



## OLGU BİLDİRİSİ

# Delüzyonel Parazitöz

Yard. Doç. Dr. Birgül Tepe

Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman

**Yazışma Adresi:** Dr. Birgül Tepe, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman  
E-posta: birgul\_tp@hotmail.com

### Özet

#### Delüzyonel Parazitöz

Delüzyonel parazitöz, herhangi bir tıbbi kanıt olmaksızın, kişinin parazitler tarafından enfeste olduğuna dair yanlış ve sabit bir inançla karakterize, nadir görülen kronik bir psikiyatrik bozukluktur. Gerçekten psikiyatrik bir hastalık olmasına rağmen, hastalar genellikle dermatoloğa başvururlar. Burada, iki yıldır vücudunda böceklerin gezindiğini düşünen 71 yaşındaki bir erkek hastayı sunduk. Hikaye, klinik ve laboratuvar incelemeler ve hastanın böcek sandığı nesnelere dayanılarak, hastaya primer delüzyonel parazitöz tanısı konuldu. Amacımız, hastanın tedavi sürecine uyumunda, bir dermatolog ile psikiyatristin koordineli çalışması ve bu süreçte dermatoloğun rolünü vurgulamaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Delüzyonel parazitöz, psikokütan dermatöz, sanrı

### Abstract

#### Delusional Parasitosis

Delusional parasitosis is a rare chronic psychiatric disorder characterized with the false and fixed belief that the person are infested by parasites without any medical evidence. Although it is actually a psychiatric disorder, patients usually appeal to dermatologist. In here, we present a 71 year-old-man who considered that the insects are crawled on his body for two years. Primer delusional parasitosis was diagnosed to this patient based on history, clinical and laboratory examinations, and objects which is supposed by patient as insect. Our aim to emphasize the role of dermatologist and co-operate with a psychiatrist in compliance of patient's treatment process.

**Keywords:** Delusional parasitosis, psychocutaneous dermatosis, delusion

### Giriş

Delüzyonel parazitöz (DP), tıbbi bir kanıt olmamasına rağmen, kişinin yaşayan küçük yaratıklar veya sinek, akar ve böcek gibi parazitler tarafından enfeste olduğuna dair yanlış ve ısrarlı inanç ile seyreden sanrısız bir bozukluktur (1,2,3). Dermatolojide “primer psikokütan hastalıklar” başlığı altında incelenen bu durum, oldukça nadir görülür (4). İlk kez 1894 yılında Thibierge tarafından akarofobi olarak tanımlanan hastalık, 1946 yılında Wilson ve Miller tarafından DP olarak yeniden adlandırılmıştır (5). Hastalar problemlerinin tıbbi olduğu ile ilgili değiştirilemez bir inanca sahip oldukları için, çoğunlukla dermatoloğa başvururlar (1,2,3,4,5).

Burada, klinik pratikte nadir görülen hastalık, kliniğimize başvuran bir olgu eşliğinde yeniden gözden geçirilecektir.

### Olgu

Yetmiş bir yaşındaki bir erkek hasta, vücutta kaşıntı ve deride böceklerin dolaşması şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin yaklaşık iki yıldır olduğunu, her türlü bit ve uyuz ilaçlarını kullanmasına rağmen, vücudunda dolaşan böcekleri temizleyemediğini belirtti. Böceklerin kafasının içinde dolaştığını, özellikle gece olunca burnundan vücuduna döküldüğünü ve derisinin altına saklandıklarını anlattı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik bulunmayan hasta, yüksek okul mezunu idi ve yalnız yaşıyordu. Görünümü ve öz bakımı iyiydi. Dermatolojik muayenede, saçlı deride yer yer yüzeysel erozyonlar dışında, parazit enfestasyonunu destekleyebilecek bir bulguya rastlanılmadı (Resim 1). DP tanısı ile yatırılan hastanın; hemogram, biyokimyasal incelemeler, tiroid hormonları, hepatit paneli, tam idrar tetkiki, gaitada parazit incelemesi, vitamin B12 ve folat düzeyleri normal sınırlarda idi. Beyin difüzyonel magnetik rezonans incelemede bir patolojiye rastlanılmadı. DP açısından organik bir neden saptanamayan hasta, psikiyatri ile konsülte edildi. Pimozid 2 mg/gün tedavisi başlandı. 10 günlük yatış sürecinde hasta şikayetlerinin azaldığını belirtti ve bir ay sonra kontrole gelmek üzere kendi isteği ile ta-



**Resim 1.** Saçlı deride vertekste kaşıntıyla sekonder yüzeyel



**Resim 2.** Hastanın ikinci kontrolde getirdiği ve "böcek" olduğunu düşündüğü materyal

burcu edildi. Hasta bir ay sonra, kliniğe kağıt mendil içinde topladığı ve vücudunda dolaşan böcekler olduğunu iddia ettiği materyal (**Resim 2**) ile başvurdu. Materyalin kömür ve iplik parçacıkları olduğu gözlemlendi. Pimozid tedavisi yeniden düzenlendi, ancak hasta bir sonraki kontrole gelmedi.

### Tartışma

Delüzyonel parazitözün yaygınlığı, hastaların farklı uzmanlara başvurması nedeniyle bilinmemektedir (**5**). Psikiyatri kliniğine başvuran her 1000 hastada 3'ten az ve her bir milyon nüfus içinde 40 hasta olduğu tahmin edilmektedir (**1**). Ortalama başlangıç yaşı beşinci dekadattır ve kadınlarda erkeklerden daha sık görülür (**3, 6**). Genellikle sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerde saptanır (**3**). Olgumuz da nispeten sosyoekonomik düzeyi yüksek, 71 yaşında bir erkek idi. Hastalığın başlangıcı sinsidir ve sanrı, primer dokunsal deneyimden önce oluşur (**6**). *Aw* ve arkadaşları (**7**), bir doktora başvurmadan önce şikayetlerin süresinin ortalama 5.7 yılı; *Boggild* ve arkadaşları (**8**) da 1.5 yıl olduğunu bildirmiştir. Olgumuzun da şikayetleri yaklaşık iki yıldır vardı. Evvelce tıbbi veya psikiyatrik hastalığı olmayan hastaların, sıklıkla bir kişilik bozukluğu vardır ve kendilerini çevreden soyutlarlar. Ancak, günlük yaşamlarındaki görünimleri ve işlevleri normaldir (**6**).

Delüzyonel parazitöze neden olan etyolojik faktörlere göre sınıflandırılabilir. Primer DP, altta yatan bir neden olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkar. Sekonder DP ise özellikle şizofreni, demans, depresyon, diyabet, nöropati, kardiyovasküler hastalıklar,

vitamin B12 ve folat eksikliği, amfetamin ve kokain intoksikasyonu gibi tıbbi, nörolojik ve psikiyatrik hastalıklara bağlı gelişir (**1, 2, 3, 5**). Siprofloksasin, amantadin, steroid ve levodopa gibi ilaçlara sekonder gelişebilir (**5**). *Robaey*s ve arkadaşları (**9**) da, interferon tedavisi sırasında DP gelişen bir olgu bildirmiştir. Olgumuzun olası etyolojik faktörler açısından yapılan tetkiklerinde, herhangi bir organik patolojiye rastlanılmadı. Psikiyatrik muayenesinde de altta yatan başka bir psikiyatrik bozukluk tespit edilmedi. Bu bulgular doğrultusunda olgumuza primer DP tanısı konuldu. Ülkemizden *Gül* ve arkadaşları (**10**) tarafından, primer DP tanısı konulan 58 yaşında bir bayan hasta da bildirilmiştir. DP'un patofizyolojisi açık değildir. Strial dopamin transport fonksiyonunda azalma olası bir neden olarak ileri sürülmektedir (**1, 5, 9**). Bazı otörlere göre DP, gerçek problemlerden sakınmak için geliştirilen bir savunma mekanizması olarak, altta yatan anksiyetenin somatik bir göstergesidir (**5**).

Delüzyonel parazitözlu hastaların hikayesi tipiktir, şikayetlerini soru sorulmadan çok detaylı tanımlarlar (**5, 6, 7**). Derilerinin altında parazitlerin dolaştığından ve buna bağlı kaşıntı hissinden yakınırırlar (**1, 2, 3, 5, 6, 7**). Derilerini istila ettiklerini düşündükleri parazitleri, kazıma, dezenfektan veya pestisidler kullanılarak tedavi etmeyi denerler (**1, 8**). Bazen de makas ve cımbız gibi mekanik araçlar ile parazitleri çıkartmak isterler (**4, 8**). Dermatolojik belirtiler, hastaların tanı konulduğu döneme göre değişir. Herhangi bir bulgu olmayacağı gibi, kronik kaşıntıya bağlı likeni-

fikasyon, ekskoriyasyon, prurigo nodularis, bazılarda parazitleri çıkartma çabası ile ülserasyon veya kullanılan ilaçlara bağlı kontakt dermatit görülebilir (3,4,5,6,7). Deri lezyonları tipik olarak hastanın ellerinin kolayca ulaşabileceği yerlerde yoğundur (1,4). Olgumuzun da saçlı derisinde kronik kaşıntıya sekonder olduğu düşünülen yüzeysel erozyonları vardı. Hasta hekime küçük bir kutu, kavanoz, ilaç şişesi, plastik torba, yapışkan bant gibi şeyler içinde parazit olduğuna inandığı örnekleri getirir. Bu durum “kibrit kutusu belirtisi” olarak adlandırılır. Bu, hastalık için patognomoniktir, ama tanı için zorunlu değildir (1,5). Getirilen örneklerin mikroskopik incelemesinde, deri ve saç parçaları, kumaş örnekleri ve kir bulunur. Ancak, hastayı bunların gerçek olmadığına ikna etmek imkansızdır (4). Olgumuzda da kibrit kutusu belirtisine rastlandı. Genellikle tek kişide görülmesine rağmen, bazen aile içinde birden fazla kişide görülebilir. Hastalığın ilk geliştiği kişi, diğerlerini ikna ettiğinde sanrı paylaşılmış hale gelir (1,3,4,5).

Delüzyonel parazitöz psikiyatrik bir hastalık olmasına rağmen, çoğu hasta hastalığının nedenini bulmak için dermatoloğa başvurur. Dermatolog, hastalığın psikiyatrik kökenini açıklamaya çalışır veya parazitlere ait kanıtları ortaya çıkarmada başarısız olursa; hastalar genellikle hayal kırıklığına uğrayarak farklı dermatologlardan yardım isterler. Bu nedenle tedavide en önemli basamak, hasta hekim ilişkisinde güvenin sağlanmasıdır (1,3,5,11,12). Hikaye, fizik muayene ve laboratuvar tetkikler, altta yatan olası nedenler konusunda yardımcıdır (3,5). Empatik bir yaklaşımla, parazit olarak gösterilen her örnek dikkatlice incelenmelidir (4,6). Hastalar uzun süre tedavisiz kalır ve hastalıkları kronikleşirse, tedaviye yanıtları azalır (4). Bazen kendilerine veya çevrelerine zarar verebilecek arayışlara başvurabilirler (12). Dolayısıyla tedavinin planlanmasında, dermatolog ve psikiyatrist arasında yakın işbirliği gerekir, çünkü hastalar psikiyatri kliniklerine yönlendirilmeyi reddederler (1,5). Pimozid, DP'un tedavisinde ilk seçenek antipsikotiktir. Doza bağlı yan etkileri nedeniyle, günümüzde risperidon, ketiyapin, olanzapin ve amisulprid gibi ikinci kuşak antipsiko-

tikler tercih edilmektedir (1,3,5,6,11,12). Olgumuza pimozid tedavisi başlandı, ancak kontrollerde hastanın tedaviyi bıraktığı öğrenildi ve bir sonraki kontrole gelmedi.

Sonuç olarak; DP, tedaviyi planlayacak olan hekimi oldukça zorlayan alışılmadık bir durumdur. Hasta-hekim arasında güvenli bir ilişkinin kurulabilmesi ve dolayısıyla uygun tedavilerin başlanabilmesi, deneyim ve tecrübe gerektirebilir.

### Kaynaklar

1. Lepping P, Freudenmann RW. Delusional parasitosis: A new pathway for diagnosis and treatment. *Clin Exp Dermatol* 2007; 33: 113-117.
2. Karthik MS, Panati D, Prabhav V. Cultural influence in the development of delusional parasitosis: A case report. *Int J Adv Med* 2014; 1: 289-291.
3. Levin EC, Gieler U. Delusions of parasitosis. *Semin Cutan Med Surg* 2013; 32: 73-77.
4. Kocabey Uzun S, Erturan İ. Primer psikokütan hastalıklar. *Turk J Dermatol* 2014; 1: 1-6.
5. Šitum M, Dediol I, Buljan M, Živković MV, Buljan D. Delusion of parasitosis: Case report and current concept of management. *Acta Dermatovenerol Croat* 2011; 19: 110-116.
6. Le L, Gonski PN. Delusional parasitosis mimicking cutaneous infestation in elderly patients. *Med J Aust* 2003; 179: 209-210.
7. 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.
8. Boggild AK, Nicks BA, Yen L, Voorhis WV, McMullen R, Buckner FS, Liles WC. Delusional parasitosis: Six-year experience with 23 consecutive cases at an academic medical center. *Int J Infection Dis* 2010; 14: e317-e321.
9. Robaey G, De Bie J, Ranst MV, Buntinx F. An extremely rare case of delusional parasitosis in a chronic hepatitis C patient during pegylated interferon alpha-2b and ribavirin treatment. *World J Gastroenterol* 2007; 13: 2379-2380.
10. Gül Ü, Külcü Çakmak S, Kılıç A, Aslan E. A case with delusional parasitosis. *Türkiye Klinikleri J Dermatol* 2009; 19: 20-22.
11. Mostaghimi L. Treating patients with delusions of parasitosis: A blueprint for clinicians. *Cutis* 2010; 86: 65-68.
12. Bak R, Tumu P, Hui C, Kay D, Peng D. A review of delusions of parasitosis, part 2: Treatment options. *Cutis* 2008; 82: 257-264.