

KLINISCHE LES

Parasieten- of infestatiewaan

EEN THERAPEUTISCHE UITDAGING

Yara Q. Jagt, Arjen L. Sutterland, Julia H. Meijer, Marloes S. Oudijn, Patrick M. Kemperman, Nienke C.C. Vulink en Lieuwe de Haan

DAMES EN HEREN,

Parasietenwaan is een zeldzame psychiatrische aandoening. Het is vaak moeilijk om met patiënten overeenstemming te bereiken over een effectieve therapie. In deze klinische les beschrijven we hoe we 2 patiënten met parasietenwaan behandelden met antipsychotica en opperen mogelijkheden om deze uitdagende groep patiënten in behandeling te krijgen en te houden.

Patiënt A, een 49-jarige man, werd door de polikliniek Psychodermatologie verwezen naar de afdeling Psychiatrie. Hij had al 2,5 jaar jeukende wonden op zijn gezicht en romp, waar volgens hem beestjes uit kwamen. De beestjes, kleine witte sliertjes met rode kopjes, waren volgens patiënt parasieten die hij had opgelopen door een slangenbeet in Azië of houtwormen uit zijn bed. Patiënt was de hele dag bezig met de beestjes. Hij reinigde de wonden met 80% alcohol, schoonmaakbleek en wasbenzine, en schroeiende dicht met een aansteker. Door schaamte voor zijn wonden zag hij zijn vrienden nauwelijks meer. Vanwege de jeukende wonden was hij door de huisarts doorverwezen naar 2 dermatologen en een tropenarts die hem behandelden met crèmes en antibioticakuren. Deze behandelingen gaven geen verbetering van de klachten en patiënt voelde zich niet serieus genomen door de hulpverlening. Patiënt had diabetes mellitus die goed was ingesteld. Hij was 3 jaar geleden werkloos geworden.

We zagen een verzorgde man met veel excoriaties in het gezicht. Zijn houding was vriendelijk en er trad verdieping van het contact (contactgroei) op. De intelligentie imponeerde gemiddeld. Anamnestic was er sprake van misinterpretatie van bestaande lichamelijke sensaties (pseudohallucinaties). Het denken was ongestoord in tempo en coherent, met inhoudelijk een parasietenwaan. De stemming was somber met een adequaat modulerend affect. Er was sprake van dwangmatig gedrag ('skin-picking'). Ziektebesef en -inzicht waren afwezig.

Microscopisch onderzoek van de meegebrachte 'beestjes' liet keratinocyten zien zonder aanwijzingen voor parasieten. In een huidbiopt van een wond werden een vasculair en perivasculair ontstekingsinfiltraat en endotheelveranderingen gezien.

Wij hadden bij patiënt geen aanwijzingen voor drugsgebruik of voor andere al dan niet psychiatrische aandoeningen en stelden daarom de diagnose 'primaire parasie-

Koninklijke Luchtmacht.

Drs. Y.Q. Jagt, kapitein-arts (tevens: onderzoeker, AMC, afd.

Psychiatrie, Amsterdam).

Academisch Medisch Centrum, Amsterdam.

Afd. Psychiatrie: drs. A.L. Sutterland, drs. M.S. Oudijn, dr. N.C.C.

Vulink en prof.dr. L. de Haan, psychiaters; dr. J.H. Meijer, psychiater in opleiding.

Afd. Dermatologie: drs. P.M. Kemperman, dermatoloog.

Contactpersoon: drs. Y.Q. Jagt (y.q.jagt@hotmail.com).

tenwaan'. Als eerste bekrachtigden wij patiënt in de ernst van zijn klachten en gaven aan dat ondanks de onduidelijke oorzaak behandeling wel mogelijk was. Vanwege het verhoogde risico op metabool syndroom bij de diabetes mellitus stelden we een behandeling met haloperidol voor. Wij legden uit dat haloperidol ervoor kon zorgen dat hij minder obsessief met de beestjes bezig zou zijn. Daarnaast vertelden we dat uit laboratoriumstudies is gebleken dat haloperidol de vermenigvuldiging van parasieten kan remmen, hoewel dat voor ons niet de reden van voorschrijven was. Patiënt ging akkoord, en we startten behandeling met haloperidol en hoogden de dosering ervan op naar 2 mg 1 dd.

Na 2 maanden vertelde patiënt dat het veel beter ging. Het aantal wonden was subjectief met ongeveer 75% afgenomen en de jeuk en pijn met 90-95%. Patiënt inspecteerde en reinigde zijn huid nauwelijks meer. Hij sliep bovendien beter en was niet somber meer. Hij was bezig om zijn sociale leven weer op te pakken en zocht naar passend werk. Patiënt was dankbaar voor de ontvangen steun, maar was niet overtuigd van de werking van haloperidol. Als reden voor de verbetering noemde hij een recente antibioticakuur en een grondige schoonmaak van zijn huis. Hij was echter wel akkoord met het continueren van de haloperidolbehandeling en het onder controle blijven op de poli Psychiatrie.

Patiënt B is een 48-jarige man die door de poli Psycho-dermatologie werd verwezen naar de afdeling Psychiatrie. Hij had sinds 2,5 jaar jeukende en schilferende huidafwijkingen, die volgens hem werden veroorzaakt door draadvormige organismen. Hij was 2-3 h per dag bezig met het bestuderen van de beestjes die hij probeerde te verdelgen met chloorxylenol en chloor. Een eerdere behandeling met een antiluismiddel had geen effect gesorteerd. Patiënt gebruikte sinds 5 jaar 1-2 keer per week cocaïne of heroïne, na 10 jaar dagelijks te hebben gebruikt. Na cocaïnegebruik had hij meer last van de beestjes. Zijn vriendin gebruikte ook cocaïne en heroïne en had vergelijkbare klachten. Patiënt had 2 jaar geleden een paar maanden haloperidol en risperidon gebruikt vanwege verdenking op een ticstoornis, met onvoldoende resultaat. Deze medicijnen hadden evenmin effect gehad op zijn huidklachten.

Bij lichamelijk onderzoek zagen we multiple excoriaties en enkele littekens op de romp, de armen en de benen. Bij oriënterend neurologisch onderzoek vertoonde patiënt onwillekeurige bewegingen van de romp, ledematen en mond, passend bij tardieve dyskinesie. Er was een tandradfenomeen aan de armen. De tonus, het looppatroon, het vermogen om snel achtereen tegengestelde bewegingen uit te voeren (diadochokinese) en de coördinatieproeven waren ongestoord.

Bij psychiatrisch onderzoek zagen we een matig verzorgde man. Zijn houding was coöperatief met een nerveuze klachtenpresentatie. De intelligentie imponeerde bovengemiddeld. Hij had het gevoel beesten in de huid te hebben (haptische hallucinaties). Het denken was licht verhoogd van tempo en coherent, met inhoudelijk een parasietenwaan. De stemming was niet-afwijkend, met een adequaat modulerend affect. Het ziektebesef was minimaal en het ziekte-inzicht was afwezig.

Onderzoek van KOH-preparaten op scabiës, mijten en eieren en een huidbiopt van de behaarde huid toonden geen aanwijzingen voor een infectie met pathogenen. De vitaminestatus (vitamine B₁ en B₁₂), het bloedbeeld, de leverenzymenwaarden en een MRI-scan van het brein waren niet-afwijkend.

Wij stelden de diagnose 'secundaire parasietenwaan bij cocaïne- en heroïneafhankelijkheid'. Patiënt was niet te overtuigen van onze diagnose, maar vond wel dat hij abnormaal veel tijd en energie spendeerde aan zijn klachten. Gezien de cocaïnegeïnduceerde dyskinesieën bestond er een relatieve contra-indicatie voor behandeling met antipsychotica met een hoog potente dopamine-2-receptorblokkade. Om deze reden stelden we een proefbehandeling met het atypische antipsychoticum quetiapine 300 mg voor, waarmee patiënt akkoord ging.

Na 2 maanden gaf patiënt aan zich beter te voelen en minder bezig te zijn met de huidklachten. De bewegingsstoornissen waren onverminderd aanwezig. We verhoogden de dosis van quetiapine naar 600 mg. Daardoor nam de tijd dat patiënt geïmponeerd was met zijn huidklachten verder af, maar niet de overtuiging dat hij geïnfecteerd was. We trachtten tevergeefs via patiënt ook zijn partner op het spreekuur te krijgen voor diagnostiek.

Na een half jaar viel patiënt terug in het dagelijkse hard drugsgebruik. Ondanks behandeling met methadon en motiverende gesprekken lukte het patiënt niet zijn gebruik te minderen. We verwezen hem daarom naar de verslavingszorg. Hij bleef in zorg voor monitoring van de parasietenwaan.

BESCHOUWING

Deze 2 patiënten werden verwezen naar de afdeling Psychiatrie met het vermoeden van een parasietenwaan. De casusbeschrijving van patiënt A illustreert het veelvuldig artsbezoek zonder bevredigend resultaat. De beschrijving van patiënt B toont dat een parasietenwaan ook kan voorkomen secundair aan andere stoornissen en mogelijk gedeeld kan worden door een partner.

EPIDEMIOLOGIE EN NOMENCLATUUR

Parasietenwaan is een zeldzame aandoening met een geschatte incidentie van 2-17 per 1.000.000 inwoners, en

komt vaker voor bij vrouwen dan bij mannen. De gemiddelde aanvangsleeftijd is 57 jaar (SD: 14,6).¹ Een waan is een hoogst individueel denkbeeld dat niet past in de cultuur van de patiënt en waaraan met overtuiging wordt vastgehouden ondanks bewijzen van het tegendeel. Parasietenwaan wordt in de DSM-5 geclassificeerd als een waanstoornis van het somatische type, met een primaire en een secundaire variant. De secundaire variant is het gevolg van andere al dan niet psychiatrische aandoeningen, intoxicaties of medicijngebruik.

De aandoening werd in 1894 voor het eerst beschreven door de dermatoloog Georges Thibierge met de term 'acarofobie': angst voor mijten. Tegenwoordig wordt in de literatuur infestatiewaan ('delusional infestation') gebruikt, wat passender is omdat de veronderstelde verwekkers niet altijd parasieten zijn.² Deze term zullen wij in de beschouwing dan ook verder gebruiken.

DIAGNOSTIEK

Patiënten met een infestatiewaan presenteren zich vaak bij de dermatoloog met jeukende huidlaesies. De meest beschreven pathogenen zijn insecten, wormen of vezels ('morgellons').¹ Patiënten brengen vaak een monster van de pathogenen mee, het zogenaamde 'specimen sign'.³ De casus van patiënt A illustreert dat de infestatiewaan forse sociale beperkingen kan veroorzaken. Bij psychiatrisch onderzoek zijn er vaak stoornissen in de inhoud van het denken, de waarneming, en het ziektebesef- en inzicht. Belangrijk voor het stellen van de diagnose is het uitsluiten van dermatologische aandoeningen met lichamelijk onderzoek en een huidbiopt. De differentiaaldiagnose van een infestatiewaan omvat verder somatische aandoeningen, intoxicaties en psychiatrische aandoeningen (tabel 1).⁴ Om deze aandoeningen uit te sluiten is screeningslaboratoriumonderzoek en een urineanalyse op cocaïne en amfetamine geïndiceerd.

BEHANDELING

Het beperkte ziektebesef van patiënten bemoeilijkt doorverwijzing naar de psychiatrie. Een psychodermatologiepoli kan hierin helpen.⁴ Daar wordt de patiënt door de dermatoloog en psychiater samen gezien voor de diagnostiek en wordt hij of zij vervolgens behandeld.

Om 'shopgedrag' te voorkomen en te kunnen starten met medicatie is een behandelrelatie waarin de patiënt zich serieus genomen voelt een vereiste. Belangrijk is om de omvang van het lijden van patiënt en de mate van invloed op zijn leven te benoemen. Vanwege de niet corrigeerbare waan is het advies om de patiënt noch tegen te spreken, noch te bekrachtigen in zijn overtuiging dat beestjes de oorzaak van de klachten zijn. In plaats daarvan kan worden uitgelegd dat de oorzaak niet bekend is, maar er wel effectieve therapieën zijn.⁵ De diagnose 'infestatie-

TABEL 1 Differentiaaldiagnose van parasieten- of infestatiewaan

diagnose

primaire infestatiewaan

dermatologische aandoeningen

- parasitaire of andere huidinfectie
- dermatitis artefacta
- pruritis (senilis)
- formicatie
- medicatiebijwerking

psychiatrische aandoeningen:

- obsessieve compulsieve stoornis
- hypochondrie
- trichotillomanie
- 'skin picking disorder'

secundaire infestatiewaan

somatische aandoeningen

- endocrinologische aandoening
- vitaminedeficiëntie (vitamine B₁, B₃, B₉ en B₁₂)
- neurologische aandoening
- renale of hepatische aandoening
- maligniteiten

intoxicaties

- cocaïne
- amfetamine
- cannabis

psychiatrische aandoeningen

- schizofrenie
- depressie
- dementie

waan' kan tot weerstand leiden. Als alternatief kunnen de termen 'Ekboms syndroom' of 'onverklaarde dermopathie' worden gebruikt.¹

Wat betreft behandeling met antipsychotica lijkt er geen voorkeur voor een specifiek medicament te zijn.⁶ Aanvankelijk werd vooral pimozide voorgeschreven, maar vanwege extrapiramidale bijwerkingen en het risico van verlenging van de QTc-tijd wordt nu vaker gekozen voor tweedegeneratieantipsychotica.⁶ Onderzoek naar de optimale behandeltermijn ontbreekt.⁷

De uitleg over medicatie dient zorgvuldig te gebeuren en aan te sluiten bij de beleving van de patiënt. Benadrukt kan worden dat antipsychotica gegeven kunnen worden voor verschillende indicaties. Eigenschappen van de antipsychotica die genoemd kunnen worden, zijn vooral het verminderen van de stress of preoccupatie en het mogelijke jeukstillende effect.^{1,8} Ten slotte is te overwegen om als een soort nevenwerking te vermelden dat uit laboratoriumstudies is gebleken dat antipsychotica de

LEERPUNTEN

- Infestatiewaan is een zeldzame psychiatrische aandoening; patiënten presenteren zich meestal bij de dermatoloog of tropenarts.
- Infestatiewaan beschrijft de aandoening beter dan parasietenwaan.
- Patiënten met infestatiewaan kunnen goed worden behandeld met antipsychotica, maar het is moeilijk om deze groep in behandeling te krijgen.
- Een psychodermatologiespreekuur kan helpen de patiënt in zorg te krijgen door het aanbieden van uitleg die goed aansluit bij de beleving van de patiënt.
- Een langdurige behandeling van patiënten met infestatiewaan is waarschijnlijk van belang om terugval te voorkomen.

vermenigvuldiging van parasieten kunnen tegengaan, maar dat dit niet de reden is waarom deze medicatie wordt gegeven.⁹

Bij zorgvuldige uitleg is er geen noodzaak om het lezen van de bijsluiter actief af te raden, zoals door anderen is voorgesteld.⁵ In tabel 2 staat een overzicht van de mogelijke behandelinterventies.

Patiënt A had diabetes mellitus, een van de 4 cardiovasculaire en metabole risicofactoren voor het ontwikkelen van metabool syndroom, naast hypertensie, dyslipidemie en overgewicht. Veel atypische antipsychotica – meer dan klassieke – geven een hoger risico op dyslipidemie en diabetes mellitus type 2. Dit komt mede door een toegenomen eetlust met daardoor een soms forse gewichtstoename.

Patiënt B had bewegingsstoornissen, wat een contra-indicatie is voor behandeling met hoog potente dopamine-2-receptorblokkers. Een sterke blokkade van de dopaminereceptoren in de hersenen leidt tot extrapiramidale bijwerkingen als parkinsonisme, acathisie en dyskinesieën. Bij patiënten met bewegingsstoornissen is het verstandiger te kiezen voor een atypisch antipsychoticum, omdat dit doorgaans minder extrapiramidale symptomen geeft.

PROGNOSE

Als de patiënt de medicatie trouw inneemt, treedt meestal na 1-2 weken een vermindering van de preoccupatie op. Uiteindelijk vertoont 50-90% van de patiënten een volledig of bijna volledig herstel, met terugkeer naar het oude niveau van functioneren.⁵ Het is vervolgens de uitdaging om de patiënt in behandeling te houden. Zoals de casussen illustreren schrijven de meeste patiënten hun verbetering niet toe aan de antipsychotica. Het

TABEL 2 Behandelinterventies bij patiënten met parasieten- of infestatiewaan

interventie

niet-medicamenteus

klachten valideren: benadrukken dat iemand inderdaad jeuk heeft en eronder lijdt

uitleg over ziektebeeld: oorzaak niet geheel duidelijk, maar de mate van invalidering voor patiënten wel

uitleg over antipsychotica: werkzaam tegen stress of buitensporige obsessie en jeuk

uitleg over behandeling: langdurige behandeling noodzakelijk om recidief te voorkomen

familie of omgeving betrekken bij behandeling

medicamenteus

antipsychotica: geen duidelijke voorkeur voor specifiek medicament

lokale behandeling van huidlaesies en superinfecties; eventueel behandeling met antihistaminica

behandelen van onderliggende aandoening bij secundaire infestatiewaan

belang van het continueren van de behandeling is echter groot; 25% van de patiënten krijgt al binnen 4 maanden na het staken een terugval.⁷ Op basis van trials bij patiënten met andere psychotische aandoeningen is te verwachten dat binnen 2 jaar bijna alle patiënten terugvallen na het staken van de medicatie.¹⁰ Een goede follow-up is dus van groot belang bij deze groep.

DAMES EN HEREN,

voor een succesvolle behandeling van een parasieten- of infestatiewaan is een goede behandelrelatie essentieel. Het opbouwen van deze relatie begint bij de validatie van de ernst van de klachten. Daarnaast kan de uitleg over behandeling met antipsychotica zodanig gegeven worden dat het aansluit bij de beleving van de patiënt, terwijl u tevens voldoet aan uw informatieplicht. Verspreiding van de kennis onder de verschillende disciplines is een voorwaarde voor de multidisciplinaire benadering die deze patiëntengroep vereist. Als het hiermee lukt de patiënt in zorg te krijgen en te houden, is infestatiewaan een goed behandelbare aandoening.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 9 juli 2014

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2014;158:A7548

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A7548**

LITERATUUR

- 1 Freudenmann RW, Lepping P. Delusional Infestation. *Clin Microbiol Rev.* 2009;22:690-732.
- 2 Bewley AP, Lepping P, Freudenmann RW, Taylor R. Delusional parasitosis: time to call it delusional infestation. *Br J Dermatol.* 2010;163:1-2.
- 3 Freudenmann RW, Lepping P, Huber M, et al. Delusional infestation and the specimen sign: a European multicentre study in 148 consecutive cases. *Br J Dermatol.* 2012;167:247-51.
- 4 Evers AW, Crijns MB, Kemperman PM. Een inkijk in de psychodermatologie. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2013;157:A5659.
- 5 Koblenzer CS. The current management of delusional parasitosis and dermatitis artefacta. *Skin Therapy Lett.* 2010;15:1-3.
- 6 Lepping P, Russel I, Freudenmann RW. Antipsychotic treatment of primary delusional parasitosis: systematic Review. *Br J Psychiatry.* 2007;191:198-205.
- 7 Wong S, Bewley A. Patients with delusional infestation (delusional parasitosis) often require prolonged treatment as recurrence of symptoms after cessation of treatment is common: an observational study. *Br J Dermatol.* 2011;165:893-6.
- 8 Shaw RJ, Dayal S, Good J, Bruckner AL, Joshi SV. Psychiatric medications for the treatment of pruritus. *Psychosom Med.* 2007;69:970-8.
- 9 Webster JP, Lamberton PH, Donnelly CA, Torrey EF. Parasites as causative agents of human affective disorders? The impact of anti-psychotic, mood-stabilizer and anti-parasite medication on *Toxoplasma gondii*'s ability to alter host behaviour. *Proc Biol Sci.* 2006;273:1023-30.
- 10 Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, et al. Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2001;158:1835-42.