



Isparta Otizm Kongresi
Şubat - 2021

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN HASTADA KISA ETKİLİ
METİLFENİDAT KULLANIMINA SEKONDER DERİ DÖKÜNTÜSÜ:
OLGU SUNUMU**

*Fatih Dağdelen,
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
Süleymanpaşa, Tekirdağ*

GİRİŞ

Prevelans çalışmaları çocukların % 3-8'inin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı aldığını göstermektedir (1). DEHB'de beyin katekolaminerjik innervasyonunu sağlayan alanlarda yapısal ve fonksiyonel anormallikler vardır (2). Nörotransmitter hipotezine göre DEHB'de norepinefrin ve dopamin nörotransmitter sisteminde disfonksiyon görülmektedir (3). DEHB birinci sıra farmakolojik tedavi yaklaşımı metilfenidat kullanımınıdır (4). Metilfenidat presinaptik aralıkta dopamin ve norepinefrin nöral re-uptake'ini bloke ederek dopamin ve norepinefrin etkinliğini artırır (5).

Alerjik reaksiyonlar metilfenidat kullanımında oldukça nadir görülmektedir. Metilfenidatın transdermal kullanımına bağlı birkaç vakada kontakt dermatit bildirilmiştir (6,7). Oral metilfenidat kullanımına bağlı olduğu düşünülen bazı advers alerjik reaksiyonlar bildirilmiştir (8, 9, 10, 11, 12, 13). Olgu sunumunda; otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanılı, özgeçmişinde alerjik deri döküntü sorunu olmayan ve metilfenidat kullanımıyla ilk kez ortaya çıkan olguyu sunacağız.

OLGU

11 yaşında, OSB tanılı erkek hasta kliniğimize dikkatini toplamada güçlük, aşırı hareketlilik, davranış bozukluğu şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Okuldan bildirilen şikayetlerde, sırasında beklenildiği kadar oturmadığı, ders sırasında gezindiği, derste çok konuştuğu, eşyalarını unuttuğu, arkadaşlarına zarar verdiği ve dikkatinin beklenilenden daha zayıf olduğu belirtildi. Hastanın özgeçmişinde hafif düzey astım belirtileri olduğu, ilaçsız takip edildiği ama deri şikayetinin olmadığı öğrenildi. Hastanın herhangi bir ilaç veya yiyecek alerjisinin olmadığı belirlendi. Hastanın tam kan profili, biyokimya testleri (karaciğer, tiroit, böbrek fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki) ve elektrokardiyogram sonuçları normal sınırlar içerisindeydi. Olgunun OSB tanısı 4 yaşında konmuştu, hafif düzey OSB olduğu belirtilmişti. Geçmişte DEHB şikayetlerinin olduğu fakat medikal tedaviye gerek duyulmadığı, ortaokulda şikayetlerin arttığı belirtildi. Tarafımızca DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB kombine tip tanısı konuldu, günde 2 defa 2,5 mg olarak kısa etkili metilfenidat başlandı. Hasta metilfenidat tedavisinin 5. Gününde, özellikle kol ve bacaklarda, şişlik, kaşıntı, kızarıklık şikayetleriyle tarafımıza tekrar başvurdu. Hastanın soygeçmişinde bilinen alerjik dermatolojik hastalık yoktu. Hastanın bu dönemde ateşi, nefes almada güçlüğü ya da baş dönmesi yoktu. Kısa etkili metilfenidat dışında herhangi bir ilaç kullanmamıştı. Olası alerjik dermatolojik hipersensitive reaksiyonun metilfenidat kullanımına bağlı olabileceği düşünülerek, metilfenidat tedavisi ivedilikle sonlandırıldı. Hasta tarafımızca çocuk alerji ve immünoloji bölüme yönlendirildi. Oral antihistaminik ilaçlarla tedavi edildi ve semptomları önümüzdeki 48 saat içerisinde tamamen geriledi. Hastanın DEHB belirtileri açısından ailesiyle tekrar görüşüldüğünde şikayetlerinin devam etmesi üzerine atomoksetin tedavisine başlandı. Hastanın atomoksetin düzeyi kademeli olarak artırılmakta, hastanın şikayetleri azalmakla birlikte devam etmektedir.

TARTIŞMA

Metilfenidat kullanımına bağlı alerjik advers reaksiyon oldukça nadir bildirilen bir durumdur. Literatür taramalarında az sayıda araştırmada metilfenidata bağlı alerjik advers reaksiyon belirlenmiştir (8,9,10,11,12,13). Bu olgu sunumlarında, hastalar çocukluk çağındaydı ve yaş grupları 4 yaş 9 ay (9) ve 9 yaş aralığındaydı (13). Olgu sunumlarında görülen alerjik advers reaksiyon yüzün bir tarafında şişlik (10) , deri döküntüleri (8,11,12,13), alerjik konjonktivit (9) şeklinde bildirilmiştir. Olgumuzda kol ve bacaklarda şişlik, kızarıklık ve kaşıntı bildirilmiştir. Bu olgu sunumlarında alerjik advers reaksiyonlar birkaç saat ile birkaç hafta arasında ortaya çıktığı bildirilirken, olguda metilfenidat kullanımının 5. Gününde ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Önceki çalışmalarda bildirildiği üzere alerjik advers reaksiyonların çoğunda alerjen maddeye cevap olarak immunoglobulin E (Ig E) düzeyinde artış belirlenmiştir (14). Olgunun özgeçmişinde daha önce metilfenidat kullanımının olmadığı bildirilmiştir. Metilfenidat kullanımının 5.gününde ortaya alerjik reaksiyon belirtilerinin ortaya çıkmasının olası açıklaması, başlangıçta vücudunun metilfenidata duyarlı hale gelmesinin biraz zaman almasıdır. İlk duyarlılığın ardından tekrar metilfenidat kullanımı olsaydı alerjik advers reaksiyon daha hızlı gelişebilirdi. Bu yüzden DEHB açısından metilfenidat dışı (atomoksetin) ilaç kullanımı uygun görüldü.

Sonuç olarak olgumuzda metilfenidat kullanımına bağlı nadir görülen alerjik advers reaksiyonun oluşması, çocukta alerjik diatezinin varlığını işaret eder. Alerjik advers reaksiyon gelişimine yatkın bireylerde larinks ve boğaz tutulumuna bağlı (anafilaksi, anjioödem vb.) olarak ölümcül alerjik semptomlar ortaya çıkabilir. Bu bulgular ışığında, olgu sunumundaki amacımız; metilfenidat kullanımında alerjik advers reaksiyon gelişiminin nadirde olsa görülebileceğidir. Özellikle alerjik diatezi olduğu bilinen olgularda metilfenidat kullanımında hassas davranılması gerektiğini vurgulamaktır.

KAYNAKLAR

- 1-Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/ and hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA (1998) 279:1100-1107.
- 2.Berquin PC, Giedd JN, Jacobsen LK. Cerebellum in attention-deficit hyperactivity disorder: a morphometric MRI study. Neurology (1998) 50(4): 1087-1093
- 3- Arsten AF: Genetics of childhood disorders: XVIII. ADHD, Part 2: Norepinephrine has a critical modulatory influence on prefrontal cortical function. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2000) 39(9):1201-1203.
- 4-Angold A, Erkanlı A, Egger HL, Costello EJ. Stimulant treatment for children: a community perspective. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry (2000) 39(8):975-984.
- 5- Volkov ND, Wang G, Fowler JS. Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. J Neurosci (2001) 21 (2): RC121.
- 6-Warshaw EM, Squires L, Li Y, Civil R, Paller AS: Methylphenidate transdermal system: A multisite, open-label study of dermal reactions in pediatric patients diagnosed with ADHD. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 12:p11: PCC.10m00996, 2010.
- 7-Vashi NA, Souza A, Cohen N, Franklin B, Cohen DE: Allergic contact dermatitis caused by methylphenidate. Contact Dermatitis 65:183–185, 2011.
- 8-Weil AJ: Exfoliative dermatitis after medication with methylphenidate HC1 (ritalin). Ann Allergy 26:402–404, 1968.
- 9-Rothschild CJ, Nicol H: Allergic reaction to methylphenidate. Can Med Assoc J 106:1064, 1972.
- 10-Sverd J, Hurwic MJ, David O, Winsberg BG: Hypersensitivity to methylphenidate and dextroamphetamine: a report of two cases.Pediatrics 59:115–117, 1977.
- 11-Cohen HA, Ashkenazi A, Nussinovitch M, Gross S, Frydman M: Fixed drug eruption of the scrotum due to methylphenidate. Ann Pharmacother 26:1378–1379, 1992.
- 12- Coskun M, Tutkunkardas MD, Zoroglu S: OROS methylphenidate-induced skin eruptions. J Child Adolesc Psychopharmacol 19:593–594, 2009.
- 13- Heinzerling LM, Pichler W, Anliker MD: Acute generalized exanthematous pustulosis induced by methylphenidate: A new adverse effect. Arch Dermatol 147:872–873, 2011.
- 14- Amar SM, Dreskin SC: Urticaria. Prim Care 35:141–157, 2008.