

Migrenli Hastada Kilo Kaybı Nedeni: Olfaktör Halüsinasyonlar

Olfactory Hallucinations Leading to Weight Loss in a Patient with Migraine

Mehmet Sabri ERDÖL^{1,2}, Emel UR ÖZÇELİK³, Betül BAYKAN^{4,5}

¹İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Elektronörofizyoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

²Özel Levent Hastanesi, Nöroloji Departmanı, İstanbul, Türkiye

³Acıbadem Bakırköy Hastanesi, Nöroloji Departmanı, İstanbul, Türkiye

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Klinik Nörofizyoloji ve Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁵EMAR Tıp Merkezi, Nöroloji Departmanı, İstanbul, Türkiye

ÖZ

Giriş ve Amaç: Migren hastalarında koku auraları nadir olarak bildirilmiştir. Koku auraları "koku halüsinasyonu" veya gerçek bir uyarıcı olmadan ortaya çıkan "fantosmi" olarak da tanımlanmaktadır. Bu vaka bildiriminde koku halüsinasyonları olan ancak tanısı geciken ve önemli kilo kaybıyla sonuçlanan bir hasta sunularak çok sık rastlanmayan koku auraları ile ilgili farkındalığı arttırmak amaçlanmaktadır.

Olgu: Onsekiz yaşında bir kadın hasta, bir yıl önce başlayan kötü koku hissi, ardından gelen baş ağrıları, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. Hasta, 2-12 saat süren şiddetli, yaygın ve zonklayıcı baş ağrıları hissi yaşadığını, bunu 2-6 saat süren şiddetli, yaygın ve zonklayıcı baş ağrıları takip ettiğini ifade etti. Özgeçmişinde kayda değer bir hastalık öyküsü yoktu ve fizik muayenesi normal sınırlardaydı. Laboratuvar testlerinde, düşük D3 vitamini seviyeleri ve düşük pozitif nonspesifik antinükleer

antikor (ANA) titresi dışında özellik yoktu. Elektroensefalografi (EEG) kaydı normaldi ve beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) birkaç milimetrik nonspesifik iskemik gliyotik ak madde lezyonları dışında başka bir anormallik saptanmadı. Kulak burun boğaz (KBB) ve psikiyatrik değerlendirmelerinde şikayetlerini açıklayacak bir özellik saptanmadı. Hastanın semptomları lamotrijin tedavisiyle büyük ölçüde kontrol altına alındı.

Sonuç: Migren ataklarında koku halüsinasyonlarının nadir görülmesi nedeniyle, hastaların doğru tanı ve tedaviye ulaşması gecikebilmektedir. Bu nadir klinik tablonun farkındalığının artırılması bu nedenle büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Sözcükler: İştah kaybı, auralı migren, koku halüsinasyonları, olfaktör aura, fantosmi

ABSTRACT

Introduction: Olfactory auras, in the form of hallucinations or phantosmia without an actual stimulus, have been very rarely reported in patients with migraine. This case report aims to raise awareness by presenting a patient whose condition was delayed in diagnosis, resulting in significant weight loss.

Case: An 18-year-old female presented with complaints of a foul smell sensation that began a year ago, followed by headaches, loss of appetite, and weight loss. The patient experienced a sensation of rotting and burnt plastic odors lasting 2-12 hours, followed by severe, widespread throbbing headaches lasting 2-6 hours. Her past medical history was unremarkable, and her physical examination was within normal limits. Laboratory tests showed low vitamin D3 levels and low-positive

nonspecific antinuclear antibody (ANA) titers. Electroencephalography (EEG) was normal, and brain magnetic resonance imaging (MRI) revealed a few millimetric nonspecific ischemic gliotic foci without other abnormalities. Otorhinolaryngology (ENT) and psychiatric evaluations were unremarkable. The patient's symptoms were largely controlled with lamotrigine treatment.

Results: Due to the rarity of olfactory hallucinations in migraine attacks, patients may experience delays in obtaining an accurate diagnosis and management. Increasing clinical awareness of this rare presentation is therefore of paramount importance.

Keywords: Appetite loss, migraine with aura, odor hallucinations, olfactory aura, phantosmia

Cite this article as: Erdöl MS, Ur Özçelik E, Baykan B. Olfactory Hallucinations Leading to Weight Loss in a Patient with Migraine. Arch Neuropsychiatry 2026;63:282-284. doi: 10.29399/npa.29161

GİRİŞ

Auralı migren (MA), tüm migren baş ağrılarının yaklaşık %30'unu oluşturmaktadır. Auralar genellikle baş ağrısından önce ortaya çıkar ve büyük oranda görsel (%90) olmakla birlikte, motor, afazik ve duyuşsal auralar da iyi bilinmektedir (1).

Migrenli bireylerde, ataklar sırasında sıklıkla koku uyaranlarına karşı artmış bir hassasiyet gözlemlenir ve bazı hastalarda bu durum iki atak

arası (interiktal) dönemde dahi devam edebilir (2,3). Bununla birlikte, fiziksel bir koku kaynağı olmaksızın bir migren atağından önce yaşanan koku algıları olan, koku halüsinasyonları veya fantosmi, migren atağı sırasında nadiren görülen semptomlardır (4). Bugüne kadar, Uluslararası Baş ağrısı Bozuklukları Sınıflandırması (ICHD) bu durumu bir migren aura alt grubu olarak tanımlamamıştır (5). Koku halüsinasyonlarının migren aurası ile ilişkisi 1895 yılından beri bildirilmekte olup, bu birlikteliği

Öne Çıkan Noktalar

- Koku halüsinasyonları migren aurasının nadir görülen bir semptomdur.
- Geç tanı konulması ve geç tedavi edilmesi önemli ölçüde kilo kaybına neden olabilir.
- Lamotrijin migrenlilerde olfaktör auraların kontrolünde etkili olabilir.

bildiren literatür genişlemeye devam etmektedir (4-6). Coleman ve arkadaşları, hastalarındaki koku halüsinasyonlarının ICHD'nin aura kriterlerini karşıladığının altını çizmiştir (7). Kesin prevalansı bilinmemekle birlikte, daha büyük vaka serilerinde, koku algı bozukluğu MA'lı yetişkinlerin yaklaşık %0.1'inde ve daha genç hastaların ise % 6.5'inde gözlemlenmektedir (8).

Atipik bir semptom olması ve migrenle ilişkisinin hem hastalar hem de klinisyenler tarafından genellikle göz ardı edilmesi sebebiyle koku aurasının sıklığı muhtemelen olduğundan düşük bildirilmektedir (6). Tanısı geç konan ve yeterince tanınmayan bu olgu sunumu, söz konusu durumun önemli kilo kaybına yol açtığı bir hastayı sunarak farkındalığı artırmayı amaçlamaktadır.

OLGU

On sekiz yaşında kadın hasta, kötü koku algısı, baş ağrısı, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Hasta, bir yıl önce gerçekte var olmayan bir kötü koku hissinin başladığını, bunu değişmiş tat alma, yaygın baş ağrıları, iştah azalması ve kilo kaybının izlediğini belirtti. Koku halüsinasyonları baş ağrısından 2-48 saat önce başlamakta, 2-12 saat sürmekte ve çürüme, yanmış plastik kokusu veya nem kokusuna benzer şekilde tanımlanmaktaydı. Bu halüsinasyonları, 2-6 saat süren orta şiddette-ağır yaygın zonklayıcı baş ağrıları takip etmekteydi.

Koku bozukluğunun eşlik ettiği ve bir yıldır devam eden ataklar, gün içinde belirli bir pattern göstermeksizin ortaya çıkıyordu. Ataklar, sakız çiğneme, kahkaha atma, yüksek sesle konuşma veya öksürük gibi faktörlerle tetiklenebilmekteydi, ancak hiçbir zaman uyku sırasında gerçekleşmemekteydi. Tuhaf koku alma hissi aniden belirlemekte, tat alma duyusunun bozulması eşlik etmekte ve hemen hemen her zaman saatler içinde baş ağrısı, bulantı ve zaman zaman kusma ile sonuçlanmaktaydı. Hastanın bilinç durumunda herhangi bir değişiklik olmaksızın, bu ataklar ayda 16-20 kez gözlemlenmekteydi. Atak sonrasında hastada yorgunluk dışında başka bir semptom görülmemekteydi. Baş ağrıları iki taraflı ve zonklayıcı karakterdeydi, fotofobi veya fonofobi saptanmamıştı ve baş hareketleri ile hafif şiddette artmaktaydı. Atak sırasında hastanın yüz rengi soluklaşmaktaydı, ancak nöbet düşündürecek ek başka bir bulgu gözlemlenmedi.

Hastanın özgeçmişinde daha önceden koku hassasiyeti, alerji veya taşıt tutması öyküsü mevcut değildi. Atakların başlangıcında COVID-19 enfeksiyonu veya aşılması öyküsü bulunmuyordu; hastanın sorunsuz olarak üç doz Biontech aşısı yaptırdığı öğrenildi. Hastanın beş yaşında skolyoz ve adenoid operasyonu öyküsü vardı. Fizik muayene bulguları normal sınırlardaydı. Hastanın erkek kardeşinde herhangi bir nöbet öyküsü olmaksızın menenjit geçirilmiş olması dışında, aile öyküsü dikkat çekici değildi. Boyu 157 cm olan hastanın yaklaşık 8 kg kaybederek 43 kg'a düştüğü tespit edildi. Nonsteroid antiinflatuar ilaçları (NSAİİ) ayda en fazla 5-6 gün kullanmakta olan hastada ilaç aşırı kullanım baş ağrısı

düşünülmüdü.

Laboratuvar incelemelerinde, 1/60 titrede nonspesifik pozitif antinükleer antikor (ANA) ve düşük 25-Hidroksi Vitamin D düzeyleri saptandı; ancak D vitamini replasmanı ile klinik tabloda düzelmeye gözlenmedi. Diğer kan sayımı ve rutin biyokimya parametreleri normal sınırlardaydı. Hiperventilasyon, intermitant fotik stimülasyon ve uykuyu da içeren iki saatlik elektroensefalografi (EEG) kaydı normal olarak değerlendirildi. Beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG), derin beyaz cevherde birkaç adet milimetrik, nonspesifik gliotik odak izlendi; bunun dışında inceleme normal bulundu.

Dahiliye konsültasyonu yapıldı; gastroözefageal reflü bulgusu da saptanmayan hasta normal olarak değerlendirildi. Kulak Burun Boğaz (KBB) konsültasyonunda, hastanın semptomlarını açıklamayan nazofarenkste seröz drenaj dışında önemli bir bulgu saptanmadı. Oftalmoloji konsültasyonu, düzeltilmiş görme keskinliği dışında normal olarak kaydedildi. Psikiyatrik değerlendirme, altta yatan primer bir psikiyatrik tanı olmaksızın duruma sekonder gelişen anksiyete bozukluğu varlığını düşündürdü.

Hasta okul başarısını sürdürmekteydi. Atakların başlangıcından itibaren bulantı ve koku hissinin tekrarlayacağı korkusuyla yemek yemekten kaçınmaktaydı. Auralı migren (koku aurası) tanısıyla lamotrijin başlandı ve doz kademeli olarak 200 mg'a çıkarıldı. Altı aylık takip sonucunda, hem koku auralarının hem de baş ağrılarının süresi, sıklığı ve şiddetinde belirgin azalma gözlemlendi ve hastanın iştahında kayda değer bir düzelmeye oldu. Son kontrolde, koku auralarının ayda yaklaşık iki-üç kez ortaya çıktığı, sürelerinin oldukça kısaldığı ve hastanın iyi kontrol altındaki baş ağrıları için çok seyrek olarak antiinflatuar ilaç kullanmak zorunda kaldığı görüldü.

Yazarlar, hasta mahremiyetini korumak için sunulan olgu detaylarının gizlendiğini teyit etmişlerdir.

TARTIŞMA

Olgumuzda da gösterildiği üzere, migren olağandışı duyuşsal algılarla kendini gösterebilir ve tanıdaki gecikmeler nedeniyle hastanın yaşam kalitesini önemli ölçüde bozabilir. Herhangi bir uyarıcı olmaksızın koku alma hissi olarak tanımlanan fantosmi ve bunun baş ağrısı başlangıcıyla ilişkisi olması durumu, hastaların %4'ünde saptanmıştır (%3'ü aurasız, %5'i auralı) (9). Bazı araştırmacılar fantosmi ve koku halüsinasyonlarını birbirinden ayırmakta; birincisini, migren ile ilişkili olmayan (sonrasında baş ağrısı olmaksızın gerçekleşen) bir uyarıcı yokluğunda koku algısı, ikincisini ise baş ağrısı başlangıcından 5-60 dakika önce ortaya çıkan (baş ağrısını hemen önceleyen bir aura türü) koku algısı olarak tanımlamaktadır. Bu algı, gerçek bir koku uyarıcısının çarpıtılmasını içeren kakosmiden ise farklıdır (9).

Fornazieri ve arkadaşları, auralı veya aurasız migreni olan 113 hastayı değerlendirmiş ve hastaların %6'sının baş ağrısı başlangıcından 5-60 dakika önce tipik bir aura olarak koku halüsinasyonları yaşadığını saptamıştır (aurasız grupta %3, auralı grupta %8) (9). Olgumuzda ise hasta, migren ataklarının koku auraları ile başladığını bildirmiş; ancak migren baş ağrıları her zaman ilaç gerektirecek kadar şiddetli olmamıştır.

Koku semptomlarının intrakraniyal anevrizma, Parkinson hastalığı ve intrakraniyal kitle gibi durumlarda da görülebildiği bildirilmiştir (6). Dikkat çekici bir şekilde, 58 yaşındaki bir hastada migren sırasında tek semptom olarak koku halüsinasyonları ortaya çıkmış ve sol unsinat girusunda kanama tespit edilmiştir (6). Olgumuzda ise, koku halüsinasyonlarını açıklayabilecek bir neden tüm tetkik ve konsültasyonlara rağmen saptanamamıştır.

Bir çalışmada, primer başağrısı olan 39 hastanın (%14'ü kadın) koku halüsinasyonu şikayeti bildirdiği rapor edilmiştir. Bu hastalarda aura görsel olup koku halüsinasyonları ile ilişkiliydi ve süresi birkaç dakikadan birkaç saate kadar değişmekteydi. Koku semptomları hastaların %56,4'ünde ağrı başlangıcından 60 dakika içinde, %9,5'inde ağrı ile eş zamanlı ve %7,7'sinde ise ağrıdan 2-72 saat önce ortaya çıkmıştır. Azınlık bir hasta grubu koku halüsinasyonlarını belirsiz ve tanımlanamaz olarak tarif ederken, çoğunluk (%74,4) hoş olmayan kokulardan şikayetçi olmuştur. Dokuz hastada psikiyatrik komorbiditeler (depresyon, anksiyete, panik bozuklukları) mevcutken, sekiz hastada iritabilite, konsantrasyon güçlüğü, hafıza problemleri, konfüzyon veya 'dengesizlik hissi' dahil olmak üzere bilişsel ve duygusal semptomlar gözlenmiştir (7). Olgumuzda ise, hoş olmayan koku başağrısından 2-48 saat önce ortaya çıkmaktaydı. Hastada ciddi bir psikiyatrik tanı olmaksızın anksiyete bozukluğu mevcuttu. Ayrıca hastada, diğer olgularda bildirilmeyen ve tanıdaki gecikmeyle ilişkili olduğu düşünülen belirgin kilo kaybı ve işahsızlık gözlemlenmiştir.

Koku halüsinasyonu olan 11 olgunun sekizinde, ilk migren ataklarından yıllar sonra zaman zaman koku auraları görülürken, üç hastada ise koku auraları ilk migren atakları sırasında deneyimlenmiştir. Buna ek olarak bu çalışmada, bir migren atağı sırasında koku fonksiyonunda hafif bir azalma veya artma bildirilmiştir (10). Bir başka çalışma, migren hastalarının (n=42) başlangıçta normal koku duyusuna sahip olduğunu, ancak küçük bir grupta (n=8) migren atakları sırasında koku keskinliğinde azalma olduğunu ve başarılı tedavi sonrasında koku duyusunun normale döndüğünü göstermiştir (11). Biz migren atağı sırasında koku fonksiyonlarını test edemedik, ancak sunulan olgu, normal yaşamında veya bu ataklardan önce herhangi bir koku hassasiyetinde değişiklik bildirmemiştir.

Amigdala, koku yoğunluğu ve koku belleği ile yakından ilişkilidir (12). Koku auraları, koku alma işlevinden sorumlu derin temporal lob yapılarını etkileyen kortikal yayılan depresyondan kaynaklanıyor olabilir. Bir diğer hipotez ise, dopamin gibi nörotransmitterlerdeki değişikliklerin, koku disfonksiyonu da dahil olmak üzere prodromal semptomları tetikleyebileceğidir (1). Bu hipotezleri destekler nitelikteki fonksiyonel MRG (fMRG) çalışmaları, migren atakları sırasında koku uyarısına bağlı olarak limbik yapılarda ve rostral ponsta artmış aktivite olduğunu göstermiştir (13).

Migren auraları tipik olarak başağrısı fazından önce gelir ve geçicidir (5-60 dakika süreyle); ancak olgumuzda gözlemlenen, başağrısı geçse bile bir haftaya kadar devam edebilen uzamış koku auralarının varlığı da olgu sunumlarında belgelenebilir (1,14).

Carli ve arkadaşları, MA'lı hastalarının %30'unda ozmofobi, %21'inde ise koku halüsinasyonu bildirmiştir (15). Migren hastalarında multisensoriyel halüsinasyonlar ve atipik duygusal deneyimler üzerine yapılan güncel bir sistematik derlemenin bulguları, bu tür fenomenlerin önceden kabul edilenden daha yaygın olabileceğine dair ön kanıtlar sunmaktadır. Bu derleme, mevcut sınıflandırmalara bu bulguların doğru şekilde entegre edilebilmesi için ek araştırmaların gerekliliğini altını çizmektedir (4).

Sonuç olarak, bu vaka bildiriminde koku halüsinasyonlarının bir migren aura semptomu olarak geç fark edilmesine bağlı kilo kaybı nedeniyle günlük yaşamı önemli ölçüde etkilenen genç bir migren hastası sunulmuştur. Ayrıca bu vakanın tedaviye cevabı, koku auralarının

lamotrijin tedavisine iyi yanıt verebileceğini göstermektedir. Migren hastalarında koku işlevi ve algısını inceleyen daha geniş prospektif çalışmalar, bu olguya ilişkin daha derin bir kavrayış sağlayacaktır. Ek olarak, migrenle ilişkili olfaktör auraların etkin bir şekilde yönetilebilmesi için klinisyen ve hasta farkındalığının artırılması esastır.

Bilgilendirilmiş Onam: Hastadan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Dış Bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir- MSE, BB; Tasarım- BB, MSE; Denetleme- BB, EUÖ; Veri toplanması ve/veya işlenmesi- MSE; Analiz ve/veya Yorumlama- EUÖ, BB; Letaratür Tarama- EUÖ, BB, MSE; Makale Yazımı- EUÖ, BB, MSE; Eleştirel inceleme- BB.

Çıkar Çatışması: Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yoktur.

KAYNAKLAR

1. Tiriticco M, Vanotti A, Mantica D, Coppola A: Migraine with exclusive olfactory aura: case report and literature review. *Headache* 2020; 60:2544-2547. [Crossref]
2. Saisu A, Tatsumoto M, Hoshiyama E, Hirata K. Evaluation of olfaction in patients with migraine using an odour stick identification test. *Cephalalgia* 2011; 31: 1023-1028. [Crossref]
3. Zanchin G, Dainese F, Trucco M, Mainardi F, Mampreso E, Maggioni F. Osmophobia in migraine and tension-type headache and its clinical features in patients with migraine. *Cephalalgia*. 2007; 27:1061-1068. [Crossref]
4. Li Y, Yolland COB, Rossell SL, Sommer IEC, Toh WL. Multisensory hallucinations and other unusual sensory experiences in the context of migraine: a systematic review. *J Neurol*. 2024; 271:1717-1746. [Crossref]
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018;38: 1-211. [Crossref]
6. Partovi O, Tolebeyan AS. Various presentations of the olfactory hallucination in two patients with migraine disease: Case report. *Front Neurol*. 2022;13:992763. [Crossref]
7. Coleman ER, Grosberg BM, Robbins MS. Olfactory hallucinations in primary headache disorders: Case series and literature review. *Cephalalgia* 2011;31: 1477-1489. [Crossref]
8. Ahmed MA, Donaldson S, Akor F, Cahill D, Akilani R. Olfactory hallucination in childhood primary headaches: case series. *Cephalalgia*. 2015;35:234-239. [Crossref]
9. Fornazieri MA, Neto AR, de Rezende Pinna F, Gobbi Porto FH, de Lima Navarro P, Voegels RL, et al. Olfactory symptoms reported by migraineurs with and without auras. *Headache*. 2016 ;56:1608-1616. [Crossref]
10. Mainardi F, Rapaport A, Zanchin G, Maggioni F. Scent of aura? Clinical features of olfactory hallucination during a migraine attack (OHM). *Cephalalgia* 2017; 37:154-160. [Crossref]
11. Marmura MJ, Monteith TS, Anjum W, Doty RL, Hegarty SE, Keith SW. Olfactory function in migraine both during and between attacks. *Cephalalgia*. 2014 ;34:977-985. [Crossref]
12. Buchanan TW, Tranel D, Adolphs R. A specific role for the human amygdala in olfactory memory. *Learn Mem*. 2003; 10:319-325. [Crossref]
13. Stankewitz A, May A. Increased limbic and brainstem activity during migraine attacks following olfactory stimulation. *Neurology* 2011 ;77(5):476-482. [Crossref]
14. Vgontzas A, Burch R. Episodic migraine with and without aura: key differences and implications for pathophysiology, management, assessing risks. *Curr Pain Headache Rep* 2018; 22:78. [Crossref]
15. Carli N, Zarifoglu M, Calisir N, Akgoz S. Comparison of pre-headache phases and trigger factors of migraine and episodic tension-type headache: do they share similar clinical pathophysiology? *Cephalalgia* 2005;25(6):444-451. [Crossref]