

TOENAME VAN MALARIA BIJ MIGRANTEN IN DE BIJLMERMEER



Teleurgestelde Ghanese Nederlanders spuien hun klachten over de hulpverlening tijdens een bijeenkomst van gezondheidswerkers in Amsterdam-Zuidoost.

Foto Elsbeth Tijssen

Malaria-profylaxe niet vergoed

De Tweede Kamer had in de tweede helft van de jaren negentig geen bezwaar gemaakt dat de regering groenlicht gaf aan de ziektekostenverzekeraars voor het schrappen van de vergoeding van malaria-profylaxe. Bezoekers van malaria-gebieden konden de profylaxe vaak niet betalen. Ik constateerde een toename van malaria bij migranten in de Bijlmermeer en publiceerde onderstaande artikel over dit vraagstuk in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Samen met de tropenafdeling van het Academisch Medisch Centrum (AMC) startte ik een voorlichtingscampagne op de basisscholen van de wijk. Deze actie was succesvol, echter zorgde de gemeente Amsterdam, stadsdeel Zuidoost er voor dat het AMC de activiteiten met mij moest staken.

Casuïstische mededelingen

Toename van malaria bij migranten in Amsterdam-Zuidoost

A.M.N. MAKDOEMBAKS EN P.A. KAGER

Het aantal gevallen van malaria onder de allochtone bevolking van Amsterdam lijkt toe te nemen: werden bij de Amsterdamse GG&GD in 1991 nog 85 patiënten met malaria aangemeld, in 1997 waren dat er reeds 129, van wie 85 een Plasmodium falciparum-infectie hadden opgelopen. Van deze laatstgenoemde 85 waren 82 in West-Afrika besmet.¹ In 1998 werd in het Academisch Medisch Centrum (AMC) 126 maal de diagnose 'malaria' gesteld; 94 patiënten hadden een P. falciparuminfectie, 55 van dezen waren afkomstig uit Ghana (informatie verkregen van mw. dr. J.C.F.M. Wetsteyn, internist, AMC). In de periode 1979-1988 was 15% van de patiënten met P. falciparum-infectie oorspronkelijk afkomstig uit een malariagebied, terwijl dat tussen 1991 en 1994 48% was.² Deze trend van relatieve toename van malaria bij immigranten werd ook elders in Europa gesignaleerd.^{3 4} In het Verenigd Koninkrijk was in 1996 38% van de malariapatiënten van Afrikaanse herkomst, 35% van Aziatische en slechts 14% was blank en had tevens de Britse nationaliteit.⁵

SAMENVATTING

In een huisartspraktijk in Amsterdam-Zuidoost werd in 1998 bij een 13-jarig Ghanees meisje een uitgestelde eerste aanval van Plasmodium ovale-infectie gediagnosticeerd, bij een 43-jarige Ghanese man en een 8-jarig Ghanees meisje malaria tropica met een lage parasitemie-index, en bij een 44-jarige Surinaamse vrouw Plasmodium vivax-infectie. De Ghanese patiënten hadden hun land van herkomst bezocht, de Surinaamse vrouw had de infectie bij een bezoek aan India opgedaan. Alle patiënten reageerden goed op anti-malariamedicatie. In totaal werd in 1998 in de betreffende huisartsenpraktijk bij 6 patiënten van niet-Nederlandse origine malaria vastgesteld. Vier patiënten hadden geen malariaprofylaxe toegepast en twee hadden de malariamiddelen niet op de juiste wijze gebruikt. Een relatieve toename van malaria bij immigranten wordt in Nederland en ook elders in Europa gesignaleerd. Onderschatting van de risico's en onbekendheid met malaria en de veranderende epidemiologie leiden ertoe dat allochtonen op reis gaan zonder profylactische maatregelen te nemen. Nieuwe creatieve wegen moeten worden gezocht om deze bevolkingsgroep goed voor te lichten.

A.M.N. Makdoembaks, huisarts, Klieverink 1, 1104 KC Amsterdam.

Academisch Medisch Centrum, afd. Infectieziekten, Tropische Geneeskunde en AIDS, Amsterdam.

Prof .dr P.A. Kager, internist.

Correspondentieadres: A.M.N. Makdoembaks.

Zie ook het artikel op blz. 64.

Ned Tijdschr Geneeskd 2000 8 januari;144(2) 83

Landelijk lijkt het aantal gevallen van malaria sinds 1988 vrij constant: ongeveer 250-300 patiënten worden jaarlijks gemeld, maar in werkelijkheid zijn er wellicht 600 per jaar.⁶ Bij de Surinaamse bevolkingsgroep (10% van de Amsterdamse bevolking) zien wij niet vaak malaria, omdat deze ziekte alleen in het bosgebied van Suriname voorkomt. Ongeveer 1% van de Amsterdamse bevolking komt uit West-Afrika⁷ en van hen vormen Ghanezen, die voornamelijk in Amsterdam wonen, met 5000 personen (50% vrouwen) de grootste groep.⁸ De huisartsenpraktijk van een onzer (A.M.N.M.) in Amsterdam (Bijlmermeer) telt ongeveer 200 patiënten afkomstig uit Ghana; een aantal dat sinds 1990 vrij constant is. Veel Ghanezen bezoeken hun geboorteland en gebruiken dan geen malariaprofylaxe.² In de periode 1990-1996 waren er in de praktijk jaarlijks gemiddeld 2 Ghanese patiënten met malaria. In 1997 waren het er 3 en in 1998 5. Bovendien werd in 1998 een Surinaamse patiënte in India geïnfecteerd. Kennis van deze infectie, van de mogelijke complicaties en van de mogelijkheden om besmetting te voorkomen waren bij deze patiënten gebrekkig. Aan de hand van 4 casussen lichten wij enkele problemen toe.

ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Patiënt A, een in 1985 in Ghana geboren en sedert enkele jaren in Amsterdam wonend meisje, kreeg in mei 1998 klachten van hoofdpijn, koorts en koude rillingen, die al 10 dagen bestonden voor zij zich bij de huisarts meldde. Het in het huisartsenlaboratorium vervaardigde dikkedruppelpreparaat toonde malariaparasieten, maar definitief uitsluitel over de soort en het aantal was niet mogelijk. Patiënte werd na telefonisch contact naar de kinderarts verwezen, bij wie zij direct terecht kon. Zij was 9 maanden eerder op familiebezoek in Ghana geweest. Zij had wekelijks een onbekend medicijn ingenomen, waarschijnlijk mefloquine, maar niet trouw. Zij keerde begin juli 1997 in Nederland terug en werd in augustus adequaat behandeld voor een *P. falciparum*-infectie. Bij nacontroles bleek zij van deze infectie te zijn genezen.

Bij lichamelijk onderzoek maakte zij geen zieke indruk. De lever en de milt waren niet palpabel. Het dikkedruppelpreparaat toonde Plasmodium ovale-parasieten. De conclusie luidde: 'zogeheten uitgestelde eerste aanval van P. ovale'. Zij werd behandeld met chloroquine en vervolgens met primaquine (de activiteit van glucosefosfaatdehydrogenase in het bloed was normaal). Bij controle 2 weken later maakte patiënte het goed en was zij geheel hersteld.

Patiënt B, een in 1955 in Ghana geboren en sedert 1990 in Amsterdam wonende man, was drie keer teruggeweest naar Ghana, voor het laatst van april tot half juni 1998. Hij was goed gevaccineerd, maar gebruikte geen malariaprofylaxe. Drie weken na aankomst in Ghana was hij ziek geworden met koorts en pijn in de benen. Er werd toen hoge bloeddruk vastgesteld, waarvoor hij medicijnen kreeg voorgeschreven. Naar zijn zeggen kreeg hij niets tegen malaria. Sedert zijn terugkeer naar Nederland had hij af en toe koorts. Begin juli kreeg hij ook gewrichts-, spier- en hoofdpijn, reden waarom hij zich meldde bij de huisarts. Hij werd verwezen naar de internist-tropisch geneeskundige. Als kind zou hij malaria hebben gehad, daarna niet meer.

Bij het lichamelijk onderzoek was patiënt matig ziek. De bloeddruk was 190/95 mmHg, de polsfrequentie 80/min. Patiënt leek licht icterisch en lever en milt waren juist palpabel. In een dikkedruppelpreparaat werden P. falciparum-parasieten gezien, met een lage parasitemie-index: 81 trofozoïten per 100 leukocyten. Bloedonderzoek toonde een verhoogde bezinking (BSE: 83 mm/1e uur) en voorts: hemoglobine (Hb): 7,1mmol/l; leukocyten: 5,2 $\cdot 10^9/l$; trombocyten: 165 $\cdot 10^9/l$. De nierfunctie was gestoord (serumcreatinine: 144 $\mu\text{mol/l}$); de bilirubineconcentratie bedroeg 27 $\mu\text{mol/l}$ (normaal 0-17). Patiënt had derhalve malaria tropica met een lage parasitemieindex, en tevens hypertensie. Hij werd 3 dagen behandeld met een nieuw combinatiepreparaat bestaande uit atovaquon en proguanil. Hij genas volledig van deze malaria-episode. De evaluatie en de behandeling van de hypertensie en de nierfunctiestoornis laten wij hier buiten beschouwing.

Patiënt C, een in 1954 in Suriname geboren vrouw van Hindoestaanse afkomst, woonde sedert 1985 in Amsterdam. Begin september 1998 kreeg zij klachten van duizeligheid, misselijkheid, verminderde eetlust en koorts tot 39°C, met koude rillingen. Een maand eerder was zij teruggekomen van een vakantie van 3 weken in India. Aldaar had zij kortdurend diarree gehad. Als malariaprofylacticum had zij proguanil gebruikt, maar bij thuiskomst was zij hiermee opgehouden. Toen zij 10 dagen ziek was, meldde zij zich bij de huisarts, die haar verwees omdat zij een zieke indruk maakte. Vanuit de polikliniek werd zij opgenomen. De polsfrequentie was 90/min, de bloeddruk 120/70 mmHg en de temperatuur 37,2°C. De conjunctivae waren bleek. Het verdere lichamelijk onderzoek bracht geen bijzonderheden

aan het licht, met name waren de lever en de milt niet palpabel. Het dikkedruppelpreparaat toonde Plasmodium vivax-parasieten. De uitslagen van verder laboratoriumonderzoek waren: BSE: 97 mm/1e uur; Hb: 3,8 mmol/l; erythrocyten: $3,51 \cdot 10^{12}/l$; 'mean corpuscular volume' (MCV): 58 fl; 'mean corpuscular haemoglobin' (MCH): 1,09 fmol; 'mean corpuscular haemoglobin content' (MCHC): 18,8 mmol/l; reticulocyten: 3,5%; leukocyten: $4,6 \cdot 10^9/l$. Patiënte leed derhalve aan een P. vivax-infectie en een microcytaire hypochrome anemie die niet pastte bij een P. vivax-infectie. De aanvullende anamnese wees op menometrorragie, echografisch onderzoek toonde een uterus myomatosus en de verdere laboratoriumgegevens pasten bij een ijzergebreksanemie.

Patiënte werd behandeld met chloroquine en nadat glucosefosfaatdehydrogenasedeficiëntie was uitgesloten, met primaquine. Onder ijzersuppletie verbeterde de Hb-waarde geleidelijk.

Patiënt D, een in 1990 in Amsterdam geboren meisje van Ghanese ouders, verbleef vanaf 1992 in Ghana. Zij was bekend wegens sikkelcelanemie (HbS- α -thalassemie) en had in Ghana klachten gehad van moeheid, slechte eetlust en pijn in de extremiteiten. Zij had geen malariaprofylaxe gebruikt. Zij keerde in juli 1998 terug in Nederland. Begin september presenteerde zij zich bij de huisarts met pijn in de rechter arm, hoofdpijn en mogelijk koorts. Zij maakte een zieke indruk en werd door de kinderarts opgenomen. Zij was niet icterisch. De lichaamstemperatuur bedroeg 39,2°C, de polsfrequentie 120/min. De lever en de milt waren 4 cm onder de ribbenboog palpabel. De rechter bovenarm was pijnlijk gezwollen en er was bewegingsbeperking van de rechter elleboog. Bloedonderzoek toonde P. falciparum-parasieten met een parasitemie-index van 0,1%. De Hb-waarde bedroeg 4,0 mmol/l. Röntgenonderzoek toonde geen afwijkingen aan rechter arm en elleboog. De diagnose luidde 'malaria tropica met een lage parasitemie-index en een pijnlijke rechter bovenarm en elleboog, mogelijk ten gevolge van een botcrisis' bij een Ghanese patiënte met HbS- α -thalassemie. Bloedkweken bleven negatief. Behandeling met halofantrine (de QT-tijd op het ECG was normaal) resulteerde in genezing van de malaria. De pijn in arm en elleboog verdween tijdens hyperhydratie en pijnstilling.

84 Ned Tijdschr Geneeskd 2000 8 januari;144(2)

Bovendien was amoxicilline-clavulaanzuur toegediend, bij patiënten met sikkelcelanemie en een crisis niet ongebruikelijk omdat aan een bacteriële infectie wordt gedacht als uitlokkend moment.

BESCHOUWING

In 1998 vertrokken meer dan 1 miljoen Nederlanders naar verre bestemmingen en verwacht wordt dat over 10 jaar 3,5 miljoen mensen dit zullen doen.⁹ Onder deze reizigers bevinden zich vele allochtonen die voor familiebezoek, vakantie of zaken terugreizen naar hun land van afkomst, soms na vele jaren. Vele allochtonen winnen geen advies in bij een vaccinatiecentrum of hun huisarts.² Zij onderschatten de gevaren, denken de risico's wel te kennen en deze wel aan te kunnen. Mogelijk denken zij nog immuun te zijn voor de ziekten in hun geboortestreek en weten zij niet dat malaria-immuniteit in de loop der jaren vermindert. Wellicht onderschatten zij ook de veranderingen die ter plaatse zijn opgetreden, met name het oprukken van malaria en de toenemende resistentie van de malariaparasiet tegen geneesmiddelen. Het goedkope middel dat overal te koop is, chloroquine, is niet altijd meer werkzaam.¹⁰ Een hinderpaal bij de profylaxe zou ook kunnen zijn dat malariaprofylactica (en vaccinaties voor een reis) niet vergoed worden door verzekering of ziekenfonds. Voor een gezin met kinderen kunnen de kosten hiervan aardig oplopen. Bovendien informeren reisbureaus reizigers gebrekkig over gezondheidsrisico's bij verre bestemmingen en is voorlichting door middel van folders wellicht niet effectief.

Terwijl het absolute aantal patiënten met malaria in Nederland constant blijft, is het relatieve aandeel van allochtone Nederlanders toegenomen.^{2,3} Behalve de gemelde 4 patiënten waren in de praktijk in 1998 nog 2 Ghanezen die een *P. falciparum*-infectie opliepen in Ghana: 4 patiënten hadden geen profylaxe gebruikt en 2 patiënten pasten de profylaxe niet juist toe. De met *P. falciparum* geïnfecteerden toonden geen acuut ziektebeeld, geen acuut hoge koorts met koude rillingen, maar meer een geprotraheerd beloop. Het aantal parasieten was niet hoog, hoewel de patiënten geen malariaprofylaxe hadden toegepast. Een zekere mate van immuniteit heeft hierbij waarschijnlijk toch nog een rol gespeeld.

In het Verenigd Koninkrijk werd opgemerkt dat malaria in toenemende mate etnische minderheden treft en dat sterfte voorkomt bij reizigers van elke etnische afkomst, maar dat reizigers van Europese origine een bijzonder risico lijken te lopen aan malaria te sterven. De 11 sterfgevallen ten gevolge van malaria in 1996 in het Verenigd Koninkrijk betroffen 9 blanken (7 Britten, 2 van elders) en 2 Aziaten, van wie 1 pas was aangekomen en 1 al langer in het Verenigd Koninkrijk woonde.⁵

Onze patiënten met *P. vivax*- en *P. ovale*-infectie hadden wel duidelijk koude rillingen. Infectie met *P. vivax* leidt meestal niet tot opname, maar patiënt C werd wel opgenomen doordat er ook een ernstige ijzergebreksanemie was. Comorbiditeit zoals anemie, sikkkelcelziekte, diabetes mellitus of hypertensie kan belangrijke invloed uitoefenen op het uiteindelijke ziektebeeld: anemie wordt verergerd, een crisis wordt uitgelokt, suikerspiegel- of bloeddrukcontrole raakt ontregeld. De indruk bestaat dat bij allochtonen comorbiditeit zich vaker voordoet, maar juiste getallen hieromtrent ontbreken.

In de Bijlmermeer lijkt het aantal patiënten dat tijdens familiebezoek in de tropen malaria oploopt, toe te nemen. Ook elders dient men hiermee rekening te houden. Andere dan de gebruikelijke informatiemethoden dienen te worden verkend om de allochtone bevolkingsgroepen te bereiken en in en voor te lichten. Bepaalde groepen kunnen wellicht beter worden geïnformeerd via bijeenkomsten in kerken, moskeeën, scholen en andere ontmoetingspunten en via lokale tv- en radiostations dan met folders. Informatiecampagnes zoals voor griepvaccinatie moeten worden overwogen.

ABSTRACT

Increase of malaria in migrants in Amsterdam Southeast. – In a general practice in Amsterdam Southeast in 1998 a delayed first attack of Plasmodium ovale infection was diagnosed in a 13-year-old girl from Ghana, malaria tropica with a low parasitaemia index in a 43-year-old Ghanaian man and a 8-year-old Ghanaian girl, and Plasmodium vivax infection in a 44-year-old Surinam woman. The Ghanaian patients had visited their native country, the Surinam woman had contracted the infection during a visit to India. All patients responded well to antimalaria medication. These patients were among a total of 6 patients of non-Dutch origin diagnosed with malaria in 1998 in this general practice. Four patients had not taken any prophylactic drug and two had not used the drugs properly. A relative increase of malaria in immigrants has been seen in the Netherlands and elsewhere in Europe in recent years. Underestimation of the risks and lack of knowledge of malaria and of the changing epidemiology make people of ethnic minorities travel without taking appropriate precautions. New, creative ways of communication and information will have to be explored to reach these migrant communities.

LITERATUUR

- 1 Jaarverslag 1997, afdeling infectieziekten. Amsterdam: GG&GD; 1997.
- 2 Wetsteyn JCFM, Kager PA, Gool T van. The changing pattern of imported malaria in the Academic Medical Centre, Amsterdam. J Travel Med 1997;4:171-5.
- 3 Behrens RH, Pryce DI. Trends and presenting features of malaria in travellers from the UK. Trans R Soc Trop Med Hyg 1993;87:361.
- 4 Di Perri G, Solbiati M, Vento S, De Checchi G, Luzzati R, Bonora S, et al. West African immigrants and new patterns of malaria imported to North Eastern Italy. J Travel Med 1994;1:147-51.

5 Bradley DJ, Warhurst DC, Blaze M, Smith V, Williams J. Malaria imported into the United Kingdom in 1996. Euro surveillance 1998; 3:40-2.

6 Reep-van den Bergh CMM, Docters van Leeuwen WM, Kessel RPM van, Lelijveld JLM. Malaria: onderrapportage en risicoschatting voor tropenreizigers. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:878-82.

7 Jaarboek 1998. Het Amsterdamse Bureau voor Onderzoek en Statistiek. Amsterdam, 1998.

8 Zuidoost in cijfers. CBMO-onderzoek. Stadsdeel Amsterdam-Zuidoost, maart 1998.

9 Nederlander onbeschermd op reis. Trouw, 13 januari 1999.

10 Marsh K. Malaria disaster in Africa. Lancet 1998;352:924.

Aanvaard op 16 augustus 1999

Ned Tijdschr Geneesk 2000 8 januari;144(2) 85

Sabotage voorlichtingscampagne met het AMC

Begin 2000 besloot ik samen met prof. dr. Kager van het AMC, voorlichting aan de kinderen van de Bijlmer-basisscholen te organiseren. De door de huisdokter, Kager en AMC-tropenarts mw. dr. J.C.F.M. Wetsteyn georganiseerde eerste voorlichtingsochtend was een groot succes. Met een film en uitleg op 19 mei 2000 op de zwarte school Augustinus College in de Bijlmermeer was de actie volledig geslaagd en voldeed aan alle verwachtingen. Bij de eerste bespreking voor een plan van aanpak voorlichtingsactiviteiten op scholen 2001 kreeg ik prof. P.A. Kager de droevige mededeling dat de afdeling communicatie/voorlichting van het AMC benaderd was door de 'adviseur' van de gemeente Amsterdam van het stadsdeel Zuidoost de heer Jan Lau. Het AMC kreeg het advies om alle voorlichtingsactiviteiten met de huisarts onmiddellijk te staken, hetgeen ook is gebeurd.

KROradio 1 zendt interview over malariaproblematiek niet uit

De heer Rudy Lion Sjin Tjoe is radio-reporter voor de KRO, maar heeft ook een eigen bedrijf. Rudy is een zeer goede vriend van de heer Jan Lau en doet wat van hem verlangd wordt door Lau. Via zijn bedrijf krijgt Rudy, vermoedelijk na bemiddeling door de heer Jan Lau, waarschijnlijk als beloning, regelmatig goed betaalde opdrachten voor het stadsdeel Zuidoost. Vlak vóór het afblazen van het project door het AMC, had ik mijn medewerking verleend aan de heer Rudy Lion Sjin Tjoe om voor de KRO-radio-I een reportage te maken over de geconstateerde toename van malaria in de Bijlmermeer. Om een deel te zullen gaan gebruiken voor de uitzending over malaria in de Bijlmer op Radio-I werd ik ongeveer een

half uur geïnterviewd door Rudy . Tevens zorgde ik ervoor dat de interviews van de in een artikel beschreven patiënten en een leider van de Ghanese gemeenschap tot stand konden komen. Tijdens de uitzending liet de KRO-Radio-I-verantwoordelijke dat deel van de huisarts niet uitzenden. Mogelijk dat de heer Jan Lau zijn vriend Rudy zover heeft kunnen bewerken en krijgen om mij te boycotten.

Netwerk televisie knipt fragmenten waarin Makdoembaks wordt genoemd

Netals KRO-Radio-I, besteedde in dezelfde periode ook Netwerk-televisie aandacht omtrent het vorenstaande. Prof. dr. Kager werd uitgebreid geïnterviewd omtrent de door mij geconstateerde en in het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde gepubliceerde malaria problematiek. Tijdens het interview legde prof. Kager regelmatig de nadruk op het inhoudelijke van het artikel en noemde een aantal malen mijn naam. Echter werd tijdens de uitzending al deze onderdelen en fragmenten eruit geknipt.

Ingrijpen door secretaris van het dagelijks bestuur stadsdeel Amsterdam Zuidoost

Ik protesteerde tegen de handelwijze van Jan Lau bij de eindverantwoordelijke ambtenaar van de gemeente Amsterdam Stadsdeel Zuidoost, de heer H.K. Fernandes Mendes, secretaris van het Dagelijks Bestuur. Op 9 oktober 2001 werd de klacht besproken in een overleg met de secretaris en de heer Jan Lau. Het resultaat van het voormelde gesprek was dat zonder tussenkomst van het Dagelijks Bestuur en de raad, 'adviseur' Jan Lau ervoor zorgde dat de huisarts een contract kreeg om gedurende één jaar kosteloos via Radio Zuidoost, het lokale radiostation in Amsterdam Zuidoost, medische voorlichtingsprogramma's kon verzorgen.