

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisinde Uzun Etkili Metilfenidat Kullanımı ile Enkoprezis Belirtilerinde Düzelme: İki Olgu Sunumu

Disappearance of Encopretic Symptoms in Treatment of Attention Deficit-Hyperactivity Disorder with Methylphenidate Extended Release Medication: Two Case Reports

Ömer Faruk Akça¹

¹Uz.Dr., Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ile diğer psikiyatrik bozuklukların birlikteliği sık görülen bir durumdur ve sıklıkla tedavide güçlükler neden olmaktadır. DEHB olan çocuklarda enkopretik belirtiler de sıklıkla görülmektedir. Enkoprezis tedavisinde davranışçı yöntemlerin etkili olduğu bilinmekle birlikte bazı psikotropik ilaçların da tedavide etkili olduğu ile ilgili bildirimler bulunmaktadır. Ancak bu ilaçların hangi mekanizmalar ile enkopretik belirtilerin düzelmesine katkıda buldukları bilinmemektedir. Bu makalede dışkı kaçırmaya ve hareketlilik yakınmaları ile Çocuk Psikiyatrisi kliniğine başvuran, DEHB ve enkoprezis tanıları konulan ve kısa etkili metilfenidat tedavisi ile enkoprezis belirtilerinde herhangi bir değişiklik olmamasına karşın uzun etkili metilfenidat tedavisi başlanması sonrasında enkoprezis belirtileri tamamen kaybolan, dört ve on beş aylık izlemlerinde enkopretik belirtileri olmayan iki olgu sunulmuştur. Ayrıca bu olgularda DEHB ile enkoprezis birlikteliğinin olası nedenleri ve uzun etkili metilfenidatın enkopretik belirtiler üzerindeki olası etki mekanizmaları tartışılmıştır. Sonuç olarak enkopretik belirtilerle başvuran hastaların tedavisinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu eş tanısının da araştırılarak tedavi edilmesi enkopretik belirtilerin düzelmesine katkıda bulunabilir.

Anahtar Sözcükler: Enkoprezis, metilfenidat, DEHB.

(*Klinik Psikiyatri* 2011;14:115-118)

SUMMARY

Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) with other psychiatric disorders is a common condition and frequently causes difficulties in treatment. Also comorbidity of ADHD and encopresis is known to be common. Despite behavioral methods are known to be effective in treatment of encopresis, some psychotropic drugs are stated to be effective in treatment of encopresis in the literature. However, the mechanisms of these drugs in treatment of encopretic symptoms are not known exactly. In this article two boys are presented who admitted to a Child Psychiatry clinic with complains of gaita incontinence and overactivity. After clinical assessment, these boys were diagnosed as encopresis and ADHD. Firstly, short acting methylphenidate medication was administered to the patients, however, because of need for single dose medication, short acting methylphenidate treatment was switched to the extended release methylphenidate in both patients. Despite encopresis symptoms did not change with short acting methylphenidate, these symptoms disappeared with extended release methylphenidate treatment and did not recur during four and fifteen months of follow-up. The cases are presented and possible mechanisms of ADHD-encopresis comorbidity and possible mechanisms of effect of extended release methylphenidate on encopresis are discussed in this article. As a conclusion, searching and treating ADHD symptoms may lead to recovery of encopretic symptoms in patients with ADHD and comorbid encopresis.

Key Words: Encopresis, methylphenidate, ADHD.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağının sık görülen psikiyatrik bozukluklarından ve DEHB'ye diğer psikiyatrik bozukluklar sıklıkla eşlik etmektedir (Weiss ve Weiss 2002). Dışaatım Bozuklukları, DEHB'ye sıklıkla eşlik eden bozukluklardan ve DEHB hastalarında Dışaatım Bozuklukları sıklığının normal topluma göre daha fazla olduğu bildirilmektedir (Ünal ve Mazlum 2008). Enkoprezis tanısı alan çocuklarda DEHB sıklığının yüksek olduğu, ayrıca enkopretik çocukların daha fazla dikkat ve davranışsal sorunlar yaşadıkları bildirilmiştir (Johnston ve Wright 1993, Ünal ve Pehlivan Türk 2004, Cox ve ark. 2002). Enkoprezis tedavisinde davranışçı yöntemlerin yanı sıra bazı ilaçlar da kullanılmaktadır (Loening-Baucke 2002). Bir trisiklik antidepressan olan ve aynı zamanda DEHB tedavisinde de tercih edilebilen imipraminin enkoprezis tedavisinde etkin olduğu olgular bildirilmiştir (Mikkelsen 2002). Ancak imipraminin hangi mekanizma ile enkoprezis belirtilerinin düzelmesinde etkili olduğu bilinmemektedir. Bununla beraber DEHB tedavisi için kullanılan diğer bir ilaç olan metilfenidat ile DEHB'ye komorbid olan enkoprezis belirtilerinin kaybolduğunu bildiren olgu sunumları da mevcuttur (Golubchik ve Weizman 2009, Bilgiç 2010).

Bu makalede enkopretik belirtiler ile başvuran ve değerlendirme esnasında DEHB tanısı konularak kısa etkili metilfenidat tedavisi başlanan, daha sonra uzun etkili metilfenidata geçilen ve kısa etkili metilfenidat ile enkopretik belirtilerde herhangi bir düzelme olmazken, uzun etkili metilfenidat ile enkopretik belirtilerin tamamen kaybolduğu 2 olgu bildirilmektedir.

Olgu 1

D, 9 yaşında, 4. sınıf öğrencisi, ailesi ile birlikte Ankara'da yaşıyor. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na dışkı kaçırmaya, hareketlilik ve konsantrasyon güçlüğü yakınmaları ile ailesi tarafından getirildi. Hareketlilik ve konsantrasyon güçlüğü yakınmaları 4-5 yaşlarından beri bulunan hastanın öğretmeni, aileye derslere yeterince dikkatini veremediğini, arkadaşları ile konuştuğunu ve etrafındaki çocuk-

ları rahatsız ettiğini bildirmiş. Unutkan olduğu, eşyalarına sahip olamadığı ve dürtüsel hareketlerinin de olduğu öğrenilen hastanın yapılan psikiyatrik muayenesinde de psikomotor aktivitesinin artmış olduğu, distraktibilitesinin olduğu ve dikkatini sürdürmediği gözlemlendi. Bu bulgular dışında başka psikiyatrik bulgu saptanmadı. Hastada anksiyete veya depresyon belirtisi saptanmadı.

İki buçuk yaşında tuvalet eğitimini tamamlayan hasta, 7 yaşında tekrar dışkı kaçırmaya başlamış. Bulaşma tarzında ayda 10-15 kez dışkı kaçıran hastanın kabızlık ve defekasyon sırasında ağrı yakınmaları yokmuş. Hareketli bir çocuk olması dışında özgeçmişinde ve soygeçmişinde herhangi bir özellik saptanmadı. Hastaya WISC-R testi uygulanarak zeka düzeyi belirlendi. Test sonucunda sözel puanı 120, performans puanı 116 ve tüm puanı 120 olarak belirlendi. Hastanın ailesine ve öğretmenine Conner's ve Atilla Turgay DEHB formları verildi. Tüm değerlendirmeler sonucunda DSM-IV-TR (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) tanı ölçütlerine göre karma tip DEHB ve ikincil enkoprezis (taşma inkontinansı ile birlikte gitmeyen tip) tanıları konuldu ve sabah 10 mg ve öğlen 5 mg dozunda kısa etkili metilfenidat tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrol muayenesinde kısa etkili metilfenidat tedavisi sonucu DEHB belirtilerinde kısmi düzelme olduğu, enkopretik belirtilerinin değişmediği öğrenildi. İlaç günde birkaç kez alma konusunda sorun yaşayan hastaya uzun etkili metilfenidat 18 mg tedavisi başlandı. Bir ay sonraki kontrol muayenesinde DEHB belirtilerinin çok azaldığı ve enkopretik belirtilerinin tamamen kaybolduğu öğrenildi. 3 ay sonraki kontrol muayenesinde DEHB belirtileri için ilaç dozunun yetersiz geldiği düşünülerek ilaç dozu 36 mg'a çıkarıldı. Toplam 15 ay boyunca izlenen ve izlem sürecinde enkoprezise yönelik herhangi bir davranışçı tedavi uygulanmayan hastada bu süreçte enkopretik belirtili görülmedi.

Olgu 2

M, 9 yaşında, 4. sınıf öğrencisi, ailesi ile birlikte Ankara'da yaşıyor. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı'na hareketlilik, derste arkadaşlarını rahatsız etme, evde ödev yapmak istememe, okulda arkadaşları ile sık sık kavga etme yakınmaları ile ailesi tarafından

getirildi. Bebekliğinden beri çok hareketli olan ve çok konuşan, kavgaya eğilimi olan hastanın yapılan psikiyatrik muayenesinde psikomotor aktivitesinin artmış olduğu, distraktibilitesinin olduğu, dikkatini sürdürmekte güçlük çektiği ve dürtüselliğinin belirgin olduğu gözlemlendi. Bunlardan başka psikiyatrik bulgu saptanmayan hastanın muayene esnasında yazı yazarken aceleci tavrı ve harf atlamaları dikkat çekti. Hastada anksiyete veya depresyon belirtisi saptanmadı.

Tuvalet eğitimini 5 yaşında tamamlayan hastanın o dönemden beri sıklığı zaman zaman değişmekle birlikte ortalama ayda 3-6 kez bulaşma tarzında dışkı kaçırdığı, kabızlık ve defekasyon esnasında ağrı yakınmalarının bulunmadığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde hareketli bir çocukluk dönemi dışında herhangi bir özellik bulunmadı. WISC-R testi uygulanan hastanın sözel puanı 111, performans puanı 100 ve tüm puanı 106 olarak belirlendi. Ailesine ve öğretmenine Conner's ve Atilla Turgay DEHB formları verildi. Değerlendirmeler sonucunda DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000) tanı ölçütlerine göre karma tip DEHB ve birincil enkoprezis (taşma inkontinansı ile birlikte gitmeyen tip) tanıları konuldu. Enkoprezis için herhangi bir tedavi başlanmayan ve DEHB için kısa etkili metilfenidat tedavisi başlanan (sabah 10 mg ve öğlen 5 mg dozunda) hastanın 20 gün sonraki kontrol muayenesinde DEHB belirtilerinde kısmi düzelme olduğu, enkopretik belirtilerinin değişmediği öğrenildi. Bu görüşmede uzun etkili metilfenidat 18 mg başlandı ve 1 ay sonraki kontrolde DEHB belirtilerinin azaldığı, enkopretik belirtilerin tamamen kaybolduğu öğrenildi. İki ay sonraki kontrolde uzun etkili metilfenidat dozu 36 mg'a çıkarıldı. Toplam 4 ay boyunca izlenen hastanın bu süre içerisinde enkopretik belirtisi olmadı.

Tartışma ve Sonuç

Bu makalede DEHB ile beraber enkoprezis tanısı olan ve kısa etkili metilfenidat tedavisi ile enkopretik belirtilerde değişiklik olmamasına karşın uzun etkili metilfenidat tedavisi ile enkopretik belirtileri tamamen kaybolan iki olgu sunulmuştur. Literatürde benzer iki vaka bildirimine rastlanmıştır (Golubchik ve Weizman 2009, Bilgiç 2010).

Ancak kısa etkili metilfenidatın etkisi ile ilgili bir bildirimde rastlanmamıştır.

Enkoprezis etiolojisinde bazı fizyolojik ve psikososyal faktörlerin etkili olabileceği bildirilmektedir (Butler 2008). Bunlar arasında konstipasyona bağlı olarak gelişen sızıntı tarzında dışkı kaçırma en çok kabul edilen mekanizmalardandır. Bu mekanizmaya göre çeşitli nedenlerle konstipasyon gelişen çocuklarda defekasyon güçlüğü ve ağırlı dışkılama gelişebilir. Bu duruma bağlı olarak kolon ve rektum içerisinde uzun süre kalan dışkı sertleşir ve çocuk için bu dışkının dışarı çıkarılması giderek zorlaşır. Zamanla biriken sert dışkının etrafındaki yeni oluşan ve henüz sertleşmemiş yarı katı-sıvı kısmı aşırı dolmaya bağlı olarak küçük miktarlarda sık sık dışarı çıkarak çocuğun çamaşırında ufak lekeler şeklinde görülürler. Bu durum taşma inkontinansı olarak adlandırılmaktadır (Di Lorenzo ve Benninga 2004). DEHB ile enkoprezisin birlikte görüldüğü durumlarda ise enkopretik belirtilerin DEHB'nin bilişsel ve davranışsal belirtileri ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir. Buna göre DEHB olan çocuklarda dikkat süresinin kısalığına ve seçici dikkatin yetersizliğine bağlı olarak çocuğun rektal gerilmeyi fark edemediği ve tuvalete gitmeyi geciktirdiği, tuvalete oturduğu zaman da dürtüselliği nedeni ile dışkısını tamamen boşaltacak kadar oturmadığı, bu nedenle de konstipasyon ve buna bağlı olarak enkoprezis geliştiği öne sürülmüştür (Cox ve ark. 2002).

Bu makalede sunulan iki olguda da ortak özellik olarak DEHB tedavisi amacı ile kullanılan kısa etkili metilfenidat tedavisi süresince enkoprezis belirtilerinde herhangi bir değişiklik görülmezken, uzun etkili metilfenidata geçildiğinde enkopretik belirtiler tamamen kaybolmuştur. 4 ve 15 aylık izlem süreçlerinde de enkopretik belirti görülmemiştir. Bu durum yukarıda belirtildiği üzere DEHB olan çocukların dikkat süresinin kısalığına ve seçici dikkatin yetersizliğine bağlı olarak rektal gerilmeyi fark edememeleri ve tuvalete gitmeyi geciktirmeleri, tuvalete oturduğu zaman da dürtüselliği nedeni ile dışkısını tamamen boşaltacak kadar oturamamaları nedeniyle gelişen bir belirti olabilir.

Olguların kısa etkili metilfenidat tedavisi ile enkopretik belirtilerin düzelme görülmemesinin nedeni, kısa etkili metilfenidatın tüm gün etkili olacak

şekilde kullanılmaması olabilir. İlacın etkisinin olmadığı dönemlerde DEHB belirtilerinin görülmesi sonucu yukarıda sözü geçen mekanizma nedeni ile enkopretik belirtileri tekrar ortaya çıkıyor olabilir. Enkoprezis tedavisinde imipraminin yararlı olabileceğine dair daha önceki vaka bildirimlerinde de ilacın etki mekanizması burada sunulan olgularla benzerlik gösterebilir. Enkoprezis ile birlikte DEHB tanısı da bulunan hastalara imipramin tedavisi verilmesi ile DEHB belirtilerinin hafiflemesine bağlı olarak enkoprezis belirtileri de azalmış olabilir.

Diğer yandan olgulardaki enkoprezis belirtilerinin kaybolmasında çevresel değişikliklerin de etkisi de dışlanmamalıdır. Enkoprezis olgularında ebeveynin tutumlarının önemli olduğu bilinmektedir. Özellikle tuvalet eğitimi sürecinde anne-babanın sert, zorlayıcı ve ceza ağırlıklı tutumunun çocuğun tuvalet alışkanlığı kazanmasında olumsuz etkilerinin olabileceği bildirilmiştir (Schmitt 2004). Bu makalede sunulan olgularda da hastaların anne-babalarının tutumları tedavi sürecinde değişmiş ve buna bağlı olarak çocuklardaki enkoprezis belirti-

leri gerilemiş olabilir. Ayrıca tedavinin kendisi de çocuk için önemsenme hissine neden olabilir ve buna bağlı olarak belirtiler kaybolmuş olabilir.

DEHB olan çocukların özgüvenlerinin diğer çocuklara göre daha düşük olduğu ve ilaç tedavisinin özgüveni artırdığı önceki çalışmalarda bildirilmiştir (Frankel ve ark. 1999). Burada sunulan olgularda da metilfenidat tedavisi sonrası hastaların özgüvenlerinin eskiye göre daha iyi olması ve çatışmalarının azalmasına bağlı olarak enkoprezis belirtileri gerilemiş olabilir.

Sonuç olarak dışkı kaçırma yakınması ile başvuran hastaların tedavisinde DEHB eş tanısının da araştırılarak tedavi edilmesi enkopretik belirtilerin düzelmesine katkıda bulunabilir. Ancak bu konuda geniş örneklemli çalışmaların yapılması daha aydınlatıcı olacaktır.

Yazışma adresi: Dr. Ömer Faruk Akça, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Çocuk Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara, dromer-akca@gmail.com

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), (Çev. E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.65-66.
- Bilgiç A (2010) The possible effect of methylphenidate on secondary encopresis in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*, doi:10.1016/j.pnpbp.2010.11.036. Article in press.
- Butler RJ (2008) Wetting and soiling. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* 5. baskı, M Rutter, D Bishop, D Pine, S Scott, J Stevenson, E Taylor, A Thapar, (Ed), Massachusetts, Blackwell Publishing, s: 922-929.
- Cox DJ, Morris JB Jr, Borowitz SM ve ark. (2002) Psychological differences between children with and without chronic encopresis. *J Pediatr Psychol*, 27:585-591.
- Di Lorenzo C, Benninga MA (2004) Pathophysiology of pediatric fecal incontinence. *Gastroenterology*, 126:33-40.
- Frankel F, Cantwell DP, Myatt R, Feinberg DT (1999) Do stimulants improve self-esteem in children with ADHD and peer problems? *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 9:185-194.
- Golubchik P, Weizman A (2009) Attention-deficit hyperactivity disorder, methylphenidate, and primary encopresis. *Psychosomatics*, 50:178.
- Johnston BD, Wright JA (1993) Attentional dysfunction in children with encopresis. *J Dev Behav Pediatr*, 14:381-385.
- Loening-Baucke V (2002) Encopresis. *Curr Opin Pediatr*, 14:570-575.
- Mikkelsen EJ (2002) Modern Approaches to Enuresis and Encopresis. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* 3. baskı, M Lewis (Ed), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, s.700-710.
- Schmitt BD (2004) Toilet training problems: Underachievers, refusers, and stool holders. *Contemporary Pediatrics*, 21:71-82.
- Ünal F, Mazlum B (2008) Dışaıtım Bozuklukları. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı*, FÇ Çetin ve ark. (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.524-533.
- Ünal F, Pehlivan Türk B (2004) Comorbid psychiatric disorders in 201 cases of encopresis. *Turk J Pediatr*, 46:350-353.
- Weiss M, Weiss G (2002) Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* 3. baskı, M Lewis (Ed), Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, s.604-627.