

# KATI YAPIŞTIRICI YEME ŐEKLİNDE OLAN PİKA VE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ

## STICK GLUE EATING PICA COMORBID WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

### ÖZET

Besin değeri olmayan maddelerin yenilmesiyle karakterize bir bozukluk olan pika sıklıkla zihinsel engellilerde, otizmlilerde ve bazı mineral eksikliği durumlarında görülebilir. Literatürde pikanın dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ( DEHB ) ile birlikteliği ile ilişkili bilgiler kısıtlıdır. Bu olgu sunumunda 3 aydır katı yapıştırıcı yiyen ve aşırı hareketlilik belirtileriyle başvuran, sonrasında pika ve DEHB tamısı alan ve metilfenidat tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edilen 7 yaşında bir erkek olgu sunulmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Pika, Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, Metilfenidat

### ABSTRACT

Pica, a disorder characterized by eating non-nutritious substances, is usually observed in individuals with mental retardation, autism, and some mineral deficiencies. However, the amount of information about pica in attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is limited. This case report presents a 7-year-old boy eating stick glue for 3 months with overactivity symptoms, who was subsequently diagnosed with pica and ADHD, successfully treated with methylphenidate.

**Key Words:** Pica, Attention deficit disorder with hyperactivity, Methylphenidate

## GİRİŞ

Besin değeri olmayan maddelerin uzunca bir süre yenilmesine pika adı verilir (1). Pika çocuklarda, yaşlılarda, zihinsel engellilerde, otizmlilerde bazı mineral eksikliği bulunan yetişkinlerde görülebilir (2). Singhi ve ark. (3) pika ile demir ve çinko eksikliği ilişkisi göstermişlerdir. Pika tedavisinde kullanılan çeşitli davranışsal metotlar mevcuttur, bunun yanı sıra ilaç tedavisi ve besin takviyeleri de kullanılmaktadır (4). Ancak pika tedavisi konusundaki literatür bilgileri kısıtlıdır. Bu olgu sunumunda uzun süredir aşırı hareketliliği ve son 3 aydır katı yapıştırıcı yeme alışkanlığı olan, psikiyatrik başvuru sonrasında pika ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanılarını alan metilfenidat tedavisinden sonra pika semptomları hızla gerileyen bir erkek olgu sunulmaktadır.

## OLGU

7 yaşında ilkökul 1.sınıf öğrencisi erkek hasta “yerinde duramama” şikayetiyle polikliniğimize getirildi. Annesinden sınıfta devamlı dolandığı, çok hareketli ve unutkan olduğu, okul eşyalarını kaybettiği, sabırsız ve dağınık olduğu, aşırı hareketliliğinin yürümeye başladığı zamandan itibaren sürdüğü bilgisi alındı. Hastanın belirtilerine son 3 ayda “katı yapıştırıcı yeme” de eklenmiş olduğu öğrenildi. Kliniğimize başvuru öncesinde hastanın aynı şikayetlerle pediatri polikliniğine başvurmuş olduğu, yapılan tetkiklerinde herhangi bir bozukluk saptanmamış ve sonrasında pediatri tarafından kliniğimize yönlendirilmiş olduğu bilgisi aneden alındı. Özgeçmişinde anne doğumda oksijensiz kaldığını belirtiyor, sonrasında herhangi bir sorun yaşanmadığını söylüyordu. 11 aylıkken yürümüş, 2 yaşında konuşabiliyormuş. Herhangi bir hastalık ve nöbet öyküsü yokmuş. Yapılan ruhsal durum muayenesinde aşırı hareketli, kıpır kıpır olduğu gözlemlendi. Okumaya geçmişti, okuma hızı yaş düzeyi ile uyumluydu. Basit matematik işlemleri zihinden yapabiliyordu. Duygulanımı normal aralıkta, duygu durumu ötimikti. Kapı yapıştırıcı yedikten sonra karnının ağrıdığını söylüyordu. Anne, kendisinin ve öğretmenin bu davranışını gördükten sonra kızdıklarını, ancak belirtilerde bir değişiklik olmadığını belirtiyordu. Öğretmen hastanın başarılı ve zeki bir öğrenci olduğu ancak okulun başlangıcından beri kurallara uymakta zorlandığı, çabuk sinirlendiği, hareketli olduğu, zaman zaman arkadaş ilişkilerinde sorunlar yaşadığı bilgisi alındı. Conners öğretmen derecelendirme ölçeğinde hiperaktivite ölçeğinden 18, dikkat sorunları alt ölçeğinden 13 ve davranım sorunları alt ölçeğinden 11 puan aldığı saptandı (5-7). Cümle tamamlama testinde yazısının kötü olması dışında dikkati çeken bulgu yoktu. Hastaya DSM IV-TR tanı kriterlerine göre DEHB-bileşik tip ve pika tanıları konuldu (8). Genel pediatri polikliniğinde yapılan kan tetkiklerinde bir anormallik saptanmaması nedeniyle tetkikler tekrarlanmadı. Günde 2 kez 5mg olmak üzere oral kısa etkili metilfenidat tedavisi başlandı. Kontrolde katı yapıştırıcı yeme davranışının tamamen gerilediği, ancak DEHB belirtilerinde kısmi bir iyileşme olduğu saptandı. Kısa etkili metilfenidat kesilerek, 18 mg/gün uzun etkili metilfenidat tedavisine geçildi. Yaklaşık bir yılı aşkın süredir uzun etkili metilfenidat 18 mg/gün kullanmakta olan hastanın takibinde pika belirtilerinin tekrarlamadığı, hareketlilik ve dikkat sorunlarında azalma olduğu gözlemlendi.

## TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda 3 aydır katı yapıştırıcı yiyen, DEHB ve pika tanılarını alan 7 yaşında bir erkek hasta sunulmuştur. Pika olguları kil, kumaş parçaları, saç, sabun gibi maddeleri gibi maddeleri yiyebilirler (9). Ancak literatürde olguda görüldüğü gibi yapıştırıcı yeme öyküsü ile ilişkili bilgilerin kısıtlı olduğu görülmüştür.

DEHB’li olgularda komorbid olarak karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk gibi psikiyatrik bozuklukların

yanı sıra bazı yeme bozukluklarının da görülebileceği belirtilmiştir (10). DEHB olgularında bulumia nevroza gibi yeme bozukluğu belirtilerinin sıklıkla gözlemlendiği, çocukluk çağındaki dürtüselliğin ilerki dönemde gelişebilecek bulumia nevroza semptomları için belirleyici olduğu saptanmıştır (11). Pika ve DEHB komorbiditesi ile ilgili yapılmış geniş ölçekli çalışmalar bulunmamakla birlikte, bu konu ile ilişkili olgu sunumları mevcuttur. Saddichha ve ark. (12) klonidin tedavisine olumlu yanıt veren 12 yaşında erkek DEHB ve pika tanılarına sahip bir olgu sunmuşlardır. Hergüner ve ark. (13) ise bileşik tip DEHB ve pika komorbid tanılarını bulunan 27 mg/gün metilfenidat tedavisine olumlu yanıt veren 8 yaşında bir erkek olgu bildirmişlerdir, sunmuş olduğumuz olgunun bu olgu ile DEHB alt tipi, yaş ve cinsiyet benzerliği dikkat çekicidir. Bizim olgumuzda tedaviye daha düşük doz kısa etkili metilfenidat ile tedaviye başlanmış ve bununla da pika belirtilerinde gerileme görülmüştür. Uzun etkili metilfenidata geçildikten sonra ise DEHB belirtilerinde ciddi bir düzelme saptanmıştır. Metilfenidat DEHB olgularında dürtüselliğin azaltılmasında etkilidir (14). Sunulan olgunun metilfenidat tedavisine hızlı yanıtı Hergüner ve ark. (13) de belirttiği mekanizmalardan biri olan pika davranışının dürtüsel yönü ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Metilfenidat dürtüselliği azaltarak pika belirtilerinin gerilemesinde etkili olmuş, aynı zamanda da DEHB belirtilerinin düzelmesine yardımcı olmuş olabilir.

## SONUÇ

Pikanın obsesif kompulsif spektrum bozuklukları ya da dürtü kontrol bozuklukları ile ilişkili olabileceği çeşitli yayınlarda bildirilmiştir (15-18). Bunun yanı sıra pika bağımlılık arasında bir ilişkili olabileceği öne sürülmüştür (9). Zihinsel engellilik, otizm gibi durumlarla birlikte görülebilmemesinin yanı sıra pika diğer psikiyatrik bozukluklara da eşlik edebilir. Özellikle dürtüselliğin yoğun olarak görüldüğü psikiyatrik bozukluklar pika etyolojisinde önemli bir yere sahip olabilir. Her ne kadar pika oluşum mekanizmalarına yönelik çeşitli hipotezler olmasına rağmen aydınlatılamamış noktalar mevcuttur. Bu alanda yapılacak geniş ölçekli çalışmalar pikanın etyolojisini daha iyi anlamamıza yardımcı olacaktır.

## KAYNAKLAR

- 1.Nicholls D, Bryant-Waugh, R. Eating disorders of infancy and childhood: definition, symptomatology, epidemiology, and comorbidity. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2009; 18:17-30.
2. Ali Z. Pica in people with intellectual disability: a literature review of aetiology, epidemiology and complications. J Intellect Dev Disabil 2001; 26:205-15.
3. Singhi S, Ravishanker R, Singhi P, Nath R. Low plasma zinc and iron in pica. Indian J Pediatr 2003;70:139-43.
4. Matson JL, Hattier MA, Belva B, Matson ML. Pica in persons with developmental disabilities: Approaches to treatment. Res Dev Disabil 2013; 34:2564-71.
5. Conners CK. A teacher rating scale for use in drug studies with children. Am J Psychiatry 1969;126: 884-8.
- 6.Goyette CH, Conners CK, Ulrich RF. Normative data on revised Conners Parent and Teacher Rating Scales. J Abnorm Child Psychol 1978;6:221-36.

7. Dereboy C, Senol S, Sener S, Dereboy F. Validation of the Turkish versions of the short-form Conners' teacher and parent rating scales. *Turk Psikiyatri Derg* 2007;18:48-58.
8. Amerikan Psikiyatri Birliđi: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliđi, Washington DC, 2000'den çeviren Körođlu E, Ankara: Hekimler Yayın Birliđi; 2001.
9. Lacey EP. Broadening the perspective of pica: literature review. *Public Health Rep* 1990; 105:29-35
10. Gillberg C, Gillberg IC, Rasmussen P, Kadesjö B, Söderström H, Råstam M, et al. Co-existing disorders in ADHD—implications for diagnosis and intervention. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004;13:i80-i92.
11. Mikami AY, Hinshaw SP, Arnold LE, Hoza B, Hechtman L, Newcorn JH, Abikoff HB . Bulimia nervosa symptoms in the multimodal treatment study of children with ADHD. *Int J Eat Disord* 2010; 43:248-59.
12. Saddichha S, Vibha P, Vishnuvardhan G. Sapophagia (Compulsive Soap Eating) and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in a Child Responsive to Clonidine. *J Clin Psychopharmacol* 2012;32:291.
13. Hergüner S, Hergüner AS. Pica in a child with attention deficit hyperactivity disorder and successful treatment with methylphenidate. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010;34:1155-6.
14. Malone MA, Swanson JM. Effects of methylphenidate on impulsive responding in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol* 1993;8:157-63.
15. Gundogar D, Demir SB, Eren I. Is pica in the spectrum of obsessive-compulsive disorders? *Gen Hosp Psychiatry* 2003;25:293-4.
16. Hergüner S, Özyıldırım İ, Tanıdır C. Is Pica an eating disorder or an obsessive-compulsive spectrum disorder? *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2008;32: 2010-11.
17. Bhatia MS, Gupta R. Pica responding to SSRI: An OCD spectrum disorder? *World J Biol Psychiatry* 2009;10:936-8.
18. Kumsar NA, Erol A. The Behavior of Eating Glass, With Radiological Findings: A Case of Pica. *J Neuropsychiatry Clinical Neurosci* 2013;25: E46-8.