

Excoriatiestoornis in de klinische praktijk

G. Viaene, N. Van de Velde, H. Tandt

Samenvatting Excoriatiestoornis (skin picking disorder; SPD) is een aandoening die sinds de DSM-5 in de classificatie van psychische stoornissen werd opgenomen. Ondanks een prevalentie van 1,4 tot 5,7% in de algemene populatie, is dit onder dermatologen en psychiaters een weinig bekende aandoening. We beschrijven de casus van een man die ten gevolge van een ernstige vorm van SPD alle bovenste snij- en hoektanden verloor. We geven een overzicht van de behandelmogelijkheden en roepen op tot een verhoogde aandacht voor deze aandoening.

Excoriatiestoornis (*skin picking disorder*; SPD) is een aandoening die sinds de DSM-5 in de classificatie van psychische stoornissen werd opgenomen onder de categorie obsessieve-compulsieve en verwante stoornissen (OCRD). Patiënten met SPD zijn vaak niet geneigd hulp te zoeken. Wanneer ze dit toch doen, komen ze vaak terecht bij hulpverleners die onvoldoende kennis hebben over deze aandoening. Tot op heden zijn er geen internationale aanbevelingen over de behandeling van SPD. Aan de hand van een casus geven we een overzicht van de aanpak van deze stoornis.

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 39-jarige man, meldde zich op eigen initiatief aan op de polikliniek Angst- en Stemmingsstoornissen in een universitair ziekenhuis met klachten van onweerstaanbare drang tot het pulken aan zijn neus. Patiënt ervoer sinds de leeftijd van 12 jaar een overgevoelige, prikkelbare neus. Dit ontstond na een incident waarbij patiënt niesde en uitgelachen werd door klasgenoten.

Patiënt beschreef het gevoel te moeten niezen en probeerde deze prikkel te overstemmen, initieel door op neus en bovenlip druk uit te oefenen met zijn vingers, nadien met zijn nagels. Dit evolueerde naar het indrukken van de nagels ter hoogte van de gingiva. Rond de leeftijd van 18 jaar gaf dit onvoldoende verlichting en gebruikte hij een tandenstoker om te pulken. De laesies werden dermate ernstig dat patiënt alle bovenste snij- en hoektanden verloor. Bij aanmelding pulkte patiënt meer dan 8 uur per dag.

Er was geen relevante somatische voorgeschiedenis noch familiale psychiatrische voorgeschiedenis. Patiënt had de voorbije 20 jaar geen relatie gehad en had verschillende hobby's opgegeven. Het vermijden van bimanuele handelingen speelde hierin een grote rol. Hij had

een universitair diploma en was bij aanmelding sinds 4 maanden arbeidsongeschikt.

Patiënt had de voorbije 27 jaar verschillende knoartsen, neurologen en psychiaters geconsulteerd. Een septoplastiek bracht geen verbetering van de klachten. Patiënt kreeg door de jaren heen verschillende psychiatrische diagnoses: syndroom van Gilles de la Tourette, fobie, hypochondrische waanstoornis en OCD. Hij volgde 20 jaar geleden 10 sessies cognitieve gedragstherapie.

De volgende medicamenteuze behandelingen werden zonder succes uitgevoerd: escitalopram 10 mg, sertraline 100 mg, amitriptyline, trimipramine, tiapride 100 mg, sulpiride 200 mg, amisulpride, pimozide 1 mg, risperidon, gabapentine 700 mg, pregabaline 150 mg, clonazepam, clonidine en tetrabenazine 75 mg. De duur van deze behandelingen was onbekend.

Bij aanmelding nam patiënt sinds 4 maanden fluvoxamine 100 mg. We zagen een matig verzorgde man met een ineengekrompen houding. Patiënt knee gedurende het hele consult met een hand in zijn neusvleugels. We merkten depressieve kenmerken op. Op de *Y-BOCS Modified for Neurotic Excoriation* (NE-YBOCS) scoorde patiënt 17/20 op de subschaal drang en 18/20 op de subschaal gedrag.

Vervolg

Patiënt werd opgenomen op de afdeling Angst- en Stemmingsstoornissen en werd geïntegreerd in het multidisciplinair programma. We verhoogden de dosis van fluvoxamine tot 200 mg. Aripiprazol 5 mg werd hieraan toegevoegd en in tweede termijn werd de dosis verhoogd tot 10 mg. Een PET-scan ter kwantificatie van het hersenmetabolisme toonde een licht hypometabolisme bilateraal temporaal.

Psychotherapeutisch kreeg patiënt psycho-educatie en hij begon met *habit-reversal training* en *exposure-* en *responspreventie*, dit met focus op bimanuele activiteiten.

AUTEURS

Griet Viaene, arts in opleiding tot specialist, Ugent; thans: psychiater, Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain.

Nele Van de Velde, psychiater, afd. Angst- en Stemmingsstoornissen, UZ Gent.

Hannelore Tandt, psychiater, afd. Angst- en Stemmingsstoornissen, UZ Gent.

Correspondentieadres

Griet Viaene, P.C. Dr. Guislain, Fr. Ferrerlaan 88a, 9000 Gent, België.

E-mail: Griet.Viaene@guislain.broedersvanliefde.be

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 27-1-2021.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(6):474-478

Aanvankelijk was er bij patiënt weerstand tegen het therapeutisch programma. Gedurende het verloop van opname zagen we een positieve ontwikkeling van het eigen verwachtingspatroon in het therapeutisch proces. Realistische doelstellingen werden besproken en de initiële weerstand week. We zagen een opklaring van het depressieve klachtenbeeld. Na drie maanden opname hervatte patiënt het werk voor 50% op voorwaarde van psychiatrische en psychotherapeutische follow-up. Wegens aanhoudende vermoeidheid en algemeen hoog risico op bijwerkingen werd fluvoxamine gestopt en werd sertraline opgebouwd naar 200 mg. Aanvankelijk zagen we een heropflakking van de depressieve klachten en een verminderd functioneren ten gevolge van SPD met een uitgebreid ochtendritueel (1 uur). Na 11 weken behandeling met sertraline 200 mg was er een opklaring van de depressieve klachten, maar het ochtendritueel nam nog steeds een uur in beslag. De NE-YBOCS-score bedroeg 10/20 op subschaal drang en 11/20 op subschaal gedrag. Patiënt was, zonder er bij stil te staan, gaan fietsen – een belangrijke bimanuele activiteit.

BESPREKING

Excoriatiestoornis

Via PubMed verrichtten we een zoekactie met als zoektermen 'excoriation', 'skin picking disorder' en 'obsessive-compulsive related disorders'. We includeerden alleen artikelen gepubliceerd na het verschijnen van DSM-5 in 2013.

SPD, ook dermatillomanie of excoriatiestoornis genoemd, is een aandoening waarbij er sprake is van opzettelijke en repetitieve manipulatie van de huid die resulteert in zichtbare weefselschade. SPD wordt binnen DSM-5, samen met trichotillomanie en morfodysfore stoornis, gecategoriseerd onder de OCRD. Dermatillo-

manie veroorzaakt klinisch significante lijdensdruk of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren, of in het functioneren op andere gebieden (Van Balkom e.a. 2014).

SPD heeft een gevarieerd klinisch beeld. De letsels treden vaak op aan het gezicht, hoofdhuid, armen, handen, rug, perianale regio en scrotum. Er worden verschillende polymorfe laesies in alle stadia van evolutie gezien. Het aspect is afhankelijk van de specifieke methode. Vingernagels, tanden of bijvoorbeeld een schaar kunnen diepere laesies veroorzaken. Mogelijke complicaties hierbij zijn ulceratie, infectie, littekenvorming en verminking (Park & Koo 2020).

Naast de NE-YBOCS bestaan er twee gevalideerde schalen om de ernst van SPD in kaart te brengen. Dit zijn de *Skin Picking Severity Scale-Revised* (SPS-R) en de *Milwaukee Inventory for the Dimensions of Adult Skin Picking* (MIDAS).

Epidemiologie

SPD komt 3-8 maal zo vaak voor bij vrouwen als bij mannen en start tussen de leeftijd van 15 en 45 jaar, vaak in de puberteit. SPD zou verantwoordelijk zijn voor 2% van de consulten dermatologie (Park & Koo 2020). Houghton e.a. (2018) onderzochten 4335 studenten en vonden dat 5,7% voldeed aan de diagnose van SPD. Anderen vonden prevalentiecijfers van 1,4% tot 5,4% (Jafferany & Patel 2018).

Comorbide aandoeningen

Gelijktijdige aanwezigheid van een majeure psychiatrische aandoening komt voor bij 38% van de patiënten met SPD. De meest voorkomende aandoeningen zijn depressie, bipolaire stoornis, OCD, middelenmisbruik, boulimia nervosa en de andere OCRD.

Excoriatie wordt tevens gezien bij het prader-willisyndroom, het lesch-nyhansyndroom, ASS, schizofrenie, mentale retardatie, het smith-magenissyndroom en de chronische ticstoornis (Park & Koo 2020).

Differentiaaldiagnose

Differentiaaldiagnostisch kan men drie categorieën onderscheiden. Als eerste zijn er de primaire huidaandoeningen waaronder scabiës en atopische dermatitis. Een tweede groep betreffen de systemische aandoeningen geassocieerd met chronische pruritus zoals uremie, cholestase of hiv-infectie. Als derde is er de groep met psychiatrische aandoeningen bestaande uit parasietenwaan, nagebootste stoornis, OCD, morfodysfore stoornis en automutilatie. Ook medicatie of drugs, vooral cocaïne en methylfenidaat, kunnen symptomen vergelijkbaar met SPD uitlokken (Park & Koo 2020).

Behandeling

Tot op heden bestaan er geen nationale of internationale richtlijnen betreffende de behandeling van SPD. Cognitieve gedragstherapie is de eerstelijnsbehandeling. Er zijn verschillende psychofarmaca, met wisselend resultaat, onderzocht. Naast een psychiatrische behandeling dient ook een dermatologische begeleiding plaats te vinden (Jones e.a. 2018).

Niet-medicamenteuze behandeling

Habit-reversal training (HRT) en stimuluscontrole zijn de meest gebruikte technieken in de behandeling van SPD. Bij HRT focust men in een eerste fase op verhoogde bewustwording en inzicht in het pulken. In een tweede fase leert men een tegenbeweging aan die niet tegelijkertijd met het pulken kan worden uitgevoerd. Stimuluscontrole richt zich op het verminderen van gedragsmatige uitlokkende factoren, bijvoorbeeld het dragen van handschoenen, en het beperken van gedragsversterkende gevolgen. Deze behandelingen focussen voornamelijk op het gedrag zelf, niet op onderliggende emotionele triggers. Hieruit volgt dat de effectiviteit van deze therapie daalt wanneer het gedrag gestuurd wordt door aversieve emoties (Jones e.a. 2018).

Acceptance and commitment therapy (ACT) en dialectische gedragstherapie (DGT) worden gebruikt in aanvulling op HRT. Deze behandelingen omvatten technieken zoals mindfulness, emotieregulatie en het aanvaarden van oncomfortabele innerlijke gewaarwordingen. In 3 studies wordt aangetoond dat de combinatie van HRT met ACT of DGT een reductie van *body-focused repetitive behaviour* (BFRB) en een daling van concomitante depressie en angstklachten bewerkstelligt (Jones e.a. 2018). Gulassa e.a. (2019) vonden geen superieur effect van psychodrama als groepstherapie ten opzichte van ondersteunende groepstherapie; beide brachten een verbetering van klachten. Verdere studie naar groepstherapie bij SPD, met specifieke focus op versterking van emotieregulatie, is gewenst.

Biofeedback is een techniek die het inhiberen van excessieve en het versterken van verzwakte fysiologische signalen inhoudt en het verhogen van zelfregulatie beoogt. Bij neurofeedback wordt de neurale activiteit uit een specifieke hersenregio aan de patiënt via fMRI of eeg weergegeven. Een meta-analyse van Ferreira e.a. (2019) toonde een positief effect van deze behandeling op OCD, maar gaf aan dat voor OCRD meer onderzoek nodig is.

Medicamenteuze behandeling

SSRI's

Hoewel bij SPD SSRI's de meest voorgeschreven medicatieklasse zijn, vonden Schumer e.a. (2016) in hun meta-analyse een beperkte effectiviteit. Op basis van 2 RCT's en 3 ongecontroleerde studies stellen zij dat patiënten met SPD met SSRI's een verbetering van symptomen ervaren; hun analyse van de 2 RCT's toonde evenwel geen groter effect dan placebo. SSRI's kunnen indirect een vermindering van het pulken bewerkstelligen bij patiënten met een comorbide depressie, angststoornis of OCD, aangezien deze aandoeningen de klachten van SPD kunnen verergeren.

Men dient SSRI's te starten met de minimaal effectieve dosis: citalopram 20 mg, escitalopram 10 mg, fluoxetine 20 mg, fluvoxamine 25-50 mg, paroxetine 20 mg en sertraline 25-50 mg. Jones e.a. (2018) adviseren op geleide van tolerantie de dosis te verhogen, een streefdosis geven ze niet. Patiënten die na 6-8 weken geen klinische respons vertonen, mogen omschakelen naar een ander antidepressivum.

Antipsychotica

Atypische antipsychotica kunnen een positief effect hebben op SPD. Enkele gevalbeschrijvingen tonen na 2 tot 4 weken behandeling een positief effect van aripiprazol 2,5-10 mg, olanzapine 2,5-10 mg en paliperidon 3-6 mg in monotherapie of in combinatie met antidepressiva (Park & Koo 2020). Er zijn echter verschillende casuïstische mededelingen waarin men door antipsychotica geïnduceerde excoriatie beschrijft. Deze wordt voornamelijk gezien bij clozapine en andere sterk antiserotonerge antipsychotica (Reddy e.a. 2018).

N-acetylcysteïne

N-acetylcysteïne (NAC), een glutamaatmodulator en antioxidant, toonde in een placebogecontroleerde RCT (Grant e.a. 2016) een significante verbetering van klachten bij 47% van patiënten op NAC, in vergelijking met 19% voor placebo. In de behandeling van trichotillomanie is NAC een evidence-based optie. De aanbevolen dosis bedraagt 2400-3000 mg, evaluatie dient te gebeuren na 12 weken (Jones e.a. 2018).

Andere psychofarmaca

Benzodiazepines kunnen kortdurend gebruikt worden wanneer SPD concomitant voorkomt met een angststoornis. Er zijn geen studies die het effect van benzo-

diazepines op SPD beschrijven (Park & Koo 2020). In een openlabelstudie schreven Grant e.a. (2007) aan lamotrigine een significant effect in de behandeling van SPD toe, maar in een vervolgv-RCT konden zij geen significant verschil met placebo vinden (Grant e.a. 2010). Andere psychofarmaca die beschreven worden in gevalsbeschrijvingen zijn naltrexon en inositol (Jones e.a. 2018).

Neuromodulatie

rTMS

Repetitieve transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) heeft een bewezen effectiviteit in de behandeling van depressieve stoornis en wordt ook bij OCD veelvuldig onderzocht. In een recente gerandomiseerde studie vergeleken Aydin e.a. (2020) rTMS met *sham*-rTMS in de behandeling van SPD. Acht patiënten met SPD kregen rTMS ter hoogte van de pre-SMA (supplementaire motorische cortex). Dit resulteerde in een hogere respons voor de actieve rTMS (5 van de 8) in vergelijking met de shamconditie (2 van de 6). Wat betreft effectiviteit van de behandeling konden zij echter geen significant verschil vaststellen.

ECT

In hun systematische review vonden Dos Santos-Ribeiro e.a. (2018) in gevalsbeschrijvingen en casusseries 69 patiënten met OCRD bij wie ECT werd uitgevoerd. Van deze patiënten vertoonde 69% zelfbeschadigend gedrag. Dit betrof patiënten met zowel SPD als ASS, ticstoornis, syndroom van Gilles de la Tourette en waanbeelden. Van de totale groep had 73% een positieve respons op ECT. Gezien de gebrekkige follow-up, de vermoedelijke publicatiebias en de onduidelijke populatiebeschrijving kunnen we hieruit geen harde conclusies trekken. De beschikbare resultaten suggereren dat een RCT over ECT bij OCRD gerechtvaardigd is.

Verdere overwegingen

Onze patiënt had een ernstige vorm van SPD. Waar SPD vaak krabletsels of repetitief pulken aan de nagelriemen betreft, pulkte onze patiënt ter hoogte van het tandvlees met een tandenstoker, wat leidde tot ernstige gevolgen. Differentiaaldiagnostisch werd initieel aan OCD en een ticstoornis gedacht. Patiënt beschreef een sensatie ter hoogte van de neus, waarbij de beschreven handeling tijdelijke verlichting bracht. Het paste bij een ticstoornis dat hij de handeling tijdelijk kon onderdrukken, maar pas sinds de opname. Tegen de ticstoornis pleitte het doelbewust uitlokken van een pijnprikkel: er zijn geen plots optredende, onwillekeurige handelingen. Verder zouden we bij OCD en een ticstoornis over de jaren heen een uitgebreider repertoire handelingen of tics verwachten, in tegenstelling tot het aanhouden van één handeling bij onze patiënt.

Houghton e.a. (2018) stellen dat patiënten met BFRB's zich schamen voor hun symptomen en dat zij vaak negatief bekeken worden door hun omgeving. Dit zou ertoe bijdragen dat zij grote inspanningen doen hun aandoening te verbergen. Slechts 22,1% van de patiënten met SPD krijgt medische follow-up en slechts 33,6% kreeg ooit het medische advies te stoppen met pulken. Wanneer een patiënt zich meldt met verschillende laesies dient men steeds te vragen naar de drang deze letsels opzettelijk en repetitief toe te brengen.

Hoewel de bestaande evidentie voor medicamenteuze interventies beperkt is, worden deze vaak toegepast in de behandeling van SPD. Het aantal dubbelblinde RCT's over SPD is beperkt, er zijn hoofdzakelijk kleinere studies en gevalsbeschrijvingen gepubliceerd.

Tot op heden zijn er geen noemenswaardige studies waarin men CGT en medicatie vergelijkt. In één kleine studie vonden Jones e.a. (2018) evidentie voor duale behandeling. Hieruit blijkt een duidelijke behoefte aan verder onderzoek.

Wanneer we naar de medicamenteuze voorgeschiedenis van onze patiënt kijken, zien we dat hij SSRI's en TCA's kreeg met een antidepressieve dosis. Vanuit eerder onderzoek weten we dat voor OCD hogere doses en een langere behandelduur noodzakelijk zijn. In deze casus hebben we onze patiënt volgens deze richtlijnen behandeld. In de reeds gepubliceerde literatuur over SPD wordt geen melding gemaakt van het gebruik van hoge doses noch van langere behandelduur. Gezien de verwantschap aan OCD is het aangewezen dit verder te onderzoeken.

CONCLUSIE

Excoriatiestoornis is een psychiatrische aandoening die ondanks een prevalentie van 1,4-5,7% onvoldoende bekend is bij psychiaters en dermatologen. De bestaande literatuur over medicamenteuze behandeling is beperkt en er bestaan geen richtlijnen over de aanpak van deze stoornis. Gezien de grote lijdensdruk die deze aandoening bij patiënten veroorzaakt, pleiten wij voor meer onderzoek van goede kwaliteit naar de behandeling ervan.

LITERATUUR

- Aydin EP, Kenar JG, Altunay IK, Kaymak D, Özer ÖA, Karamustafalioglu KO. Repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of skin picking disorder, an exploratory trial. *J ECT* 2020; 36: 60-5.
- Balkom van AJ, Gabriëls L, van den Heuvel OA. Angst, obsessieve-compulsieve stoornis en trauma in de DSM-5. *Tijdschr Psychiatr* 2014; 56: 177-81.
- Ferreira S, Pêgo JM, Morgado P. The efficacy of biofeedback approaches for obsessive-compulsive and related disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2019; 272: 237-45.
- Grant JE, Chamberlain SR, Redden SA, Leppink EW, Odlaug BL, Kim SW. N-acetylcysteine in the treatment of excoriation disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 73: 490-6.
- Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW. A double-blind, placebo-controlled trial of lamotrigine for pathological skin picking: treatment efficacy and neurocognitive predictors of response. *J Clin Psychopharmacol* 2010; 30: 396-403.
- Grant JE, Odlaug BL, Kim SW. Lamotrigine treatment of pathologic skin picking: an open-label study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 1384-91.
- Gulassa D, Amaral R, Oliveira E, Tavares H. Group therapy for excoriation disorder: Psychodrama versus support therapy. *Ann Clin Psychiatry* 2019; 31: 84-94.
- Houghton DC, Alexander JR, Bauer CC, Woods DW. Body-focused repetitive behaviors: More prevalent than once thought? *Psychiatry Res* 2018; 270: 389-393.
- Jafferany M, Patel A. Skin-picking disorder: a guide to diagnosis and management. *CNS Drugs* 2019; 33: 337-46.
- Jones G, Keuthen N, Greenberg E. Assessment and treatment of trichotillomania (hair pulling disorder) and excoriation (skin picking) disorder. *Clin Dermatol* 2018; 36: 728-36.
- Park KKH, Koo J. Skin picking (excoriation) disorder and related disorders. *Up To Date* 2020. <https://www.uptodate.com/contents/skin-picking-excoriation-disorder-and-related-disorders>.
- Reddy B, Das S, Guruprasad S. A case of clozapine-induced skin picking behaviour. *Gen Psychiatr* 2018; 31: e000012.
- Santos-Ribeiro dos S, de Salles Andrade JB, Quintas JN, e.a. A systematic review of the utility of electroconvulsive therapy in broadly defined obsessive-compulsive-related disorders. *Prim Care Companion CNS Disord* 2018; 20: 18r02342.
- Schumer MC, Bartley CA, Bloch MH. Systematic review of pharmacological and behavioral treatments for skin picking disorder. *J Clin Psychopharmacol* 2016; 36: 147-52.

SUMMARY

Skin picking disorder in clinical practice

G. Viaene, N. van de Velde, H. Tandt

Excoriation disorder (skin picking disorder, SPD) is an illness that is included in the classification of mental disorders since DSM-5. Despite a prevalence of 1.4-5.7% in the general population, this is a not well-known condition among dermatologists and psychiatrists. We describe a case of a man who lost all upper incisors and canines as a result of a severe form of SPD. We provide an overview of the treatment options and call for increased attention for this condition.