

Atypische wonden: 'Een psychodermatologische aandoening'

Het scheelde maar een haar...

L. Lelieveld, K. Kennedy*

Het is acht uur op een donderdagochtend als Marieke* met haar achttienjarige dochter Louise* op de Spoedeisende hulp (SEH) aankomt en de dag voor hen een totaal onverwachte wending krijgt.

De camera draait en Marieke vertelt: 'Om kwart voor zeven was ik de kamer van Louise ingegaan om haar wakker te maken. Bij het bed aangekomen zag ik gelijk dat het niet pluis was. Louise had hevige buikkrampen en lag voorovergebogen in bed te jammeren van de pijn. Aangezien Louise niet reageerde op mijn vragen en suf leek te zijn, heb ik besloten om naar de SEH te gaan.'

Aangekomen op de eerste hulp had een jonge dokter geprobeerd een beeld te krijgen van de ernst en de duur van Louise haar klachten. Het ging om buikpijn die ten tijde van het SEH-bezoek al tien dagen aanwezig was en qua intensiteit en frequentie geleidelijk was toegenomen. Louise had al vier dagen geen ontlasting meer gehad en was vrijwel de hele dag misselijk, maar had niet hoeven braken. Haar eetlust nam al weken af, maar de voorgaande dagen had zij helemaal niks meer gegeten omdat zij constant een 'vol en pijnlijk' gevoel had. Jaren geleden was bij Louise het prikkelbaar darm syndroom (PDS) ontdekt, maar daar deden haar klachten op dit moment niet aan denken. Haar menstruele cyclus was regelmatig en bleek geen invloed te hebben op de buikklachten. Anamnestisch was er geen abnormaal vaginaal bloedverlies. Haar laatste seksuele contact was een 'casual contact' met een lokale Rammstein (heavy metal muziek) aanhanger, en was deels onbeschermd geweest doordat het condoom was afgegleeden tijdens het vrijen. Marieke wist dat te vertellen omdat het thuis 'even crisis' was geweest en zij gemerkt had dat de angstklachten bij Louise weer wat 'opspeelden.'

We 'kijken mee' naar de beelden van die bewuste dag

Wanneer de jonge dokter, Emilio* genaamd, aangeeft haar van top tot teen te willen onderzoeken begint Louise te trillen en zegt zij heel bang te zijn en eigenlijk liever weg te willen gaan. Met forse tegenzin kleedt Louise zich uit, maar houdt haar roze muts op. Het lichamenlijk onderzoek toont een opgezette en gespannen buik. Bij het ausculteren wordt een luide hoogfrequente peristaltiek gehoord die doet denken aan 'gootsteengeruis'. Bij palpatie wordt een drukpijnlijke en een palpabele massa ter hoogte van de

maagstreek gevoeld. Rectaal en vaginaal toucher (inwendig onderzoek) geven geen aanwijzingen voor feces in de ampul. In speculo (inwendig onderzoek met een spreider) zijn er geen aanwijzingen voor ontsteking. Dokter Emilio geeft aan zich zorgen te maken over de voelbare massa in de bovenbuik. Het gootsteengeruis, de massa en de pijn wijzen alle drie op een verstopping ergens in het maag-darmkanaal.

Marieke is enorm geschrokken omdat de vader van Louise vorig jaar is overleden aan maagkanker. Het zal toch niet dat Louise nu ook kanker heeft...? De jonge dokter zegt dat hij niet weet wat er aan de hand is en besluit de senior chirurg dr. Van der H. in consult te roepen. Aan de telefoon vertelt Emilio wat volgens hem de mogelijke oorzaken zouden kunnen zijn (de differentiaaldiagnostiek, afgekort DD): appendicitis, ileus, acute pancreatitis, infectieuze enteritis, prikkelbaar darmsyndroom, salpingitis/Pelvic Inflammatory Disorder, extra uterine graviditeit.

Na lang wachten komt Van der H. uiteindelijk de onderzoekskamer binnengestormd. Van der H. kijkt Louise aan, tikt tweemaal op de tafel en roept 'kom jij maar eens even op deze onderzoektafel liggen en doe alsjeblieft dat achterlijke roze mutsje even af...'. Zodra zij haar muts afzet slaakt de chirurg een kreet en roept oh nee hè... Marieke kijkt naar Louise en ziet dat haar altijd zo mooie blonde krullen plaats gemaakt hebben voor grote kale plekken (foto 1,2).

Als Van der H. haar vraagt of zij de haren heeft opgegeten barst Louise in tranen uit. Dr. Van der H. legt uit dat het mogelijk zou kunnen zijn dat de verstopping een gevolg is



Foto 1. Vooraanzicht hoofdhuid met haarverlies.

van het opeten van haren. Louise geeft toe al maandenlang haren uit haar hoofd te trekken en deze vervolgens door te slikken. Zij was hier even mee gestopt, maar door de stress die bij de examenperiode komt kijken is het de laatste tijd erger dan ooit. Na de uitleg van Van der H. volgen de gebeurtenissen elkaar snel op. Dr. Van der H. geeft instructies en er wordt met spoed een buikoverzichtsfoto en een CT-scan gemaakt om de situatie in de buik te beoordelen. Snel daarna wordt Louise naar de operatie-



Foto 2. Zij aanzicht hoofdhuid met haarverlies.

kamer gereden en vervolgens door Van der H. zelf geopereerd. Via een laparoscopie wordt het onverteerde haar (foto 3) uit het lichaam weg gehaald.

Na de operatie

In overleg met de huisarts worden Louise en haar moeder doorverwezen naar het nieuwe Huid & Psyche spreekuur van de afdeling Dermatologie. Wanneer Louise twee weken later samen met haar moeder op het Huid & Psyche spreekuur verschijnt doet moeder Marieke het woord. Louise is een jonge vrouw van 18 jaar en is volgens haar moeder altijd al een gevoelig meisje geweest. Zodra er iets spannends staat te gebeuren krijgt Louise last van buikpijn. En aangezien de eindexamens van het vwo begonnen waren, kwam het dan ook niet als een verrassing dat de pijn in haar buik weer begonnen was. De buikpijnklachten zijn een jaar geleden begonnen na de onverwachte dood van de vader van Louise. Sindsdien is ook haar gedrag veranderd: ze lijkt vaak afwezig, raakt snel geïrriteerd en zondert zich af van alles en iedereen. Vriendinnen ziet zij niet meer, en ook is zij gestopt met voetballen. Haar kleurrijke en sportieve kleding heeft zij ingeruild voor wijde, zwarte broeken en truien, met altijd dezelfde felgekleurde roze muts op haar hoofd.



Foto 3. Trichobezoar (haarbal) in de vorm van de maag.

Na de dood van haar vader is zij angstig geworden en veel gaan piekeren. In eerste instantie ging zij tijdens dit piekeren als een soort automatisme met haar handen door haar haren 'kammen'. Dit werd van kwaad tot erger, en na een paar maanden kreeg zij elke keer als zij zich angstig voelde de drang om een haar uit te trekken, om zo de angst een beetje weg te drukken. Eerst deed zij de haren alleen even in haar mond, maar later begon zij de haren in stukjes te bijten en begon zij ook haren door te slikken. Toen de kale plekken zichtbaar begonnen te worden, schaamde Louise zich zo erg dat zij nergens meer naar toe durfde en vrijwel dag en nacht een muts op haar hoofd hield. De schaamte en afzondering deden het haartrekken alleen maar toenemen, waardoor zij in een vicieuze cirkel belandde.

Op het Huid & Psyche spreekuur zal Louise samen met de psychiater en de dermatoloog een behandelpunten maken om deze impasse te doorbreken. Er wordt gestart met wekelijkse cognitieve gedragstherapie om haar inzicht te geven in haar eigen gedrag en om het ongewenste gedrag met behulp van 'habit reversal technieken' te veranderen. Aanvullend zal er, mede door haar angst- en piekerklachten, besloten worden om te starten met dagelijks 20 mg fluoxetine (antidepressivum).

Bespreking Algemeen

Trichotillomanie (TTM) is een psychodermatologische aandoening die zich kenmerkt door het herhaaldelijk trekken aan de eigen haren. De ziekte werd voor het eerst beschreven in 1889 door de Franse dermatoloog Henri Hallopeau (1). Maar het uittrekken van de eigen haren is een fenomeen waarover al duizenden jaren geschreven wordt. Homerus en Shakespeare beschreven 'het de eigen haren uit het hoofd trekken' al in de context van verdriet en frustratie. Het hebben van haar werd gerelateerd aan schoonheid en macht, terwijl het trekken aan haren in verband gebracht wordt met agressie en seksualiteit (2,3). Ook in de medische literatuur is haren trekken veelvuldig besproken: Hippocrates adviseerde het haren trekken zelfs als een behandeling voor depressie (3).

Van oudsher werd TTM als zeldzaam gezien, met een geschatte prevalentie van 0,05% (4). Tegenwoordig wordt de puntprevalentie geschat op 0,5 - 2% en openbaart de ziekte zich voornamelijk bij kinderen en jonge adolescenten (5). De prevalentie is echter moeilijk in te schatten, aangezien veel patiënten zich uit schaamte niet laten behandelen. Voorheen werd gedacht dat TTM een grote vrouwelijke dominantie had, maar ook dat is weerlegd en blijkt afhankelijk te zijn van de leeftijd waarop het zich voordoet. Bij kinderen onder de twaalf wordt TTM voornamelijk bij jongens gediagnosticeerd, terwijl het bij adolescenten en volwassenen voornamelijk vrouwen betreft (5).

Traditioneel worden er drie subtypen van TTM onderscheiden:

- 'Early onset' TTM, hetgeen voornamelijk waargenomen wordt bij kinderen jonger dan 8 jaar en meestal vanzelf stopt, zonder interventie.
- TTM als automatisme, hetgeen meestal onder bepaalde omstandigheden plaats vindt, zoals bij televisiekijken of lezen.
- 'Focused hairpulling,' hetgeen gepaard gaat met het opbouwen van spanning en vervolgens een gevoel van opluchting na het uittrekken van de haren. Deze vorm zien we meestal rond de leeftijd van 13 jaar en wordt frequent gezien als uiting van rouw, verlies en grote levensveranderingen (6).

Uit de casus van Louise leren we dat het van groot belang is te vragen naar het sabbelen op de haren, doormidden bijten of het gewoonweg opeten van de haren

TTM-patiënten kiezen vaak haren uit die 'anders dan andere haren aanvoelen' of stugger van structuur zijn. Vaak worden ook pincetten gebruikt om de 'uitverkoren' haren te verwijderen. Meestal betreft dit haren op de hoofdhuid, maar ook wenkbrauwen, wimpers en schaamharen moeten het vaak ontgelden. Veelal met kale plekken, excoriaties (krabeffecten) en lokale infecties tot gevolg (6-8). Meestal is er aan de kant waar de dominante hand makkelijk bij kan ook de meeste schade te zien. Het haartrekken staat vaak niet op zichzelf, maar gaat vaak gepaard met ander typisch gedrag. Voorbeelden zijn het veelvuldig aan het haar voelen, keer op keer het haar in de spiegel controleren en het spelen met haren voor of na het uittrekken (5). Daarnaast beginnen patiënten soms ook met het uittrekken van haren bij anderen (vaak jongere kinderen), huisdieren, poppen en zelfs de stugge haren van het tapijt (8). Uit de casus van Louise leren we dat het van groot belang is te vragen naar het sabbelen op de haren, doormidden bijten of het gewoonweg opeten van de haren. Tevens leren we uit deze casus dat het herkennen van verhulling belangrijk is. Patiënten gaan namelijk soms plotseling gebruik maken van petten, hoeden, mutsen, pruiken, hoofddoeken, valse wimpers et cetera. (8). Een ernstige mogelijke complicatie van TTM is een obstructie van het maagdarmkanaal (ileus). Dit ontstaat wanneer de uitgetrokken haren worden doorgeslikt. Trichofagie (letterlijk het opeten van haren) wordt bij 5 - 16 % van de patiënten gerapporteerd (5). De opgegeten haren vormen zich dan tot een onverteerbare haarbal die de gehele maag kan vullen en het maagdarmsysteem kan afsluiten. Andere mogelijke complicaties van TTM zijn: het carpaal tunnel syndroom (op basis van

repetitieve bewegingen), corneabeschadigingen (door het trekken aan de oogwimpers) en erosies van de tanden (door bijten op de haren) (5).

Bij een dermatologisch beeld van pleksgewijze kaalheid is een uitgebreide anamnese en gericht onderzoek van groot belang, omdat er verschillende aandoeningen zijn die pleksgewijze kaalheid tot gevolg kunnen hebben. Ter ondersteuning van het diagnostische proces kan de dermatoloog gebruik maken van een trichoscoop (een vergrootglas met lamp) en histopathologisch onderzoek. In het geval van TTM worden bij dermatologisch onderzoek kale gebieden gezien die onregelmatig van vorm zijn, met daarin afgebroken haren van verschillende lengten. De haarzakjes waar de haren uitgetrokken zijn, tonen vaak verse bloedingen, pigment en resten van de haarschacht (9). Een andere aandoening die gekenmerkt wordt door pleksgewijze kaalheid is de tractie alopecia. Dit ontstaat veelal door het langdurig straktrekken van de haren, hetgeen gezien wordt bij sommige haardrachten, zoals de paardenstaart (haarverlies ter hoogte van de voorste haargrens) en bij het strak invlechten van de haren (zogenaamde 'corn rows'). In het geval van alopecia areata (AA) worden matig tot scherpbegrensde, vaak ronde, kale plekken gezien. Haaruitval wordt dan met name gezien op het hoofd, de baardstreek en de pubisregio. Typisch zijn de korte uitrooptekenharen aan de rand van de kale plek, terwijl de haarzakjes intact zijn. Cicatriciële alopecia wordt onder andere gezien na het doormaken van diepe ontstekingen van de hoofdhuid die gepaard gaan met verlittekening en blijvende schade aan de haarzakjes (9).

Psychiatrische aspecten

TTM is een psychiatrische stoornis in de obsessief-compulsieve groep en wordt in de DSM-V (het diagnostisch en statistisch handboek voor psychiatrische aandoeningen) omschreven aan de hand van de volgende criteria (7):

- Recidiverend uittrekken van de eigen haar, met haarverlies tot gevolg.
- Herhaaldelijke pogingen om het haar uittrekken te stoppen.
- Het haar uittrekken veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren of in het functioneren op andere belangrijke terreinen.
- Het haar uittrekken of haarverlies kan niet worden toegeschreven aan een somatische aandoening.
- Het haar uittrekken kan niet beter worden verklaard door de symptomen van een andere psychische stoornis.

TTM heeft een grote impact op het leven van de patiënt. Het haartrekken en de bijkomende rituelen nemen vaak enorm veel tijd in beslag. Een groot deel geeft ook aan een

negatief zelfbeeld en verminderd zelfvertrouwen te hebben als gevolg van het haartrekken. Dit kan leiden tot vermijdingsgedrag in sociale situaties of tot werk- en schoolverzuim. TTM komt daarmee ook vaak tezamen voor met andere psychiatrische klachten: 45% van de patiënten vermeldt depressieve klachten, 40% angstklachten en 70% geeft ook ander lichaamsgericht repetitief gedrag aan, zoals nagelbijten of 'skin picking' (5,7). Door het repetitieve en dwangmatige karakter van TTM lijkt er een relatie te bestaan met obsessief-compulsieve stoornis (OCD). Er zijn echter duidelijke verschillen tussen TTM en OCD. Een toegenomen verantwoordelijkheidsgevoel en de noodzaak om eigen gedachten te controleren zijn karakteristiek voor OCD. Bij OCD geeft het compulsieve gedrag daarnaast verlichting van de angst of stress die ontstaat bij de obsessieve gedachten, terwijl in TTM het haartrekken gedaan wordt uit een gevoel van drang of verlangen, met vaak een (kortdurend) voldaan gevoel tot gevolg (10). Het is ook van belang TTM te differentiëren van een tic-stoornis: waar tics abrupte bewegingen zijn van een of meerdere spiergroepen als responsdrang, is haartrekken een voorbeeld van een complexe doelgerichte beweging waar meerdere spiergroepen aan te pas komen (7,10).

Behandeling

Er wordt veel onderzoek gedaan naar de meest effectieve behandeling voor TTM, maar een eenduidige behandelstrategie is tot nog toe uitgebleven. Dit komt onder andere door de grote verschillen tussen patiënten; de behandeling is sterk afhankelijk van wat voor soort TTM-patiënt er tegenover je zit. Zo lijken de klachten bij kinderen tot 12 jaar vaker voort te vloeien uit een stoornis in gewoontevorming (zoals nagelbijten), terwijl er bij volwassenen en adolescenten vaker een andere (grotendeels onbekende) psychopathologie aan ten grondslag ligt. De zogenaamde 'habit reversal therapy' blijkt dan ook effectiever te zijn bij kinderen. Deze therapie richt zich op betere gewaarwording van de gewoonte en haar context, en leert patiënten pathologisch gedrag (haarplukken) te vervangen met niet-pathologisch gedrag (bv. een vuist maken). 'Habit reversal therapy' is een vorm van cognitieve gedragstherapie en is als niet-medicamenteuze behandeling van TTM het meest effectief gebleken (11). Andere mogelijkheden zijn hypnotherapie of ontspanningstechnieken.

Bij volwassenen en adolescenten wordt veelal voor een combinatie van gedragstherapie met farmacotherapie gekozen. Farmacologische mogelijkheden zijn, traditioneel gezien, tricyclische antidepressiva, SSRI's, tweede generatie antipsychotica en opioïde-antagonisten. De keuze wordt voornamelijk bepaald op basis van eventuele psychiatrische co-morbiditeiten en de mate van bijwerkingen die het middel geeft. Zo is olanzapine recent significant effectief gebleken in het verminderen van haartrekken, echter heeft

dit middel ook een zwaar bijwerkingenprofiel en is daardoor niet altijd eerste keus (11). Als dwangmatigheid en repetitief gedrag op de voorgrond staat, dan wordt er vaker voor clomipramine (TCA) gekozen. Hetzelfde geldt voor fluoxetine of venlafaxine (SSRI's) wanneer somberheid en angst de overhand hebben (11). Een ander veelbelovend medicament voor TTM is N-acetylcysteïne (NAC). Dit middel speelt waarschijnlijk een rol in de regulatie van de neurotransmitter glutamaat, waardoor een positief effect op impulscontrole bewerkstelligd kan worden. Dit middel is tot nu toe enkel effectief gebleken bij volwassen TTM patiënten, waarschijnlijk omdat impulscontrole een grotere rol speelt in deze groep patiënten (5,11).

Conclusie

Het verhaal van Louise beschrijft hoe het haarplukken kan leiden tot het opeten van de haren, waardoor levensbedreigende situaties kunnen ontstaan. Ouders en/of verzorgers dienen alert te zijn in geval van het ontstaan van kale plekken en evidente veranderingen in het gedrag (zich afzonderen, het trachten te verhullen van de kale plekken) of in het geval van direct bewijs dat de haren worden opgegeten. Er is geen eenduidige behandelstrategie, maar de behandeling van TTM hangt af van de karakteristieken van de specifieke patiënt. Zo wordt er gelet op de leeftijd, comorbiditeiten en de bijwerkingen. Meestal betreft het een combinatie van gedragstherapie ('Habit Reversal Therapy') en psychofarmaca (TCA's, SSRI's of antipsychotica). Daarnaast lijkt er in de toekomst ook een rol weggelegd voor N-acetylcysteïne in de behandeling van TTM.

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

* De personen zijn fictief. Het verhaal dient ter ondersteuning van het onderwijs.

Literatuur

1. Hallopeau H. **Alopecie par grattage (trichomanie ou trichotillomanie)**. *Dermatol Syphiligr*, 1889;10:440-1.
2. Christenson GA, Mansueto GA, **trichotillomania: descriptive characteristics and phenomenology** in *Trichotillomania*, eds. Stein DJ, Christenson GA, Hollander E. American Psychiatric Press, 1999;173:1-41.
3. Koblenzer CS. **Psychoanalytic Perspectives on Trichotillomania**. In: *Trichotillomania*, eds. Stein DJ, Christenson GA, Hollander E. American Psychiatric Press, 1999;173:125-46
4. Schachter M. **Zum Problem der kindlichen Trichotillomania**. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 1961;10:120-4.
5. Duke DC, Keeley ML, Geffken GR, et al. **Trichotillomania: A current review**. *Clinical Psychology Review*, 2010;30:181-93.
6. Bewley A, Taylor RE, Reichenberg JS, et al. *Practical Psychodermatology*. Hoofdstuk 10. Oxford: Wiley;2014:81-90.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Obsessive-Compulsive

- and Related Disorders. Washington D.C.:2013; 253-64.
8. Koo JY, Lee CS. *Psychocutaneous Medicine*. Hoofdstuk 14. New York: Marcel Dekker Inc.; 2003: 203-15.
9. Peereboom-Wynia JD. *Gezond en ziek haar - Een populair-wetenschappelijke uitleg over het menselijk haar*. Huidziekten: 1-49. <https://www.huidziekten.nl/pdf/HaarboekPeereboomWynia.pdf>
10. Ferrão YA, Miguel E, Stein DJ. **Tourette's syndrome, trichotillomania, and obsessive-compulsive disorder: How closely are they related?** *Psychiatry Research*, 2009; 170: 32-42.
11. Everett GJ, Jafferany M, Skurya J. **Recent advances in the treatment of trichotillomania (hair-pulling disorder)**. *Dermatologic Therapy*, 2020; 33: 1-8.

* *Laurens Lelieveld, Masterstudent Geneeskunde, LUMC, Leiden*

Dr. Cornelis (Kees) Kennedy, docent Dermatologie, afd. Huidziekten, LUMC, Leiden