

# Ergende Olfaktör Referans Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Meltem Puşuroğlu<sup>1</sup>, Gökhan Kandemir<sup>2</sup>, Çiçek Hocoaoğlu<sup>3</sup>

## ÖZET:

Ergende olfaktör referans sendromu: Bir olgu sunumu

Olfaktör referans sendromu hastaların başka insanları rahatsız edecek kötü vücut kokusuyla ilgili aşırı zihinsel uğraşı, bu koku nedeniyle utanç duyma ile yoğun sıkıntı sonucunda sosyal ortamlardan kaçınma ve izolasyon ile karakterize bir sendromdur. Var olmayan bu koku için sıklıkla özür diler ve kendilerini bu kokudan kurtaracak çeşitli etkinlikler içine girerler. Hastalar sıklıkla toplum içine çıkmaz, sosyal ve mesleki etkileşimlerini kısıtlarlar. Bu yazıda vücudundan kötü koku yaydığı sanrısı ve bunun neden olduğu depresyon belirtileri ile ciddi kaçınma davranışları ve sosyal içe çekilmesi olan 14 yaşında bir kız ergen olgu sunulmuştur. Hasta risperidon 2 mg/gün ve sertraline 50 mg/gün tedavisine olumlu yanıt vermiştir.

**Anahtar sözcükler:** olfaktör referans sendromu, sanrılı bozukluk, psikotik bozukluk

Journal of Mood Disorders 2014;4(1):41-3

## ABSTRACT:

Olfactory reference syndrome in adolescent: a case report

The olfactory reference syndrome is a psychiatric disorder in which the patients feel they are emitting body odors that might be offensive to other people. They often apologize for the nonexistent odor and engage in activities to rid themselves of the odor. Patients often limit their public appearances and restrict their social and occupational encounters. We present a case of 14 year-old female adolescent who had delusion of emitting a foul body odor, which caused significant symptoms of depression, avoidance behaviors and social isolation. She responded favorably to a combination of 50 mg/d sertraline and 2 mg/d risperidone therapy.

**Key words:** olfactory reference syndrome, delusional disorder, psychotic disorder

Journal of Mood Disorders 2014;4(1):41-3



<sup>1</sup>Arş. Görv. Dr., <sup>2</sup>Uzm. Dr., <sup>3</sup>Doç. Dr., Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Rize-Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:  
Doç. Dr. Çiçek Hocoaoğlu,  
Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, 53100, Rize-Türkiye

Elektronik posta adresi / E-mail address:  
cicekh@gmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
19 Kasım 2013 / November 19, 2013

## Bağınıt beyanı:

M.P., G.K., Ç.H.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

## Declaration of interest:

M.P., G.K., Ç.H.: The authors reported no conflict of interest related to this article.

## GİRİŞ

Olfaktör referans sendromu (ORS) hastaların başka insanları rahatsız edecek kötü vücut kokusuyla ilgili aşırı zihinsel uğraşı, bu koku nedeniyle utanç duyma ile yoğun sıkıntı sonucunda sosyal ortamlardan kaçınma ve izolasyon ile karakterize bir sendromdur (1-3). ORS, DSM-IV-TR'de, sanrısız bozukluğun somatik tipi içinde değerlendirilir (4). Sanrı dışında başka psikiyatrik belirti ve bulgular görülmez. Erken yaşlarda başlar ve erkek cinsiyette daha sıktır (2). Şizofreni, depresyon ve temporal lob epilepsisi gibi başka hastalıklarda da vücudunda kötü koku yaydığını düşünme hali görülebilir. ORS hastaları beden kokuları ile aşırı meşguldür ve şizofrenili hastalardan farklı olarak bu durumun kendilerine dışarıdan empoze edildiğini öne sürmezler, tam aksine kendilerini suçlarlar. Var olmayan bu koku için sıklıkla özür dilerler ve sıklıkla

toplum içine çıkmaz, sosyal ve mesleki etkinliklerini kısıtlarlar (5). Sanrılı hasta, bazen nâhoş olan kokuyu kendisinin hissetmediğini ancak başka insanların tutumlarından veya kaçınan davranışlarından bunu anladığını söyler (3). ORS'nin, obsesif kompulsif bozukluğun (OKB) iç görüsü az olan varyantı olduğu veya sosyal anksiyete bozukluğuna benzediği de söylenmektedir (6). ORS'nin Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörlerine (SSRI) yanıt vermesinde benzer fenomenolojik ve nörobiyolojik özelliklerin olduğu düşünülmektedir (3,7).

## OLGU

ZH, 14 yaşında kız, bekar, öğrenci bir ilçede ailesi ile yaşıyor. Toplum içine çıkamama, kötü bir koku yaydığını düşünme, çekingenlik yakınmaları ile psikiyatri polikliniğimize başvurdu.

Hastanın yakınmaları yaklaşık 4 yıl önce babasının emekli olması nedeniyle yer değişikliği yapmalarından sonra başlamış. O dönemde ergenlikle ilgili katıldığı bir seminer sonrasında etrafa kötü koku yaydığını düşünmeye başlamış. Kendi ter kokusunun ve vajinal akıntısının koktuğunu düşünüp, insanlardan uzak durmaya çalışan hasta arkadaşlarıyla görüşmemeye başlamış. Arkadaşlarıyla bir araya geldiği zamanlarda sürekli olarak koktuğunu düşünüyor ve arkadaşlarının hareketlerine bakarak, kendisinden rahatsız olup olmadıklarını inceliyormuş. Kapalı yerlerden ve kalabalık alanlardan uzak durmaya, otobüs ve benzeri toplu taşıma araçlarına binmemeye başlamış. Ayrıca bu düşünceleri başladığından beri daha sık banyo yapmaya, deodorant kullanmaya, sık sık iç çamaşırlarını değiştirmeye başladığı yakınları tarafından fark edilmiş. Kokuyu özellikle sınıfta ya da benzeri bir toplulukta yaydığını düşünen hasta okula devamsızlık ve ders başarısında düşmenin yanı sıra son 4 aydır mutsuzluk, isteksizlik, kendini kötü hissetme yakınmalarının da eklenmesi üzerine bir akrabasının ısrarı üzerine bir yakını ile polikliniğimize başvurdu.

Hastanın büyüme ve gelişmesinde herhangi bir sorun yaşanmadığı, hastalanmadan önce de içe kapanık, sessiz, utangaç biri olduğu, ailesinde psikiyatrik, nörolojik hastalık öyküsü olmadığı öğrenildi. Hasta günde 1-2 tane sigara içmek dışında alkol ve psikoaktif madde kullanmadığını belirtti.

Fiziksel ve nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmayan hastanın laboratuvar bulguları, EEG ve beyin MRG tetkikleri normal olarak değerlendirildi.

**Psikiyatrik Muayene:** Kendine bakımı iyi, saygılı, giyimi sosyokültürel durumu ile uyumlu yaşında gösteren hasta göz teması kurmaktan kaçınıyordu. Görüşmeye isteksiz görünüyordu ve sorulara anlamlı, kısa yanıtlar veriyordu. Konuşması açık anlaşılır, akıcı ancak alçak ses tonundaydı. Mizacı depresif, duygulanımı sıkıntılı, gergindi. Bilişsel yetilerinde; bilinç açık, yönelimi tam, yakın ve uzak belleği normal, dikkat ve konsantrasyonun hafif azalmış, soyut düşünce yetisinin korunmuş, gerçeği değerlendirme ve yargılamasının kısmen bozulmuş olduğu gözlemlendi. Düşünce süreci doğladı. Düşünce içeriğinde; somatik sanrıları ile referans, yetersizlik, suçluluk ve değersizlik düşünceleri mevcuttu. Benlik saygısı ve dışı vuran davranışları azalmış olarak değerlendirildi.

Hastada sanrıların bizar olmayışı, sanrı dışındaki

alanlarda işlevselliğinin bozulmaması, dezorganize konuşma ve davranış veya varsanların olmaması nedeniyle şizofreni tanısı, son 2 aylık dönemde majör depresif dönemi olan hastada manik ya da hipomanik bir dönem olmadığı için iki uçlu bozukluk tanısı düşünülmeydi. Koku yayma düşüncesinin sanrısız boyutta olması OKB'de görülen diğer obsesif düşünce ve kompulsyonların olmaması ve hastanın mevcut durumu saçma anlamsız olarak nitelmemesi nedeniyle OKB tanısı dışlandı. Hastalık sonrası toplum içine girmek istememe, sosyal çekilmesi olan hastanın sosyal kaçınma davranışı koku etrafında şekillenmekte, hasta bu durumu yersiz ve aşırı bulmaktadır. Ayrıca, topluma girmek isteyip de girememeye, duruma bağlı panik nöbetleri ile beklenti anksiyetesi olmaması nedeniyle sosyal fobi tanısı dışlanmıştır. Hamilton Depresyon Ölçeği (HDÖ) ve Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAÖ) puanları, sırasıyla 26 ve 28 idi. Major depresif bozukluk ve olfaktor referans sendrom tanıları konulan hastaya risperidon 2 mg/gün ve sertralin 50 mg/gün başlandı. Tedavinin 3. haftasında depresif belirtilerde belirgin düzelme izlendi. HDÖ ve HAD puanlarında %50'den fazla düzelme saptandı. İlk muayene sonrası ayda iki kez kontrole çağrılan hastanın tedavisinin 3. ayı biterken koku ile ilgili sanrısız düşüncelerinde belirgin azalma, ders başarısında artış ve arkadaş ilişkilerinde olumlu gelişmeler mevcuttu.

## TARTIŞMA

ORS nadir görülen, somatik tipte bir sanrısız bozukluk olup, literatürde çoğunlukla yetişkin hastaları içeren olgu sunumları yer almakta iken bizim olgumuz ergen bir kız idi (7,8). En sık depresyonun eşlik ettiği bu sendromun sanrılı yapısının özellikle pimozid tedavisine iyi yanıt verdiği bildirilmektedir (1,9). İlaç yan etkisinin daha az görülmesi açısından atipik antipsikotikler de bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir. Nitekim ketiyapin, risperidon, aripiprazol ve olanzapin ile tedavi edilmiş ORS'li olgular da bildirilmiştir (1,3,7,10,12). Bazı hastalar olgumuzda olduğu gibi antidepresan ve antipsikotik ekleme tedavisine daha iyi yanıt verirken, bazıları ise sadece antidepresan tedavisine yanıt vermektedir (10,11). ORS'ye depresyon eşlik edebileceği belirtilmiştir (3,13). Ancak bu belirtilerin birincil değil, ikincil olarak görüldüğü üzerinde durulmuştur (11). ORS'de depresyon olgumuzda olduğu gibi olfaktör sanrılara reaktif olarak gelişebilir (13-15).

Bu durum genellikle süregendir ve hastanın yaşam kalitesi çok bozulur. ORS'li hastalar kokudan kendilerini sorumlu hissederler ve bu yüzden pişmanlık tepkisi ve buna bağlı utanç yaşarlar. Olgumuzda benzer özellikler saptanmıştır. Ek hastalık olarak depresyonu olan olgular iyi değerlendirilmeli ve depresyona yönelik tedavi gözden kaçırılmamalıdır.

### Kaynaklar:

1. Sayar K, Aksu G. Olfaktör referans sendromu: Olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2003;13:183-7.
2. Arenas B, García G, Gómez J, Renovell M, García V, Olucha-Bordonau FE, Sanjuan J. Olfactory reference syndrome: a systematic review. Rev Neurol. 2013; 16: 65-71.
3. Aksu EE, Aksu H, Tabo A, Saatçioğlu Ö. Olfaktör referans sendromu: Olgu sunumu. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23:133-5.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth ed. (DSM-IV). Washington DC:APA,1994.
5. Katharine AP. Delusions of body odor causes shame, social isolation. J Fam Pract. 2007;6:23-7.
6. Lochner C, Stein DJ. Olfactory reference syndrome: diagnostic criteria and differential diagnosis. J Postgrad Med. 2003;49:328-31.
7. Atmaca M, Korkmaz S, Namlı MN, Korkmaz H, Kuloğlu M. Ketiyyapin ile tedavi edilen ORS'li bir olgu sunumu. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni. 2011;21:246-8.
8. Bizamcer AN, Dubin WR, Hayburn B. Olfactory reference syndrome. Psychosomatics. 2008;49:77-81.
9. Ulzen TP. Pimozide-responsive monosymptomatic hypocondriacal psychosis in an adolescent. Can J Psychiatry. 1993;38:153-4.
10. Elmer MAB, George MRM, Peterson MK. Therapeutic update: Use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. J Am Acad Dermatol. 2000;43:683-6.
11. Teraishi T, Takahashi T, Suda T, Hirano J, Ogawa T, Kuwahara T, et al. Successful treatment of ORS with paroxetine. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2012;24:21-4.
12. Muffatti R, Scarone S, Gambini O. An ORS successfully treated by aripiprazole augmentation of antidepressant therapy. Cogn Behav Neurol. 2008;21:258-60.
13. Phillips KA, Menard W. Olfactory reference syndrome: demographic and clinical features of imagined body odor. Gen Hosp Psychiatry. 2011;33:398-406.
14. Ramos N, Wystrach C, Bolton M, Shaywitz J, Ishak WW. Delusional disorder, somatic type: ORS in a patient with delusional trimethylaminuria. J Nerv Ment Dis. 2013;201:537-8.
15. Özdil E, Güleken MD, Bakım B, Özer OA. Olfaktör referans sendromu: Olgu sunumu. JNBS. 2012;1:50-2.

### SONUÇ

Klinisyelerin bu sendrom hakkında bilgili olması, ergenlik döneminde de görülebileceğini anımsaması ile farklı etken maddeli ilaçlarla tedavi edilen ORS'li olguların bildirilmesinin literatüre katkıda bulunacağı düşüncesindedir.