

# Als de patiënte haar eigen lichaamsgeur niet kan luchten, het Olfactory Reference Syndrome

H.S. Roelfsema<sup>1</sup>, J.B. Zantvoord<sup>1,2</sup>, P.M. Kemperman<sup>3</sup>, N. Vulink<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Aios, afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

<sup>2</sup> Aios psychiatrie, De Bascule, Amsterdam

<sup>3</sup> Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam en Waterlandziekenhuis, Purmerend

<sup>4</sup> Psychiater, afdeling Psychiatrie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Correspondentieadres:

Hester Roelfsema

E-mail: [h.s.roelfsema@amc.uva.nl](mailto:h.s.roelfsema@amc.uva.nl)

## CASUS

---

### Anamnese

Een 44-jarige vrouw wordt door een dermatoloog uit een algemeen ziekenhuis verwezen naar de poli Psychodermatologie in het AMC in verband met sinds vijftien jaar bestaande klachten van 'stinkende zweetvoeten'.

De klachten nemen de laatste jaren toe. Patiënte koopt wekelijks nieuwe sokken en vijfmaal per maand nieuwe schoenen. De oude schoenen gooit zij weg. Wanneer zij thuiskomt heeft zij verschillende rituelen om te zorgen dat de geur niet mee naar binnen komt. Zij beseft dat dit excessief is, maar de

geur negeren is onmogelijk.

Zij schaamt zich dermate voor haar klachten dat zij nog weinig onderneemt. Zij werkt (op slippers) in de thuiszorg en brengt met moeite haar twee kinderen naar school. In de metro meent zij dat iedereen haar kan ruiken. Vroeger ging zij veel uit en ondernam veel sociale activiteiten. Dit doet zij niet meer, omdat zij bang is dat anderen haar voeten ruiken. Door de schaamte heeft zij de klachten met niemand besproken, behalve onlangs met haar moeder en zus. Deze zeiden echter dat zij zich aanstelde en dat zij geen vreemde geur roken. Desondanks stelde haar dit niet gerust. Vanwege de klachten is zij somber geworden. Zij vraagt zich zelfs regelmatig af of het leven nog wel zin heeft als zij niet van deze klachten afkomt.

Patiënte heeft een blanco somatische voorgeschiedenis, in het bijzonder is zij niet bekend met schildklierafwijkingen. Zij gebruikt geen medicatie. Ook voldoet zij ten tijde van de intake niet aan de criteria van een andere psychiatrische stoornis. In het verleden is sprake geweest van alcoholafhankelijkheid. Patiënte is de afgelopen jaren echter abstinente.

Zij is reeds bij verschillende dermatologen geweest door wie de diagnose hyperhidrosis is gesteld en is behandeld met onder andere didrase, lotions, botuline-injecties en iontoforese.

### Lichamelijk onderzoek

Bij lichamelijk onderzoek valt een azijngeur aan de voeten op. Patiënte geeft bij navraag aan haar voeten hiermee ‘schoon te maken’ in een poging de geur te maskeren. Bij verder dermatologisch onderzoek worden geen afwijkingen gevonden, met name geen aanwijzing voor hyperhidrosis.

### Diagnose

Olfactory Reference Syndrome

## BESPREKING

Olfactory Reference Syndrome (ORS) is een psychiatrische aandoening, waarbij de patiënt overtuigd is last te hebben van een stinkende lichaamsgeur met als focus de mond, het rectum, de huid of de genitaliën. Patiënten zijn overtuigd dat de geur door anderen wordt waargenomen en dat anderen last hebben van de geur. De geuren kunnen wisselen van hydrosis, halitosis, flatulente geur tot een geur van rotte uien of ammoniak. Er is sprake van een preoccupatie met de overtuiging die op momenten waanachtig van aard kan zijn. Vaak gaat de preoccupatie gepaard met repetitieve gedragen en rituelen, zoals herhaaldelijk douchen en controleren, om te voorkomen dat anderen de geur waarnemen. De patiënt is hier soms uren per dag mee bezig en ervaart hierbij een grote mate van schaamte, angst en spanning. Bij lichamelijk onderzoek worden echter geen afwijkingen gevonden, in het bijzonder wordt de geur niet geobjectiveerd. Geruststelling leidt echter niet tot vermindering van de overtuiging. De stoornis kan door vermindering van sociale situaties leiden tot ernstig disfunctioneren en comorbide depressieve symptomen (zie tabel 1).<sup>1,2</sup>

Voor de differentiële diagnose moeten een waanstoornis, psychotische stoornis, sociale fobie, depressieve stoornis (met psychotische kenmerken), obsessieve compulsieve stoornis (OCS), body dysmorphic disorder (BDD) en hypochondrie worden uitgesloten.<sup>1,2</sup>

Olfactory Reference Syndrome werd tot voorkort gerekend tot de psychotische/waanstoornissen, echter gezien de grote overeenkomsten met stoornissen als BDD en OCS is de stoornis in de DSM-V opgenomen in het spectrum van obsessieve compulsieve en gerelateerde stoornissen.

Patiënten presenteren zich doorgaans bij dermatoloog of huisarts. Zowel onder huisartsen, dermatologen als psychiaters is de bekendheid met de aandoening de laatste jaren iets toegenomen. Herkenning blijft echter een aanzienlijke klinische uitdaging, te meer omdat patiënten vaak een beperkt ziekteinzicht vertonen. Dit leidt regelmatig tot onnodige behandelingen en ‘shoppende’ patiënten, zoals ook blijkt uit de hierboven beschreven en eerdere casus.<sup>1,3</sup>

Hoewel een standaard (medicamenteuze) behandeling voor ORS tot op heden nog ontbreekt, zijn er verschillende succesvolle therapeutische behande-

Tabel 1. Criteria olfactory reference syndrome.

Een preoccupatie met een ingebeelde lichaamsgeur die aanhoudt ondanks geruststelling
De persoon erkent op enig moment in de stoornis dat de preoccupatie excessief of overdreven is
De symptomen veroorzaken in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of het functioneren op andere belangrijke terreinen
De symptomen zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere stoornis (BDD, hypochondrie, sociale angststoornis, stemmingsstoornis of OCS)
De stoornis is niet het gevolg van de directe fysiologische effecten van een middel of somatische aandoening(hyperthyreoïdie)

Tabel 2. Aanwijzingen voor het bestaan van ORS.

<p><b>Vraag naar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repetitieve handelingen of vermijdingsgedrag (overmatig deodorantgebruik, herhaaldelijk douchen)</li> <li>• Voorgeschiedenis van meerdere consultaties van huisarts en dermatoloog waaruit blijkt dat geruststelling geen effect heeft op de symptomen</li> <li>• Op de voorgrond staande gevoelens van schaamte en depressieve klachten</li> </ul>
<p><b>Objectiveer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Discrepancie tussen presentatie van klachten m.b.t. lichaamsgeur (halitosis, bromhidrosis, flatulentie) en geobjectiveerde afwijkingen bij onderzoek</li> <li>• Geurmaskerende handeling tijdens het consult (deodorantgebruik, mondspray, moeite hebben lang in een afgesloten ruimte te verblijven)</li> </ul>
<p><b>Wees alert op:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperthyreoïdie</li> <li>• Middelenmisbruik</li> </ul>
<p><b>Aanbevelingen bij verdenking ORS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bespreek openlijk de vermoedens</li> <li>• Erken het lijden en zoek naar een gezamenlijk doel (bijvoorbeeld verminderen van het disfunctioneren)</li> <li>• Spreek met patiënt een ‘tweesporenbeleid’ af, de aandacht richt zich zowel op de somatiek als op de psyche</li> <li>• Verwijzing naar psychiater dan wel poli Psychodermatologie voor behandeling en aanvullende psychiatrische diagnostiek</li> <li>• Mocht de behandeling worden gestaakt: stel de huisarts op de hoogte vanuit goed hulpverlenerschap.</li> </ul>

ling beschreven door middel van gedragstherapie en EMDR.<sup>1,2,4,5</sup> Onlangs verscheen een casereport van onze onderzoeksgroep waarin volledige remissie van ORS werd beschreven door middel van cognitieve gedragstherapie in groepsverband en onderhoudsbehandeling met een SSRI. De follow-upduur was een half jaar. Deze resultaten lijken veelbelovend, echter verder onderzoek is nodig om dit te repliceren.<sup>3</sup>

Vanwege de forse lijdensdruk en het ernstige disfunctioneren die het gevolg zijn van de ORS en het opkomen van potentieel effectieve behandelingen is herkenning en verwijzing van essentieel belang.



Gezien de patiënten met ORS zich regelmatig op het dermatologisch spreekuur presenteren, speelt de dermatoloog een cruciale rol bij herkenning (zie tabel 2) en verwijzing.

Door ontbrekend ziektebesef bij de patiënt kan verwijzing moeizaam verlopen. Een gezamenlijk spreekuur van dermatoloog en psychiater op een psychodermatologie poli kan hierbij uitkomst bieden.

## LITERATUUR

1. Lochner C, Stein DJ. *Olfactory reference syndrome: diagnostic criteria and differential diagnosis*. *J Postgrad Med* 2003;49:328-31.
2. Feusner JD, Phillips KA, Stein DJ. *Olfactory reference syndrome: issues for DSM-V*. *Depress Anxiety* 2010;27:592-9.
3. Zantvoord JB, Vulink N, Denys D. *Cognitive behavioral therapy for olfactory reference syndrome: case report*. *J Clin Psychiatry*. In press.
4. Dominguez RA, Puig A. *Olfactory reference syndrome responds to clomipramine but not fluoxetine: a case report*. *J Clin Psychiatry* 1997;58:497-8.
5. Gomez-Perez JC, Marks IM, Gutierrez-Fisac JL. *Dysmorphophobia: Clinical features and outcome with behavior therapy*. *European Psychiatry* 1994;9:229-35.

## SAMENVATTING

Patiënten met het *Olfactory Reference Syndrome* zijn ervan overtuigd last te hebben van een stinkende lichaamsgeur. Die geur wordt echter door anderen niet geobjectiveerd. Onderdeel van de aandoening zijn repetitieve gedragingen en rituelen die voortkomen uit angst en schaamte en die in sommige gevallen ernstig (sociaal) disfunctioneren tot gevolg hebben.

Patiënten met het *Olfactory Reference Syndrome* presenteren zich doorgaans bij huisarts en dermatoloog. Herkenning van de aandoening en het verwijzen naar psychiatrische behandeling vormt een uitdaging door het vaak beperkte of zelfs ontbrekende ziekte-inzicht bij de patiënt.

## TREFWOORDEN

Olfactory Reference Syndrome – psychodermatologie – bromhidrosis – obsessieve compulsieve stoornissen

## SUMMARY

Patients with Olfactory Reference Syndrome are convinced they emit unpleasant bodily odors which are not detected by others. Symptoms also include repetitive behavior and rituals associated with anxiety and shame which in some cases results in severe (social) dysfunction. Patients with Olfactory Reference Syndrome are primarily seen by general practitioners or dermatologists. Recognition of the disorder and subsequent referral for psychiatric treatment is challenging due to the patients lack of insight into their disease.

## KEYWORDS

Olfactory Reference Syndrome – psychodermatology – bromhidrosis – obsessive-compulsive disorder

**GEMELDE (FINANCIËLE)  
BELANGENVERSTRENGELING**

Geen