

Olanzapin ile Tedavi Edilen Bir Monosemptomatik Hipokondriyak Psikoz Olgusu

A Monosymptomatic Hypochondriacal Psychosis case Treated with Olanzapine

Bilge Burçak Annagür

Numune Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Konya

Özet

Sanrısız bozukluk; kalıcı ve ısrarlı bir veya birden çok sayıda garip olmayan sanrılı düşüncenin klinik görünümüne egemen olduğu psikiyatrik tanıdır. Sanrısız bozukluk bedensel alt tipi monosemptomatik hipokondriyak psikoz olarak adlandırılır. Bu bozuklukta kişi bir hastalığı olduğuna inanır ve bu sanrısız inancına uygun olarak varsanılları bulunabilir. Midesinde ülser olduğu düşüncesi ve karın ağrısı nedeni ile hastanenin acil servisine, dâhiliye kliniğine ve genel cerrahi kliniğine her gün birkaç kez başvuruda bulunan ve yapılan çok sayıda tetkikin normal olmasına rağmen ısrarla ameliyat olmak isteyen bir monosemptomatik hipokondriyazis olgusunun psikiyatrye yönlendirilişi sunulmuştur. Olanzapinin bu olgularda kullanılabilecek etkili bir tedavi seçeneği olabileceği gösterilmiştir. Bu az görülen hastalığın özellikle psikiyatri dışı hekimler tarafından göz önünde bulundurulması, hem hastanın psikiyatrye erken başvurması açısından hem de diğer hekimlerin gereksiz işlemler yapmaması açısından oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: monosemptomatik hipokondriyak psikoz, olanzapin, sanrısız bozukluk

Abstract

Delusional disorder is a psychiatric diagnosis that one or more persistent and insistent nonbizarre delusional belief is dominant in clinical feature. The delusional disorder somatic subtype is called as monosymptomatic hypochondriacal psychosis. In this disorder one believes that he/she has a disease and has hallucinations pertinent to this delusional belief. In this report, a monosymptomatic hypochondriacal psychosis case which directed to psychiatry clinic because she presented to emergency service, internal medicine clinic and general surgery clinic of our hospital several times every day with stomachache due to the belief of presence of gastric ulcer, and insisted to be operated despite large number of examinations done were normal, was presented. It was shown that olanzapine is an effective treatment option that can be used in these cases. It is important to be taken into consideration this rare disease especially by non psychiatry clinicians both for early presentation of these patients to psychiatry clinic and to prevent unnecessary interventions by other clinicians.

Key words: delusional disorder, monosymptomatic hypochondriacal psychosis, olanzapine

GİRİŞ

Sanrısız bozukluk; kalıcı ve ısrarlı bir veya birden çok sayıda garip olmayan sanrılı düşüncenin klinik görünümüne egemen olduğu psikiyatrik tanıdır. DSM-IV'e (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) göre sanrılı düşünce en az bir ay süre ile devam etmesi ve şizofreniye has diğer bulguların bulunmaması (bizar sanrılar, halüsinasyonlar vs) gerekmektedir. Sanrısız bozukluk başlığı altında; büyüklük, erotomanik, kıskançlık, düşmanlık görme, bedensel, karışık ve belirlenmemiş alt tipleri tanımlanmıştır. Sanrısız bozukluk bedensel alt tipi monosemptomatik hipokondriyak psikoz (MH) olarak adlandırılır. Bu bozuklukta kişi bir hastalığı olduğuna inanır ve bu sanrısız inancına uygun olarak varsanılları bulunabilir (1). Somatoform bozuklukların alt grubunda bulunan hipokondriaziste ise hastalar geçici de olsa hastalığın kendilerinde bulunmama olasılığını kabullenirler (2).

Hastalığın başlangıcı genç ergenlikten itibaren her yaşta görülebilir. Bir stres etkeni ile ortaya çıkabilir. Her iki cinsiyette eşit oranda görülür. Sanrılar çeşitli biçimlerde görülebilir. En sık görülenleri kişinin derisinden, ağızından,

makat veya vajinasından kötü kokular yayıldığı, derisinin üzerinde veya içinde böcek gezindiği, iç organlarında parazit olduğu, vücudun bazı bölümlerinin şeklinin bozuk ya da çirkin olduğu veya bazı organlarının işlev görmediği şeklinde sanrılardır. Bu belirtiler hasta için çok yoğun bir uğraş halini alır ve sıklıkla tedavi arayışına girer. Çok sayıda gereksiz tanısal tetkikler yapılır ve doktorların söylediklerinden tatmin olmaz tedavi arayışını sürdürür. Bazıları hekimi de inandırarak gereksiz ameliyatlar yaptırabilir (3).

Etyopatogenezinde çeşitli analitik ve öğrenme kuramlarına dayandırılan açıklamaların yanı sıra subkortikal yapıdaki disfonksiyon üzerinde de durulmaktadır (4). Limbik ve ekstrapiramidal yapılarda dopaminerjik hiperfonksiyon ve serotonerjik sistemin rolüne de değinilmektedir (3).

Bu yazıda, bir MH olgusu; seyrek görülmesi ve psikiyatrye başvurmadan önce diğer hekimleri tanısal açıdan oldukça uğraştırması bakımından önemli olduğu düşünülererek sunulmuştur.

OLGU

44 yaşında erkek, evli, 3 çocuklu, ilkokul çıkışlı, işsiz. Hasta, bir ilçe hastanesinin başhekimisi tarafından, yaklaşık 15 gündür karın ağrısı nedeni ile hastanenin acil servisine, dâhiliye kliniğine ve genel cerrahi kliniğine her gün birkaç kez başvuruda bulunması, organik incelemelerinin normal olmasına karşın hastanın ısrarla ameliyat olmak istemesi ve ikna edilememiş olması nedeniyle sevk edilmiş idi.

Yapılan ilk görüşmede hasta midesinde çok büyük bir yara olduğunu, bu yaranın kısa süre sonra delineceğini ve öleceğini belirtiyordu. Bu yaranın zehirlenme sonucu oluştuğunu söyledi. Gönderildiği hastanede yeterince tetkik yapılmadığını, yapılmış olanların ise doğru sonuçlar vermediğini, doktorların deneyimsizliği nedeni ile hastalığının saptanamadığını düşünüyordu. Daha önce yapılan organik incelemelerinde tam kan sayımı, kan biyokimyası, gaita ve idrar tetkikleri, hormonal tetkikleri, karın ultrasonografisi ve mide endoskopisi normal olarak raporlanmıştı. Ruhsal muayenesinde; çağrışımları hafif hızlanmış, düşünce içeriğinde yoğun somatik uğraşları mevcuttu. Zehirlendiğine ve bu nedenle de öleceğine yönelik sanrıları vardı. Duygulanımı sıkıntılıydı. Özgeçmiş ve soygeçmişinde belirgin bir özellik saptanamadı.

Yapılan aile görüşmesinde, hastanın yirmili yaşlarda başlayan hastalık korkusu ve aşırı bedensel uğraşlarının olduğu bu nedenle de sıkça doktora başvurduğu öğrenildi. Son 10 yıldır bazı dönemler bedensel şikâyetlerinin artması nedeniyle tanı belirlemek amaçlı sık sık hastaneye yattığı, sürekli tıbbi tetkik yapıldığı bu nedenle işe devam edemediği ve işten çıkarıldığı öğrenildi. Ancak birimize başvurduğu ana kadar, hiç psikiyatrik değerlendirme yapılmadığı dikkati çekti. Hasta, yapılmış tetkiklere karşın kendisinin hasta olduğunu düşünüyor, başka arayışlara giriyordu. Son 2 aydır karında ülser olduğunu söyleyip bulunduğu ilçenin devlet hastanesinin acil servisi ve diğer bölümlerine sık başvurudan dolayı sorun yaşamış ve kliniğimize sevk edilmişti. Olguya ilk değerlendirmede DSM-IV'e göre sanrısız bozukluk somatik alt tip (monosemptomatik hipokondriyak psikoz) tanısı konuldu. Daha önce yapılmış tetkikleri olduğu için ek inceleme olarak sadece EEG ve cerebral MR çekildi. Her iki tetkik de normal sınırlarda idi.

Tedavi amaçlı hastaya 200 mg/gün amisülpirid başlandı ve doz tedrici olarak 400 mg/gün'e çıkarıldı. Ancak yatışının ikinci haftasında hastada ilaca bağlı konfüzyon geliştiği gözlemlendi. Bu nedenle, ilaç olanzapin 10 mg/gün olarak değiştirildi. Tedavinin ilk günlerinde psikiyatrik sorunu olmadığını, kendisindeki hastalığı tespit edemediğimiz için öleceğini düşünüyordu ve ısrarcı davranıyordu. Tedavinin 4. haftasından itibaren hasta olduğuna yönelik düşüncelerinde değişimler başladı. Buna ikincil olarak davranışları da düzeldi. Çevreye karşı ilgisi arttı. Hastalık uğraşısı azaldı. Klinikte kaldığı 6. haftanın sonunda oldukça düzelme gösteren olgu halen takip edilmektedir.

TARTIŞMA

Olgunun semptomlarının sanrı düzeyinde olması, belirtilerin genç ergenlik döneminden beri olması, beraberinde şizofreninin A tanı ölçütlerinin bulunmaması nedeni ile DSM-IV'e göre sanrısız bozukluk somatik alt tip (diğer

adıyla Monosemptomatik Hipokondriyak psikoz) tanısı düşünülmüştür. Ayırıcı tanıda hipokondriyazis düşünülmüştür. Ancak hipokondriyazisde hasta geçici de olsa kendisinde hastalık bulunmama olasılığını kabullenirken MH'de kişi hasta olmadığına hiçbir şekilde ikna olmaz (2). Ayrıca Olgunun fiziksel bir hastalığı olduğuna yönelik gerçekle bağdaşmayan düşüncesi kişisel ve sosyal alanda belirgin olarak işlevsellikte bozulmaya neden olmuştur. Hipokondriyaziste hastalık korkusu ve inancı daha hafif olup işlevsellik daha az bozulmuştur (5).

MH olgularının yüksek derecede selektif bir D2 resptör antagonisti ve difenilbutilpiperidin derivesi olan pimazidenden diğer antipsikotiklere kıyasla daha yüksek oranda fayda gördükleri bildirilmiştir (5). Bununla birlikte risperidon ve olanzapin ile de iyi tedavi edilen olgu sayısı az değildir (6,7,8,9,10). Sunduğumuz olguda da tedavi başlangıcında daha selektif bir ilaç olan amisülpirid başlandı. Ancak doz artırıldığında hastada belirgin konfüzyon olması sebebi ile ilacı olanzapin olarak değiştirildi. Olanzapin başlandıktan 2 hafta sonra yanıt alındı ve devamında semptomlarda belirgin bir düzelme oldu. Olanzapinin bu olgularda kullanılabilecek etkili bir tedavi seçeneği olduğu düşünülmüştür.

Sonuç olarak hipokondriyazis tanısı alan hastalar gibi MH olanlar da psikiyatriye başvurmadan önce hem pratisyen hekimleri hem de diğer uzman hekimleri uzun süre uğraştırabilmektedir. Bu süreçte birçok tanısız tetkik yanında girişimsel işlemler dahi yapılabilir. Bu az görülen hastalığın özellikle psikiyatri dışı hekimler tarafından göz önünde bulundurulması, hem hastanın psikiyatriye erken sevk edilmesi/başvurması açısından hem de diğer hekimlerin gereksiz işlemler yapmaması açısından oldukça önemlidir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed Washington DC: APA, 1994
2. Manschreck TC: Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Kaplan HI, Sadock BJ, editors. 7th ed, Baltimore: Williams etWilkins 2000:1243-64
3. Hawes MJ, Bible HH Jr. The paranoid patient: surgeon beware. *Ophtal Plast Reconstr Surg* 1990;6(3):225-7
4. King BH. Hypothesis: involvement of the serotonergic system in the clinical expression of monosymptomatic hypochondriasis. *Pharmacopsychiatry* 1990; 23(2):85-9
5. Ungvari GS, Holloki RI: Successful treatment of litigious paranoia with pimozide. *Can J Psychiatry* 1993;38:4-8
6. Atmaca M, Kuloğlu M, Tezcan AE. Monosemptomatik Hipokondriyak Psikoz: Risperidon Kullanılan Bir Olgu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 2001;11:41-5
7. Atilganoğlu U, Uğurad I, Arıkan M, Ergün SS. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis presenting with recurrent oral mucosal ulcers and multiple skin lesions responding to olanzapine treatment. *Int J Dermatol* 2006;45(10):1189-92
8. Nakaya M. Olanzapine treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(2):166-7
9. Chand PK, Anand S, Murthy P. Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: atypical presentation and response to olanzapine. *J Clin Psychiatry* 2005;66(6):800-1.
10. Emler KB, George RM, Peterson K. Therapeutic update: use of risperidone for the treatment of monosymptomatic hypochondriacal psychosis. *J Am Acad Dermatol* 2000;43(4):683-6.