

Inbreng voor RT overleg: Uitspraak over bescherming in de periode *direct* na een doorgemaakte infectie.

Vooralsnog is het niet mogelijk om evidence based een uitspraak te doen over de mate en mogelijke duur van immuniteit na een doorgemaakte COVID-19 infectie. Wereldwijd wordt gesteld dat meer onderzoek nodig is, zoals het reeds lopende onderzoek naar herinfectie van het RIVM. Desondanks kan met goede onderbouwing gesteld worden dat er wel zal zijn van enige bescherming zal zijn. Zo maakt de ECDC de vergelijking met andere (seizoens) coronavirussen waarbij wordt uitgegaan van een van een beschermingsduur van ten minste 6-12 maanden (<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/immune-responses>). Daarbij tonen verschillende studies bij in >90% een antistof respons aan, met een piek in week 3-4. Toch blijft het onduidelijk in welke mate en welke duur immuniteit wordt opgebouwd na het doormaken van een COVID-19 infectie tot aan de uitkomsten van langdurende serologische cohort studies.

Omdat zoals hierboven genoemd 'enige' opbouw van immuniteit wel waarschijnlijk is levert dit in de praktische uitvoering van het BCO een aantal vragen op die op dit moment in de huidige LCI richtlijnen onvoldoende worden beantwoord. Het gaat hier vooral om de directe periode na een doorgemaakte infectie (1-8 weken). Enkele casuïstiek vragen zijn:

- Een index mag na een doorgemaakte COVID-19 infectie en 24 uur verdwijnen van klachten uit isolatie, ook als een huisgenoot COVID-19 heeft en symptomatisch is of wordt? (Zo wordt nu wel gehandeld, maar is nergens in een richtlijn of protocol beschreven.
- Gedurende een clusteruitbraak in een VVT instelling krijgt een zorgmedewerker, na een 2 weken geleden doorgemaakte COVID-19 infectie opnieuw neusverkoudheidsklachten. Moet hij/zij weer in quarantaine? Wat is hier dan het testbeleid?
- Iemand met 3 weken geleden doorgemaakte COVID-19 infectie is nu tijdens het BCO onderzoek van een andere COVID-19 index bestempeld als nauw contact. Moet deze persoon nu quarantaine, of volstaat monitoring (categorie 3 contact)?

Met opzet is bij bovenstaande voorbeelden gekozen voor een korte tijdsperiode tussen de doorgemaakte infectie en een nieuwe blootstelling, of nieuwe klachten episode. In de praktijk leidt hier vooral het uitblijven van duidelijke richtlijnen tot veel discussie en is er behoefte aan een pragmatisch beleid. Is er een uitspraak te doen over bescherming *direct* na een doorgemaakte infectie? Is hier een termijn aan te geven, of een andere afkadering (zoals een uitspraak: uitgaan van bescherming gedurende de lokale cluster uitbraak). Hoe kan diagnostiek met serologische testen, of de Ct waarde van de PCR test hierin verder beleid ondersteunen?

Wat betreft de beschermingsduur op langere termijn is evengoed een prangend item, met veel gevolgen voor het BCO beleid, echter is hier het ontbreken van onvoldoende wetenschappelijk evidence gemakkelijker uit te leggen voor het aanhouden van een defensief beleid.