

# Overall beestjes?

## Hoe de huid niet direct haar geheimen prijs gaf

L.L. Lelieveld, C. Kennedy

### Michel vertelt

We gaan er maar even voor zitten als Michel\* samen met Fred\* (een oom van Michel) zijn verhaal vertelt. Fred is min of meer de steun en toeverlaat van Michel en is vrijwel bij alle doktersbezoeken aanwezig geweest. Michel is geboren en getogen in Leiden en werkt al bijna zijn hele werkende leven op de zelfde werkplek. Hij is echter al maanden niet meer op zijn werk verschenen. Het leven van Michel is namelijk in een dal geraakt sinds zijn vrouw Kumiko\* vorig jaar is overleden. Hij is meer alcohol gaan drinken en sinds de begrafenis weet hij zeker dat zijn huis en ook zijn lichaam geïnfecteerd zijn met parasieten. Zijn neefje Alex\* (de zoon van Fred) moet dit meegebracht hebben toen hij terugkwam uit Azië om de uitvaart mee te kunnen maken. Volgens Michel leven de parasieten in de bekleding van meubels. Hij heeft al meerdere keren de ongediertebestrijding zijn huis laten schoonmaken, maar tevergeefs. Nu de beestjes ook zijn lichaam binnengedrongen zijn en hij ze, met name 's nachts, onder zijn huid voelt bewegen is Michel ten einde raad. Hij vertelt hoe hij tegenwoordig een manier gevonden heeft om de beestjes te pakken: "Met een scherp stanleymes maak ik kleine sneetjes in de huid (foto 1) en dan haal ik de parasieten er met een pincet uit." Om de vloerbedekking niet te besmetten, doet hij dit zittend in de badkuip met een felle lamp. Zo is hij vrijwel elke nacht druk bezig om alle parasieten op te sporen; 's morgens is hij dan te moe om nog naar zijn werk te gaan.



Foto 1. Uitgebreid beeld van de kleine snijwondjes op het linker bovenbeen.

Michel beseft dat hij deze wonden aan zichzelf toebrenghet, maar "als ik dit nu niet doe, dan is de ellende straks niet meer te overzien." De parasieten vermenigvuldigen zich namelijk snel, dus ook hij moet snel handelen. Daarnaast is hij vastberaden erachter te komen wat voor zeldzame parasiet dit is. Al het materiaal dat hij uit de gemaakte wondjes heeft kunnen verkrijgen heeft hij in bakjes opgevangen en naar verschillende laboratoria gestuurd, o.a. naar het Kennis- en Adviescentrum Dierenplagen (KAD). Michel krijgt niet het idee dat zijn klacht serieus genomen wordt, want bij het laboratorium zeiden ze dat ze "alleen maar bloedkorstjes zagen".

### Op zoek naar de oorzaak (Fred vertelt)

Op advies van de maatschappelijk werker, die Michel twee keer per maand bezoekt na de dood van Kumiko, had Michel een afspraak met de huisarts gemaakt. Deze stuurde Michel nota bene direct diezelfde dag nog door naar de afdeling dermatologie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC). Daar werd Michel onderzocht door een jonge arts in opleiding, die al de wondjes op zijn lichaam had nagekeken. Ze had "zelfs zijn penis en balzak onderzocht"; hij weet nog goed hoe ongemakkelijk hij dat vond. Vervolgens werden er foto's gemaakt van alle sneetjes in de huid, en deed zij zomaar, zonder iets te vragen, het luciferdoosje met al het bewijsmateriaal (foto 2) van zijn onderzoek in een plastic zak. De jonge dokter vertelde ook nog dat deze foto's met de andere dokters van de afdeling besproken zouden worden. Michel zou over twee weken uitgenodigd worden voor een nieuw en modern combinatiespreekuur, genaamd Huid & Psyche.

### Terugkijken met Fred

Bij het Huid & Psyche-spreekuur waren zowel een psychiater als een dermatoloog aanwezig, maar het was Fred niet duidelijk geworden 'wie wat deed'. Zij vertelden dat het van groot belang was om genoeg tijd te nemen voor het onderzoek. Nadat Michel uitgebreid zijn verhaal heeft kunnen doen werd hij opnieuw lichamelijk onderzocht. Ook werd het meegebrachte 'bewijsmateriaal' nogmaals onderzocht op mogelijke parasieten of insecten en werd er aanvullend bloedonderzoek gedaan.



Foto 2. Beeld van het 'match-box fenomeen' of 'specimen sign.' Patiënten zijn ervan overtuigd dat het meegebrachte materiaal de oorzaak van de klachten bevat.

## Bespreking

Parasietenwaan (PW) is een zeldzame psychodermatologische aandoening die zich kenmerkt door tactiele hallucinaties, ook wel 'formicatie' genoemd, waarbij iemand het idee heeft dat insecten of parasieten zich op of onder de huid bevinden. Het bijtende en beweeglijke karakter van deze hallucinaties maakt dat de patiënt deze uit de huid wil verwijderen, met aandoeningen van de huid tot gevolg. Het

Wat in de brief aan de huisarts vermeld werd met betrekking tot het onderzoek

Het lichamelijk onderzoek laat een onrustige, maar adequaat reagerende man zien met een twintigtal snijwondjes op het linker bovenbeen. Er worden geen gangetjes gezien tussen de vingers, noch aan de binnenkant van de polsen of de enkels. Er worden ook geen nodi gezien op het scrotum of de penis. In het meegebrachte 'bewijsmateriaal' worden geen parasieten gevonden en ook het bloedonderzoek laat geen afwijkende waarden zien.

Wat in de tussentijd aan de huisarts werd vermeld met betrekking tot de behandeling

Michels overtuiging dat er zich in het meegebrachte luciferdoosje parasieten bevinden, pleit sterk voor parasietenwaan als diagnose. Op het combinatieconsult heeft een verdere uitdieping van de klachten plaatsgevonden. Daarnaast is er veel aandacht besteed aan de dood van zijn vrouw en hoe dit zich verhoudt tot de besmettingsovertuiging. In het nog in te plannen derde consult zullen de uitslagen van de onderzoeken worden besproken en zal worden medegedeeld dat er geen aanwijzingen zijn voor onderliggend lichamelijk lijden. Tijdens dit consult wordt nadrukkelijk vermeld dat dit niet het einde van de behandeling betekent, maar dat we ons in het vervolg willen richten op de mentale en sociale problemen die het gevolg zijn van de klachten.

karakter en de ernst van deze huidaandoeningen zijn afhankelijk van de hulpmiddelen die ingezet worden om deze ingebeeldde insecten te verwijderen; veelal zijn dit pincetten of (scheer)mesjes, maar ook pesticiden, desinfectans of bijtende stoffen kunnen op de huid worden aangebracht. Kenmerkend is de overtuiging besmet te zijn geraakt. De patiënt komt vaak met uitgebreide omschrijvingen, foto's en dood huidweefsel waar de besmettelijke parasieten zouden moeten zitten. Dit laatste fenomeen wordt ook wel het 'specimen sign' of 'matchboxfenomeen' genoemd, verwijzend naar het klassieke luciferdoosje voor huidschilfers waar patiënten die lijden aan parasietenwaan vaak mee aankomen (1).

De aandoening werd voor het eerst beschreven in 1894 beschreven door de Franse dermatoloog Georges Thibierge als 'acarofobie': een angst voor mijten (2). Sindsdien is de ziekte onder verschillende namen omschreven: entomofobie, syndroom van Elbom, parasietenwaan en infestatiëwaan. Infestatiëwaan raakt het meest aan de kern van de aandoening, omdat de wanen niet alleen parasieten, maar ook insecten of wormen als onderwerp kunnen hebben. De incidentie wordt geschat op 1,9 per 100.000 mensen en komt ongeveer 2 - 3 keer zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen. De incidentie stijgt met de leeftijd, de gemiddelde aanvangsleeftijd is 57 jaar en de piekleeftijd ligt tussen de 70 en 80 jaar (3). Patiënten zitten vaak in een lang traject en zoeken hulp van verschillende typen hulpverleners, variërend van huisartsen, microbiologen en dermatologen. Uit Schots onderzoek bleek dat 98% van de ondervraagde dermatologen uit Schotland ten minste één PW-patiënt in hun praktijk hebben gezien (4).

## Dermatologische aspecten

PW-patiënten presenteren zich vaak met klachten van jeuk, tintelingen en onderhuidse bewegingen. Er is vaak een luxerend moment waarop de klachten zijn begonnen, waarvan de meest beschreven voorbeelden de dood van een familielid, contact met parasieten, een reis naar tropische gebieden of een overstroming van het huis van de patiënt zijn (5). Het dermatologisch beeld van PW-patiënten is altijd secundair van aard en dus sterk afhankelijk van de intensiteit en de hulpmiddelen waarmee de patiënt de huid beschadigt. Bij de hierboven beschreven patiënt werden de huidafwijkingen gecreëerd door sneetjes in de huid te maken. De laesies concentreren zich typisch op makkelijk bereikbare plaatsen, zoals armen, handen, benen, voeten, genitaliën en borst, terwijl moeilijk bereikbare plekken, zoals de bovenzijde van de rug, meestal gespaard blijven. Daarbij is de tegenovergestelde lichaams helft van de dominante hand vaak erger aangedaan. Parasietenwaan geeft dus een onspecifiek huidbeeld dat sterk varieert per patiënt en is een diagnose *per exclusio-nem*: voordat deze diagnose gesteld kan worden, moeten er allereerst een aantal andere oorzaken uitgesloten worden.

De oorzaken van ‘onderhuidse bewegingssensaties’ kunnen zowel dermatologisch als niet-dermatologisch zijn. Dermatologische oorzaken van dit klachtenpatroon kunnen zijn: myiasis (invasie van de huid door vliegenlarven; geeft jeuk en bewegingssensaties onder de huid), scabiës (schurftmijt die voornamelijk nachtelijke jeukklachten veroorzaakt) of hoofd- en schaamluis. Bij niet-dermatologische oorzaken moet men denken aan deficiënties van vitamine B<sub>3</sub>, B<sub>12</sub> of foliumzuur, diabetes mellitus, hypertensie, anemie, de ziekte van Hodgkin, uremie, schildklier-aandoeningen, multipele sclerose of cerebrovasculaire aandoeningen (6).

## Psychiatrische aspecten

Een waan wordt gedefinieerd als een bepaald denkbeeld of overtuiging die de patiënt beschouwt als de werkelijkheid en waarvan de patiënt niet af te brengen is met logisch redeneren. Parasietenwaan wordt in de Diagnostic and Statical Manual, vijfde editie (DSM-V) omschreven als een waanstoornis van het somatische type, met een primaire en een secundaire variant. In het geval van de primaire variant is dit een mono-waan, dat wil zeggen dat het waanbeeld puur gericht is op de eigen infestatie (aanwezigheid van dierlijke parasieten op of in het lichaam, of: invasie (binnendringen) van dierlijke parasieten in het lichaam) en geen onderdeel is van een groter waanbeeld of andere psychische stoornis (7). Het merendeel, ongeveer 60%, wordt echter gediagnosticeerd met de secundaire variant (8). Bij deze groep is er sprake van ofwel onderliggend psychiatrisch leiden (schizofrenie, dementie, deli-

rium), of zijn de klachten ontstaan op basis van drugsgebruik of medicatiegebruik. Voornamelijk het gebruik van cocaïne of amfetamine wordt in verband gebracht met dit waanbeeld, mede doordat deze soorten drugs kunnen leiden tot tactiele (door aanraken waarneembaar) sensaties. Deze tactiele sensaties kunnen ook ontstaan bij onttrekking van alcohol na alcoholabusus. Het staken van het gebruik van deze drugs zal dan leiden tot een vermindering of verdwijning van de klachten.

## Behandeling

De behandeling van PW-patiënten is vaak een lastig en langdurig proces. Het ziekte-inzicht bij deze patiëntenpopulatie is laag. Men is overtuigd van eigen infestatie en logisch redeneren, zoals ligt opgesloten in de definitie van een waan, zal hen niet van het waanbeeld afhelfen. Bij aanhoudende klachten zal de behandeling dus eerder gericht zijn op het medicamenteus bestrijden van het waanbeeld, waarbij het middel van eerste keus een tweede generatie antipsychoticum, zoals risperidon of olanzapine is. Een behandeling met deze medicamenten gaf een positief effect in 69 - 72% van de patiënten, waarbij het maximum effect na zes maanden behaald werd (9). Een bijwerking van deze antipsychotica is onder anderen metabole ontregeling. Een constante monitoring op effect en bijwerkingen middels bloedwaarden is dus noodzakelijk. PW-patiënten zullen een verwijzing naar de psychiater niet vaak accepteren. De psychofarmaceutische behandeling zal dus veelal door de dermatoloog uitgevoerd worden; laagdrempelig overleg met een psychiater of psychodermatoloog is aan te raden.

Een belangrijk aspect aan de behandeling is het opbouwen en behouden van een goede arts-patiëntrelatie. Het zogenaamde ‘dokterhoppen’ bij PW-patiënten is een veelvoorkomend fenomeen doordat zij zich snel niet serieus genomen voelen, waarna zij hun heil ergens anders zullen zoeken. Winsten heeft in 1997 enkele aanbevelingen gedaan ter bevordering van de behandeling van PW-patiënten (10). Allereerst moet men zeker zijn van de gestelde diagnose en onderliggende somatische oorzaken uitgesloten hebben. Dit kan worden bewerkstelligd door een uitgebreid lichamelijk onderzoek en eventuele analyse van meegebracht materiaal. Echter moet dit geen langdurige zoektocht naar onwaarschijnlijke en zeldzame verwekkers worden; PW-patiënten zullen zich dan gesterkt voelen in hun waanbeeld. Daarnaast moet men empathisch luisteren en actief vragen naar de mate waarin de klachten het dagelijks leven beïnvloeden. Hiermee krijgt men een beeld van de ernst en urgentie. Er wordt aangeraden de klachten te benaderen als de realiteit zoals die door de patiënt ervaren wordt, en de correctheid van deze interpretatie in het midden te laten. Tot slot moet men in de behandeling oog houden voor bijkomende klachten. Zo kunnen er

angst- en depressieve klachten ontstaan als gevolg van de parasietenwaan, die op hun beurt weer een negatief effect op de behandeling en de kwaliteit van leven hebben. Daarom moeten ook deze klachten worden meegenomen in de behandeling. Dit kan middels antidepressiva of non-medicamenteuze therapieën, zoals cognitieve gedragstherapie.

Met dank aan Pieter Leenheer (fotograaf afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) voor het ter beschikking stellen van de foto's.

\* De personen en de namen van deze personen zijn fictief. Het verhaal dient ter ondersteuning van het onderwijs.

## Literatuur

1. Vulink NC. **Delusional Infestation: State of the Art.** Acta Derm Venereol, 2016;96:58-63.
2. Thibièrge G. **Les Acarophobes.** Rev Gén Clin Thér, 1894;32:373-76.
3. Bailey CH, Andersen LK, Lowe CG. **A Population-Based Study of the Incidence of Delusional Infestation in Olmsted County, Minnesota, 1976-2010.** Br J Dermatol, 2014;170:1130-35.
4. Wong YL, Affleck A, Stewart AM. **Delusional Infestation: Perspectives from Scottish Dermatologists and a 10-year Case Series from a Single Centre.** Acta Derm Venereol, 2018;98:441-45.
5. Schwartz E, Witztum E, Mumcuoglu KY. **Travel as a trigger for shared delusional parasitosis.** J Travel Med, 2001;8:26-28.
6. Kimsey LS. **Delusional Infestation and Chronic Pruritus: A Review.** Acta Derm Venereol, 2016;96:298-302.
7. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. (5<sup>th</sup> Edition). (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders). Washington DC: Author;2013:(90-91).
8. Kemperman PMJH, Vulink NC. **Het beestje bij zijn naam noemen? Aanpak en behandeling van infestatiewaan.** Nederlands Tijdschrift Voor Dermatologie En Venereologie, 2017;27:55-56.
9. Freudenmann RW, Lepping P. **Second-generation antipsychotics in primary and secondary delusional parasitosis: outcome and efficacy.** J Clin Psychopharmacol, 2008;28:500-8.
10. Winsten M. **Delusional parasitosis: a practical guide for the family practitioner in evaluation and treatment strategies.** J Am Osteopath Assoc, 1997;97:95-99.

\**Laurens Leonardus Lelieveld, co-assistant, BSc, BA, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden*

*Kees Kennedy, afdeling Huidziekten, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden*