

Opvallende zaken in Indonesië

Dr. Raph Hamers

(TIJDSCHR INFECT 2018;13(4):136-137)

In de rubriek *Infecties zonder Grenzen* delen geneeskundigen, die in het buitenland werkzaam zijn op het gebied van infectieziekten, hun werkervaringen met de lezers van het TVI. 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. In deze editie: Raph Hamers, internist-infectioloog, werkzaam bij de Eijkman-Oxford Clinical Research Unit (EOCRU) in Jakarta.

Met elk jaar 1 miljoen malariagevallen, 1,3 miljoen nieuwe tuberculosegevallen en 48.000 nieuwe hiv-infecties scoort Indonesië hoog op de hitlijst van 'the big 3' van infectieziekten. Het nationale palet van infectieziekten is echter nog veel breder en diverser; net zo divers als de archipel zelf, die zich met meer dan 17.000 eilanden uitstrekt over 5.000 km, met ruim 260 miljoen inwoners, verdeeld over zo'n 300 etniciteiten.

Op het dichtbevolkte eiland Java zijn regelmatig uitbraken van 'vaccine-preventable diseases', zoals mazelen, difterie en Japanse encefalitis. Recentelijk nog was er een grote difterie-uitbraak in Jakarta met 38 doden, waarvan de meeste kinderen waren. De lage vaccinatiegraad in religieus-conservatieve milieus speelt hierbij een belangrijke rol. Conservatieve geestelijken stellen namelijk dat vaccinatie verboden is door de islamitische wet. Hun invloed lijkt de laatste jaren te groeien. Daarnaast nemen, net als in de westerse wereld, de sentimenten tegen vaccinatie toe, vooral onder hoogopgeleiden in de grote steden.

Jakarta, met 30 miljoen inwoners een van 's werelds grootste metropolen, is een extreem voorbeeld van de snelle verstedelijking in veel ontwikkelingslanden. Van de stadsbewoners woont 1 op de 4 in een krottenwijk, vaak onder erbarmelijke leefomstandigheden: luchtvervuiling, overbevolking, overstromingen, slechte hygiëne en beperkte aan-



sluiting op veilig water

en riolering. De

'stedelijke' infectieziekten als dengue, tuberculose, darm-infecties en leptospirose tieren dan ook welig. Met de groeiende middenklasse in de steden neemt ook de zorgconsumptie, inclusief antibioticagebruik, explosief toe. In de privésector bestaat een sterke drijfveer om antibiotica voor te schrijven en veel antibiotica zijn ook zonder doktersvoorschrift te koop.

In de openbare ziekenhuizen is microbiologische diagnostiek een ondergeschoven kindje. Kweken worden weinig gedaan en uitslagen van het laboratorium laten te lang op zich wachten. Bij een geprotraheerd ziektebeloop wordt er vaak voor gekozen om de empirische behandeling verder te escaleren door nog een antibioticum toe te voegen, zonder diagnose. Effectieve 'antibiotic stewardship'-programma's zijn er in Indonesië niet of nauwelijks. Zuidoost-Azië is een hotspot voor antimicrobiële resistentie.

In de geografisch afgelegen en economisch onderontwikkelde gebieden van Oost-Indonesië heerst een heel andere, veel minder zichtbare realiteit. Geografische isolatie, armoede, ondervoeding en beperkte toegang tot schoon water dragen bij aan het voortbestaan van talloze 'neglected tropical diseases': zo komen lymfatische filariasis, framboesia (yaws), lepra, scabiës, rabiës en worminfecties nog veel voor.

In het kader van een ‘public engagement’-project hebben we recentelijk een fotoreportage gemaakt in Nusa Tenggara Timur (NTT, na Papoea de armste provincie van het land) om de mensen en hun gezondheidsproblemen in beeld te brengen. We ontmoetten bijvoorbeeld de 9-jarige Petrus. Sinds een paar maanden heeft hij huidlaesies die verdacht zijn voor framboesia, een besmettelijke huidinfectie veroorzaakt door *Treponema pallidum pertenue*. Onbehandeld kan deze infectie leiden tot ernstige deformaties. Framboesia komt nog steeds voor in rurale gebieden van NTT, conform het gezegde ‘waar de weg eindigt, begint framboesia.’ Anno 2018 is het nog niet gelukt om framboesia uit te roeien.

De Indonesische overheid is in 2014 begonnen met een heroïsche inspanning om een nationale zorgverzekering in te voeren, maar het is in deze afgelegen gebieden een enorme uitdaging om basiszorg bereikbaar te maken voor iedereen.

Er zijn infectieziekten die naar verwachting veel zouden moeten voorkomen in (delen van) Indonesië, maar waarover betrouwbare gegevens nagenoeg ontbreken. Een dergelijke ‘witte vlek’ geldt bijvoorbeeld voor melioidose, een infectieziekte die veroorzaakt wordt door *Burkholderia pseudomallei* en die endemisch is in alle omringende tropische landen, met name Vietnam, het noordoosten van Thailand en het noorden van Australië. Rijstboeren (in groten getale aanwezig in de archipel) vormen risicogroep nummer 1, maar het totale aantal gerapporteerde gevallen beperkt zich tot 146.

Of neem scrubtyfus, veroorzaakt door *Orientia tsutsugamushi*. Indonesië ligt middenin de zogenoemde tsutsugamushi-driehoek, maar het aantal gerapporteerde gevallen is op een paar handen te tellen.

Sinds 2017 ben ik als klinische onderzoeker werkzaam bij EOGRU, dat in 2008 werd opgericht als een samenwerking tussen de Universiteit van Oxford en het gerenommeerde Eijkman Instituut voor Moleculaire Biologie. Daarnaast geef ik leiding aan een nieuw laboratorium dat EOGRU in 2017 samen met de medische faculteit van Universitas Indonesia heeft geopend om het patiëntgebonden infectieziektenonderzoek verder te versterken. In de komende jaren ontwikkelen EOGRU en haar partners een brede, ambitieuze onderzoeksagenda, gericht op het vullen van kennislacunes. Ik begeleid diverse typen onderzoek op uiteenlopende onderwerpen, waaronder tuberculose, breininfecties, malariavaccin, antibioticagebruik en -resistentie en ‘neglected tropical diseases’.

Ondanks de indrukwekkende lijst aan infectieziekten en uitdagingen is er in de medisch-wetenschappelijke literatuur opvallend weinig bekend over Indonesië. Daar hopen we op termijn verandering in te brengen!

Deze column is een bewerking van Interne Geneeskunde 2018;9(2):18-9.

AUTEURSINSTRUCTIES

Potentiële auteurs voor *Infecties zonder Grenzen* kunnen het thema of de boodschap, dan wel de leerpunten van hun beoogde column toesturen naar het redactiesecretariaat (tvi@ariez.nl). Na akkoord van de Hoofdredeactie wordt de auteur uitgenodigd voor het schrijven van een bijdrage of wordt de auteur gebeld voor een telefonisch interview. Indien sprake is van een interview zal de uitgever een concepttekst maken die wordt voorgelegd aan de auteur en de Hoofdredeactie. Bij akkoord van beide partijen wordt de bijdrage gepubliceerd. Een bijdrage dient 750 woorden lang te zijn en wordt geplaatst met een kleurenfoto van de columnist (minimaal 330dpi, ofwel een bestandsgrootte van 3-4 Mb); het liefst een (zakelijke) foto op de besproken locatie in het buitenland. De column mag enkele referenties bevatten, maar ook bijdragen zonder referenties zijn mogelijk, omdat het hier ‘ervaring in het veld’ betreft.

ALLE GEPUBLICEERDE ARTIKELLEN KUNT U VINDEN OP ONZE WEBSITE:

WWW.ARIEZ.NL

Tevens kunt u daar zoeken naar artikelen die in onze andere tijdschriften zijn gepubliceerd.