



Dermatologie in Afrika

A.A. Hogewoning

Een langer werkzaam verblijf in een ontwikkelingsland kan zeer verrijkend zijn. De ziektebeelden en de situaties waarin gewerkt wordt zijn vaak heel anders dan wat men gewend is in een westers land. Verdieping in de taal en cultuur en het behouden van een open blik zijn essentieel. Het onderhoud van de contacten met het thuisfront moet niet vergeten worden evenals de noodzakelijke registratieverplichtingen.

Alleen al over de titel 'Dermatologie in Afrika' zijn talloze publicaties en boekwerken geschreven. Sinds Albert Schweitzer in het begin van de 20e eeuw als een van de eerste Europese artsen naar Afrika (Lambarene, Gabon) vertrok om de lokale bevolking medisch bij te staan zijn er vele medici, verpleegkundigen en paramedici gevolgd. De meesten vertrokken via de missie, zending of de koloniale diensten. Na het begin van de dekolonisatie rond de 60er jaren van de vorige eeuw werd medische assistentie via ontwikkelingshulp /samenwerking toonaangevend. De achterstand die de lokale bevolking door het koloniale systeem had voor wat betreft de toegang tot medische opleidingen wordt gelukkig nu geleidelijk ingelopen. Vanuit Nederland zijn er honderden tropenartsen na hun stage chirurgie, gynaecologie en de NTA cursus (op het Koninklijk Instituut voor de Tropen) uitgezonden naar Afrika en andere ontwikkelingslanden. De medische zorg en het artsentekort waren vaak rampzalig, een ontwikkeling die door de opleiding van lokale artsen in de afgelopen decennia sterk verbeterd is. [1] Aan medisch specialisten, waaronder ook dermatologen, is echter nog steeds een gebrek. Onderwijs en opleiding zijn essentieel. [2] Het RDTC (Regional Dermatology Training Centre) in Moshi, Tanzania speelt hierin een belangrijke rol. Ieder jaar zijn Nederlandse

dermatologen betrokken bij onderwijsprogramma's. In Afrika komen verschillende huidziekten voor die men in Europa niet of nauwelijks meer ziet. Vaak komen patiënten pas laat naar een ziekenhuis of kliniek hetgeen tot dramatische beelden kan leiden. De meeste dermatosen betreffen infectieuze aandoeningen en zijn veelal armoede gerelateerd, de zogenaamde Tropical Neglected Diseases. [3] Enkele voorbeelden hiervan zijn: lepra, leishmaniasis, dermatomycosen (oppervlakkig en diepe mycetoma) en het Buruli ulcus (afbeelding 1). [4] Ook zijn er verschillen tussen de lichte en de donkere huid die tot een andere klinische presentatie kunnen leiden. Zo vertoont de donker gepigmenteerde huid geen duidelijk erytheem, wel zijn er vaak pigmentverschillen. Tevens is er meer neiging tot lichenificatie en keloidvorming. Er bestaat een sterkere cohesie tussen de keratinocyten waardoor bijvoorbeeld eczeem een meer papuleus karakter heeft. [5]

Recent is een interessante discussie ontstaan over het gebruik van voorheen vanzelfsprekende begrippen zoals: tropische dermatologie of zwarte versus blanke huid. Het is goed hiervan kennis te nemen en de terminologie aan te passen. [6] Tevens is het goed kritisch te blijven kijken naar de rol van medische assistentie vanuit westerse landen in ontwikkelingslanden.

PERSOONLIJKE ERVARINGEN

In 1991 vertrok ik als tropenarts naar het Deborah Retief Memorial Hospital in Mochudi, Botswana. De hiv-prevalentie bedroeg in dat jaar in Botswana rond de 8%. Er was sprake van een exponentiële groei, bij mijn afscheid in 1995 was de prevalentie 25% ... Opvallend was het aantal hiv-gerelateerde huidaandoeningen. Vanuit het LUMC is hier onderzoek naar verricht. [7] Tevens was er een hoog percentage seksueel overdraagbare aandoeningen, genitale ulcera kwamen veelvuldig voor. [8] Vele mannen waren werkzaam in de mijnen van Zuid-Afrika en kwamen enkele malen per jaar op verlof. Verder bestond er een hoge mobiliteit. Allemaal factoren die tot een explosieve toename van hiv-infecties hebben geleid.

In 2000 ging ik als dermatoloog werken in het Korle Bu Teaching Hospital te Accra, Ghana. Hoewel de seroprevalentie



Afbeelding 1. Buruli Ulcus

Dermatoveneeroloog, Mauritskliniek Den Haag en Amsterdam; arts Internationale Gezondheid en Tropische Geneeskunde (KNMG)



Afbeelding 2. Herpes zoster



Afbeelding 3. Kaposi sarcoma



Afbeelding 4. Seborrhoisch eczeem

voor Hiv een stuk lager lag (3%) dan in Botswana werden er vele hiv-gerelateerde huidziekten gezien zoals herpes zoster en genitilis, kaposi sarcoom, uitgebreide dermatomycosen en seborrhoisch eczeem (afbeeldingen 2, 3 en 4). In 2003 kwam via Pepfar (The U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief) antiretrovirale therapie ter beschikking in Ghana hetgeen een dramatisch gunstig effect had op het aantal hiv/aids patiënten. Het werd belangrijk hiv-gerelateerde dermatosen vroeg te herkennen omdat nu een anti-retrovirale behan-

deling geboden kon worden. Een ander, meer grootstedelijk probleem was het bleaching syndrome. Vele (vooral vrouwen) mensen met een donkere huid streven naar een lichtere tint en passen skinbleaching toe, dat is het bleken van de gezonde, normale huid met chemische middelen. Dit fenomeen wordt door de Amerikaans socioloog Ronald E. Hall geduid als een psychosociale anomalie die samenhangt met kolonialisme, eurocentrisme en racisme. Om de huid lichter te maken wordt meestal gebruikgemaakt van hydrochinon, corticosteroiden of kwik. Relatief veel voorkomende bijwerkingen zijn: huidatrofie, maskering van schimmelinfecties, acne steroïdalis, striae, teleangiëctasieën, pigmentverschuivingen en exogene ochronose (afbeelding 5). Helaas is deze praktijk in vele landen nog steeds populair. [9] Vanuit de afdeling parasitologie van het LUMC was in Ghana en in Gabon een onderzoek gaande naar de relatie tussen worminfecties en atopie. Ik kreeg het verzoek om samen met enige stafleden van de afdeling dermatologie een aantal schoolkinderen te screenen op atopisch eczeem. Het werden uiteindelijk meer dan 2500 kinderen in Ghana, Gabon en Rwanda (afbeelding 6). De prevalentie van



Afbeelding 5. striae, atrofie en gemaskeerde dermatomycose



Afbeelding 6. Screening van schoolkinderen, samen met Sjan Lavrijsen (LUMC)



Afbeelding 7. Typisch atopisch eczeem met secundaire impetigenisatie

atopisch eczeem was relatief laag en afhankelijk van woonplaats (rurale of urbane gebieden) en sociaal-economisch niveau (SEL) (afbeelding 7). [10] Opvallend was het hoge percentage infectieziekten. [11] Er werden zeer hoge prevalenties *Tinea capitis* gevonden. Er was een significant verschil in percentages tussen rurale en armere (laag SEL) versus rijkere urbane schoolkinderen. *Tinea capitis*, met name de antropofiele verwekkers *T.soudanense* en *T.tonsurans* bleken armoede indicatoren (afbeelding 8). [12]

Vanaf 2005 tot 2010 was ik werkzaam in Rwanda. Er waren destijds minder dan 10 dermatologen in het hele land op een bevolking van ongeveer 10 miljoen mensen. De medische registratie in Rwanda was goed geregeld. Ik was in 2 weken ingeschreven als dermatoloog en kon direct aan de slag. In andere landen is dit vaak een veel lastiger proces. In deze jaren werden alle gegevens van het onderzoek naar huidziekten bij schoolkinderen verwerkt. Tevens werkte ik deels bij de Pharmaccess Foundation, een NGO opgericht door Joep Lange (later verongelukt tijdens de MH17 crash). In diverse Afrikaanse landen werden door deze organisatie hiv/aids workplace programma's begeleid. Er was veel aandacht voor de behandeling met ART's (anti-retrovirale middelen), soa's en huidziekten en hiv.

Een langer werkzaam verblijf in het buitenland en zeker ook in Afrika kan een verrijkende ervaring zijn. Tijdens de dermatologedagen zal op de verschillende aspecten hiervan nader ingegaan worden.

LITERATUUR

1. Rossling H. *How I learned to understand the world: a memoir*. Macmillan USA (10 november 2020).
2. Roderick Hay, DM, Roberto Estrada, MD, and Henning Grossmann, MD. *Managing skin disease in resource-poor environments – the role of community-oriented training and control programs*. *International Journal of Dermatology*. 2011(50):558–563.
3. Mitra AK, Mawson AR. *Neglected tropical diseases: epidemiology and global burden*. *Trop Med Infect Dis*. 2017;2:36.



Afbeelding 8. *Tinea capitis* bij een schoolkind

4. van Hees C, Naafs B. *Dermatology in a tropical environment research, treatment and current issues*. *Medicus Tropicus bulletin*. 2013 march 01.
5. Naafs B. *Een blanke en een zwarte huid*. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2014(24);2.
6. Zeegelaar JE, Cairo I, Wintzen M, et al. *Huid van kleur in de Nederlandse dermatologische praktijk*. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2021;5.
7. Hogewoning AA, Moffat H, Bouwes Bavinck JN, Bergman W. *Prevalence of skindiseases and infections in HIV-positive persons in Botswana*. *Dutch Magazine for Dermatology and Venereology*. 1997;7:250-251.
8. Hogewoning AA, Sanders CJ, de Vries HJC. *Genitale ulcera in Nederland en de rest van de wereld*. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2020;3.
9. Menke HE. *Skinbleaching, dermatologisch perspectief*. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol*. 2010;10.0
10. Hogewoning AA, Bouwes Bavinck JN, Amoah AS, et al. *Point and period prevalences of eczema in rural and urban schoolchildren in Ghana, Gabon and Rwanda*. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2012 Apr;26(4):488-94.
11. Hogewoning A, Amoah A, Bouwes Bavinck JN, et al. *Skin diseases among schoolchildren in Ghana, Gabon, and Rwanda*. *Int J Dermatol*. 2013 May;52(5):589-600.
12. Hogewoning AA, Adegnika AA, Bouwes Bavinck JN, et al. *Prevalence and causative fungal species of tinea capitis among schoolchildren in Gabon*. *Mycoses* 2011 Sep;54(5):e354-9.

CORRESPONDENTIEADRES

Arjan Hogewoning
E-mail: aahogewoning@gmail.com