

Keti yapin ile tedavi edilen Olfaktör Referans Sendromlu Bir Olgu Sunumu

Murad Atmaca¹, Sevda Korkmaz², Mustafa Nuray Namlı², Hasan Korkmaz³, Murat Kuloğlu¹

ÖZET:

Keti yapin ile tedavi edilen olfaktör referans sendromlu bir olgu sunumu

Olfaktör referans sendromu (ORS) kişinin kendi bedeninin çok kötü bir koku yaydığına ve bu kötü koku yüzünden insanların kendisi hakkında olumsuz fikirler taşıdığına inandığı, bununla ilgili aşırı bir zihinsel meşguliyet içinde olduğu, nadir görülen bir ruhsal bozukluktur. Literatürde pimozid ve risperidon ile tedavi edilmiş ORS'li olgular bildirilmektedir. Ancak keti yapin ile tedavi edilen bir olguya rastlanılmamıştır. Olgumuzda vücudundan gaita kokusu yayıldığı ile ilgili hezeyanı bulunan bir hastanın keti yapin ile tedavisi sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Olfaktör referans sendromu, keti yapin, kötü koku

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2011;21(3):246-8

ABSTRACT:

Olfactory reference syndrome treated with quetiapine: a case

Olfactory reference syndrome (ORS) is a rare disorder in which the affected person is excessively preoccupied by the concern that their body emits very unpleasant odors and believes people have negative reactions to this perceived fault. In literature, several ORS cases, successfully treated by pimozide and risperidone, have been reported, though no report was found about quetiapine-treated ORS. Here, we report a case treated with quetiapine involving a man who believed that he emitted the odor of feces.

Key words: Olfactory reference syndrome, quetiapine, unpleasant odor

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2011;21(3):246-8

¹Prof. Dr., Fırat Üniversitesi Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ-Türkiye

²Uzm. Dr., Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Elazığ-Türkiye

³Uzm. Dr., Elazığ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Kliniği, Elazığ-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Dr. Sevda Korkmaz, Yeni Mah. Coşkun Sok. Kenanmahmat Ap. No:2 Kat:4, Elazığ-Türkiye

Telefon / Phone: +90-505-351-0730

Elektronik posta adresi / E-mail address: skorkmaz23@hotmail.com

Gönderme tarihi / Date of submission: 29 Aralık 2010 / December 29, 2010

Kabul tarihi / Date of acceptance: 15 Nisan 2011 / April 15, 2011

Bağıntı beyanı:

M.A., S.K., M.N.N., H.K., M.K.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

M.A., S.K., M.N.N., H.K., M.K.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

GİRİŞ

Olfaktör referans sendromu (ORS) kişinin kendi bedeninin çok kötü bir koku yaydığına ve bu kötü koku yüzünden insanların kendisi hakkında olumsuz fikirler taşıdığına inandığı bununla ilgili aşırı bir zihinsel meşguliyet içinde olduğu nadir görülen bir ruhsal bozukluktur. Erken yaşlarda başlayan bu hastalıkta, hastalar oldukça sıkıntılı olup, kendilerini suçlama eğilimindedirler (1). DSM-IV-TR'de, sanrısız bozukluk somatik alt tipi başlığı altında ele alınmaktadır (2). Bozukluğun etiolojisinde psikanalitik ve öğrenme teorileri öne sürülmüşse de son zamanlarda subkortikal yapılardaki disfonksiyon üzerinde durulmakta, diğer taraftan frontal hipoperfüzyon ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (3,4). Literatürde pimozid ve risperidon ile tedavi edilmiş ORS'li olgular bildirilmektedir (3,5). Ancak keti yapin ile tedavi edilen bir olguya rastlanılmamıştır. Yazımızda vücudundan gaita kokusu yayıldığı ile ilgili hezeyanı bulunan bir hastanın keti yapin ile tedavisi sunulmuştur.

E.İ., otuz sekiz yaşında, dul, iki çocuklu, ilkököl mezunu, işsiz, erkek hasta. Polikliniğimize, sıkıntı, huzursuzluk, vücudundan gaita kokusu yayıldığını düşünme, baş ağrısı, göğüs ağrısı ve uykusuzluk şikayetleri ile başvurdu. Yakınlarından alınan anamnezde hastanın yaklaşık on üç yıl önce, kulağına emir veren sesler gelmesi, gözüne görüntüler gelmesi, anlamsız konuşma ve davranışlar, sinirlilik, çok konuşma, yerinde durama şeklinde yakınmalarının başladığı öğrenildi. Bu şikayetleri ile özel bir psikiyatri doktoruna başvuran hasta bipolar bozukluk (manik dönem) tanısıyla yatarak tedavi görmüştü. Yakınları benzer şekilde beş atak geçiren hastanın ataklar arası dönemde, oldukça iyi olduğunu ancak düzenli ilaç almadığı için sık sık hastaneye yatırmak zorunda kaldıklarını söyledi. Son üç yıldır atak geçirmeyen hastaya, bir yıl önce vücudundan gaita kokusu yayıldığına dair şikayetleri nedeniyle polikliniğimize başvurusu üzerine, pimozid 6mg/gün, lorazepam 2mg/gün ve klorpromazin 100mg/gün tedavisi düzenlenmişti. İlaçla-

rını düzenli olarak kullanan hasta şikayetlerinin artarak devam etmesi üzerine yakınları tarafından polikliniğimize tekrar getirildi. Hasta görüşmede, tuvaletten çıktıktan sonra, büyük abdestinin kokusunun genital bölgeden çıkıp tüm vücuduna yayıldığını, iç organlarını istila ettiğini, yaşadığı baş ağrısı, göz ağrısı ve göğüs ağrısının da bu koku nedeniyle ortaya çıktığını ifade etti. Hasta, vücudundan koku yayıldığı için insanlarla bir araya gelemediğini, evden dışarı çıkmadığını, insanların bu koku yüzünden kendisine yaklaşmadığını, bunun için günde 5-6 kere banyo yapıp iç çamaşırlarını değiştirdiğini, sürekli parfüm sıktığını belirtti. Ailesine ve sınırlı sayıda olan arkadaşlarına sürekli koku alıp almadıklarını sorduğunu, insanların bu sorulardan artık rahatsız olduğunu belirtti. Hasta insanların bu kokuyu aldığını sözel olarak ifade etmemelerine rağmen beden diliyle bunu kendisine hissettirdiklerini düşünüyordu. Fiziksel ve nörolojik muayenesinde patoloji saptanmayan hastanın göğüs ağrısı şikayetinin artması üzerine kardiyoloji biriminden konsültasyon istendi. Kardiyolojik değerlendirme sonrasında ağrının organik kökenli olmadığına kanaat getirildi. Hastanın psikiyatrik muayenesinde, duygulanımı sıkıntılı, çağrışımları düzgün ve amaca yönelikti. Düşünce içeriğinde değersizlik fikirleri ve yoğun somatik sanrıları vardı. Algı bozukluğu olarak koku halüsinasyonları ön planda olan hastanın şikayetlerine dair içgörüsü yoktu. Günde bir-iki tane sigara dışında alkol ve psikoaktif madde kullanmadığını belirten hastanın aile bireylerinde psikiyatrik hastalık öyküsü mevcut değildi. Hastanın yapılan rutin kan ve idrar tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Çekilen EEG’de patoloji saptanmadı. Uygulanan MMPI’da, histeri ve hipokondriyazis alt ölçekleri yüksek bulundu. Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ) puanları sırasıyla, 11 ve 18 olarak değerlendirildi. Hastanın depresif semptomları mevcuttu ancak bir major depresif dönem tanısını karşılamamaktaydı. DSM-4-TR tanı kriterlerine göre Remisyonda Bipolar Bozukluk ve Sanrısız Bozukluk (somatik alt tipi) tanısı konan hastanın pimozid tedavisi sonlandırılarak ketiyapin 300 mg/gün tedavisi başlandı ve tedricen 1200 mg/gün dozuna kadar çıkarıldı. Anksi-

yetesi için lorazepam 2.5mg/gün tedavisi düzenlendi. Yatışının ikinci haftasında depresif şikayetlerinin artması üzerine tedavisine fluoksetin 20mg/gün eklendi. Taburculuğunda koku hezeyanı ve depresif yakınmaları büyük ölçüde azalan hasta, kendisini daha rahat hissettiğini, kokuyla ilgili şikayetlerinin oldukça azaldığını belirtiyordu. Başlangıçta 47 olan Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) puanları 18’e kadar inmişti. Yaklaşık bir ay arayla yapılan iki kontrol muayenesinde de yakınmalardaki azalmanın devam ettiği gözlemlendi ve son BPRS puanı 13 olarak değerlendirildi. Hasta halen polikliniğimizde yapılan rutin kontrollerinde iyilik halini devam ettirmektedir. Olgumuzda bipolar bozukluk ve beraberinde sanrısız bozukluk eş tanısının varlığı ayırıcı tanı açısından göz önüne alındığında; geçirilmiş beş manik atağın varlığı, aralarda belirgin iyilik dönemlerinin olması, major depresif bozukluk kriterlerinin en son depresif belirtiler olarak belirttiğimiz dönem dahil hiçbir zaman karşılanmamış olması gibi nedenlerle psikotik özellikli depresif bozukluğu düşündürmemiştir. Sanrısız bozukluk açısından, tek ve açık belirtilerin varlığı ve ORS’nin farklı hastalıkların nadir belirtilerinden biri olarak da görülebileceği bilgisiyle önemli oranda uyumaktadır (6). Sunmuş olduğumuz bu vakada daha önce bipolar bozukluk tanısı mevcut olan ORS’li hastanın ketiyapin ile şikayetlerinde düzelmeye gözlenmiştir. Ketiyapin, şizofrenide (7) ve bipolar bozuklukta ve onun depresif epizod döneminde (8) etkinliği kanıtlanmış ve günlük psikiyatri pratiğinde bu amaçlarla yoğun şekilde kullanılan bir atipik antipsikotiktir. Bununla birlikte, ketiyapin’in antidepressan etkinliğini de eklemek gerekir. Major depresif bozuklukta önemli bir ekleme tedavisi seçeneği olarak dururken (9) yavaş salınımlı ketiyapin formu ise major depresif bozuklukta monoterapi olarak onay almıştır (10). Ketiyapin ile ilgili bu bilgiler olgumuzla birleştirildiğinde, hem antipsikotik, hem duygudurum düzenleyici ve hem de antidepressan etkinliğinin olgumuza yansımış olduğunu düşünebiliriz. Farklı psikiyatrik tanılara eşlik eden ve farklı etken maddeli ilaçlarla tedavi edilen ORS’li olguların bildirilmesinin literatüre katkıda bulunacağını ümit ediyoruz.

Kaynaklar:

1. Pryse-Philips W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1971; 47(4):484-509.
2. Amerikan Psikiyatri Birliđi (1999) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR)* Amerikan Psikiyatri Birliđi, Washington DC: Çeviri Editörü Körođlu E, Hekimler Yayın Birliđi:Ankara, 2000.
3. Atmaca M, Kulođlu M, Tezcan AE. Monosemptomatik Hipokondriak Psikoz: Risperidon Kullanılan Bir Olgu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2001; 11(1): 41-5.
4. Konuk N, Atik L, Atasoy N, Ugur MB. Frontotemporal hypoperfusion detected by 99mTc HMPAO SPECT in a patient with olfactory reference syndrome. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28(2):174-7.
5. Aksu EE, Aksu H, Tabo A, Saatçiođlu Ö. Olfaktör referans sendromu: Olgu sunumu Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2010; 23(2): 133-6.
6. Sayar K, Aksu G. Olfaktör Referans Sendromu: Bir Olgu Sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2003; 13(4):183-7.
7. Buckley PF. Efficacy of quetiapine for the treatment of schizophrenia: a combined analysis of three placebo-controlled trials. *Cur Med Res Opin* 2004;20(9): 1357-63.
8. Young AH, McElroy SL, Bauer M, Philips N, Chang W, Olausson B, et al. A double-blind, placebo-controlled study of quetiapine and lithium monotherapy in adults in the acute phase of bipolar depression (EMBOLDEN I). *J Clin Psychiatry* 2010;71(2): 150-62.
9. Yargic IL, Corapcioglu A, Kocabasoglu N, Erdogan A, Koroglu G, Yilmaz D. A prospective randomized single-blind, multicenter trial comparing the efficacy and safety of paroxetine with and without quetiapine therapy in depression associated with anxiety. *Int J Psychiatry Clin Prac* 2004;8(4): 205-11.
10. Çetin M. Tedaviye dirençli depresyonlarda yeni antipsikotiklerin yeri. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni - Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2010;20(1): 15-25.