

Etnische dermatologie, een nieuwe uitdaging

H.E. Menke¹, H.A.M. Neumann²

DEMOGRAFISCHE VERANDERINGEN IN NEDERLAND*

De toename van het aantal niet-westerse allochtonen en de veroudering van de samenleving zijn demografische factoren, die de praktijkvoering van de Nederlandse dermatoloog ingrijpend (zullen) beïnvloeden. Ruim 10% van de Nederlandse bevolking bestaat inmiddels uit niet-westerse allochtonen (zie tabel). In de drie grote steden behoort al bijna de helft van de populatie tot deze groep 'nieuwe Nederlanders'. Aangezien niet-westerse allochtonen volgens de door de landelijke overheid gehanteerde definitie personen zijn van wie tenminste één van de ouders in een niet-westers land is geboren, verdwijnen hun nakomelingen na de 2^{de} of 3^{de} generatie als zodanig uit de statistieken van het CBS; verder worden om politieke, culturele en economische redenen mensen uit het voormalig Nederlands Indië en Indonesië beschouwd als westers. Het werkelijke aantal mensen in Nederland van niet-westerse oorsprong is daarom groter dan de getallen in de tabel suggereren.

Niet-westerse allochtonen zijn vooral jong. Tot 2010 zal meer dan driekwart van de totale bevolkingsgroei voor rekening komen van deze groep. De veroudering van de autochtone bevolking zet intussen door en sterfte (op hoge leeftijd) zal leiden tot een absolute afname van het aantal autochtonen.

Demografisch gezien zal de dermatoloog de komende jaren dus in toenemende mate worden geconfronteerd met jonge allochtonen en oude autochtonen.

Het verschijnsel immigratie is natuurlijk niet nieuw voor Nederland. Zo werden de Sefardim rond 1492 door de katholieke vorsten Ferdinand van Aragon en Isabella van Castilië uit Spanje verdreven; veel van deze Joden hebben zich in het tolerante Nederland gevestigd. Verder kwamen in de 17^{de} eeuw na herroeping van het edict van Nantes veel Hugenoten vanuit Frankrijk naar Nederland.

Maar de huidige demografische veranderingen zijn vooral het gevolg van de influx van een niet-westers, dus fenotypisch, maar ook cultureel ander mens. Dit heeft ingrijpende consequenties voor de dermatoloog.

Samenvatting

De Nederlandse dermatologen staan voor een nieuwe uitdaging: de etnische dermatologie. Anno 2006 is tenminste 10 procent van de Nederlandse bevolking niet-westers allochtoon. In de grote steden komt het aandeel van deze groep al in de buurt van 50 procent. Het aandeel van niet-westerse allochtonen in de totale bevolking zal in de nabije toekomst snel toenemen. Etnische dermatologie verschilt in sommige opzichten essentieel van de blanke dermatologie, op grond van biologische, culturele en psychologische determinanten. Het herkennen van huidziekten op de donkere huid kan moeilijk zijn, o.a. door de speciale reactiepatronen. Voor de meeste Nederlandse dermatologen kan de etnische dermatologie grotendeels als terra incognita worden beschouwd. Aan allochtone burgers dient echter een kwalitatief even goede zorg te worden geboden als aan autochtonen. Op de opleiders rust daarom de plicht om binnen het opleidingsprogramma serieus aandacht te besteden aan de etnische dermatologie. Hetzelfde geldt voor de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie, o.a. via haar nascholings- en kwaliteitsinstituten.

Summary

Dutch dermatologists now face a new challenge: ethnic dermatology. In 2006 at least 10 percent of the Dutch population is of non-western ethnicity. In the big cities the contribution of this group mounts to 50 percent of the population. This group will grow fast in the near future. Due to biological, cultural, and psychological determinants ethnic dermatology is in some respects essentially different from white dermatology. Recognition of skin disorders on a dark skin can be difficult, due to different reaction patterns. Ethnic dermatology can to a large extent be considered terra incognita for the majority of Dutch dermatologists. Citizens of non-western (or immigrant) origin are however entitled to dermatologic care of the same quality as white citizens. Therefore, the different aspects of ethnic dermatology should be seriously included in the educational programs for future dermatologists and also in the post-graduate courses for dermatologists.

etnische dermatologie, allochtonen, pigment

ethnic dermatology, immigrants, pigment

¹ Afd. Dermatologie, Sint Franciscus Gasthuis, Rotterdam

² Afd. Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam

Correspondentie-adres:

Dr. H.E. Menke, Sint Franciscus Gasthuis, afd. dermatologie
Kleivweg 500, 3045 PM Rotterdam, E-mail: henk@hemenke.demon.nl.

* De demografische gegevens zijn ontleend aan www.cbs.nl, de internetsite van het Centraal Bureau voor de Statistiek.

RAS EN ETNICITEIT

De verschillende mensen die de aarde bevolken worden op grond van uiterlijke kenmerken onderverdeeld in subspecies of rassen. Tot de hoofdgroepen behoren het kaukasische

(blanke), het mongolide (gele) en het negroïde (zwarte) ras. Er kleven echter bezwaren aan het begrip ras:

- wanneer andere dan uiterlijke kenmerken worden gebruikt, komen de grenzen tussen mensen geheel anders te liggen;
- een wereldwijd toenemend aantal mensen van ‘gemengd bloed’ is eenvoudigweg niet onder te brengen in een van de gangbare rassen;
- verder is het begrip ras emotioneel beladen, het roept associaties op met zaken die in onze samenleving niet of nauwelijks worden geaccepteerd, zoals superioriteit/inferioriteit, racisme en discriminatie.

In de medische literatuur, met name de Angelsaksische, wordt de laatste jaren steeds vaker het begrip etniciteit gebruikt in plaats van ras, om mensen van een bepaalde afkomst aan te duiden. Het is echter niet eenvoudig om een sluitende definitie van etniciteit te geven. Het wordt enerzijds gebruikt als eufemisme voor ras, anderzijds duidt het op culturele identiteit tussen personen van een bepaalde groep. Aangezien in de humane pathologie zowel biologische als culturele (inclusief sociale en economische) determinanten een rol spelen, lijkt het een zinvolle vervanging van het woord ras.

ETNISCHE DERMATOLOGIE

Met etnische dermatologie wordt bedoeld: de dermatologie van etnische minderheidsgroepen; in Nederland dus de dermatologie van de niet-westerse allochtoon. Strikt genomen is deze definitie onjuist, want ook de autochtone, blanke Nederlanders vertegenwoordigen een bepaalde etniciteit, maar wij stellen voor ons te confirmeren aan het huidige taalgebruik in de medische literatuur.

De etnische huid is - net als trouwens de blanke huid - geen eenheid, maar vertoont een diversiteit aan typen, waarschijnlijk evolutionair bepaald door omgevingsfactoren. Er is helaas weinig gepubliceerd over de biologische karakteristieken van de etnische huid. De meeste publicaties zijn afkomstig uit de Verenigde Staten en betreffen vergelijkende studies tussen de negroïde en Kaukasische huid. Helaas vertonen veel van deze studies wetenschappelijke tekortkomingen. Voor uitstekende - recentelijk gepubliceerde - overzichten verwijzen wij naar de publicatie van Taylor en die van Wesley en Maibach.^{1,2} Op grond van enkele valide lijkende studies kunnen een aantal kenmerken van de negroïde huid worden gedefinieerd:

1. De sterkere pigmentatie van de negroïde huid wordt niet bepaald door een in vergelijking met de blanke huid groter aantal melanocyten per oppervlakte eenheid, maar door een sterkere melanogese, gerelateerd aan de aanwezigheid van grote, solitaire, donker gepigmenteerde melanosomen.
2. De hoornlaag van negroïden is compacter en heeft een hoger vetgehalte dan die van de blanke medemens.
3. Dermale fibroblasten in de negroïde huid zijn talrijker en groter dan bij blanken en bovendien regelmatig bi- of multinucleair.

Tabel 1. Aantal inwoners van Nederland; prognose aantal allochtonen (x 1000).

	2005	2010
<i>Niet-westerse allochtonen</i>		
Afrika	194	192
Azië	302	341
Latijns Amerika	68	82
Marokko	314	352
Nederlandse Antillen en Aruba	130	132
Suriname	328	342
Turkije	358	389
Totaal	1696	1831
<i>Westerse allochtonen</i>		
Totaal	1422	1463
<i>Autochtonen</i>		
Totaal	13177	13169
Totale bevolking	16295	16462
<i>In % van de totale bevolking</i>		
Niet-westerse allochtonen	10,4%	11,1%

4. De haarfollikel van negroïden is spiraalvormig gekruld en vormt een scherpe hoek met het huidoppervlak; de haardoorsnede is afgeplat terwijl die bij blanken ovaal is.

Kennis van bouw en functie van de etnische huid is belangrijk om specifieke reactiepatronen van de donkere huid te begrijpen. Hiertoe behoren: postinflammatoire hyper- en hypopigmentaties, de excessieve fibroblastaire reactie waardoor keloïd wordt gevormd, de granulomateuze reactie, bijvoorbeeld het frequent voorkomen van sarcoïdose bij negroïden, de papuleuze reactie, bijvoorbeeld bij pityriasis rosea en de amyloïdreactie bij de diverse vormen van primaire cutane amyloidose.³ Op grond van onze huidige, beperkte kennis van de biologie van de etnische huid kan helaas de meerderheid van de specifieke klinische fenomenen van de donkere huid niet worden verklaard.

Maar naast biologische factoren zijn ook culturele determinanten belangrijk. Voorbeelden van cultureel (inclusief sociaal-economisch) bepaalde huidziekten zijn de afwijkingen van haar en hoofdhuid, die worden geïnduceerd door diverse ontgroezingsmethoden inclusief de ‘hot comb’ en gebruik van chemische ‘straighteners’. Daarnaast dermatosen veroorzaakt door gebruik van producten die de huid kunnen opleken. Bij Aziaten ziet men regelmatig strikt circulaire, muntgrote, erythemateuze purpura-achtige of soms gehyperpigmenteerde laesies, die te herleiden zijn tot ‘cupping’: het aanbrengen van zuignappen op de huid ter behandeling van koortsende ziekten.

Een ander aspect van de etnische dermatologie is de moeilijke herkenning van huidziekten op de donkere huid, indien men hier niet in geschoold is. Binnen de door Darier zo goed geformuleerde klassieke efflorescentieel leer speelt met name erytheem een belangrijke rol. Het waarnemen van erytheem is moeilijker naarmate de

huid van nature donkerder van kleur is. Pityriasis rosea is een goed voorbeeld van een moeilijke diagnose bij een donkere huid, omdat enerzijds het erytheem moeilijk valt waar te nemen en anderzijds, in tegenstelling tot de blanke huid, daarbij ook papuleuze elementen kunnen voorkomen. Dit betekent dat in de scholing dan wel nascholing ook aandacht besteed moet worden aan de verfijning van de klinische diagnostiek.

DE EXISTENTIËLE BETEKENIS VAN PIGMENT VOOR DE GEKLEURDE MENS

Pigment is een zeer belangrijke determinant in de etnische dermatologie en zeker niet alleen om biologische redenen. De psychosociale betekenis van pigment voor de gekleurde mens komt op dramatische wijze tot uiting in het helaas veel te weinig bestudeerde en bij artsen vaak onbekende fenomeen van 'skin bleaching'.⁴ Hoewel de gepigmenteerde huid beschermt tegen zonneschade, inclusief het ontstaan van huidkanker, beschouwt lang niet iedereen met een donkere huid zijn /haar biologische kleur als een zegen. Door gebruik (misbruik?) van middelen als hydrochinon, sterke corticosteroiden en kwikverbindingen wordt getracht een tintje lichter te worden. Uit onderzoek blijkt dit een complex fenomeen te zijn, dat als een antwoord op discriminatie kan worden gezien; maar het lijkt ook gerelateerd te zijn aan het westers schoonheidsideaal, het verhogen van de sociale status, het vinden van een huwelijkspartner en het verhogen van kansen op de arbeidsmarkt.

Pigmentstoornissen, bijvoorbeeld vitiligo en postinflammatoire hypopigmentatie, kunnen op de psyche van de gekleurde mens een zekere impact hebben: wat voor de ene slechts een onbeduidend cosmetisch probleem is, kan bij de andere gevoelens van maatschappij-gerelateerde onzekerheid veroorzaken; een enkele keer kan zelfs een zodanig ernstig psychisch probleem ontstaan, dat verwijzing naar de psychiater nodig is.

Een ander psychologisch aspect van pigment is, dat door angst voor lepra binnen bepaalde etnische groepen, een relatief onbeduidende hypopigmentatie zoals pityriasis alba een stigmatiserend effect kan hebben. Overigens zal lepra altijd in de differentiaaldiagnose moeten staan van pityriasis alba bij iemand uit een gebied waar lepra nog endemisch is.

Wellicht is de grote psychosociale impact van objectief (door de bril van de Nederlandse arts) gezien onbeduidende pigmentstoornissen, te herleiden tot de existentiële betekenis van pigment voor de gekleurde mens.

DE UITDAGING

De etnische dermatologie, mede bepaald door bovenstaande karakteristieken, is voor de meeste Nederlandse dermatologen (opgeleid in de 'autochtone derma-

tologie') terra incognita. De afgelopen jaren is er in Nederland zeker wel enige aandacht geweest voor de etnische dermatologie: zo wordt er eenmaal in de 5 jaar in het kader van het landelijk cursorisch onderwijs aan artsen in opleiding tot dermatoloog, een college gewijd aan de etnische dermatologie; zo zijn er enkele artikelen gepubliceerd door in dit onderwerp geïnteresseerde Nederlandse dermatologen; verder zijn door het Nederlands Instituut voor Pigmentstoornissen diverse onderzoeken met een innovatief karakter geïnitieerd, m.b.t. pigmentstoornissen op de donkere huid. Maar toch, de aandacht die dit onderwerp krijgt is onvoldoende gezien het toenemend aantal patiënten, de complexiteit van de problematiek en de onbekendheid van de Nederlandse dermatoloog met deze materie. Uitgaande van het principe dat aan allochtone burgers een kwalitatief even goede zorg geboden dient te worden als aan autochtonen is verspreiding van kennis en verdieping van inzicht noodzakelijk. Verspreiding in de zin van het verspreiden van kennis naar alle (toekomstige) dermatologen en verdieping in de zin van vergroting van ons inzicht in de biologische en culturele determinanten, om zodoende betere zorg te kunnen verlenen. Om dit doel te bereiken is een grondige aanpak nodig. De voor Nederland relevante aspecten van de etnische dermatologie, gerelateerd aan de diversiteit van hier aanwezige allochtone bevolkingsgroepen zal in kaart gebracht moeten worden. Wetenschappelijk onderzoek is nodig voor verdieping van inzicht. Voor de praktijk zullen, in het kader van de evidence-based medicine, protocollen opgesteld moeten worden voor de behandeling van dermatosen op de donkere huid.

Gezien de demografische ontwikkelingen in Nederland zijn de opleiders genoodzaakt om binnen het opleidingsprogramma serieus aandacht te besteden aan de etnische dermatologie, bijvoorbeeld door dit expliciet op te nemen in de competenties. Qualitate qua kan dit geëxtrapoleerd worden naar de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie binnen haar nieuwe verantwoordelijkheid om de nascholing kwalitatief op een hoger peil te brengen.

Motivatie en inzet zijn nodig om grenzen te verleggen. De kwaliteit van de dermatologische zorg die de komende jaren aan de allochtone medeburgers wordt geboden zal leren of de Nederlandse dermatoloog de nieuwe uitdaging wil accepteren.

LITERATUUR

1. Taylor SC. Skin of color: Biology, structure, function and implications for dermatologic disease. *Supplement to J Am Acad Dermatol* 2002;46:s41-s62.
2. Wesley NO, Maibach HI. Racial (Ethnic) differences in skin properties, the objective data. *Am J Clin Dermatol* 2003;4:843-60.
3. Menke HE, Noordhoek Hegt V, Zuidwijk I, Snels GCTM, Westerhof W. Gehyperpigmenteerde golvende lijntjes in de etnische huid; een kenmerk van primaire gelokaliseerde cutane amyloïdose. *Ned Tijdschr Dermatol Venereol* 2006;16:66-71.
4. Menke HE, Gomes PE, Lamur H en Westerhof W. Een tintje lichter. *Medisch Contact* 2001;56:89-91.