlk Dört Ayında Ağlama Davranışı, Ailelerin Ağlamaya Yaklaşımları ve Bebeklerini Sarsma Durumları. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi* 2017;11:159-64.
4. WESSEL MA, COBB JC, JACKSON EB, HARRIS GS Jr, DETWILER AC. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called colic. *Pediatrics* 1954;14:421-35.
5. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, Nurko S. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology* 2016 Feb 15. [Epub ahead of print]. pii: S0016-5085(16)00182-7.
6. Yalçın SS, Orün E, Mutlu B, Madendağ Y, Sinici I, Dursun A, et al. Why are they having infant colic? A nested case-control study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2010;24:584-96.
7. Wake M, Morton-Allen E, Poulakis Z, Hiscock H, Gallagher S, Oberklaid F. Prevalence, stability, and outcomes of cry-fuss and sleep problems in the first 2 years of life: prospective community-based study. *Pediatrics* 2006;117:836-42.
8. Lucassen PL, Assendelft WJ, van Eijk JT, Gubbels JW, Douwes AC, van Geldrop WJ. Systematic review of the occurrence of infantile colic in the community. *Arch Dis Child* 2001;84:398-403.
9. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Taminiu J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006;130:1519-26.
10. Akhnikh S, Engelberts AC, van Sleuwen BE, L'Hoir MP, Benninga MA. The excessively crying infant: etiology and treatment. *Pediatr Ann* 2014;43:e69-75.
11. Engler AC, Etzioni T, Pillar G. Sleep and Colic. In: Sheldon SH, Kryger MH, Ferber R, Gozal D editors. *Principles and Practice of Pediatric Sleep Medicine*. 2nd ed. New York: Elsevier Saunders; 2014. p. 77-82.
12. Çetinkaya B. Aromaterapi masajının bebeklerde kolığın giderilmesi üzerine etkisinin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, İzmir, 2007.*
13. Kurth E, Kennedy HP, Spichiger E, Hösli I, Stutz EZ. Crying babies, tired mothers: what do we know? A systematic review. *Midwifery* 2011;27:187-94.
14. Vik T, Grote V, Escibano J, Socha J, Verduci E, Fritsch M, et al. Infantile colic, prolonged crying and maternal postnatal depression. *Acta Paediatr* 2009;98:1344-8.
15. Abbasoğlu A, Atay G, İpekçi AZ, Gökçay B, Candoğan ÇB, Şahin E, et al. Annenin bebeğe bağlanması ile infantil kolik arasındaki ilişki. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2015;58:57-61.
16. Fleisher DR. Infant colic. In: Faure C et al. editors. *Pediatric Neurogastroenterology: Gastrointestinal Motility and Functional Disorders in Children, Clinical Gastroenterology*. New York: Springer Science Business Media; 2013. p. 347-54.
17. Freedman SB, Al-Harthy N, Thull-Freedman J. The crying infant: diagnostic testing and frequency of serious underlying disease. *Pediatrics* 2009;123:841-8.
18. Harb T, Matsuyama M, David M, Hill RJ. Infant Colic-What works: A Systematic Review of Interventions for Breast-fed Infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;62:668-86.
19. Saavedra MA, da Costa JS, Garcias G, Horta BL, Tomasi E,

- Mendonça R. Infantile colic incidence and associated risk factors: a cohort study. [Article in Portuguese] *J Pediatr (Rio J)* 2003;79:115–22.
20. Karabel M, Karabel D, Tayman C, Tonbul A, Tatlı MM. İnfantil kolikte risk faktörlerinin ve farmakolojik tedavi yaklaşımlarının değerlendirilmesi. *Turkish J Pediatr Dis* 2010;4:12–7.
 21. Sondergaard C, Henriksen TB, Obel C, Wisborg K. Smoking during pregnancy and infantile colic. *Pediatrics* 2001;108:342–46.
 22. Çak HT, Karabekiroğlu K, Çengel Kültür E ve ark. Anne ve baba adaylarında psikiyatrik belirtiler ile doğum sonrası depresyon ve infantil kolik arası ilişki: Çok merkezli bir takip çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2015;26:87–98.
 23. Castro-Rodríguez JA1, Stern DA, Halonen M, Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, et al. Relation between infantile colic and asthma/atopy: a prospective study in an unselected population. *Pediatrics* 2001;108:878–82.
 24. Kaymaz N, Yıldırım Ş, Topaloğlu N, Gencer M, Binnetoğlu FK, Tekin M, et al. Prenatal maternal risk factors for infantile colic. *Nurs Child Young People* 2015;27:32–8.
 25. Shenassa ED, Brown MJ. Maternal smoking and infantile gastrointestinal dysregulation: the case of colic. *Pediatrics* 2004;114:e497–505.
 26. Talachian E, Bidari A, Rezaie MH. Incidence and risk factors for infantile colic in Iranian infants. *World J Gastroenterol* 2008;14:4662–6.
 27. Akman H, İnce OT, Aydın A, Çımrın D. İnfantil kolik patogenezinde kortizolün rolü. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2016;59:111–9.
 28. Crowcroft NS, Strachan DP. The social origins of infantile colic: questionnaire study covering 76,747 infants. *BMJ* 1997;314:1325–8.
 29. Rautava P, Helenius H, Lehtonen L. Psychosocial predisposing factors for infantile colic. *BMJ* 1993;307:600–4.
 30. Metcalf TJ, Irons TG, Sher LD, Young PC. Simethicone in the treatment of infant colic: a randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Pediatrics* 1994;94:29–34.
 31. Weizman Z, Alkriaw S, Goldfarb D, Bitran C. Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic. *J Pediatr* 1993;122:650–2.
 32. Parkin PC, Schwartz CJ, Manuel BA. Randomized controlled trial of three interventions in the management of persistent crying of infancy. *Pediatrics* 1993;92:197–201.
 33. Indrio F, Di Mauro A, Riezzo G, Cavallo L, Francavilla R. Infantile colic, regurgitation, and constipation: an early traumatic insult in the development of functional gastrointestinal disorders in children? *Eur J Pediatr* 2015;174:841–2.
 34. Taşar MA, Şahin F, Polat S, İlhan M, Çamurdan A, Dallar Y, ve ark. Sarsılmış bebek sendromu önleme programının uzun dönem sonuçları: Türkiye deneyimi. *Türk Ped Arş* 2014;49:203–9.
 35. Savino F, Fornasero S, Ceratto S, De Marco A, Mandras N, Roana J, et al. Probiotics and gut health in infants: A preliminary case-control observational study about early treatment with *Lactobacillus reuteri* DSM 17938. *Clin Chim Acta* 2015;451:82–7.
 36. Sung V, Hiscock H, Tang ML, Mensah FK, Nation ML, Satzke C, et al. Treating infant colic with the probiotic *Lactobacillus reuteri*: double blind, placebo controlled randomised trial. *BMJ* 2014;348:g2107.