

# Geen tuberculose, wat dan wel?

dr. L.M. Ott de Bruin

(TIJDSCHR INFECT 2020;15(2):87-8)

In de rubriek Infecties zonder Grenzen delen artsen, die in het buitenland werkzaam zijn op het gebied van infectieziekten, hun werkervaringen met de lezers van het TvI. In deze editie: Lisa Ott de Bruin, werkzaam in het Gertrude's Children's Hospital in Nairobi, Kenia.

Op mijn eerste werkdag in het Gertrude's Children's Hospital, een privéziekenhuis in Nairobi, werd bij de bespreking van patiënten op de kinder-intensivereafdeling een casus gepresenteerd van een baby van 4 maanden oud, die 4 uur na de geboorte al convulsies had. Sindsdien had ze longproblemen. Een CT-scan toonde atrofie van de hersenen. Direct werd gedacht aan cytomegalovirus (CMV), maar deze diagnose werd snel verworpen omdat de CMV-IgG-test weliswaar positief was, maar een test op IgM negatief. Bij een latere bespreking bleek dat de behandeling was gestaakt: de ouders hadden geen geld meer.

Ik zou in de 8 maanden dat ik bij Gertrude's heb gewerkt nog regelmatig worden geconfronteerd met de gevolgen van een gebrek aan zorgverzekering. Ik besepte daardoor hoe weinig artsen in Nederland hoeven na te denken over de kosten van behandelingen. Zo had ik tijdens die eerste bespreking geopperd dat een PCR op urine moest worden gedaan; IgG komt van de moeder en het duurt langer voor het IgM bij een pasgeborene positief is. De diagnose CMV was wellicht onterecht verworpen. Ik stond er niet bij stil dat de PCR een dure test is en daarom niet mogelijk was.

Ik ben nu derdejaars kinderarts in opleiding. Toen mijn vriend de mogelijkheid kreeg om in Nairobi te werken, greep ik mijn kans. Ik wist dat Gertrude's het enige kinderziekenhuis in Centraal- en Oost-Afrika was en dat het een goed ziekenhuis was, maar had verder geen idee wat ik kon verwachten. Ik heb vooral veel gewerkt in 'outpatient', een soort afdeling Spoedeisende Hulp en polikliniek tegelijk. Hier worden dagelijks veel patiënten gezien met uiteenlopende ziektebeelden: de bekende virale en bacteriële kinderinfecties, en ook tropeninfecties en allerlei niet-infectieuze acute en chronische problematiek.



Naar aanleiding van die eerste casus en het promotieonderzoek dat ik eerder deed bij de afdeling Kinderimmunologie in het Boston Children's Hospital raakte ik in gesprek over immunologie. De intensivist vertelde dat er in Kenia eigenlijk geen kinderimmunologen waren, en in heel Afrika maar weinig. Nu andere problemen zoals ondervoeding, hiv, tuberculose (TB) en malaria in Afrika beter onder controle zijn, groeit in de meer geavanceerde ziekenhuizen de interesse in onder andere primaire immunodeficiënties. Ik werd uitgenodigd om hierover een seminar te geven en maakte een protocol voor de testen. Een aantal testen, zoals het bloedbeeld en leukocytdifferentiatie, konden bij ons in het laboratorium worden gedaan. Andere testen, zoals voor immunoglobulinen, konden elders in Nairobi worden gedaan. Ingewikkelder testen, zoals lymfocytensubsets via flowcytometrie, werden in India of Zuid-Afrika gedaan. Eigenlijk bleek al veel mogelijk, alleen vond men het lastig te bepalen wanneer welke testen moesten worden gedaan. Al snel kon ik mijn eerste immunologiepatiënt helpen. Na afloop van een symposium in Nairobi over primaire immunodeficiënties kwam een internist naar me toe die zich afvroeg of haar nichtje een primaire immunodeficiëntie had. Met hulp van mijn promotor konden we een primaire immunodeficiëntie vaststellen en de genetische mutatie determineren (waarover in een internationaal tijdschrift zal worden gepubliceerd). Het meisje was al vaak getest op TB. Haar huid zat vol abcessen waaruit meerdere malen *Staphylococcus aureus*

aios kindergeneeskunde, Gertrude's Children's Hospital, Nairobi, Kenia, e-mailadres: l.ottdebruin@erasmusmc.nl

**Trefwoorden:** diagnostiek, Kenia, kindergeneeskunde, primaire immunodeficiëntie.

**Keywords:** diagnostics, Kenya, paediatrics, primary immunodeficiency.

gekweekt was, een deel van haar long was verwijderd en ze had veel littekens van eerdere abcessen. Ze droeg een muts, omdat ze zich schaamde voor haar abcessen, en wilde daarom niet naar school. Na de diagnose konden we haar met de juiste antibioticaprofylaxe behandelen, de abcessen verdwenen en de muts kon af!

Naar aanleiding van deze patiënt mailde ik de CEO en 'clinical director' van Gertrude's met het voorstel om meer immunologische testen lokaal aan te bieden en een eigen immunologiepolikliniek te beginnen. De volgende dag had ik een afspraak en binnen 20 minuten stond ik weer buiten met hun toestemming! Ik kon niet geloven hoe snel en makkelijk dit ging.

Op de nieuwe polikliniek zag ik een patiënt uit Tanzania in verband met een verdenking op een primaire immuundeficiëntie. Ze was 1 jaar en 7 maanden en liep nog niet zonder ondersteuning. Gedacht werd dat het een vitamine D-deficiëntie was. Dit is hier een veelvoorkomend probleem, omdat geen standaard profylaxe wordt gegeven en kinderen eigenlijk weinig in de zon zitten. Ze bleek ook veel allergieën te hebben en hypermobile gewrichten; haar knieën ontwrichtten continu. Samen met de kinderreumatoloog die op die dag toevallig dienst had, dook ik de literatuur in en kwamen we uit op het syndroom van Loey-Dietz, een met allergie geassocieerde bindweefselaandoening.

Overleg en onderlinge toetsing gebeurt hier minder automatisch dan in Nederland, standaard supervisie en overdracht ontbreken. Op de afdeling heeft elke patiënt gedurende de hele opname 1 kinderarts en er is geen zaalarts. Toch had ik net zoveel inhoudelijke discussies met collega's als in Nederland. Zo sprak ik regelmatig af om casuïstiek door te nemen met een Ethiopische kinderarts die hier al een aantal jaar werkte. Daar leerde ik veel van. Ik realiseerde me dat bij tegenstrijdige informatie in de literatuur over het effect van een behandeling in Nederland voor een expectatief beleid wordt gekozen, terwijl hier toch voor de zekerheid een behandeling wordt gegeven. Deels komt dit doordat dit een privéziekenhuis is dat zoveel mogelijk doet voor de mensen die het kunnen betalen. Verder kunnen patiënten hier minder nauw worden gevolgd, vanwege financiële of logistieke redenen.

Het streven is daarom om de patiënt in 1 keer optimaal te behandelen. De Ethiopische collega en ook veel van de Keniaanse artsen die ik ontmoette, bleken een brede kennis te hebben van veel verschillende ziektebeelden. Het onderwijs is veel meer op theorie en stampen gefocust, en dat heeft duidelijk effect.

In Nairobi zijn een aantal privéziekenhuizen gevestigd en het Kenyatta National Hospital, een overheidsziekenhuis. In Kenyatta kan iedereen terecht met een nationale verzekering en is de eigen bijdrage klein. Veel artsen werken zowel bij het Kenyatta als bij een aantal privéziekenhuizen of hebben een eigen praktijk. Veel patiënten gaan naar het Kenyatta. Het is fijn dat de patiënt zelf daar minder kosten heeft, maar door de grote aantallen patiënten kan daar niet iedereen worden geholpen. Bovendien worden duurdere testen niet gedaan en duurdere medicatie niet vergoed. Uitgebreidere verzekeringen vergoeden meer, ook bij de privéziekenhuizen, maar slechts tot een maximaal bedrag en vrijwel nooit bij chronische ziekten. Zo was mijn vreugde van korte duur toen de reumatoloog de diagnose voor een van mijn patiënten had gevonden. Het was systemische juveniele idiopathische artritis, wat het beste behandeld kan worden met biologicals. Omdat het een chronische ziekte is, worden deze dure medicijnen echter nooit vergoed.

Ik heb ontzettend veel geleerd. Bij 'outpatient' moest ik zonder supervisie de ernstige gevallen van onschuldige snotneuzen onderscheiden, wat veel lastiger is zonder huisarts die al een eerste selectie maakt. Ik vond het ongemakkelijk dat het ziekenhuis zo direct verdiende aan de testen die wij deden, vooral omdat veel patiënten de optimale zorg niet of nauwelijks konden betalen. Het was gek om bij elke test de prijs te zien wanneer ik deze in het elektronisch patiëntendossier aanklikte. Je wordt hierdoor als arts wel extra kritisch over de relevantie. Ook heb ik de indruk dat ik meer kansen kreeg juist omdat het een privéziekenhuis is. Er is ruimte voor innovatie en men staat open voor de nieuwe subspecialismen binnen de kindergeneeskunde.

Voordat ik naar Nairobi ging, was ik bang dat ik de diagnose TB zou missen, maar inmiddels is men in Nairobi toe aan de volgende stap. Als het geen TB is, wat is het dan wel?

**AUTEURSINSTRUCTIES**

De rubriek Infecties zonder Grenzen biedt een podium voor artsen die in het buitenland werkzaam zijn op het gebied van infectieziekten. In de column staan de klinische aspecten van het werken in het buitenland centraal, zodat collega's in Nederland kunnen leren van de ervaringen van de auteur. Een andere insteek is in overleg echter ook mogelijk.

Potentiële auteurs voor Infecties zonder Grenzen kunnen hun ideeën voor een column toesturen naar het redactiesecretariaat: [tvi@ariez.nl](mailto:tvi@ariez.nl)