

Olfaktör Referans Sendromu: Olgu Sunumu

Emine Ebru Aksu¹,
Haluk Aksu², Abdulkadir Tabo²,
Ömer Saatçioğlu³

¹Asist. Dr., ²Uzm. Dr., ³Doç. Dr.,
Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir
Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ÖZET

Olfaktör referans sendromu: Olgu sunumu

Olfaktör Referans Sendromu (ORS), kişinin bedeninin çok kötü bir koku yaydığını düşündüğü, bu yüzden insanların kendisi hakkında olumsuz düşünceler taşıdığına inandığı, sosyal ve iş yaşantısında sorunlara yol açan psikiyatrik bir bozukluktur. ORS, DSM-IV de sanrılı bozukluk somatik alt tipi altında ele alınmaktadır. ORS'isi olan hastalar, sanrılı bozukluktan farklı olarak kokudan kendilerini sorumlu hisseder ve büyük utanç yaşarlar. Bu makalede, vücudunun kötü koku yaydığı hezeyanı ve bunun sebep olduğu belirgin depresyon belirtileri olan 32 yaşında bir erkek olgu sunulmuştur. Paroksetin ve olanzapin kombinasyonu ile gözle görülür düzelmeye gözlemiştir. ORS, literatür doğrultusunda tanı ve tedaviye yönelik tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Olfaktör referans sendromu, monosemptomatik hipokondriyak psikoz, sosyal fobi, sanrılı bozukluk, psikotik bozukluk, major depresyon

ABSTRACT

Olfactory reference syndrome: a case report

Olfactory Reference Syndrome (ORS) has been defined as a psychiatric condition characterized by persistent preoccupation about body odor accompanied by shame, embarrassment, significant distress and avoidance behavior. Patients often limit their public appearances and restrict their social and occupational encounters. In DSM-IV, delusions about personal odor are described as an example of the somatic subtype of delusional disorder. However, patients with ORS are different from delusional disorder. These patients feel themselves responsible from the smell and live a shame. In this article, we present a case of a 32 year old single male whose delusion of emitting a foul body odor has caused significant depressive symptoms. He showed remarkable improvement with a combination of paroxetine and olanzapine therapy. ORS is discussed in the light of literature with regard to diagnosis and treatment.

Key words: Olfactory reference syndrome, monosymptomatic hypochondriac psychosis, social phobia, delusional disorder, psychotic disorder, major depression

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Dr. Ömer Saatçioğlu, Ataköy 9. Kısım, A5-A
Blok, D:61 İstanbul - Türkiye

Telefon / Phone: +90-212-543-6565/1552

Elektronik posta adresi / E-mail address:
osaatcioglu@yahoo.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
30 Nisan 2010 / April 30, 2010

GİRİŞ

Olfaktör referans sendromunda (ORS) kişi kendi bedeninin çok kötü bir koku yaydığına ve bu kötü koku yüzünden insanların kendisi hakkında olumsuz fikirler taşıdığına inanır (1). ORS'isi olan hastalar kötü beden kokusu yaydıkları ile ilgili aşırı bir zihinsel meşguliyet içindedir ve bu durumdan dolayı oldukça sıkıntı duyup, kendilerini suçlama eğilimindedirler. ORS'nin klinik değerlendirmesinde ana zorluklar; sanrıları, aşırı değerlendirilmiş fikirlerden ve koku varsayımlarından ayırmaktır (2). ORS, sıklıkla erken yaşlarda başlar ve bekar erkeklerde daha fazla görülür (1). Pryse-Philips, hastalığı ORS olarak tanımlamış ve şizofreni, depresyon ve temporal lob epilepsisinde görülen olfaktör belirtilerden ayırmıştır (1).

Şizofreni, depresyon ve temporal lob epilepsisi gibi başka hastalıklarda da vücudunda kötü koku yaydığını düşünme hali görülebilir. Bu hastalar, Batı kökenli

literatürün erken serilerinde olfaktör paranoid sendrom olarak adlandırılmıştır (3). Benzer belirtileri olan Japon hastalar, taijin kyofusho ya da antropofobi olarak isimlendirilmiştir (4,5).

ORS fenomenolojisi hakkında birçok tartışma vardır ve literatürde değişik terimler altında incelenmiştir. Bunlar, bromidrofobi (6), kronik olfaktör paranoid sendrom (3), monosemptomatik hipokondriazis (7), monosemptomatik hipokondriak psikozdur (8). Monosemptomatik hipokondriak psikoz (MHP) sanrıların içeriğine göre dismorfofobi, infestasyon ve bedenden kötü koku alındığı ile ilgili olup, ilk olarak Munro tarafından tanımlanmıştır (9). ORS ve MHP arasında kesin bir ayırım bulunmamaktadır. DSM-IV' te, sanrılı bozukluk somatik alt tipi altında ele alınmaktadır (10).

ORS'nin, son zamanlarda, obsesif kompulsif bozukluğun iç görüsü az olan varyantı olduğu veya sosyal anksiyete bozukluğuna benzediği de söylenmektedir (11). OKB spektrumunda bulunan hastalıklarda (12,13),

beden dismorfofobi (14,15), hipokondriazis (16) ve patolojik kıskançlıkta (17) da obsesyonlar ve sanrıların değişik biçimleri vardır. Bu spektrumdaki bozuklukların, Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerine (SSRI) cevap vermesinde benzer fenomenolojik ve nörobiyolojik özellikler olduğu düşünülmektedir (18).

Bu makalede, genç bir erkek hastada koku yayma hezeyanı varlığıyla başlayan, sonrasında depresyon belirtilerinin eşlik ettiği bir ORS vakası sunularak literatür ışığında tartışılmıştır.

OLGU

Hasta, otuz iki yaşında, erkek, bekar, üç kardeşin en büyüğü ve üniversite mezunudur. Bir yakınının atölyesinde asgari ücretle çalıştığı, İstanbul'da annesi ve kardeşleriyle birlikte yaşadığı ve babasının sekiz yıl önce akciğer kanserinden öldüğü öğrenilmiştir. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi psikiyatri polikliniğine, cinsel bölgesinden kötü bir koku yaydığı ve bu nedenle cinsel yolla bulaşan bir rahatsızlığının olduğu yakınmasıyla başvurdu.

Hastanın yakınmaları, 1,5 sene önce şüpheli bir cinsel ilişkiden sonra molloskum contagiosum hastalığına yakalanmasından sonra başlamış. Cinsel yolla bulaşan hastalığı tedaviyle iyileşmesine rağmen hâlâ hastalığının devam ettiğini, doktorların güvence vermesine inanmadığını ve değişik doktorlara sürekli gittiğini söylüyordu. Üroloji, dahiliye, dermatoloji alanında yapılan tetkikleri ve muayenesi sonucunda patoloji saptanması üzerine psikiyatrik değerlendirme için yönlendirilmişti.

Genital bölgesinden koku yaydığı için insanlarla bir araya gelemediğini, evden dışarı çıkamadığını, hatta çalıştığı yerden ayrılarak sadece bir yakınının yanında çalışabildiğini belirtiyordu. İşe giderken toplu taşıma aracını kullanmadığını, bu nedenle günde yaklaşık 20-25 km yürüyerek işine gidebildiğini ve yaklaşık 12 kg kaybettiğini belirtmekteydi. Koku yaymamak için günde 5-6 kere banyo yapıp iç çamaşırlarını değiştirdiğini, sürekli parfüm sıkıldığını söyledi. Kokunun sadece genital bölgesinden geldiğini, kendisinin bu kokuyu alamadığını ama bozuk yumurta kokusu olarak tahmin

ettiğini söylüyor, insanların bu kokuyu alarak beden diliyle bunu bir şekilde kendisine hissettirdiğini düşünüyordu. Ev halkına sürekli koku alıp almadıklarını sorduğunu, ailesinin bu sorulardan artık rahatsız olduğunu belirtiyordu. İnsanların hareketlerinden, sözlerinden koku yaydığını ima ettiklerini ve hemen bu ortamı terk ettiğini ifade ediyor, çok istediği halde duygusal bir ilişki içine girememekten yakınıyordu. Hasta, temelde fiziksel bir rahatsızlığa bağlı psikiyatrik bir durum yaşadığını ve kötü koku yaymasını saçma bulmadığını söyleyerek internette sürekli bununla ilgili araştırmalar yapıyordu.

Daha önce benzer yakınmaları nedeniyle başvurduğu bir psikiyatrist tarafından sertralin 50 mg/gün ve risperidon 2 mg/gün başlanmış, ancak fayda görmemişti. Keyifsizlik, uykularında düzensizlik, sıkıntılarında artma olması ve kokuyla ilgili yoğun düşüncelerinin devam etmesi nedeniyle polikliniğimize başvurmuştu.

Fiziksel ve nörolojik muayenesinde bir patoloji saptanmadı. Psikiyatrik muayenesinde, yaşında gösteriyordu, öz bakımı yerindeydi, konuşması akıcı ve anlaşılırdı. Duygulanımı depresif ve sıkıntılıydı. Çağrışmaları düzgün, amaca yönelikti. Düşünce içeriğinde referans, değersizlik fikirleri ve somatik sanrıları vardı. Algı bozukluğu saptanmadı. İlgörüsü yoktu.

Hastanın aile öyküsünde, kız kardeşinin panik bozukluk tanısıyla hastanemizde tedavi gördüğü öğrenildi. Günde 1-2 tane sigara dışında alkol ve psikoaktif madde kullanmadığını belirtti. Hastanın yapılan hemogram, biyokimya, tiroid fonksiyon, hepatit, VDRL ve HIV testleri normaldi. İdrar incelemesi normal olup madde metabolitine rastlanmadı. Yapılan EEG ve beyin MR görüntüleme patoloji saptanmadı. Uygulanan MMPI'da, yetersiz ve güvensiz kişilik özelliklerinin ön planda olduğu belirtilirken, Rorschach test protokolünde obsesif kişilik özellikleri, kişiler arası ilişkilerde yetersizliklerin belirgin olduğu psikotik bulgular saptandı. Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ) puanları, sırasıyla 28 ve 29 idi.

Majör depresyon ve olfaktör referans sendrom tanıları konulan hastaya paroksetin 20 mg/gün, pimozid 4 mg/gün ve biperiden 2 mg/gün başlandı. Pimozid ile ekstrapramidal sistem yan etkisi gelişmesi ve hastanın

ilacı tolere edemeyip ilaç uyumunun bozulması nedeniyle, pimozyd kesilerek olanzapin 2,5 mg/gün başlandı. İki hafta sonra tam olarak yanıt alınamaması üzerine doz 5 mg/güne yükseltildi. Hastanın altı hafta sonra yapılan muayenesinde, belirtilerinde belirgin düzelme görülüp, HDÖ ve HAÖ puanları, sırasıyla 11 ve 13 olarak saptandı. Koku hezeyanı büyük ölçüde azalan hasta, artık uzak seyahatlere gidebildiğini ve insanlarla iletişiminde kendisini daha rahat hissettiğini belirtiyordu.

TARTIŞMA

Bu olguda, özellikle koku hezeyanlarının olması ve klinik belirtilerin bu hezeyan üzerine gelişmesi olfaktör referans sendromunu akla getirmiştir. ORS ilk tanımlandığı zamandan itibaren tartışma konusu olan bir hastalık olup, biyopsikososyal yönden de oldukça farklı etiyolojilere sahiptir (9). ORS için hazırlanan tanısal kontrol listesinde ORS'nin tek belirtili ya da tek hezeyanlı olmadığı, ORS'ye varsanlar, depresyon ve paranoid içerikli sanrıların eşlik edebileceği belirtilmiştir (6,10,19). Ancak bu belirtilerin birincil değil, ikincil olarak görüldüğü üzerinde durulmuştur (20).

Pryse-Phillips, ORS'deki koku belirtisinin varsanı olduğunu kabul etmesine rağmen, bazı zamanlarda varsanı ya da sanrılı bozukluk olarak değerlendirilebilmektedir. Son zamanlarda ise, sanrı olduğu yönündeki görüşler daha ağır basmaktadır. Bu olguda olduğu gibi, beraberinde ikincil gelişebilen referans fikirleri görülebilmektedir (1,10). Hastamız kötü koku yaydığına inanıyor ve insanların bunu kendisine hissettirdiği yönünde ısrar ediyordu. Bazı hastalarda izole belirtiler görülmesine rağmen (9), zaman içinde iyi bilinen farklı tanı kategorilerinde yer alabileceği ve diğer psikiyatrik hastalıklarda da görülebileceği belirtilmiştir (20). Bu nedenle olgumuzda değişik psikiyatrik tabloların gelişebileceği düşünülerek, uzun dönemli izlenmesi gerekmektedir.

ORS'yi depresif hastalıktan temel semptom analiziyle ayırmanın güç olduğu belirtilmiştir. ORS'de depresyon olfaktör sanrılara reaktif olarak gelişebilir (1). Olgumuzda da depresyon ORS'ye ikincil olarak gelişmiştir. ORS'li hastalar kokudan kendilerini sorumlu hissederler ve bu yüzden pişmanlık reaksiyonu ve buna bağlı utanç yaşarlar. Bu hastalar çok fazla banyo yaparlar, kıyafetlerini çok sık değiştirirler ve sosyal ilişkilerden kaçınırlar (1). Bu durum genellikle kroniktir ve hastanın yaşam kalitesi çok bozulur. Tedavi edilmemiş bazı ORS hastaları intihar edebilir (1,6,21). Bu nedenle, komorbid depresyonu olan olgular intihar açısından iyi değerlendirilmeli ve depresyona yönelik tedavi gözden kaçırılmamalıdır. Ayrıca, iç görüşü az olan obsesif kompulsif bozuklukta obsesyonlar sanrı düzeyine gelebileceğinden, ayırıcı tanıda OKB'yi dışlamak önemlidir (22). ORS, kötü koku yayarak insanları rahatsız etme ve bu korkularını aşırı ve anlamsız bulmama ile sosyal anksiyete bozukluğundan ayrılabilir (23). ORS'nin işlevselliği ne kadar olumsuz yönde bozduğu; hastamızın uzun mesafeleri yürüyerek gitmesi, çok istediği halde insanlarla iletişim kuramaması ve yüksek öğrenim gördüğü alana uymayacak bir işte çalışmasından anlaşılmaktadır.

ORS nadir görülen ve somatik tipte hezeyanlı bozukluk olsa da, farklı hastalıkların nadir belirtilerinden biri olarak da görülebilir. En sık olarak depresyonun eşlik edeceği bu sendromun sanrılı yapısı, özellikle pimozyd tedavisine iyi yanıt verir (24,25). Bazı hastalar kombinasyon tedavisine (trisiklik antidepresan ve fenotiazinler) yanıt verirken (9), bazıları da sadece antidepresan tedaviye yanıt vermektedir (20). ORS'de depresyonun önemli yeri olduğu unutulmamalıdır. İlaç yan etkisi görülmesi ve hastanın tolere edememesi durumunda, antipsikotik olarak atipik nöroleptiklerin seçenek olabileceği unutulmamalıdır. Klinisyenin bu sendromu bilmesi ve iyi değerlendirmesi etkin tedaviyi sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Pryse-Phillips W. An olfactory reference syndrome. *Acta Psychiatr Scand* 1971; 47:484-509.
2. Thomas CS. Dymorphobia and monosymptomatic hypochondrisis (letter). *Am J Psychiatry* 1985; 142: 1121.
3. Videbeck T. Chronic olfactory paranoid syndromes. A contribution to the psychopathology of the sense of smell. *Acta Psychiatr Scand* 1966; 42:182-213.
4. Tanaka-Matsumi J. Taijin kyofusho: Diagnostic and cultural issues in Japanese psychiatry. *Cult Med Psychiatry* 1979; 3: 231-245.

5. Takahashi T. A social club spontaneously formed by ex-patients who had suffered from anthrophia. *Int J Soc Psychiatry* 1975; 21: 137-140.
6. Sutton RL. Bromidrophobia. *J Am Med Assoc* 1919; 72:1267-1268.
7. Bishop ER. Monosymptomatic hypochondriasis. *Psychosomatics* 1980; 21:731-747.
8. Munro A. Delusional hypochondriasis: A description of monosymptomatic hypochondriacal psychosis (Monograph Series 5). Toronto: Clarke Institute of Psychiatry, 1982.
9. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry* 1988; 153 (Suppl. 2): 37-40.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed. (DSM-IV). Washington DC: APA, 1994.
11. Lochner C, Stein DJ. Olfactory reference syndrome: Diagnostic criteria and differential diagnosis. *J Postgrad Med* 2003; 49: 328-331.
12. Jenike MA. Obsessive-compulsive related disorders: a hidden epidemic. *N Engl J Med* 1989; 321:539-541.
13. Stein DJ, Hollander E. The spectrum of obsessive-compulsive related disorders: In Hollander E (editor). *Obsessive-compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993, 241-271.
14. Bizamcer AN, Dubin WR, Hayburn B. Olfactory Reference Syndrome. *Psychosomatics* 2008; 49:77-81.
15. McElroy SL, Phillips KA, Keck PE Jr, Hudson JI, Pope HG Jr. Body dysmorphic disorder: Does it have a psychotic subtype? *J Clin Psychiatry* 1993; 54:389-395.
16. Fallon BA, Javitch J, Liebowitz MR. Hypochondriasis and obsessive compulsive disorders: overlaps in diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1991; 52:457-460.
17. Stein DJ, Hollander E, Josephson SC. Serotonin reuptake blockers for the treatment of obsessional jealousy. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:30-33.
18. Zohar J, Insel TR. Obsessive-compulsive disorders: psychobiological approaches to diagnosis, treatment and pathophysiology. *Biol Psychiatry* 1987; 22:667-687.
19. Munro A. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Br J Psychiatry* 1982; 141: 344-349.
20. Cashman FE, Pollock B. Treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis with imipramin. *Can J Psychiatry* 1983; 28: 85.
21. Bebbington PE. Monosymptomatic hypochondriasis abnormal behaviour and suicide. *Br J Psychiatry* 1976; 128:475-478.
22. Stein DJ, Le Roux L, Bouwer C, Van Heerden B. Is olfactory reference syndrome an obsessive-compulsive disorder?: Two cases and a discussion. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1998; 10:96-99.
23. Tada K, Tojima T. The relationship of olfactory delusional disorder to social phobia. *J Nerv Ment Dis* 2002; 190:45-47.
24. Sayar K, Aksu G. Olfaktör referans sendromu: Bir olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2003; 13:183-187.
25. Ulzen TP. Pimozide-responsive monosymptomatic hypochondriacal psychosis in an adolescent. *Can J Psychiatry* 1993; 38:153-154.