

ARTIKELN SNNDV NASCHOLING

Het beestje bij zijn naam noemen? Aanpak en behandeling van infestatiewaan

P.M.J.H. Kemperman¹, N.C.C Vulink²

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

² Psychiater, afdeling Angststoornissen, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

Correspondentieadres:

Patrick Kemperman

AMC

Afdeling Dermatologie

Meibergdreef 5

1105 AZ Amsterdam

Telefoon: 020-566 2582

E-mail: p.m.kemperman@amc.uva.nl

Infestatiewaan is een zeldzame psychiatrische 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). Een waan is 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 DSM-V 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 klassieke vorm van infestatiewaan, de primaire infestatiewaan, ontstaat vaak zonder onderliggend lijden en voldoet aan de criteria van een waanstoornis. Het merendeel, circa 60%, lijdt aan een secundaire infestatiewaan, bijvoorbeeld op basis van drugsgebruik (waaronder cocaïne, amfetaminen, cannabis), medicatie, dementie of psychiatrisch onderliggend lijden (schizofrenie, delirium en depressie). Het ontstaansmechanisme van waanvoorstellingen is niet volledig opgehelderd. Studies bij patiënten met somatische wanen wijzen op stoornissen of structurele hersenschade in de frontale cortex, het dorsale striatum, de pariëtale en temporale cortex en de thalamus, dit zijn hersengebieden die onder andere betrokken zijn bij de bewustwording van en controle over lichaamssensaties.

GEBREKKIG ZIEKTE-INZICHT IN DE SPREEK-KAMER

Patiënten hebben het gevoel geïnfecteerd te zijn met voor hun bekende organismen, zoals wormen, mijten (demodex, scabiës), insecten of medisch onverklaarbare draden en vezels (Morgellons). De omgeving is meestal ook aangedaan (huis, auto, et cetera), soms ook de partner (folie à deux). Veelvuldige en langdurige rituelen kunnen ontstaan om het vermeend pathogeen uit het lichaam te bestrijden. Vaak wordt 'het besmet' materiaal meegenomen in een doosje, potje of zakje (specimen sign, matchbox sign) voor aanvullend onderzoek. De patiënt is geneigd om, naast de dermatoloog, meerdere (zorg)instanties te bezoeken om zijn gelijk te halen (tropeninstituut, internist, GGD).

Een groot probleem met patiënten die lijden aan een infestatiewaan is het gebrek aan ziekte-inzicht. Patiënten nemen in de spreekkamer ruim de tijd om de arts ervan te overtuigen dat er daadwerkelijk sprake is van een infectie. Argumenten van de arts die tegen een infectie pleiten, worden niet gehoord en al snel wordt het gesprek weer richting de infestatie gestuurd. Indien er na eventueel aanvullend onderzoek geen aanwijzingen voor een infectie zijn gevonden, begint voor de arts de grote uitdaging om de patiënt te overtuigen bij welke zorg hij of zij meer gebaat is. De argumenten die door de arts worden aangedragen zullen liefst van tafel worden geveegd en worden weerlegd. Het beestje bij zijn naam noemen ('u heeft helemaal geen parasieten') kan ontaarden in een ja-needdiscussie, waardoor er een negatief succes dreigt voor de vertrouwensband en de patiënt uiteindelijk op zoek gaat naar een arts 'die wel verstand van zaken heeft'. Een mildere aanpak, waarbij het aan- of afwezig zijn van parasieten in het midden wordt gelaten, heeft kans op meer succes. Het nemen van voldoende tijd waarbij er uitgebreide aandacht is voor het verhaal van de patiënt en het verrichten van lichamelijk onderzoek zijn essentieel voor het opbouwen van een goede vertrouwensrelatie en om patiënt te motiveren voor

de juiste behandeling. Voorts kunnen meerdere verklaringsmodellen voor jeuk worden benoemd, waaronder naast een infestatie ook een interne of psychogene oorzaak, waarbij alle opties in eerste instantie voor mogelijk worden beschouwd. Ook kan de lijdensdruk worden benoemd ('ik zie dat u er veel last van heeft'), waarna het nut van psychiatrische interventie kan worden besproken. De tijdsintensieve handelingen die de patiënt thuis verricht, kunnen ook een ingang zijn. Vaak herkent de patiënt het feit dat er obsessief met de klacht wordt omgegaan en wil hij hiervoor wel geholpen worden.

BEHANDELING

Een tijdelijke secundaire infestatiëwaan, door bijvoorbeeld een delirium of een intoxicatie, kan spontaan verdwijnen wanneer de oorzaak is weggenomen. Een infestatiëwaan door drugsgebruik verdwijnt vaak na staken van de verantwoordelijke drug. Bij een infestatiëwaan door een depressie is een combinatie van antidepressiva en antipsychotica zinvol. Vooralsnog zijn antipsychotica de hoeksteen van de therapie. Wat betreft behandeling met antipsychotica lijkt er geen voorkeur voor een specifiek medicament te zijn. Aanvankelijk werd vooral pimozide voorgeschreven, maar vanwege extrapyramidale bijwerkingen en het risico van verlenging van de QTc-tijd wordt nu vaker gekozen voor tweedegeneratieantipsychotica. Bij voorkeur wordt dit voorgeschreven door een psychiater. Onderzoek naar de optimale behandeltermijn ontbreekt, maar de ervaring leert dat patiënten doorgaans maandenlang behandeld moeten worden en de kans op een recidief na staken blijft. In aanvulling op of in plaats van therapie met antipsychotica (wanneer de patiënt antipsychotica weigert) kan psychologische behandeling worden ingezet. Er is geen specifieke evidentie dat het werkt bij een infestatiëwaan, maar in brede zin werkt cognitieve gedragstherapie wel bij waanbeelden, waar de infestatiëwaan onder valt. Een cognitief gedragstherapeut die gewend is psychose te behandelen kan dit uitvoeren

HANDVATTEN VOOR IN DE SPREEKKAMER

- Denk aan een infestatiëwaan bij patiënten die een vaste overtuiging hebben geïnfecteerd te zijn met levende- of niet-levende organismen zonder enig medisch bewijs
- Doe lichamelijk onderzoek, ook bij geen verdenking infectie
- Sluit altijd een intoxicatie uit (drugs, geneesmiddelen)
- Erken de lijdensdruk van de patiënt maar geef geen valse hoop ('misschien toch een infectie')
- De meeste patiënten hebben baat bij antipsychotica, dit kan worden aangeboden als een middel om de symptomen te doen verlichten
- De aanpak vereist idealiter een multidisciplinaire aanpak, maar gezien patiënten zelden instemmen met een psychiatrisch onderzoek kan de dermatoloog, na een goede vertrouwensband te hebben opgebouwd met de patiënt, deze medicatie toedienen na overleg met een psychiater. Ook een verwijzing naar een psychodermatologisch spreekuur kan dit faciliteren.

LITERATUUR

1. Lepping P, Huber M, Freudenmann RW. How to approach delusional infestation. *BMJ* 2015;350:h1328.
2. Gaag M van der, Staring T, Berg D van den, Baas J. *Gedachten Uitpluizen; CGT-protocollen voor psychotische klachten. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose, 2013. ISBN 9789082036503.*
3. Jagt YQ, Sutherland AL, Meijer JH, Oudijn MS, Kemperman PM, Vulink NCC, Haan L de. *Parasieten- of infestatiëwaan. Een therapeutische uitdaging. Ned Tijdschr Geneeskd* 2014;158:A7548.

SAMENVATTING

Infestatiëwaan is een zeldzame psychiatrische aandoening die zich vaak in de spreekkamer van de dermatoloog presenteert. Door gebrekkig ziekte-inzicht bestaat de kans op niet-constructieve

ja-needdiscussies, en is de patiënt tevens moeilijk te motiveren voor de juiste behandeling die bestaat uit antipsychotica of cognitieve gedragstherapie.