PSİKİYATRİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR-CURRENT APPROACHES IN PSYCHIATRY 2010;2(3):384-400
© 2010, eISSN:1309-0674 pISSN:1309-0658

Delüzyonel Parazitoz: Klinik Özellikleri, Tanı ve Tedavi

Delusional Parasitosis: Clinical Features, Diagnosis and Treatment

Gonca Karakuş [1]

[1] Yrd. Doç. Dr., Çukurova Üniv. Tıp Fak. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Adana

ÖZET

Delüzyonel parazitoz tıbbi bir kanıt olmamasına rağmen kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yanlış ve ısrarlı inancı ile seyreden sanrısal bir bozukluktur. Yüzyıldan uzun zamandır Ekbom hastalığı, psikojenik parasitoz gibi çeşitli isimlerle adlandırılmıştır. Delüzyonel parazitoz birincil veya ikincil olarak gelişebilir. Delüzyonel parazitoz patofizyolojisini açıklamada kognitif ve duyusal yaklaşımlardan bahsedilmektedir. Kadınlar erkeklerden daha fazla etkilenmektedir. DP genellikle tek kişide görülmesine rağmen bazen birden fazla kişide (folie a deux, folie a trois) hatta ailenin tüm bireylerinde (folie a famille) görülebilmektedir. Özellikle gerçek parazitozlarla ayırıcı tanısının yapılması gereklidir. Delüzyonel parazitoz olgularının çoğunda semptom bir kez yerleştikten sonra genellikle tedaviye yanıt düşüktür. Uzun sürelerle tedavisiz kalan hastalarda sanrısal sistem yerleşmekte ve kronikleşmektedir. Tedavisinde antipsikotikler, antidepresanlar, elektrokonvulsif tedavi; cilt lezyonları varsa topikal dermatolojik ajanlar ve antihistaminikler kullanılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Delüzyonel Parazitoz, Ekbom Sendromu, Sanrısal Bozukluk

ABSTRACT

Delusional parasitosis is a delusional disorder in which the patient has the false and persistent belief that he is infested by some type of parasite or small living creatures. The disease has been called under different names such as "Ekbom syndrome" or psychogenic parasitosis in the last century. Delusional parasitosis is divided into primary, secondary functional and secondary organic groups. The female-to-male ratio in delusional parasitosis is approximately 2:1.Delusional parasitosis is associated in 5-15% of shared psychotic disorder and can run within a family (folie a familie). The diagnosis is one of exclusion, and other diseases that can also cause a sensation of itching should be considered, investigated, and treated if present. Lack of treatment might cause delusional symptoms to gain chronicity, and might further complicate treatment response. Antipsychotics, antidepressants, electroconvulsive therapy, and in the presence of dermatological lesions some topical dermatological agents and antihistaminics are used in the treatment of this disorder.

Keywords: Delusional Parasitosis, Ekbom Syndrome, Delusional Disorder

(Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2010; 2(3):384–400)
Çevrimiçi adresi/ Available online at: www.cappsy.org/archives/vol2/no3/
Çevrimiçi yayım tarihi / Online publication date: 14 Mayıs 2010 / May 14, 2010

Yazışma Adresi/Correspondence: Gonca Karakuş, Çukurova Üniv. Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Adana, Turkey. E-mail: goncakaratas78@hotmail.com

Delüzyonel parazitoz tıbbi bir kanıt olmamasına rağmen kişinin parazit ya da yaşayan küçük yaratıklar tarafından enfekte olduğu yanlış ve ısrarlı inancı ile seyreden bir hastalıktır.[1-4] Nadir görülen, çok sayıda tıbbi branşı ilgilendiren, tanınması görece kolay olsa da yönetimin oldukça problemli olan somatik tipte bir sanrısal bozukluktur. Dermatolojide psikojenik pruritus başlığı altında incelenen özel bir tablodur.

Bu hastalığın tanımlanması 100 yıldan daha öncesine dayanmaktadır.[4,5] İlk olarak Fransız dermatolog Thieberge tarafından "akarofobi" olarak 1894 yılında tanımlanmıştır.[2] Bununla beraber Trabert'in tarihsel literatür araştırmasına göre bu klinik görünüm daha önceleride [1799 ve 1801 yıllarında] tanımlanmıştır.[6] Daha sonra İsviçreli psikiyatrist Ekbom 1938 yılında "presenil dermatolojik delüzyon" ya da "Ekbom sendromu" adı altında hastalığı tanımlamıştır.[2] Bu sendrom Wittmaack-Ekbom sendromu ile karıştırılmamalıdır. Bunun yanı sıra "parazitik infestasyon deliryumu", "psikojenik parazitoz", "parazitofobi", "dermatofobi" gibi isimlerle de adlandırılmıştır.[5]

Delüzyonel parazitoz terimi ise ilk olarak 1946 yılında Wilson ve Miller tarafından kullanılmış ve sendromun şizofreni, melankoli, demans, toksik psikoz ve ağır psikonevrozlarla birlikte bulunabileceği vurgulanmıştır. Ardından Alman psikiyatrist Conrad bu hastalığın alkol bağımlılarında da görüldüğünü ve bu nedenle organik psikozlar başlığı altında sınıflanması gerektiğini vurgulasa da diğer psikiyatristler buna karşı çıkmıştır. Daha sonra Munro delüzyonel parazitozu "monosemptomatik hipokondriak psikoz"un bir türü olarak tanımlamıştır. Munro monosemptomatik hipokondriak psikozu ise kişiliği kalan kısmından nispeten bağımsız tek bir hipokondriak sanrısal sistemle karakterize bir bozukluk olarak tanımlamıştır. Bu tanıma göre sanrıya sıklıkla illüzyonel yanlış algılamalar ve daha az olarak yanlış tanımlanmış varsanıların eşlik edebileceği vurgulanmıştır.[2]

Bu yazıda delüzyonel parazitoz genel ve klinik özelliklerinin, ayırıcı tanısının, tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır.

Sınıflandırma

DSM-III-R ve ICD-10 delüzyonel parazitozu monosemptomatik hipokondriak psikoz içinde ele almışlardır.[2] DSM-IV'e göre ise somatik tipte bir sanrısal bozukluk olarak kabul görmektedir. Tablo.1' de DSM-IV'te yer alan somatik tip sanrısal bozukluğun tanı ölçütleri aktarılmıştır.[7]

Delüzyonel parazitoz neden olan etyolojik faktöre gore birincil veya ikincil olarak sınıflandırılabilir (Tablo.2).[6] Birincil hastalık aniden ortaya çıkar.[8] Altta yatan başka bir hastalığa bağlı olarak ortaya çıkmaz.[9] İkincil

delüzyonel parazitozda ise bulgular genel tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkar.[8] İkincil grup fonksiyonel [işlevsel] ve organik olarak ikiye ayrılabilir. İşlevsel olan psikiyatrik hastalığa; organik olan ise fiziksel hastalığa ikincil gelişen tipi tanımlamak için kullanılır.[10] Özellikle şizofreni, demans, depresyon, diyabet, nöropati ve kardiyovasküler hastalıklar ve kazalardan sonra sıklıkla karşılaşılır.[8] Diyabet, böbrek yetmezliği, hepatit, vitamin B12 eksikliği, multiple skleroz gibi bazı fiziksel hastalıklarla birlikte olabilir.[10] İkincil delüzyonel parazitoz ayrıca amfetamin ve kokain intoksikasyonu ya da başka ilaçların yan etkisi[topiramat,siprofloksasin vb] sonucu geçici olarak da ortaya çıkabilmektedir.[8,11,12] Eroin yoksunluğu sonucu ortaya çıkan delüzyonel parazitoz olgusu da bildirilmiştir.[13]

Tablo.1. DSM-IV Sanrısal Bozukluk Tanı Ölçütleri

A.	En az 1 ay süren , bizar olmayan sanrılar[yani, gerçek yaşamda görülebilecek türden; izleniyor, zehirleniyor, hastalık bulaştırılıyor, uzaktan seviliyor, eşi ya da sevgilisi tarafından aldatılıyor olma ya da bir hastalığı olma gibi]
B.	Şizofreni için A tanı ölçütü hiçbir zaman karşılanmamıştır. Not: Sanrısal bozuklukta, sanrının içeriği ile ilişkili ise dokunma ve koku halusinasyonları bulunabilir.
C.	Sanrıların etkisi ve bunun uzantıları dışarıda bırakılacak olursa işlevsellik belirgin olarak bozulmamıştır ve davranış açıkça acayip ya da bizar değildir.
D.	Sanrıyla birlikte duygudurum epizodları da ortaya çıkmışsa bunların toplam süresi sanrısal dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.
E.	Bu bozukluk bir maddenin ya da genel tıbbi bir durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.
Somatik Tip: Fizik kusurunun ya da genel tıbbi bir durumunun olduğuna ilişkin sanrılar	

Delüzyonel parazitoz olgu bildirimlerinde bazı vücut bölgelerine göre alt tiplerden bahsedilmektedir. Genel olarak cilt lezyonları ile seyreden delüzyonel parazitozlara ilgi fazladır ve diğer tipler daha az dikkat çekmektedir. Tırnakta, gastrointestinal sistemde, ağız içinde ve gözde parazit olduğu şeklinde düşünceleri olan olgular da bildirilmiştir[14-17].

Etyoloji

Delüzyonel parazitoz hastalarının çoğunda patofizyoloji tam olarak saptanamamıştır.[5,18] Berios bu hastalığın patofizyolojisini açıklamak için 2 farklı yaklaşımdan bahsetmiştir.[18] Kognitif yaklaşımda bu sendrom bir sanrı olarak kabul edilirken; duyusal yaklaşımda birincil olay duysal bozukluklardır. Her iki görüşü destekleyen veriler Tablo.3' te sunulmuştur. Erken dönem yayınları her iki yaklaşımı göz önüne almış olsa da, son dönemde bu bozukluk sanrı olarak sınıflandırılmaktadır.[18,19]

Tablo 2. Delüzyonel Parazitozun Etyolojik Sınıflaması[5,6,38]

1. Birincil delüzyonel parazitoz
2. İkincil delüzyonel parazitoz

A. Bir başka psikiyatrik hastalıkla birlikte olan delüzyonel parazitoz
- Şizofreni veya diğer psikotik bozukluklar
- Psikotik özellikli major depresif bozukluk veya mani
- Demans
- Borderline kişilik bozukluğu
- Trikotillomani

B. Makroskopik beyin patolojisi veya genel tıbbi duruma bağlı delüzyonel parazitoz
- Serebrovasküler Hastalıklar (Serebral ateroskleroz, Serebrovaskuler yetmezlik, Vasküler demans,Hipertansiyon, Strok,Laküner enfarkt, İskemi)
- Nörodejeneratif hastalıklar (Parkinson hastalığı, Kore, Multipl skleroz, Spazmodik tortikolis, Çoğul sistem atrofisi, Huntington hastalığı)
- Endokrin hastalıklar (Nöropatik ağrılı diyabet, Hipotiroidi, Hipertiroidi, Postpartum dönem, Panhipopituitarizm, Prolaktinoma)
- Enfeksiyon hastalıkları (HIV, Sifiliz, Menenjit, Ensefalit, Boreliyozis, Hepatit, Tuberküloz, Lepra)
- Vitamin eksiklikleri (Demir, Niasin, B vitamini, Folik asit)
- Romatolojik hastalıklar (Sistemik lupus eritematozus)
- Tümörler (Serebral tümörler, Meme kanseri, Kolon kanseri,Mediastinal lenfoma, Paratiroid tümörleri, Pituiter tümörler, Pulmoner tümörler, Uterus tümörleri)
- Kalp hastalıkları (Kalp yetmezliği)
- Karaciğer hastalıkları
- Böbrek hastalıkları (Üremi)
- Pulmoner hastalıklar (Kronik obstruktif kalp hastalığı, Astım)
- Hematolojik hastalıklar (Lösemi, Ağır anemi)
- Kaşıntılı cilt hastalıkları
- Duysal kayıplar (Körlük, Sağırlık)
- Mental retardasyon
- Travmatik beyin hasarı

C. Maddenin tetiklediği toksik psikozla ilişkili delüzyonel parazitoz
- Psikotrop maddelere bağlı (Alkol, Kokain, Pemolin, Metilfenidat ve amfetamin türevleri)
- İlaçlara bağlı (bleomisin, ketokonazol, meflokin, topiramat, siprofloksasin, steroid, nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar, fenelzin, klonidin, kaptopril)
- Bromid intoksikasyonu

Bers ve Conrad,[2] taktil varsanı ve sonrasında ortaya çıkan sanrı arasındaki ilişkiye dikkat çekmiştir. Berrios, hastaların algıladıkları bu deri üzerinde bir böceğin gezdiği şeklindeki duyumsamaların süreç içerisinde, derimin üzerinde kesinlikle bir böcek geziyor şekline dönüştüğü ileri sürmüştür.[18]

Gamper delüzyonel parazitozun organik etyolojisi olduğunu düşünmüş ve anormal taktil duyuların talamusun involüsyonel dejenerasyonuna bağlı olduğunu ileri sürmüştür. Liebart ve Klages ise hem talamus hem parietal bozukluklarla delüzyonel parazitozu ilişkilendirmişlerdir.[20] Huber ve arkadaşlarının delüzyonel parazitoz etyolojisinde azalmış striatal dopamin taşıyıcı fonksiyonunun rol oynadığı görüşü bu hastalığın etyolojisini aydınlatmaya yönelik nadir hipotezlerdendir.[5] Kokain, pemolin, metilfenidat gibi dopamin taşıyıcı inhibitörleri kullanımı ile indüklenen delüzyonel parazitoz olgularından yola çıkarak dopamin taşıyıcı fonksiyonunda azalmanın delüzyonel parazitozun etyolojisinde rol oynadığı hipotezini ortaya atmışlar. Manyetik rezonans görüntülemesi kullanarak delüzyonel parazitoz ile azalmış striatal dopamin taşıyıcı fonksiyonu arasında ilişki göstermişler ve bu hipotezin basit bir şeklide positron emisyon tomografisi (PET) ve tek foton emisyon bilgisayarlı tomografisi (SPECT) gibi dopamin taşıyıcı görüntüleme yöntemiyle araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir.[1,5]

Tablo 3. Delüzyonel Parazitoz Patofizyolojisini Açıklamaya Yönelik Yaklaşımlar ve Destekleyen Veriler [18]

	Destekleyen veriler
Bilişsel Yaklaşım	Cilt bulguları olmaksızın başlangıç
	Hipofiz tümörlerine ikincil olgular
	Sanrısal bozuklukların tedavisinde pimozidin özgül bir tedavi olması
Duyusal Yaklaşım	Cilt problemlerinden sonra başlangıç
	Kokain ve amfetamin kullanımından sonra ortaya çıkan olgular
	Pimozidin kaşıntı üzerine olan etkisi
	Delüzyonel parazitoz tedavisinde EKT' nin etkisinin olması
	Talamik disfonksiyon

Naganatram ve O' Neile delüzyonel parazitoz beyinde belli lokalizasyondaki lezyonlar sonucu ortaya çıktığını vurgulamış ve iki delüzyonel parazitozlu olguda sol oksipitotemporal bölgede lezyon olduğunu göstermişlerdir.[21] Bunlara ek olarak varsanıların sanrılardan daha derin beyin bölgelerinde ayrışma sonucu ortaya çıktığı hipotezi öne sürülmüş ve hastalığın sanrılı ve varsanılı olmak üzere ayrılmasının uygun olabileceğinden bahsedilmiştir.[19]

Hastalığın patofizyolojisini açıklamak için büyük örneklemli ve uzun süreli çalışmalara ihtiyaç vardır. Ancak bu hastalık nedeni ile psikiyatriste başvurunun az olması; büyük örneklem toplanamaması; tanımlaması ve

isimlendirilmesi üzerinde fikir birliği oluşmamış olması gibi nedenlerle bu oldukça zor görünmektedir.[19]

Bu hastalığı açıklamaya yönelik bir diğer teori; kişinin kişisel ilişki, medya ve sağlıkla ilgili ilgisine bağlı olarak hastalıklara farkındalığını izleyen sıkıntı verici belirtilerin abartılı hale gelmesi ve devam ettirilmesidir. Uyuz hastalığı olan kişilerle karşılaşmayı izleyen kısa süreli kaşıntı nadir değildir. Fakat uyuz hakkında daha fazla bilgi öğrenilerek kaşıntı kötüleşebilir. Bu artışın sebebi açık değildir. Hastalar aynı zamanda yeni duyuları ve belirtileri yanlış yorumlayabilirler ve bunların hastalık olması gerektiği inancını yeniden doğrulayarak bu döngüyü devam ettirebilirler. Algılanan hastalığın şiddeti ile ortaya çıkan stres belirtileri daha da artırabilir.[20]

Parazitoz sanrılarının ortaya çıkmasına neden olan altta yatan psikoz ister affektif, ister şizofrenik, paranoid veya isterse organik kökenli olsun psikodinamik formülasyonlar çok önemlidir. Bu açıdan en önemli iki özellik suçluluk duygusu ve yansıtmadır. Pire, bit veya başka bir parazitin istilasına uğradığından yakınan hastada psikotik biçimde kendini kirli olmakla suçluyor olabilir.[22]

Epidemiyolojisi

Delüzyonel parazitoz aslında psikotik bir hastalık olmasına rağmen çoğunlukla dermatolog, dahiliyeci, plastik cerrah veya entomologlara başvurmaktadırlar.[5] Bu yaygın başvuru çeşitliliği nedeni ile prevalansını hesaplamak oldukça zordur.[1] Delüzyonel parazitoz prevalansının psikiyatri kliniğine başvuran her 1000 hastada 3' ten az olduğu; her bir milyon nüfus için 40 hasta olduğu tahmin edilmektedir.[7] Genellikle delüzyonel parazitoz hastaları tek olgu sunumları ya da küçük olgu serileri halinde bildirilmektedir.[8,23,24]. Dermatoloji ve psikiyatri araştırmalarında bu oranlar değişkenlik göstermektedir.[1] 20-30 yaş arası ve 50 yaş üstü olmak üzere bimodal dağılım göstermektedir.[9]

Kadınlar erkeklerden daha fazla etkilenmektedir.[1] 50 yaş altında kadın/erkek oranı 2:1 iken; 50 yaş üzerinde bu oran 3:1 dir.[24] Delüzyonel parazitozlu hastaların çoğu iyi eğitim almış, 50-70 yaş arası kadınlardır.[8] Delüzyonel parazitoz evli kişilerde daha yüksek oranda görülmektedir.[2] Olgular çoğunlukla işten kovulma, işini kaybetme, sağlık problemleri nedeni ile sosyal izolasyon yaşama, çocukların evden gitmesi, eşin ölümü gibi farklı psikolojik problemlerle karşılaşmışlardır.[8]

Delüzyonel parazitoz genellikle tek kişide görülmesine rağmen bazen birden fazla kişide (folie a deux, folie a trios) hatta ailenin tüm bireylerinde

(folie a famille) görülebilmektedir.[2,25,26]. Delüzyonel parazitoz olgularında paylaşılmış psikozun görülme oranı %5-15 dolaylarındadır.[2]

Tablo 4. Türkiye'den Bildirilen Delüzyonel Parazitoz Olguları

	Hasta sayısı	Tedavi	Sonuç
Mercan ve ark. [2]	5 (Folie a famille-3E, 2K)	Birincil olgu Risperidon 4mg/g ve B12 vitamini	Birincil olguda ilaçla, etkilenen olgularda kendiliğinden düzelme
Poyraz ve ark. [28]	1 (E)	Pimozid 2 mg	3 hafta sonunda yakınmalarda azalma
Mercan ve ark. [10]	6 (2K, 4E)	3 hastada risperidon (2 im, 1 oral tedavi), 1 hastada olanzapin, 1 hasta fluvoksamin + risperidon, 1 hasta amilsulprid	4 hastada düzelme, 2 hasta takibe gelmemiş.
Ünsalver ve ark. [27]	1(K)	Ketiyapin 12,5-300 mg	1 ay sonunda düzelme
Özkan ve ark. [8]	4 (Folie a famille: 2K, 2E)	İlaçsız	Düzelme
Gönül ve ark. [25]	2 (Folie a deux: 1E, 1K)	Karı koca birbirinden bir süreliğine ayrılmış	Erkekte düzelme olmuş, ancak kadın tedaviyi reddetmiş
Çayköylü ve ark. 29]	1 (K)	Ketiyapin 25-200mg Risperidon 0,5 mg	Ketiyapinle düzelme olmayan hasta risperidondan yarar görmüş

E: Erkek, K: Kadın

Türkiye'de prevalansı ile ilgili bir veri yoktur. Bildirimler bir veya birden fazla olgunun sunumu şeklindedir.[2,8,11,25,27-29]. Bu olgular Tablo.4' te özetlenmiştir.

Klinik Özellikleri

Delüzyonel parazitoz klinik olarak değişik şekillerde görülebilir. Delüzyonel parazitozun yavaş ve sinsi başladığı söylenmekle birlikte bazen akut başlangıç da olabilmektedir.[2] Hastaların büyük kısmı cilt lezyonları nedeni ile çeşitli dermatologlara başvururlar. Bazen hastaların başlangıçta gerçekten parazitle enfekte olması imkansız değildir, fakat nadirdir. Psikiyatriste yönlendirildiklerinde hastaların çoğu tedavilerini yapamadıkları için klinisyenlerin yetersiz olduğuna ikna olmuşlardır. Genellikle kızgın ve streslidirler. Psikiyatristin kendilerine yardım edebilecekleri konusunda genellikle tamamen ümitsizdirler. Oldukça fazla sayıda hasta hiçbir şekilde psikiya-

triste görünmeyi reddeder. Tüm paranoid hastalar gibi tutumları titiz, talepkar, rahatsız edici ve kibirlidir. Öykü sıklıkla fiziksel belirtilere döner ve sürekli bunları anlatırlar.[20,22]

Diğer alttipler daha nadir olmasına rağmen deri bulguları ile seyreden tip daha yaygındır. Hastalar sıklıkla ciltlerinin altında ya da içinde hayvan varlığına bağlanan bir kaşıntı yaşarlar. Bu hayvanlardan kazıma, dezenfektanlar ve pestisitler aracılığı ile ciltlerini kurtararak tedavi olmak için çabalama eğilimindedirler. Bu cilt lezyonlarına neden olur ve bu durum hastanın yanlış inancını destekler. Bu cilt lezyonu, kaşıntı ve sanrısal inanç kısır döngüsüne neden olur.[1]

Sık görülen diğer belirtiler arasında batıcı tarzda ağrı, yanma, kibrit kutusu belirtisi (matchbox sign) sayılabilir.[2] Hastaların saç, cilt gibi parazit olabileceğini düşündüğü vücut parçalarını bir kutu veya benzeri bir şeyin içinde getirmesine kibrit kutusu bulgusu denir. Hastalık için patognomonik bir bulgudur, ancak tanı için zorunlu bir bulgu değildir.[1]

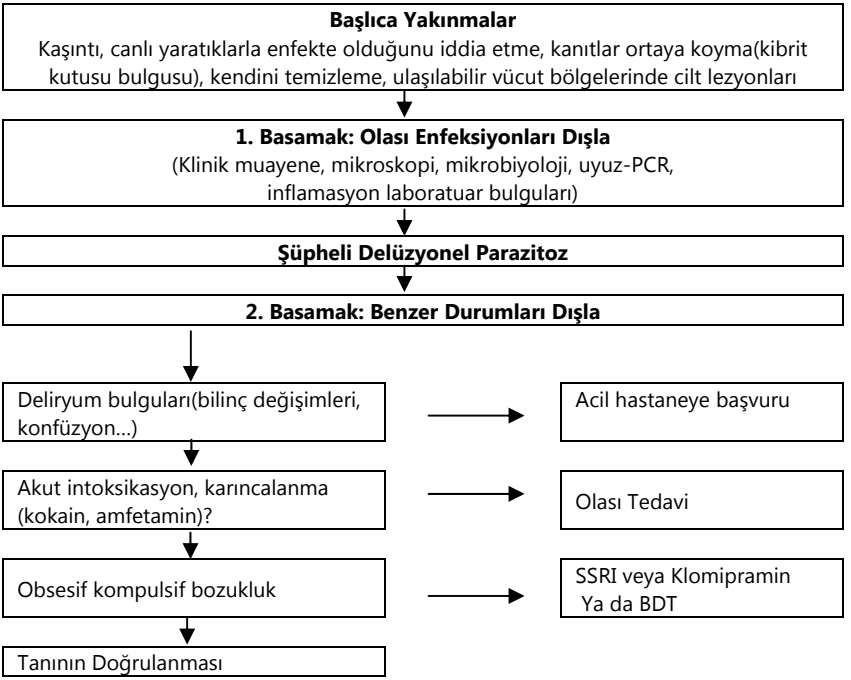
Dermatolojik belirtiler hastalığın tanısının konduğu döneme göre değişkenlik gösterir. Bazı olgularda çok az cilt bulgusu olabilirken ya da hiç bulgu olmazken; bazılarında parazitleri arayıp ortaya çıkarma çabasından kaynaklanan ekskoriasyon, likenifikasyon, prurigo nodularis ve açık ülserasyon; sürekli kullanılan dermatolojik ilaçlara bağlı irritan kontakt dermatit geliştiği görülebilir.[2,30] Cilt lezyonları tipik olarak hastanın kolay ulaşabileceği yerlerde olmasına rağmen bazen ulaşmakta zorlanacağı yerlerde olabilir[1]. Lezyonlar sıklıkla gövde ve saçlı deride; daha az sıklıkla genital bölge ve gözkapağında görülmektedir.[31]

Parazitlerin derinin içinde kımıldadığı, gezindiği, ısırdığı ya da deldiği şeklinde duyumsamalar olur. Hastalar deriye ek olarak burnu, ağzı, dışkısı ve çevresinde [yatak, koltuk] parazitleri ararlar[8]. Nadir olarak işitsel varsanılar ve kendine zarar verici davranışlar [tırnakların anormal kesilmesi, saçların ve vücut kıllarının kazınması ve vücuda pestisit uygulanması] gözlenir.[11,23] Yaşlı hastalarda yürütülen bir çalışmada hastanın kendi bedeni değil çevresinin böcek istilasına uğradığına inandığı yeni bir çeşit bildirilmiştir[22].

Tanı ve Ayırıcı Tanı

Öncelikli olarak vücudunda parazit olduğunu düşündüğü şeklinde yakınmayla gelen bir hastada gerçek parazitozlarla ayırıcı tanısı için klinik muayene, mikroskopi ve gerekli laboratuar incelemeleri yapılmalıdır. Delüzyonel parazitoz tanısını doğrulamak için yapılması gerekenler basamaklar halinde Şekil.1'de gösterilmiştir.

Delüzyonel parazitoz hastalarının beyin görüntülemesinde ilk kullanılan beyin görüntüleme yöntemi pnömoensefalografidir. Kortikal atrofi, lateral ve 3. ventrikülde genişleme belirlenmiş, ancak hastalığa özgül bulunmamıştır. Bir çalışmada, kronik taktil varsanıları olan hastalarda SPECT incelemesinde inferior temporal bölgelerde serebral kan akımında azalma olduğu gösterilmiştir.[19]



SSRI: Serotonin Geri Alım İnhibitörü; BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

Şekil.1. Delüzyonel Parazitoz Tanı Ağacı

Delüzyonel parazitozun karıncalanmadan ayırıcı tanısı yapılmalıdır. Sadece karıncalanması olan hastalar sanrısal değildir. Bu hastalar parazitlerin neden olduğu kutanöz duyular üzerine odaklanmazlar ve enfekte olmadıkları söylendiğinde kabul edebilirler. Eğer bunlar sonucunda delüzyonel parazitoz tanısı düşünülüyorsa bunun obsesif kompulsif bozukluktan da ayırt edilmesi gerekir. Obsesif kompulsif bozuklukta kişi bu düşüncesinin saçma olduğunun farkındadır ve buna engel olamamaktadır. Bu düşünceden kurtulmak için yardım arayışına girer. delüzyonel parazitoz de ise parazitlerden kurtulmak için yardım çabaları vardır. Yine de iki hastalık arasındaki sınırı belirlemek bazen zor olabilir. Tüm bunların sonun-

da delüzyonel parazitoz tanısından eminsek o zaman nedene yönelik olarak birincil-ikincil ayrımını yapıp, tedavi planının ona göre oluşturulması gerekmektedir.

Gidiş ve Sonlanım

Delüzyonel parazitoz olgularının çoğunda belirtiler bir kez yerleştikten sonra genellikle tedaviye yanıt düşüktür. Trabert'in yaptığı çalışmada ortalama hastalık süresinin 3 (±4.6) yıl olduğu bildirilmiştir. Uzun sürelerle tedavisiz kalan hastalarda sanrısal sistem yerleşmekte ve kronikleşmektedir.[2] Belirtinin tek başına var olduğu veya organik olarak belirlendiği olgularda sonlanım daha kötü ve kronikleşme eğilimi daha fazla olabilir. Sonlanım şekillerinden biri olarak intihar da bildirilmiştir. Hunt ve Blacker dumanla dezenfekte etmek çabasıyla yangın çıkaran bir erkek olgu tanımlamış, bu tür bir hastanın başkaları için nasıl bir tehlike oluşturabileceğine işaret etmişlerdir.[22]

Tedavide Genel İlkeler

Delüzyonel parazitoz hastaları psikiyatristlerden çok pratisyen hekimlere, aile hekimlerine veya dermatologlara başvurmaktadırlar. Bu branştaki doktorlar hastalığın farkına varıp bu durumu hastalara açıklamaya çalıştıklarında ise hastalar hayal kırıklığı ve öfke yaşarlar. Psikiyatriste gitmekten kaçınır ve farklı dermatologlara giderek hastalığını yapan parazitin bulunmasına yönelik çabalar gösterirler. Özellikle interneti kullanarak medikal olmayan kendi kendine yardım çabalarına girebilirler.[1]

Tablo.5. Delüzyonel Parazitoz Hastasına İlk Basamakta Yaklaşım [32]

1. Tanının doğruluğundan emin olmak
2. Empatik olarak dinlemek
3. Delüzyonel parazitoz hastanın yaşam kalitesini nasıl etkilediğini sormak
4. Hastayla doktor arasında güven sağlamak
5. Psikiyatriste yönlendirmeyi göz önünde bulundurmak
6. Anksiyete veya psikozu için ilaç kullanımını göz önünde bulundurmak
7. Hastanın yardıma izin verdiği alanlar hakkında uyanık olmak
8. Hastanın sosyal izolasyonunu azaltmak

Delüzyonel parazitoz tanısını düşünülen bir hasta ile karşılaştığında hekimin yapması gerekenler Tablo.5'te özetlenmiştir. Tedavi seçenekleri gözden geçirilirken ilaçların yan etkileri, ilaç uyumu ve etkinliği göz önüne

alınmalıdır.[1] Bu hastaların tedaviye uyumunu sağlamak zordur.[6] Tedavide en önemli basamak hasta hekim ilişkisinde güvenin sağlanmasıdır.

Delüzyonel parazitoz'un yeterli tedavisi için öncelikle farklı türlerinin birbirinden ayırt edilmesi gerekir. Antipsikotik ilaçlar birincil delüzyonel parazitoz da belirgin tedavi olanağı verirken, somatik hastalıklara ikincil durumlarda sadece semptomatik olarak kullanılır ve asıl altta yatan hastalığın tedavisi gerekir.[1,6]

Delüzyonel parazitoz tedavisi oldukça zordur.[10] Hem birincil hem de ikincil delüzyonel parazitoz hastalarının tedavisine yönelik randomize kontrollü çalışma yoktur. Bu konudaki bilgilerimiz daha çok olgu sunumları veya serilerine dayanmaktadır.[6] Literatürde birden fazla kişide hastalığın görüldüğü durumlarda birincil olgunun tedavi edilmesinin diğer olgularda belirtilerin kendiliğinden ortadan kalkmasına neden olduğu bildirilmektedir.[2]

Psikiyatrik Tedavi Seçenekleri

Delüzyonel parazitozun psikiyatrik tedavisinde genellikle ilaçlardan yararlanılmıştır. Tedavide ilaç olarak sıklıkla antipsikotik ilaçlar, ve bunun yanısıra antidepresan ve anksiyolitik ilaçlar kullanılabilir.[10] Elektrokonvulsif tedavi [EKT] ve destekleyici psikoterapi yöntemlerinin kullanıldığı bazı yayınlar da bildirilmiştir.[33] Ancak bu seçeneklerin etkinliği şüphelidir.

Antipsikotik İlaçlar

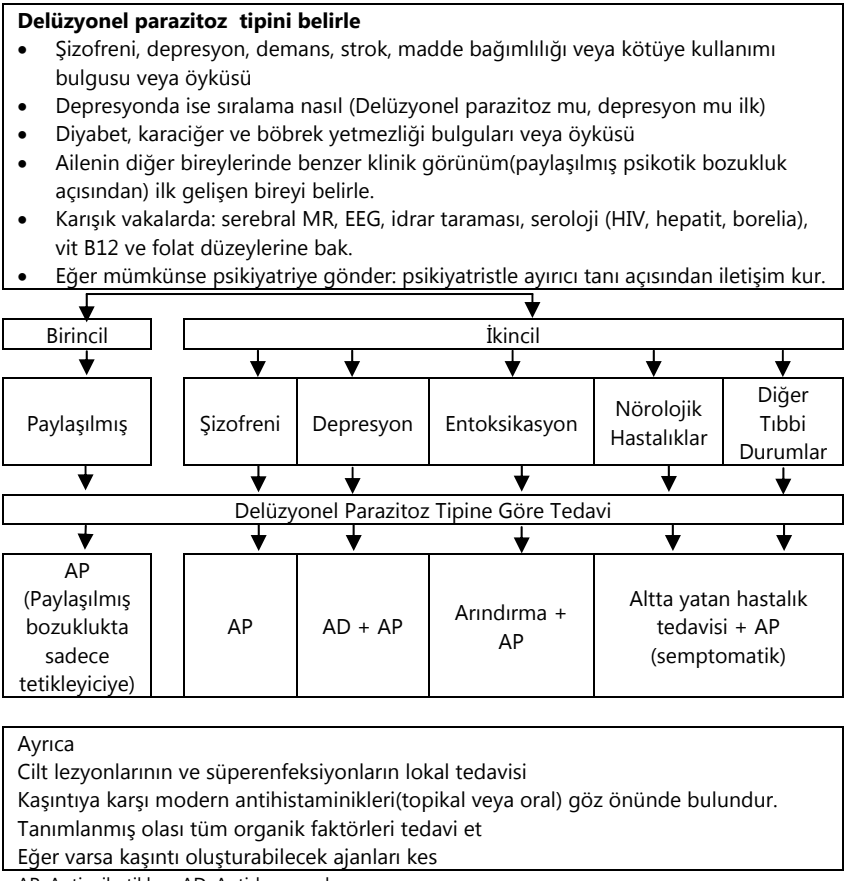
Antipsikotik ilaçlar başta şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar olmak üzere birçok psikiyatrik hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Tipik ve atipik antipsikotikler olmak üzere 2 gruba ayrılırlar.[1] Delüzyonel parazitoz tedavisinde, şizofrenide kullanılan antipsikotik dozlarından daha düşük dozlarda ilaç uygulanmaktadır. Özellikle yaşlı ve riskli hastalarda doz ayarlaması gerekebilir. Eğer 3-4 haftada hiç yanıt alınmazsa ilaçların değiştirilmesi önerilmektedir. İkincil delüzyonel parazitozda altta yatan hastalık tedavi edildiğinde sanrılar düzelebileceği için tedavi daha kısa sürebilirken, birincil delüzyonel parazitozda maksimum etki 10 haftadan önce görülmediğinden tedavinin 3 aydan kısa olmaması önerilmektedir.[4] Delüzyonel parazitoz tedavisinde önceleri bir tipik antipsikotik ilaç olan pimozid ilk seçenek olarak kullanılmışsa da günümüz ilaç uygulama rehberleri tedavide ilk sıra seçenek olarak atipik antipsikotikleri önermektedir.[1]

Tipik Antipsikotikler

Lepping ve arkadaşlarının birincil delüzyonel parazitoz tedavisinde antipsikotiklerin etkinliğini gözden geçirdikleri çalışmalarında, tipik antipsikotik-

lerle kısmi ya da tam remisyon oranları %60-100 olarak bildirilmiştir. Bu ilaçlarla ilgili az sayıda kontrollü çalışmanın çoğu pimozid ile ilgilidir.[6]

Pimozid ile yapılmış iki ileriye dönük plasebo kontrollü çalışma vardır. Delüzyonel parazitoz tedavisinde bu ilacın opioid antagonizm etkisinin kaşıntıyı iyileştirdiği düşünülerek oldukça sık kullanılmıştır.[4] Ancak günümüz şartlarında yüksek yan etki potansiyeli nedeni ile kullanımı sınırlıdır. Pimozid, uzamış QTc gibi durumlarla beraber yüksek kardiak riski olanlarda ve yaşlılarda kullanılmamalıdır.



AP: Antipsikotikler ; AD: Antidepresanlar

Şekil.2. Delüzyonel Parazitoz Tedavisinde Yaklaşım

Haloperidolle yapılan 10 hastanın 9'unun birincil delüzyonel parazitoz tanısı aldığı bir çalışmada olguların tamamının tedaviye yanıt verdikleri

bildirilmektedir. Diğer bir çalışmada 15 depo tipik antipsikotik (flupentiksol) kullanan hastada, %93 kısmi yada tam remisyon oranı bildirilmiştir.[6] Tipik antipsikotiklerin etkinliği hemen tüm çalışmalarda gösterilmiş olsa da, bu ilaçların terapotik dozlarında görülen ekstrapiramidal yan etkiler ve kardiyak yan etkiler bu tedavilerin uygulamasını kısıtlamıştır.

Atipik Antipsikotikler

Delüzyonel parazitozun tedavisinde atipik antipsikotiklerle yaklaşık %75 remisyon (%38 kısmi, %37 tam) oranları bildirilmiştir. Bu remisyon oranları ikincil delüzyonel parazitoz olgularında daha iyidir.[4] Altmış üç atipik antipsikotik kullanan hastanın gözden geçirildiği bir çalışmada, ilaca maksşmum yanıtın 3-10 haftada ortaya çıktığı ve birincil olgularda yanıtın daha geç olduğu belirlenmiştir.[4] Delüzyonel parazitoz tedavisinde kullanımı en sık olarak bildirilen atipik antipsikotik ilaçlar arasında risperidon ilk sırada, olanzapin ise ikinci sırada yer almaktadır.

Risperidon delüzyonel parazitoz tedavisinde sıklıkla reçetelenen bir atipik antispikotiktir.[10]. Geriye dönük bir gözden geçirmede 1-8 mg/gün dozlarda kullanıldığında %69 tam ya da kısmi remisyon sağladığı bildirilmiştir.[4] Risperidonun parenteral formunun kullanıldığı 2 olguda da tam yanıt elde edilmiştir. İlaç uyumunun sorun olduğu delüzyonel parazitoz hastalarında bu formun uygun olabileceği düşünülmektedir.[10]

Olanzapin de delüzyonel parazitoz tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılabilecek bir ilaçtır. Literatürde 5-20 mg/gün dozlarda olanzapin kullandığı bildirilen olgularda %72 oranında kısmi ya da tam remisyon görülmüştür.[4] Bosmans ve Verbanck'ın 10 mg olanzapin ile tedavi ettikleri bir hasta 1 yıl remisyonda kaldıktan sonra hastanın talebi ile ilaç kesilmiş ve belirtiler yeniden başlamıştır. İlacın tekrar başlanması ile hasta remisyona girmiştir. Yazarlar bu tür olgularda koruyucu tedavinin gerekli olduğunu vurgulamışlardır.[34]. 77 yaşında birincil delüzyonel parazitoz olan bir kadın hasta günlük 2,5 mg doz olanzapinle tedavi edilmiş ve 3,5 yıl izlenmiştir. Bu koruyucu dönem sağaltımının gerekliliğini göstermektedir.[35]

Amisülpirid'i 200-800 mg/gün doz aralığında kullanan 7 delüzyonel parazitoz olgusunun ikisinde remisyon gözlenmiştir.[4]. Amilsulprid kullanan yaşlı bir hastada yan etki olarak myokard enfarktüsü bildirdiği için yaşlı hastalarda kullanımında dikkatli olunması gerekmektedir.[10]

Ketiyapinle kullanan delüzyonel parazitoz olgularının 12,5-800 mg/gün gibi geniş bir doz aralığında ilacı kullandıkları bildirilmiştir.[4] Daha kabul edilebilir yan etki profili nedeni ile yaşlı hastalarda delüzyonel parazitoz tedavisinde belli avantajlara sahiptir. 25-50 mg doz aralığında ketiyapinle yaklaşık 3 yıl izlenen 80 yaşında bir delüzyonel parazitoz hastasında tam

remisyon bildirilmiştir.[3,22]. Literatürde bildirilen 8 hastanın 4' ünde kısmi, 3'ünde tam remisyon gözlenmiştir.[4]

Aripiprazol diğer AAP' lerden farklı bir farmakolojik profile sahiptir. İyi tolere edilebilen bir ilaçtır. $5HT_{1A}$ kısmi agonizmi etkisinden dolayı delüzyonel parazitoz hastalarında depresif ve anksiyete belirtilerinde azalmaya neden olabileceği bildirilmiştir. Günlük 15-30 mg doz aralığında kullanılması önerilmektedir.[36]

Diğer atipik antipsikotiklerden ziprasidon ile iki, sertindol ile ilgili bir olgu bildirimi vardır.[4,37] Tüm bu olgu bildirimlerine bakıldığında atipik antipsikotiklerin tipik antipsikotiklere göre yan etki profili ve ilaç uyumunun daha iyi olduğu görülse de, kesin bir hüküm için plasebo kontrollü çalışmalara gereksinim vardır.

Antipsikotik İlaç Dışı Tedavi Yaklaşımları

Psikojenik kaşıntısı olan hastalarda kaşıntının ortadan kalkabilmesi için bilinç dışında yer alan nörotik çatışmanın içerdiği öfke, kızgınlık, agresyon gibi duyguların dile dökülmesi ve bunları kabul edememenin verdiği suçluluk ve kendini cezalandırma duygularının azaltılması gerekir. Bu sayede kişinin kendini yolarak duygularını ifade etmesi ya da kendini cezalandırması önlenmiş olur.[38]

Antidepresanlar

Psikojenik parazitozisi depresyonun karmaşıklaştırdığı durumlarda antidepresanlar ve EKT ile başarılı sonuçlar alınmıştır.[39] Bazı yayınlarda trisiklik antidepresan ve anksiyolitik ajanların delüzyonlar üzerine olmasa da bu hastalarda bulunan tepkisel komponenti hafifletebileceği bildirilmiştir.[6] Serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) grubu antidepresanların antipsikotiklerle beraber kullanımının delüzyonel parazitoz hastalarında etkin olabileceği belirtilmektedir.[2]

EKT

Delüzyonel parazitoz hastalarında EKT kullanımı ilk olarak 1949' da Harbauer taraffından tanımlanmıştır. EKT antipsikotiklerin kontrendike ya da kullanımının sakıncalı olduğu[yaşlılık gibi] durumlarda yararlı olabilir.[6] Baumer dermatolojik tedavilerden yarar görmeyen birincil delüzyonel parazitoz hastasını EKT ile başarılı bir şekilde tedavi etmiştir. Aynı zamanda sadece deri üzerinde karıncalanma hissi olan 5 hastada da EKT'ye yanıt almıştır.[19] Sadece küçük bir çalışmada EKT' nin birincil delüzyonel parazitoz tedavisinde etkili olabileceği gösterilmiştir.[6]

Dermatolojik Ajanlar

Kortikosteroid kremler ve losyonlar cilt lezyonlarının hafifletilmesinde kullanılabilmektedir. Kaşıntıya karşı antihistaminik[topikal veya oral] kullanımı göz önünde bulundurulmalıdır. Oluşan süperenfeksiyonların lokal tedavisi gereklidir.[1]

Sonuç

Delüzyonel parazitoz bir çok tıbbi branşı ilgilendiren; tanı, yaklaşım ve tedavinin güç olduğu psikiyatrik bir hastalıktır. Tüm hastalıklarda olduğu gibi delüzyonel parazitoz hastalarında da öncelikli olan hasta hekim arasında güvenli bir terapotik ilişkinin kurulmasının sağlanmasıdır. Bu terapotik ilişki sağlandıktan sonra hastanın tedavi sürecine uyumu daha kolay olacaktır. delüzyonel parazitoz tedavisinde psikiyatrik ilaçların kullanımı ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Özelikle daha önceleri sıklıkla kullanılan tipik antipsikotiklerle yapılmış az sayıda kontrollü çalışma olsa da atipik antipsikotiklerle ilgili deneyimler olgu bildirimleri şeklindedir. Bu bozukluğun tedavisine yönelil çok geniş ileriye dönük çalışmalara gereksinim olduğu açıktır.

Kaynaklar

1. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis:a new pathway for diagnosis and treatment. Clin Exp Dermatol 2008; 33:113-117.
2. Mercan S, Öğütcen Ö, Altunay İK, Karamustafalıoğlu O. Folie a famille ve delüzyonal parazitoz: olgu sunumu ve literatürün gözden geçirilmesi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2005; 15:71-78.
3. Milia A, Mascia MG, Pilia G, Paribello A, Murgia D, Cocco E et al. Efficacy and safety of quetiapine treatment for delusional parasitosis: Experience in elderly patient. Clin Neuropharmacol 2008; 31:310-312.
4. Freudenmann RW, Lepping P. Second-generation antipsychotics in primary and secondary delusional parasitosis: Outcome and efficacy. J Clin Psychopharmacol 2008; 28:500-508.
5. Huber M, Kirchler E, Karner M, Pycha R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? Med Hypotheses 2007; 68:1351-1358.
6. Lepping P, Russel I, Freudenmann W. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis:systematic review. Br J Psychiatry 2007; 191:198-205.
7. American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of* mental disorders: DSM-IV-TR. Washington, DC, APA, 2000.
8. Özkan AT, Mumcuoğlu KY. Entomofobi ve delüzyonel parazitoz. Türkiye Parazitoloji Dergisi 2008; 32:366-370.
9. Szepietowski JC, Salomon J, Hrehorow E, Pacan P, Zalewska A. Delusional parasitosis in dermatological practice. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21:462-465.
10. Mercan S, Altunay IK, Taskintuna N, Ogutcen O, Kayaoglu S. Atypical antipsychotic drugs in the treatment of delusional parasitosis. Int J Psychiatry Med 2007; 37:29-37.

11. Fleury V, Wayte J, Kiley M. Topiramate-induced delusional parasitosis. J Clin Neurosci 2008; 15:597-599.
12. Steinert T, Studemund H. Acute delusional parasitosis under treatment with ciprofloxacin. Pharmacopsychiatry 2006; 39:159-160.
13. Mowla A, Asadipooya K. Delusional parasitosis following heroin withdrawal: a case report. Am J Addict 2009; 18:334-335.
14. Ford EB, Calfee DP, Pearson RD. Delusions of intestinal parasitosis. South Med J 2001; 94:545-547.
15. Maeda K, Yamamoto Y, Yasuda M, Ishii K. Delusions of oral parasitosis. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry 1998; 22:243-248.
16. Sherman MD, Holland GN, Holsclaw DS, Weisz JM, Omar OH, Sherman RA. Delusions of ocular parasitosis. Am J Ophthalmol 1998; 125:852-856.
17. Geddes ERC, Rashid RM. Delusional tinea: A novel subtype of delusional parasitosis. Dermatol Online J 2008; 14:16.
18. Berrios GE. Delusional parasitosis and physical disease. Compr Psychiatry 1985; 26:395–402.
19. Leon J, Antelo RE, Simpson G. Delusion of Parasitosis or chronic tactile hallucinosis: hypothesis about their brain physiopathology. Compr Psychiatry 1992; 33:25-33.
20. Suh KN, Keystone JS. Delusional Parasitosis. http://www.uptodate.com/patients/content/topic.do?topicKey=~55lK_gUwtZN62/z 15 Mayıs 2010'da erişildi.
21. Nagaratnam N, O'Neile L. Delusional parasitosis following occipito-temporal cerebral infarction. Gen Hosp Psychiatry 2000; 22:129-132.
22. Enoch D, Ball H. Uncommon psychiatric syndromes, 4th ed. London, Arnold, 2001.
23. Aw DCW, Thong JY, Chan HL. Delusional parasitosis: case series of 8 patients and review of the literature. Ann Acad Med Singapore 2004; 33:89-94.
24. Nicolato R, Correa H, Romano-Silva MA, Teixeira AL. Delusional parasitosis or Ekbom syndrome: a case series. Gen Hosp Psychiatry 2006; 28:85-87.
25. Gönül M, Kılıç A, Soylu S, Gül Ü, Aydemir Ç, Koçak O. Folie a deux, diagnosed by delusional parasitosis. Eur J Dermatol 2008; 18:95-96.
26. Friedmann AC, Ekeowa-Anderson A, Taylor R, Bewley A. Delusional parasitosis presenting as folie a trois: successful treatment with risperidone. Br J Dermatol 2006; 155:841-842.
27. Ünsalver BÖ, Uygunoğlu U, Ertan T, Eker E. Hezeyani Parazitoz tedavisinde ketiyapin. Yeni Symposium 2007; 47:34-36.
28. Poyraz BÇ, Ekmen SŞ, Doksat MK. Bir vaka sebebiyle Hezeyani Parazitoz. Yeni Symposium 2005 ;43:114-117.
29. Çayköylü A, Ekinci O, Albayrak Y, Kuloğlu M. Delüzyonel Parazitoz: Düşük doz risperidon ile tedavi edilen bir olgu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009; 10(Ek 1):68-69.
30. Lee CS. Delusions of parasitosis. Dermatologic Therapy 2008;21:2-7.
31. Kim C, Kim J, Lee M, Kang M. Delusional parasitosis as Folie a Deux. J Korean Med Sci 2003; 18:462-466.
32. Gould WM, Gragg TM. Delusions of parasitosis. Arch Dermatol 1976; 112:1745-1748.
33. Bhatia MS, Jagawat T, Choudhary S. Delusional parasitosis: a clinical profile. Int J Psychiatry Med 2000; 30:83-91.
34. Bosmans A, Verbanck P. Successful treatment of delusional disorder of the somatic type or "delusional parasitosis" with olanzapine. Pharmacopsychiatry 2008; 41:121-122.

35. Freudenmann R, Schönfeldt-Lecuona C, Lepping P. Primary delusional parasitosis treated with olanzapine. Int Psychogeriatr 2007; 19:1161-1168.
36. Rocha FL, Hara C. Aripiprazole in delusional parasitosis:case report. Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry 2007; 31:784-786.
37. Yorston G. Treatment of delusional parasitosis with sertindole. Int J Geriatr Psychiatry 1997; 12:1127-1128.
38. Altunay İK, Köşlü A. Psikojenik pruritus. Türk Dermatoloji Dergisi. 2008; 2:116-120.
39. Slaughter JR, Zanol K, Rezvani H, Flax J. Psychogenic parasitosis. A case series and literature review. Psychosomatics 1998; 39:491-500.