

Az bilinen bir konu Delüzyonel Parazitöz: Bir olgu sunumu

A rarely known topic 'Delusional Parasitosis': A case report

Burak Okumuş¹, Cicek Hocaoglu², Nursel Dilek³

¹Dr., ²Prof., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Rize, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-3591-6927>
<https://orcid.org/0000-0001-6613-4317>

³Doç. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dermatoloji AD, Rize, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-3576-2796>

ÖZET

Delüzyonel parazitöz (DP) tıbbi bir kanıt olmamasına rağmen kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yanlış ve ısrarlı inancı ile seyreden sanrısız bir bozukluktur. DP yüzyıldan uzun zamandır Ekbohm hastalığı, psikojenik parazitöz gibi çeşitli isimlerle adlandırılmış olmasına rağmen kliniği hakkındaki veriler belirsizliğini korumaktadır. Delüzyonel parazitöz hastaların çoğu 50-70 yaş arası, evli, iyi eğitim almış, kadınlardır. DP etiyolojik olarak birincil veya ikincil şeklinde sınıflandırılabilir. İkincil delüzyonel parazitözde bulgular genel tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkar. Delüzyonel parazitözün yavaş ve sinsi başladığı söylenmekle birlikte bazen akut seyrinde görülebilmektedir. DP psikotik bir hastalık olmasına rağmen hastalar çoğunlukla dermatolog, aile hekimleri, enfeksiyon hastalıkları uzmanlarına başvurumaktadırlar. Psikiyatri klinik uygulamaları öncülüğünde değerlendirilmesi gereken DP' nin dermatoloji ve enfeksiyon hastalıkları uygulamaları içinde daha fazla görülmesi nedeniyle tanı ve tedavide gecikmeler yaşanmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Delüzyonel, parazitöz, teşhis, etiyoloji

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23:111-115)

DOI: 10.5505/kpd.2020.99815

SUMMARY

Delusional parasitosis (DP) is a delusional disorder with a false belief that the person is infected by parasites or living small creatures, although there is no medical evidence. Although DP has been named as Ekbohm disease and psychogenic parasitosis for more than 100 years, the clinic features still remains unclear. Most of the patients with delusional parasitosis are 50-70 years old, married and well educated women. DP's etiology can be classified as primary or secondary. Symptoms in secondary delusional parasitosis occur due to general medical, neurological and psychiatric disorders. Although delusional parasitosis has insidious onset and chronic course, it is sometimes seen in acute onset. Although DP is a psychiatric disease, patients mostly appeal to dermatologists, family physicians and infectious diseases specialists. DP should be evaluated by psychiatrists but unfortunately they are usually evaluated by dermatology and infectious diseases and because of this reason, diagnosis and treatment are delayed.

Key Words: Delusional, parasitosis, diagnosis, etiology

GİRİŞ

Delüzyonel parazitoz (DP); kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yönündeki yanlış ve ısrarlı inancının bulunduğu nadir bir hastalıktır (1). Yüzyıl önce Fransız dermatolog Thieberge tarafından “akarofobi” ismiyle 1894 yılında tanımlanmış olsada Trabert’in tarihsel literatür araştırmasına göre 1799 ve 1801 yıllarından beri bu özel kliniğin gözlenmiş olduğu görülmektedir (2). Bunun yanı sıra “parazitik infestasyon deliryumu”, “psikojenik parazitoz”, “parazitofobi”, “dermatofobi”, “Ekbom sendromu” gibi isimlerle de adlandırılmıştır (3). Delüzyonel parazitoz etyolojik faktöre göre birincil; altta yatan bir neden olmadan ve ikincil; genel tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı DP şeklinde sınıflandırılabilir (4). İkincil DP’ de altta yatan neden genellikle şizofreni, demans, diyabet, nöropati, kardiyovasküler hastalıklar ve kazalardır (2). DP’ de patofizyolojiyi aydınlatmak için birçok hipotez geliştirilmesine rağmen sabit bir görüş bulunmamaktadır (2). Patofizyolojisinin belirsizliği; psikiyatri dışı branşlara başvurunun daha çok olması, tanımı ve isimlendirilmesi üzerindeki görüş birliğinin bulunmaması gibi nedenlerden dolayı büyük örneklem gruplarıyla çalışma yapılamamasından kaynaklanmaktadır (5). DP’ nin yaygınlığı hastane ve halk sağlığını kapsayan çalışmalarda milyon kişi başına 5.58, özel uygulama ortamını kapsayan çalışmalarda milyon kişi başına 83.23’tür (6). Başlangıç yaşının prevalansı, 20-30 ve >50 yaş olmak üzere bimodal dağılım göstermektedir (6). 50 yaş altında kadın/erkek oranı 2:1 iken; 50 yaş üzerinde bu oran 3:1’dir (7). Hastaların yaklaşık %8 - %12’si semptomları bir başkasıyla paylaşır (folie a deux) (6). DP olguları yanlış ve ısrarlı inançlarını ispatlamak için deri ya da enfekte olduklarını düşündükleri kıyafet parçalarını kibrit kutusu içine koyar ya da selobanda yapıştırarak biriktirirler (7). ”Kibrit kutusu belirtisi” olarak bilinen bu fenomen tıbbi basyuruda bulunan hastaların %26’sında saptanmıştır (7). DP olguları sanrısız inanış doğrultusunda kazıma, dezenfektanlar ve pestisitler aracılığıyla tedavi olmak için çabalama eğilimindedir ve bu durum cilt lezyonlarına neden olarak hastanın yanlış inancını destekleyen bir kısır döngüye dönüşebilir (2). Delüzyonel parazitoz olgularının çoğunda belirtiler bir kez yerleştikten

sonra uzun süre tedavisiz kalması halinde psikotik belirtiler kronikleşmektedir (8). Belirtinin tek başına var olduğu veya organik nedenin belirlenebildiği olgularda sonlanım daha kötü ve kronikleşme eğilimi daha fazla olabilir (2). Sonlanım şekillerinden biri olarak intihar da bildirilmiştir (2). Geçmişte yapılan çalışmalarda pimozidin DP için daha ön plana çıktığı görülse bile günümüzde amisülpirid, risperidon, olanzapin, ketiapin, sertindol ve paliperidon gibi ikinci kuşak antipsikotikler DP tedavisi için daha çok tercih edilmektedir (9). Biz bu çalışmada dermatoloji servisinde yatmakta olan ve psikiyatri konsültasyonu ardından delüzyonel parazitoz tanısı koyulan kadın hastayı literatür bulguları ışığında sunmayı amaçladık.

OLGU SUNUMU

Yetmiş bir yaşında, kadın, dört çocuklu, ev hanımı olan hasta yaygın cilt lezyonları nedeniyle dermatoloji servisinde yatarak tedavi gördüğü sırada tarafımıza konsülte edilmesi nedeniyle yakınları ile birlikte odasında değerlendirildi. Konsültasyon istem nedeni özellikle akşam saatlerinde olan yönelim bozukluğu, görsel varsanı olması ve gün içinde deri yolmalarının olmasıydı. Hasta ve refakatçileri ile ikili görüşmeler yapıldı. Görüşmeye isteksiz olan hasta derisinin altında gezinen siyah böceklerden muzdarip olduğunu ve bu durum için farklı hekimlere başvurduğunu ancak tedavi edemediklerini ifade etti. Yakınları ile görüşme yapmak için rızası alınan hastanın yakınları ile görüşüldü. Hasta yakınları ile yapılan görüşmede hastanın ifade ettiği şikayetlerin 1.5 senedir olduğunu ve bu şikayetlerinin başlangıcıyla beraber hekimlere başvurduklarını ancak ileri tetkikler neticesinde bir şey olmadığını kendilerine ifade edildiği öğrenildi. Bu süreçte tedavi olamayacağına dair umutsuzluğu başlayan hastaya psikiyatri dışı branş hekimi tarafından essitalopram 10 mg/gün tedavisi başlandı ve bu tedaviyi sadece 1 ay kullandığı öğrenildi. Daha öncesinde psikiyatri başvurularının ve şikayetlerinin olmadığını, hekim başvuruları sürecinde kendilerine psikiyatriye gitmeleri önerilmiş olsa da hastanın uyumsuz olduğu ifade edildi. Ancak, şu an hastanın tarafımıza danışılmasının nedeninin daha öncesinde olmayan 3-4 gündür süren özellikle akşam saatlerinde başlayan ani şaşkın bakışlarının olması, çevresiyle



ilişkinini zorlaştıracak bir şekilde dikkatini sürdürmemeye, yer-zaman-kişi oryantasyonunun gün içinde dalgalı bir şekilde olduğu, bu yüzden geceleri kendilerini ve servisteki diğer hastaları rahatsız ettiği öğrenildi. Yakınları ile tekrar yapılan görüşmede hastanın iki sene önce demans tanısı aldığı ve donepezil 5 mg/gün tedavisi aldığı belirtildi. Hastanın görüşmeye isteksizliği nedeniyle öykünün ayrıntıları yakınlarından alındı. Yakınları şikayetlerinin 1.5 yıl öncesinde cildinde yanma ve kaşıntı ile başladığını belirtti. 2-3 ay boyunca cildinde hissettiği yanmaları ve kaşıntılarıyla aşırı zaman harcadığını ancak yolma davranışı ve böceklerin olduğunu söylemediğini ifade ettiler. Takip eden 2-3 ay içerisinde cildinde siyah böcekler olduğunu belirterek onları cildinden koparmaya başlamış. Cilt parçalarını kibrit kutusu benzeri kapların içine koyarak yakınlarına, hekimlere gösteren hasta tedavi arayışını sürdürmüştü. Hastanın yakınları; sık hekim değişiklikleriyle devam eden başvuruların sürmesi nedeniyle eşlik etmeyi bıraktıklarını ifade ettiler. Hastanın poliklinik başvurusu öncesi cilt parçalarını biriktirdiği kapların atılması nedeniyle psikiyatri muayenesi sırasında kaplar gözlenmedi. Aile hekimi, farklı dermatoloji ve enfeksiyon hastalıkları hekimlerine başvuruları bulunan hasta hastanemizde bulunan dermatoloji poliklinik başvurusu sonrası dermatoloji servisine ileri tetkik ve tedavileri için yatırılması ardından psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirildi.

Özgeçmiş: İki yıldır demans tanısı ile donepezil 5mg/gün kullanıyor. 13 yıldır tip 2 diabetes mellitus tanısı ile oral antidiyabetikler kullanıyor.

Fizik muayene ve laboratuvar bulguları: Vital bulgu-

lar: Normal, Nörolojik muayene ve diğer sistem muayeneleri: Normal. (Hastanın yapılan dermatolojik muayenesinde vücudunda yaygın birbirinden farklı çok sayıda farklı çaplarda plaklar mevcut.)

Labaratuvar bulguları: Hemogram ve Biyokimyasal değerler normal. Hormonlar normal seviyede (tiroid fonksiyon testleri, prolaktin, vit B12, folik asit), mikroskopi, mikrobiyoloji, uyuz-PCR, inflamasyon laboratuvar bulguları normal. kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde sol talamus, sol bazal ganglion düzeyinde 6 mm çaplı kronik infarkt alanı, serebral beyaz cevherde kronik iskemik değişiklikler, 3.ventrikül ve lateral ventriküller belirgin, serebral sulkus ve fissürler belirgindi.

Ruhsal Durum Muayenesi: Kendine bakımı azalmış, yaşında görümlü, saygılı, göz teması kuran, görüşmeye istekli kadın hasta, sorulan sorulara verdiği cevaplar probleme dönük ve amaca yönelikti. Affekt anksiyöz, duygudurum çökkündü. Bilinç açık, koopere, oryante, algılamada görsel varsanılar mevcuttu. Bellek azalmış, zeka düzeyi normaldi. Soyut düşünce yetisi gerçeği değerlendirme yetisi, yargılaması kısmen bozulmuştu. Benlik saygısı azalmıştı, kısmi psikomotor retardasyon tabloya eşlik ediyordu.

Hastanın 2 yıl önce demans tanısı alması ve 1 yıl sonrasında böcek enfekte olduğu inancıyla deri yolmalarının varlığı ikincil delüzyonel parazitöz olarak değerlendirildi. Olguya yapılan mini-mental testinin sonucu 13 puan olarak tespit edildi. İlk değerlendirmeler sonucunda hastaya deliryum tanısı konuldu. Haloperidol 1 mg/gün (10 damla)





tedavisi başlandı. Tedavisi sürecinde deliryum belirtilerinin azaldığı gözlemlendi. Konsültasyon istekleriyle kontrol ve takipleri yapılan hastanın 2. haftasında deliryum belirtilerinin olmadığı ancak depresif belirtilerinin tespit edilmesi nedeniyle haloperidol 0.5 mg (5 damla)' a düşülerek sertralin 25 mg başlandı. 3. hafta sonunda sertralin 50 mg/gün, haloperidol 0.5 mg tedavisiyle poliklinik kontrolü önerilerek taburculuğu planlandı. Dermatolojide yattığı süre içinde DP yakınmaları azalmıştı. Poliklinik kontrolüne çağrılan hasta kontrollerine devam etmedi. Hasta ve yakınından izin alınarak tedavi etkinliğini karşılaştırmak amaçlı tedavi öncesinde fotoğraflar kayıt altına alındı. Ancak hasta poliklinik kontrollerine gelmediği için tedavi sonrası fotoğrafları kayıt altına alınamadı.

TARTIŞMA

DP' nin tarihçesi, etiyolojisi, prevalansı, tanı kriterleri ve potansiyel tedavi stratejileri ile ilgili çalışmalar son zamanlarda literatürde artmış olsa da belirsizliğini sürdürmektedir (10). Bunun altında yatan nedenlerden biriside DP hastalarının psikiyatri hizmetleri dışında olan tıp branşlarına yani; pratisyen hekimlere, dermatologlara, entomologlara veya enfeksiyon hastalıkları uzmanlarına başvurusudur(10). Bu bilgiler ışığında hastanın dermatoloji servisine yatışının ardından psikiyatri konsültasyonu ile değerlendirilmesi literatür ile uyumludur. Daha öncesinde olmayan 3-4 gündür akşam saatlerinde başlayan ani şaşkın bakışlar ve çevresiyle ilişkisini zorlaştıracak derecede dikkati sürdürmede bozukluk, yer-zaman-kişi oryantasyonunun gün içinde dalgalı bir şekilde olması demansın eşlik ettiği deliryum olarak yorumlandı.

Daha öncesinde hastanın deliryum tanısı olmadığı, DP klinik belirtilerinin 1.5 sene dir var olduğu göz önüne alındığında, mevcut sanrısız inanışın deliryum tablosuyla açıklanamayacağını düşündürdü. Hastanın özgeçmişinde psikiyatri başvurusunun olmaması, 2 sene önce demans tanısı ile donepezil 5 mg/gün tedavisinin başlanması ve 1.5 sene öncesinde DP klinik belirtilerinin taktik yaşantıların ardından başlaması demansa ikincil DP olduğunu düşündürdü. Ayrıca hastanın böcekler tarafından enfekte olduğu sanrısız inanışı doğrultusunda farklı branş hekimlerine başvurduğu süreçte tedavi olamayacağına dair umutsuzluğunun ardından başlayan isteksizlik, moralsizlik gibi depresif belirtilerin ortaya çıkması, olgunun psikotik belirtilerin eşlik ettiği major depresif bozukluktan farklı olduğunu göstermektedir. DP hastaları; genellikle iyi eğitilmiş, 50-70 yaş arası kadınlardan oluşmaktadır(9). Olgunun 71 yaşında, kadın ve demans tanısının olması literatür bulgularına uyum göstermektedir. Yaşın risk faktörü olduğu demansın prevalansı; yaşam sürelerinin uzamasıyla artış göstermektedir (11). İkincil DP hastalarının altta yatan sık nedenlerden birisi de demanstır (2). Bu durum beklenen yaşam sürelerinin uzamasıyla artacağı öngörülen demansın, DP prevalansının artışında rol oynayabileceğini düşünebilir (2). Berrios, hastaların hissedilen deri üzerindeki duyum-samalar için oluşturduğu taslak düşüncelerin üzerinde aşırı uğraşmasının ardından sanrısız inanış geliştirebileceğini ileri sürmüştür (12). Bers ve Conrad ise taktik varsanı sonrasında, varsanılara uygun sanrılarının oluşabileceği şeklindeki ilişkiye dikkat çekmiştir (2). Bizim hastamızın da yanlış ve ısrarlı inancını geliştirmeden önceki 3-4 aylık dönemde görülen taktik yaşantıların ardından yanlış ve ısrarlı sanrısız inanışın gelişmesi literatürde ön plana çıkmış hipotezlerden bazılarıyla uyum göstermektedir. Ayrıca hastanın 13 yıldır diyabet tanısı ile takip edildiği göz önüne alındığında diyabetik nöropatiye bağlı olabilecek hatalı algılanan duyu kusurlarının DP' nin başlangıcı ve prognozunda etki gösterebileceğini düşünebilir. Hastanın MR'ında serebral beyaz cevherde görülen kronik iskemik değişikliklerin ve kortikal atrofisinin gözlenmesi hastanın sanrısı için etiyolojik bir neden olabilir (13). Gamper talamusun involüsyonel dejenerasyonuna bağlı duyu kusurlarının oluşabileceği ve buna bağlı DP gelişebileceğini ileri

sürerken, Liebart ve Klages ise talamusa ek olarak eşlik eden parietal bozuklukların DP' ye neden olabileceğini ileri sürmüşlerdir (2). Hastanın MR' ında sol talamus, sol bazal ganglion düzeyinde 6 mm çaplı kronik infarkt alanlarının bu görüşleri desteklediği düşünülebilir. Ancak olgumuzun ikincil DP olması ve literatürde biranda aniden başlayan birincil DP bildirimlerinin bulunması bu hipotezlerin daha çok ikincil DP' de görülebileceğini düşündürülebilir (14). İkincil DP hastaları altında yatabilecek durumlara göre; makroskopik beyin patolojisi, genel tıbbi duruma bağlı, bir başka psikiyatrik hastalıkla birlikte veya maddenin tetiklediği delüzyonel parazitöz şeklinde sıralanabilir (2). DP' ye neden olan durumun ortadan kaldırılabilmesi iyileşmenin daha hızlı ilerleyebileceğini gösterebilir (2). Ancak hastalarla ilk karşılaşma ardından mevcut klinik; DP klinik görünümüne çok fazla uyum gösteriyor olsa dahi olası enfeksiyonların dışlanması gerektiği gözden kaçırılmamalıdır (4). DP hastaları; psikiyatri dışı tıp branşlarına başvurma eğiliminde olduğu için şikayetleri genellikle ilk yapılması gerektiği gibi olası enfeksiyonlar açısından ileri tetkik ve tedavi lerle incelenmiş olarak psikiyatri hekimiyle karşılaşmasına neden olur (2). Bizim olgumuzun da daha öncesinde aile hekimi, enfeksiyon hastalıkları ve dermatoloji başvurularının ardından ayrıntılı tetkiklerle parazitinin olmadığını tespit edilmesi literatür ile uyumludur (10). Ancak; hastanın sık aralıklarla, ısrarlı bir şekilde farklı hekimlere

başvurması, DP için tedavide en önemli basamağın hasta hekim arasında oluşan güvenin olduğunu vurgulaması açısından önemlidir (2). DP hastaları; çoğu sanrısız inanışa sahip hastalar gibi sanrısız inanışı dışındaki görüşlerin kendilerine yardımcı olabileceği konusunda genellikle ümitsizdirler (2). Bu sebeple psikiyatri hekimine yönlendirildiklerinde genellikle öfkeli ve görüşme yapma konusunda isteksizdirler (2). Görüşme sırasında ise sanrısız inanışı doğrultusunda parazitöz yaşam döngüsünü anlatabilecek kadar ayrıntılı hastalık sunumuyla varsanılı içeriklerini vurgulamak isteyebilir ve sürekli bunları anlatırlar (15). Hastanın düzenli psikiyatri poliklinik takiplerine devam etmemesinin tedavi uyumunun sanrısız inanışına uygun bir şekilde ilerlediğini göstermektedir.

Sonuç olarak; DP tanısı çoğu zaman gözden kaçabilen, hasta ve yakınlarının yaşamına olumsuz etkileri ile yaşamı ciddi şekilde tehdit edebilen bir ruhsal bozukluktur. Bu nedenle klinisyenlerin DP erken tanı ve tedavi konusunda dikkatli olmaları yaşam kurtarıcı olabilir.

Yazışma Adresi: Dr. Burak Okumuş, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Rize, Türkiye
okumusband@gmail.com

KAYNAKLAR

1. D'Auria A, Wiseman T, Varghese A, Espiridion ED. Refractory Delusional Parasitosis in a 70-year-old Woman. *Cureus*. 2018;10:3120.
2. Gonca K. Delusional Parasitosis: Clinical Features, Diagnosis and Treatment. *Curr Approaches Psychiatry* 2010;2:384-400.
3. Huber M, Kirchler E, Karner M, Pycha R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses*. 2007; 68:1351-8.
4. Lepping P, Russell I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*. 2007;191:198-205.
5. de Leon J, Antelo RE, Simpson G. Delusion of parasitosis or chronic tactile hallucinosis: Hypothesis about their brain physiopathology. *Compr Psychiatry*. 1992;33:25-33.
6. Kuhn H, Mennella C, Magid M, Stamu-O'Brien C, Kroumpouzou G. Psychocutaneous disease: Clinical perspectives. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2017;76:779-791.
7. Yancar Demir E, Sütçügil L. Secondary delusional parasitosis: Reviewing on a case report. *Anatol J Clin Investig*. 2013;7:171-175
8. Sibel M, Özgür Ö, İlknur A, Oğuz K. Folie á Famille ve Delüzyonel Parazitöz: Olgu Sunumu ve Literatürün Gözden Geçirilmesi. *Bull Clin Psychopharmacol*. 2005;15:71-8.
9. Mumcuoglu KY, Vera L, Reuveni I, Bonne O. Delusional Parasitosis: Diagnosis and Treatment. *Isr Med Assoc J*. 2018;20:456-60.
10. Maher S, Hallahan B, Flaherty G. Itching for a diagnosis - A travel medicine perspective on delusional infestation. *Travel Med Infect Dis*. 2017;18:70-2.
11. Wolters FJ, Tinga LM, Dhana K, Koudstaal PJ, Hofman A, Bos D, et al. Life expectancy with and without dementia: a population-based study of dementia burden and preventive potential. *Am J Epidemiol*. 2018;188:372-381.
12. Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. *Compr Psychiatry*. 1985;26:395-402.
13. Giese A-K, Rost NS. White Matter Disease. In: Sharma P, Meschia JF, editors. *Stroke Genetics*. Springer, Cham; 2017. p. 191-218.
14. Taylan Özkan A, Mumcuoglu KY. Entomofobi ve Delüzyonel Parazitöz. *Turkish Soc Parasitol*. 2008;32:366-70.
15. Enoch MD, Ball HN, editors. *Uncommon psychiatric syndromes*. 4th ed. London: Arnold Publishers; 2001.