

Olfaktör Referans Sendromu Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluklar Başlığı Altında Değerlendirilebilir mi? Bir Olgu Sunumu



Diren BEZEK ÖZSOY¹, Erhan ERTEKİN², Raşit TÜKEL³

ÖZET

Olfaktör referans sendromu (ORS), hastaların başkalarını rahatsız edecek kadar kötü bir beden kokusu salgıladıklarıyla ilgili aşırı bir zihinsel uğraşı, bu koku nedeniyle utanç ve yoğun sıkıntı duyma sonucunda, sosyal ortamlardan kaçınma ve kendini yalıtma ile karakterize, nadir görülen bir sendromdur. Hastalarda yaygın olarak, ağız kokusu, ter kokusu, genital bölge ya da gaz-gayta kokusuna sahip olduklarıyla ilgili endişeler vardır. Hastalar koku yaydıklarını düşündükleri için çevresindekilerin davranışlarını yanlış yorumlayabilirler. Gün içerisinde sık sık duş alma ve elbise değiştirme, kendilerini koklama gibi tekrarlayıcı davranışlar sergilerler. ORS'nin sanırsal bir bozukluk mu olduğu, yoksa obsesif kompulsif ilişkili bozukluklar başlığı altında mı incelenmesinin uygun olacağı konusunda görüş ayrılıkları vardır. Belirsizliği artıran nedenlerden biri de vakaların farklı tedavi seçeneklerine verdiği yanıtlardır. Tedavide antidepresan ve antipsikotik grubu ilaçlardan yararlanılmaktadır, antidepresan-antipsikotik birlikteliği sıklıkla tercih edilmektedir. Bu yazıda, kötü koku yayma sanrısı olan ve buna ikincil depresif belirtileri gelişen tedaviye pimozid eklenmesiyle şikâyetleri gözle görülür şekilde azalan 33 yaşında erkek bir vaka sunulmuştur. Vakanın 14 yıl önce ilk psikiyatrik başvurusundaki şikâyetleri OKB, içgörüsü kötü olarak değerlendirilmiştir. Bu şikâyetleri düzeldikten kısa bir süre sonra ORS'ye ilişkin şikâyetleri başlamıştır. Bu yazıda, vakanın özellikleri dikkate alınarak mevcut literatür doğrultusunda ORS' nin tanı sistemleri içerisindeki yeri tartışılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Sanrılı bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, psikotik bozukluk

SUMMARY

Is Olfactory Reference Syndrome a Diagnostic Entity Under Obsessive-Compulsive and Related Disorders?: A Case Report

Olfactory reference syndrome (ORS) is a rare psychiatric condition involving embarrassment and distress due to persistent mental preoccupation with the idea of emitting body odours foul and offensive enough to disturb others. This disorder is often accompanied by shame, embarrassment, significant distress, avoidance behavior, social phobia and social isolation. The patients may worry that they spread odours originating from their mouth, sweat, genital areas or the gut. This belief may lead the patients to misinterpret the behaviours of others, they may frequently smell themselves, shower and change clothing during the day. There are differences of opinion whether ORS should be considered as a delusional disorder or appear in under the rubric of obsessive-compulsive related disorders. One of the reasons that create this uncertainty is the variation in the response to different treatments. The treatment strategies generally include the use of antipsychotics, the antidepressants, they are preferentially used in combination. In this report we aimed to discuss the case of a 33-year old male patient whose first complaints had been diagnosed 14 years prior, with a diagnosis of OCD with low insight. Shortly after improvement of the OCD symptoms he developed ORS symptoms. We aimed here to discuss the place of ORS in the diagnostic systems with reference to this case.

Keywords: Delusional disorder, obsessive-compulsive disorder, psychotic disorder

GİRİŞ

Olfaktör referans sendromu (ORS), hastaların başkalarını rahatsız edecek kadar kötü bir beden kokusu salgıladıklarıyla ilgili aşırı bir zihinsel uğraşı, bu koku nedeniyle utanç ve yoğun sıkıntı duyma sonucunda, sosyal ortamlardan kaçınma

ve kendini yalıtma ile karakterize, nadir görülen bir sendromdur. Hastalarda yaygın olarak, ağız kokusu, ter kokusu, genital bölge ya da gaz-gayta kokusuna sahip olduklarıyla ilgili endişeler vardır (Pryse-Phillips 1971). Hastalar koku yaydıklarını düşündükleri için çevresindekilerin davranışlarını yanlış yorumlayabilirler. Gün içerisinde sık sık duş alma ve elbise

Geliş Tarihi: 17.08.2019, **Kabul Tarihi:** 22.04.2020, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 31.01.2021

¹Asist., ²Doç., ³Prof., İstanbul Üniv. İstanbul Tıp Fak., Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., İstanbul.

DBÖ: <https://orcid.org/0000-0002-3312-1613>, **EE:** <https://orcid.org/0000-0001-9137-6887>, **RT:** <https://orcid.org/0000-0001-9421-4541>

Dr. Diren Bezek Özsoy, e-posta: diren_bezek@hotmail.com

değiştirme, kendilerini koklama gibi tekrarlayıcı davranışlar sergilerler.

Pryse-Phillips 1971’de şizofreni, depresyon veya temporal lob epilepsisinde görülen olfaktör belirtilerden bu durumu ayırmak için olfaktör referans sendromu ifadesini önermiştir. Literatüre baktığımızda parosmi (Tilley 1895), otodisomofobi (Bourgeois ve Paty 1972), olfaktör halüsinasyon (Pryse-Phillips 1971), halitofobi (Phillips ve ark. 2006), kronik olfaktör paranoid sendrom (Videbech 1966), monosemptomatik hipokondriasis (Bishop 1980), monosemptomatik hipokondriak psikoz (MHP) (Munro 1988), jiko-shu-kyofu (Suzuki ve ark. 2004) gibi farklı adlandırmaların “olfaktör referans sendromu” nu tanımlamak için kullanıldığını görüyoruz.

Literatürde, ORS’nin ayrı bir bozukluk mu yoksa başka bir bozukluğun bir parçası mı olduğuna ilişkin tartışmalar vardır. ORS, DSM-IV’te “Amerikan Psikiyatri Birliği (1994)” sanırsal bozukluğun bedensel alt tipi başlığı altında yer almıştır. DSM 5’te “Amerikan Psikiyatri Birliği (2013)” ise “Jikoshu-kyofu” adıyla tajjinkyusho sendromunun parçası olarak “tanımlanmış diğer bir obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluk” başlığı altında yer almıştır. Tedavide anti-depresan ve antipsikotik grubu ilaçlardan yararlanılmaktadır, antidepresan-antipsikotik birlikteliği sıklıkla tercih edilmektedir. Sınıflamadaki farklılıklar ve tedavide farklı grup ilaçların kullanılması ORS’nin klinik pratikte tanısal açıdan yeri konusunda kafa karışıklığı yaratmaktadır. Bu yazıda, sunulan vaka üzerinden ORS’nin tanı sistemleri içerisindeki yerini tartışacağız.

OLGU

33 yaşında, bekâr, erkek hasta, kötü koku yaydığını düşündüğü için toplum içine çıkamama yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Hasta kendisinden dışkı, ter ve ağız kokusu yayıldığı endişesi yaşadığını, bu yüzden insanlardan kaçındığını ifade ediyordu. Arkasında dışkı kalmış olabileceği endişesiyle pantolonunu sık sık kontrol ettiğini, dışkı kokusu yaydığını düşündüğü için toplu taşıma araçlarını kullanmadığını belirtiyordu. Ter kokusu yayma korkusuyla kışın kalın giysiler giymediğini tişörtle dolaştığını, ağız kokusu yaydığına inandığı için insanlarla olabildiğince az konuşmayı tercih ettiğini aktarmaktaydı. Yakınmaları yaklaşık yedi yıl önce başlamış bu dönemde banyo ve temizlik süresinin uzun olduğunu, ancak son zamanlarda yoğun sıkıntı duyduğu için banyosunu tek başına yapamadığını annesinin yardımıyla yapabildiğini belirtiyordu. Bu yakınmalarının sonucunda gelişen moral bozukluğu, isteksizlik, eskisi gibi hayattan zevk alamama tarif eden hasta vaktinin çoğunu evde ve yalnız başına geçirdiğini, zihninin koku yaydığına ilişkin düşüncelerle meşgul olduğunu, bu yüzden dikkat ve konsantrasyonunda bozulma görüldüğünü

ifade ediyordu. Hasta kokuyu almadığını, ancak koku yaydığına ilişkin inancının tam olduğunu söylüyordu. Psikiyatrik özgeçmişinde ilk yakınmalarının 2004 yılında başladığı, bu dönemde kirpiklerinin gözüne batıp kör olacağı korkusuyla kirpiklerini kopardığı ve ayna karşısında yüzünü sürekli incelediği öğrenildi. Bu dönemde bu düşüncelerin günün büyük kısmında sürdüğünü, zihninden uzaklaştıramadığını belirtiyordu. Bu düşüncelerle birlikte yoğun kaygının eşlik ettiğini söylüyordu. Hasta o dönemde kirpiklerinin gözüne batması sonucunda kör olacağı ihtimaline inanışının tam olduğunu belirtiyordu. 2011 yılında başlangıçtaki yakınmalarının gerilediğini, sonrasında ORS ile ilgili yakınmalarının başladığını ifade ediyordu. Farklı birçok ilaç kullanan hasta uygulanan tedavilerden fayda göremediğini belirtti.

Hastanın polikliniğimize başvurduğu zaman yapılan fiziksel muayenesinde bir patoloji saptanmadı. Psikiyatrik muayenesinde; yaşında gösteriyordu, öz bakımı yerindeydi, konuşma tonu, hızı olağan ve konuşması anlaşılırdı. Duygudurumu depresif, duygulanımı sıkıntılıydı. Anhedoni tarifliyordu. Çağrışımları düzgün, amaca yönelikti. Düşünce içeriğinde referans sanrıları, değersizlik-karamsarlık fikirleri gibi depresif temalar ve somatik sanrılar vardı. Algı bozukluğu saptanmadı. İçgörüsü yoktu. Hasta Yale-Brown Obsesyon Kompulsiyon Ölçeği’nden (YBOKÖ) 33, Hamilton Depresyon Ölçeği’nden 24, Hamilton Anksiyete Ölçeği’nden 22 puan aldı. Hastanın mevcut tedavisinde başvurduğu sırada kullandığı ilaçların dozları klomipramin 150mg/gün, klonazepam 4mg/gün, essitalopram 20mg/gün, ketiyapin 200 mg/gün olarak düzenlendi ve tedaviye pimozid 2mg/gün eklendi. Hastanın 5 ay sonraki izleminde YBOKÖ puanı 22’ye geriledi. Kaçınma davranışlarının azaldığı gözlemlendi. Hasta banyosunu tek başına yapmaya ve randevularına sıkıntı duymadan toplu taşıma aracı kullanarak gelmeye başladı.

TARTIŞMA

ORS’nin sanırsal bir bozukluk mu olduğu, yoksa obsesif kompulsif ilişkili bozukluklar başlığı altında mı incelenmesinin uygun olacağı konusunda görüş ayrılıkları vardır. DSM 5’e göre ORS; “jiko-shu-kyofu, tanımlanmış diğer bir obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar” tanılarında bulunmaktadır. ICD-11’de “Dünya Sağlık Örgütü (2018)” “olfaktör referans sendromu”, “obsesif kompulsif bozukluk ya da ilişkili bozukluklar” başlığı altında ayrı bir tanı olarak yer almaktadır. Böylece literatürde ilk defa tanı sistemleri içerisinde ayrı bir bozukluk olarak yer almıştır. ORS’nin ICD 11’de “obsesif kompulsif bozukluk ya da ilişkili bozukluklar” başlığı altında ayrı bir başlık olarak yer almasının çeşitli nedenleri olduğunu düşünüyoruz. Sunulan vakanın özellikleri bu sınıflandırmayı destekler niteliktedir. ORS’de hastanın koku yayma ile ilgili düşüncelerinin tekrarlayıcı biçimde akla gelmesi ve geldiğinde sıkıntı yaratması, OKB’de görülen düşünce

biçimi ile benzerlik taşımaktadır. Günün çoğunluğunda bu düşünceler aklına geliyor ve sıkıntı veriyordu. Vakada içgörü yoktu, koku yayma ile ilgili düşünceleri sanrısalıdı. Literatüre baktığımızda ORS’de koku yayma ile ilgili düşüncelerin hastaların çoğunda sanrısal düzeyde olduğu görülse de, içgörünün kaybolmadığı hastaların olduğu da bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada (Philips ve Menard 2011) ORS hastalarının 85%’inde düşüncelerin sanrısal olduğu, 15%’inde ise zayıf içgörü olduğu bulunmuştur. Ayrıca, OKB ve ilişkili bozukluklarda içgörü düzeyinin değişebildiğini biliyoruz. Örneğin “beden dismorfik bozukluğu” hastalarında içgörü çoğunlukla zayıftır veya yoktur.

Vakanın ilk psikiyatrik şikayetleri değerlendirildiğinde kirpiklerinin gözüne batacağından endişelenmesini obsesyon olarak, ayna önündeki kontrollerini kompulsiyon olarak kabul edebiliriz. Vaka bu döneme ilişkin bedeninde kusurlu bulduğu bir özelliğinin olmadığını aktarmaktaydı. Aynadaki kontrollerini gözüne kirpiğinin batıp batmadığını denetlemek için yaptığını söylüyordu. Düşüncesinin yineleyici olarak aklına gelmesi, sıkıntı vermesi gerçekleşebileceğine dair inanışının tam olması ve kompulsiyonun eşlik etmesi hastanın ilk belirtilerinin OKB, içgörüsü kötü tanısını karşıladığını düşündürmektedir. Obsesif kompulsif semptomların zaman içerisinde değişiklik gösterebileceği literatürde belirtilmiştir (Swedo S ve ark. 1989). Vakada kirpiklerin gözüne batıp kör olma ile ilgili düşüncesi kaybolduktan sonra ORS’ye ilişkin şikayetleri başlamıştır. Tüm bu özellikleriyle vaka değerlendirildiğinde, ORS’nin tanısal açıdan OKB ile ilişkili bir bozukluk olduğu yönündeki görüşleri desteklemektedir. Bu konuda yapılacak araştırmalar, OKB ile ORS ilişkisinin anlaşılmasına katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1995.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5) (Çev. Ed.: E Köroğlu). Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013.
- Bishop ER (1980) An olfactory reference syndrome-monosymptomatic hypochondriasis. *J Clin Psychiatry* 41:57-9.
- Bourgeois M, Paty J (1972) Autodysomphobia and the psychopathology of smell (a propos of 7 cases). *Bord Med* 17:2269-86.
- Munro A (1988) Monosymptomatic hypocondriacal psychosis. *Br J Psychiatry* 153:37-40
- Phillips KA, Castle DJ (2007) How to help patients with olfactory reference syndrome. *Curr Psychiatry* 6:49-65.
- Phillips KA, Gunderson C, Gruber U ve ark. (2006) Delusions of body malodour: the olfactory reference syndrome. *Olfaction and the Brain*, In: Brewer W, Castle D, Pantelis C (Eds.), Cambridge: Cambridge University Press, s. 334-54.
- Philips KA, Menard WBA (2011) Olfactory reference syndrome: demographic and clinical features of imagined body odor. *Gen Hosp Psychiatry* 33:398-406.
- Pryse-Phillips W (1971) An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 47:484-509.
- Suzuki K, Takei N, Iwata Y ve ark. (2004) Do olfactory reference syndrome and jiko-shu-kyofu (a subtype of taijin-kyofu) share a common entity? *Acta Psychiatr Scand* 109:150-5.
- Swedo SE, Rapoport JL, Leonard H ve ark. (1989) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry* 46:335-41.
- Tilley H (1895) Three cases of parosmia: causes and treatment. *Lancet* 146:907-8.
- Yamada M, Shigemoto T, Kashiwamura KI ve ark. (1977) Fear of emitting bad odors. *Bull Yam Med School* 24:141-61.
- Videbech T (1966) Chronic olfactory paranoid syndromes a contribution to the psychopathology of the sense of smell. *Acta Psychiatr Scand* 42:182-213.
- World Health Organisation (2018) ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. World Health Organisation, Geneva.