

# Parkinson Hastalığı ve Delüzyonel Parazitöz Birlikteliği: Bir Olgu Sunumu

Serap Erdoğan<sup>1</sup>, Emrullah Genç<sup>2</sup>,  
Feryal Çam Çelikel<sup>3</sup>,  
Semiha Kurt<sup>4</sup>,  
Hatice Karaer Ünalı<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Yard. Doç. Dr., <sup>3</sup>Doç. Dr., Gaziosmanpaşa Üniversitesi  
Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, Tokat - Türkiye  
<sup>2</sup>Asist. Dr., <sup>4</sup>Doç. Dr., <sup>5</sup>Yard. Doç. Dr., Gaziosmanpaşa  
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji AD,  
Tokat - Türkiye

## ÖZET

Parkinson hastalığı ve delüzyonel parazitöz birlikteliği: Bir olgu sunumu

Delüzyonel parazitöz kişide, vücudunun parazitler ya da küçük canlılar tarafından sarıldığına dair hatalı ve değiştirilemez bir inancın olduğu, az rastlanılan psikiyatrik bir hastalıktır. Her ne kadar her yaşta delüzyonel parazitöz görülebilse de, bazı araştırmalar yaşla birlikte, özellikle kadın cinsiyetinde görülmeye sıklığının arttığını öne sürmektedir. Hastalık, genellikle birincil ve ikincil delüzyonel parazitöz olarak sınıflandırılmaktadır. İlki, saptanabilen herhangi bir hastalık sebebi olmayan hastaları kapsarken, ikincil delüzyonel parazitöz grubu genel organik durumla, diğer psikiyatrik hastalıklarla ve bazı maddelerle ilişkilidir. Bu olgu bildiriminde, 15 yıllık Parkinson hastalığı öyküsü bulunan 57 yaşında bir kadın hasta sunulmaktadır. Hastanın, vücudunun parazitler tarafından sarıldığı düşüncesine sahip olduğu, psikiyatrik görüşme sırasında fark edilmiştir. Bu yazıda, Parkinson hastalığı ve delüzyonel parazitöz birlikteliği tartışılmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Delüzyonel parazitöz, Parkinson hastalığı, dopamin

## ABSTRACT

Comorbidity of Parkinson's disease and delusional parasitosis: a case report

Delusional parasitosis is a rare psychiatric disorder in which a person has the false and persistent belief of being infested with parasites or small living creatures. Although delusional parasitosis may occur at any age, some researchers suggest an increase in frequency in the elderly, especially in women gender. The disorder usually classified as primary and secondary delusional parasitosis. The first one contains patients without a detectable cause while the secondary delusional parasitosis group is associated with general organic conditions, other psychiatric illnesses and some drugs. In this case report, we present a 57 years-old woman who has Parkinson's disease for 15 years. Her psychiatric interview revealed her persistent thoughts about being infested by parasites. In this paper, we discussed delusional parasitosis comorbidity in Parkinson's disease.

**Key words:** Delusional parasitosis, Parkinson's disease, dopamine

Yazışma adresi / Address reprint requests to:  
Yard. Doç. Dr. Serap Erdoğan, Gaziosmanpaşa  
Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri AD, 60100  
Tokat - Türkiye

Telefon / Phone: +90-356-212-9500/1288

Faks / Fax: +90-356-213-3179

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

Geliş tarihi / Date of receipt:  
10 Mayıs 2011 / May 10, 2011

Kabul tarihi / Date of acceptance:  
10 Haziran 2011 / June 10, 2011

15. Bahar Sempozyumu'nda (12-16 Nisan 2011 Antalya) poster bildiri olarak sunulmuştur.

## GİRİŞ

Ekbom Sendromu olarak da adlandırılan delüzyonel parazitöz (DP), kişinin değiştirilemez bir şekilde, vücudunun parazitler ya da küçük mikroorganizmalar tarafından sarıldığına, enfekte olduğuna inanması ve bu durumla ilişkili bedensel duyular yaşaması ile karakterize bir tablodur (1). 1938'de İsveçli psikiyatr Ekbom tarafından tanımlanmış olmakla birlikte, 19. yüzyılın sonlarından itibaren bu tür hastalarla ilgili verilere rastlanmaktadır. Çeşitli farklı adlandırma süreçlerinden geçen hastalık, DSM-IV-TR'de somatik tip hezeyanlı

bozukluk grubu içinde yer almaktadır. Her yaşta görülebilmekle birlikte, literatürde yer alan olgu örneklerinin genellikle ileri yaş ve kadın cinsiyet ağırlığı taşıdığı izlenmekte ve 50 yaş sonrasında kadın-erkek oranının, 3/1 gibi bir değer aldığı bildirilmektedir (1).

Hastaların genelinde izlenen bir davranış, vücutlarının enfekte olduğunu kanıtlayabilmek amacıyla çeşitli doku parçalarını (saç, deri, tırnak vb.) kibrit kutusu içinde hekime getirmeleridir. Bu davranış, 1983'te Lancet Dergisi'nde Lee tarafından yazılan bir makalede, 'kibrit kutusu belirtisi' olarak tanımlanmıştır ve hala bu şekilde anılmaktadır (2).

DP etiyolojik faktöre göre, birincil ya da ikincil olarak sınıflandırılmaktadır. Birincil DP'de, hastalık herhangi bir diğer hastalığa bağlı olarak gelişmemekte ve belirtiler genellikle birden ortaya çıkmaktadır. İkincil DP ise, bir başka hastalığa ya da amfetamin, kokain gibi maddelere bağlı olarak izlenmektedir. Bu hastalık, şizofreni, depresyon gibi psikiyatrik bir hastalık olabileceği gibi, organik beyin patolojileri ya da genel tıbbi durumla ilişkili tablolarda da DP gelişimi görülebilmektedir (1,3). İkincil DP görülen hastalıklardan biri de, temel olarak nigrostriatal dopaminerjik yollarda işlev bozukluğu ile seyreden bir hastalık olan Parkinson hastalığıdır (PH). PH'nin klinik tabloya hakim olan motor belirtilerinin yanı sıra, depresyon, psikoz, otonomik işlev bozukluğu gibi motor olmayan belirtileri de mevcuttur (4).

Bu olgu bildiriminde, PH tanısı bulunan bir kadın hastada iki yıldır mevcut olduğu anlaşılan DP belirtileri doğrultusunda, PH ile DP birlikteliği ve olası mekanizmalar tartışılmaktadır. Hasta ve yakınlarından bilgilendirilmiş onam formu alınmıştır.

## OLGU

57 yaşında, ilkokul mezunu, evli kadın hasta, 15 yıldır PH tanısı ile izlenmekteydi. Depresif belirtileri ve ara ara olan uykusuzluk şikayeti nedeniyle psikiyatri polikliniğinde yapılan muayenesi sırasında, ellerinde ve ayaklarında uyuşma ve karıncalanma şikayetine olduğunu söyledi, fakat bunun parazit nedeniyle olduğunu belirtti. Kendisi, kızı ve eşiyle yapılan görüşmede, son iki yıldır vücudunda parazitlerin olduğunu, parazitlerin derisinin altında, anal bölgesinde dolaştığını hissettiğini, son zamanlarda başlayan boğazında takılma hissinin de parazitlerle ilgili olabileceğini söylediği öğrenildi. Hasta, ailesi tarafından çeşitli doktorlara götürülmüş, tetkiklerinde parazit olmadığı belirlenmişti; hastanın rahatlamaması nedeniyle, olası parazit sebeplerine yönelik tedavi almıştı. Buna rağmen, hastanın vücudunda parazitler olduğuna dair endişeleri geçmemiş, aile üyelerine de bulaştırabileceği kaygısıyla el yıkamaları ve temizlik uğraşlarında kısmen artış olmuştu. 2008 ve 2009 yıllarında kullanmakta olduğu karbidopa/levodopa dozunun artırıldığı dönemlerde, kısa süreli işitsel varsanılar

yaşadığı, ilaç dozunun azaltılması ve ketiyapin tedavisi ile bu yakınmalarının geçtiği belirlendi. Fakat ilaç dozları ile ilgili ayrıntılı bilgi edinilemedi. Parazitlerle ilgili şikayetin ise, PH nedeniyle takip eden hekimlerle paylaşmadığı öğrenildi ve bu şikayetin PH tedavisi için kullandığı ilaçların doz artışıyla ilişkili olup olmadığına dair bilgi edinilemedi. Kısa Akıl Muayenesi skoru 26, Beck Depresyon Ölçeği puanı 23 (17-29=orta düzey), Beck Anksiyete Ölçeği puanı 17 (0-17=düşük) olarak belirlendi.

Hastanın yapılan nörolojik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Birleşik Parkinson Hastalığı Değerlendirme Ölçeği'nde; toplam puan 38/55, motor muayene alt puanı 21/28, düşünme-davranış-duygulanım 1/2, günlük yaşam etkinlikleri 16/25 bulundu. Değiştirilmiş Hoehn-Yahr evrelemesine göre, hastalığın evre 3 olduğu düşünüldü. Kullanmakta olduğu karbidopa/levodopa/entakapon 300 mg/gün tedavisine devam etmesi önerildi.

Düzenli psikiyatrik ilaç kullanımı bulunmayan hastanın, DP belirtilerine yönelik olarak 25 mg/gün ketiyapin, anksiyete belirtileri için ise essitalopram 5 mg/gün başlandı. Bir ay sonraki kontrolde, hastanın geçmişte ketiyapin kullandığı dönemlerde aşırı uyku yaptığı için ketiyapin kullanmaktan kaçındığı, aldığı günlerde uyku yapmamış olmasına rağmen düzenli almadığı, essitalopramı da içmediği öğrenildi. Vücudunda parazitlerin dolaştığına dair düşünceleri devam eden hastaya aripiprazol 5 mg/gün başlanması, essitaloprama devam edilmesi planlandı. İki hafta sonraki kontrolde hastanın ilaçlarını kullanmak istemediği görüldü; eşi ve kızı da bu konuda hastaya baskı yapmak istemediklerini belirttiler. Ailesinin, hastanın parazitlerle ilgili düşüncelerine alıştığı ve bunu bir sorun olarak görmediği fark edildi. İlk başladığı dönemlerde sürekli kaşımaya çalıştığı için müdahale ettiklerini, ama artık kaşımadığını, sadece dile getirdiğini ve bunu 'kendi aralarında idare ettiklerini' söylediler. Hasta da bu konuşmayı gülerken dinliyor ve 'Siz inanmayın dolaşıyor onlar' şeklinde yorum yapıyordu. Ailenin ilaç tedavisini desteklememesi ve belirtilerin hastanın fiziksel bütünlüğünü ve işlevselliğini etkileyecek düzeyde olmaması nedeniyle ilaç tedavisi planlanmadı. Aile, belirtilerdeki olası artış konusunda uyarıldı ve hasta düzenli psikiyatri poliklinik takibine alındı.

## TARTIŞMA

İkincil DP'nin birlikte görülebildiği hastalıklar arasında serebro vasküler hastalıklar, nörodejeneratif hastalıklar ve endokrinolojik hastalıklar sıklıkla sayılmaktadır. PH'de psikoz kendiliğinde de gelişebilmekle birlikte, daha çok antiparkinson tedavi almakta olan ve ileri yaştaki hasta grubunda izlenmektedir. PH'de kullanılan tedavilere ikincil olarak psikiyatrik yan etki gelişme oranı %5-17 arasında değişmektedir. Belirgin demansın eşlik ettiği PH hastalarında ise, bu oran %42-81 olarak belirtilmektedir (1,5). Bununla birlikte, literatürde PH ve DP birlikteliğine dair vaka bildiriminde bulunan sadece iki yayına rastlanmıştır (5,6). Her ikisinde de, hastaların kullanmakta olduğu dopamin agonisti ajanların DP belirtilerinin oluşmasıyla ilişkili olduğu vurgulanmaktadır. DP'de tedavinin ilk aşaması, metabolik hastalıklar, serebro vasküler hastalıklar, enfeksiyon, subdural hematoma gibi ilaç dışı sebeplere müdahale etmektir. İkinci aşama ise, psikotik yan etki geliştirme riski yüksek olanlardan başlayarak, çoklu ilaç kullanımı olan hastalarda ilaç azaltmaya gitmektir. Bu sıralama, antikolinergik ilaçlar (amantadin, selejilin), dopaminergik ajanlar (kabergolin, ropinirol) ve son olarak da, levodopa ya da karbidopa şeklindedir (5). Kölle ve arkadaşlarının (6) 2010 yılında sundukları olguda, L-dopa/dekarboksilaz inhibitörü, ropinirol ve pramipeksolle herhangi bir yan etki görülmezken, piribedille DP gelişen bir hasta bildirilmektedir. Piribedilin diğer ilaçlarla dopaminergik, serotonergik ve kolinerjik etki profili birebir benzerlik göstermekte iken, adrenerjik sistemdeki etkileri farklılaşmaktadır. Flann ve arkadaşlarının (5) tarif ettikleri üç olgudan ikisinde, DP başlaması ropinirolle, diğerinde ise kabergolinle ilişkilendirilmiştir. Hastamızın geçmişte kullandığı ilaçlar ve bu ilaçların zamansal açıdan DP belirtileriyle ilişkisi bilinmemektedir. Kullanmakta olduğu levodopa/karbidopa/entakapon içerikli ilacı en az iki yıldır kullandığı öğrenilmiştir. Ancak hasta ve yakınları, DP belirtilerine yönelik farmakolojik bir müdahaleyi gerekli görmemeleri ve kabul etmemeleri ile paralel olarak, Nöroloji Bölümüne danışılarak doz azaltımının denemesini de kabul etmemişlerdir.

DP'nin patofizyolojisine dair kesin bir açıklama bulunmamakla birlikte, dopaminergik nörotransmisyonadaki bir bozuklukla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Huber ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada DP'nin, striatal dopamin taşıyıcı (DAT) aktivitesinde azalma ile ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (7). Presinaptik bir plazma proteini olan DAT, striatumda yoğun oranda bulunur ve aktivitesindeki azalma, hücre dışı dopamin miktarındaki artış ile bağlantılıdır. Kokain, pemolin, metilfenidat ya da diğer amfetamin türevleri gibi DAT inhibisyonu yapan ilaç kullanan kişilerde görülen DP, bu şekilde açıklanmaya çalışılmaktadır (1,7). DP tanısına sahip hastalarla yapılan manyetik rezonans çalışmasında, özellikle de tıbbi bir hastalığa ikincil DP görülen kişilerde, striatumda hasar bulunduğu belirtilmektedir. Putamenin görsel ve taktil algılama alanlarının olduğu bimodal hücreler içermesi DP'deki varsanılarla ilişkili görülmekte ve DP'nin striato-talamo-parietal bir hastalık olabileceği varsayımına temel oluşturmaktadır (8). Striatumun, PH gibi nörodejeneratif hastalıklarda etkilenen beyin bölgelerinden biri olması, PH olan kişilerin antidopaminergik ilaçların psikotik yan etkilerine daha duyarlı olabileceğini düşündürmektedir.

DP tedavisinde, geçmişte en sık önerilen antipsikotik pimozid iken, bu hastalığın ileri yaşta görülme sıklığının daha fazla olması ve pimozide bağlı bu yaş grubunda kardiyotoksik ve ekstrapiramidal sistem yan etkilerinin gelişme riskinin yüksekliği nedeniyle, giderek kullanılmamaya başlanmıştır. Günümüzde genel bir eğilim olarak, bu hasta grubunda da atipik antipsikotik kullanımına daha fazla rastlanmaktadır (1,3,9). Hasta, daha önce kullanmakta olduğu ilaçların dozlarının artırıldığı dönemde yaşadığı işitsel varsanıların tedavisinde ketiyapine iyi yanıt verdiği için de ketiyapin önerilmiş, fakat hastanın bunu kullanmadığı öğrenilmiştir. Literatürde, DP tedavisinde aripiprazol kullanımı ile ilişkin olgu sunumlarına rastlanmaktadır (10,11). Ayrıca, aripiprazolün PH'de de yan etki profili açısından güvenilir bir ilaç olduğu görülmektedir (12). Bu nedenlerle aripiprazol kullanılması planlanmış, fakat hasta ve yakınlarının ilaç kullanılmasını istememeleri üzerine, denenememiştir.

DP, belirtilerinin doğası gereği, hastaların öncelikle dermatoloji, dahiliye ya da enfeksiyon hastalıkları bölümlerine başvurdukları bir hastalık olduğundan, hastaların psikiyatrik yardım almalarına kadar geçen süre uzayabilmektedir. Sürenin uzaması, belirtilerin

yerleşmesine ve tedaviye verilen yanıtın azalmasına yol açabilmektedir. Literatürde olgu sayısı az olmakla birlikte, PH'nin psikiyatrik komorbidite oranlarının yüksekliği düşünüldüğünde, hastaların psikiyatrik muayenele-  
rinde her türlü belirtinin sorgulanmasının gerekliliği

görülmektedir. Hastaların DP'yi psikiyatrik bir rahatsızlık olarak görmemesi nedeniyle, özellikle de bu hasta grubunda, tanının kimi zaman ancak klinisyenin aklına gelmesi ve belirtileri araştırması durumunda konulabileceğine dikkat edilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Karakuş G. Delüzyonel parazitoz: Klinik özellikleri, tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2:384-400.
2. Freudenmann RW, Kölle M, Schönfeldt-Lecuona C, Dieckmann S, Harth W, Lepping P. Delusional parasitosis and the matchbox sign revisited: the international perspective. *Acta Derm Venerol* 2010; 90:517-519.
3. Boggild AK, Nicks BA, Yen L, Van Voorhis W, McMullen R, Buckner FS, Liles WC. Delusional parasitosis: six-year experience with 23 consecutive cases at an academical medical center. *Int J Infect Dis* 2010; 14:317-321.
4. Wood LD, Neumiller JJ, Setter SM, Dobbins EK. Clinical review of treatment options for select nonmotor symptoms of Parkinson's disease. *Am J Geriatr Pharmacother* 2010; 8:294-315.
5. Flann S, Shotbolt J, Kessel B, Vekaria D, Taylor R, Bewley A, Pembroke A. Three cases of delusional parasitosis caused by dopamine agonists. *Clin Exp Dermatol* 2010; 35:740-742.
6. Kölle M, Lepping P, Kassubek J, Schönfeldt-Lecuona C, Freudenmann RW. Delusional infestation induced by pridedil add-on in Parkinson's disease. *Pharmacopsychiatry* 2010; 43:240-242.
7. Huber M, Kirchler E, Karner M, Psych R. Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology? *Med Hypotheses* 2007; 68:1351-1358.
8. Huber M, Karner M, Kirchler E, Lepping P, Freudenmann RW. Striatal lesions in delusional parasitosis revealed by magnetic resonance imaging. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2008; 32:1967-1971.
9. Ünsalver BÖ, Uygunoğlu U, Ertan T, Eker E. Hezeyanlı parazitoz tedavisinde ketiyapin. *Yeni Sempozyum* 2007; 47:34-36.
10. Rocha FL, Hara C. Aripiprazol in delusional parasitosis: case report. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2007; 31:784-786.
11. Narayan V, Asfaq M, Haddad PM. Aripiprazole in the treatment of primary delusional parasitosis. *Br J Psychiatry* 2008; 193:258.
12. Zahodne LB, Fernandez HH. Pathophysiology and treatment of psychosis in Parkinson's disease: a review. *Drugs Aging* 2008; 25:665-682.