

Vragen vanuit MDL aan LCI 30 dec 2020

Gestuurd door: 5.1.2e MDL arts, Zuyderland ziekenhuis

Beantwoord door: 5.1.2e infectioloog, LCI RIVM

Voorafgaand aan beantwoording:

Het relatief risico op gecompliceerd beloop wordt het sterkst beïnvloed door leeftijd, veel meer dan welke andere onderliggende aandoening dan ook. Als er zo spoedig mogelijk overgegaan kan worden op vaccinatie van iedereen boven 60 jaar, dan is het gros van de personen met onderliggende risicofactoren (cardiovasculaire aandoeningen, diabetes, longziekten, leverziekten, nierziekten en de immuungecompromitteerde patiënten) gevaccineerd. Pas daarna zal worden overgegaan op vaccinatie van personen beneden 60 jaar met onderliggende aandoeningen, conform de indicatie voor de jaarlijkse griepvaccinatie.

1. *er is verschil tussen SARS-CoV-2 en COVID-19 en beloop van COVID-19. Worden deze weegfactoren meegenomen in het vaccinatiebeleid?*

Nee. Er wordt vanuit gegaan op basis van de trial data dat ernstige COVID-19 gereduceerd wordt door het vaccin. Dus we hopen naast het beloop tijdens opname (als dat toch nodig blijkt ondanks vaccinatie) ook de post-opname herstelfase minder ernstig verloopt. Dat is echter niet goed onderzocht wie specifiek een gecompliceerd post-opname beloop (long COVID) heeft en waarom.

2. *epidemiologie van SARS/COVID is in NI bijzonder slecht gedocumenteerd, vind ik als niet RIVM/epidemioloog, maar ook epidemiologen van naam en faam. Dat maakt inschatting van wie welk risico op SARS/COVID loopt slecht in te schatten. Onderzoek in de IBD-populatie van het Zuidlimburg cohort, als mogelijke pars-pro-toto voor IMID-patiënten, is door ZonMW afgeschoten, waardoor we over deze grote populatie (500.000 tot 1.000.000 Nederlanders) slechts epidemiologisch benedenmaatse data hebben.*

Dat is de consequentie van beperkte data-entree door de GGD's in hun meldingsinfrastructuur. En dat komt omdat AVG niet toestaat dat gemelde microbiologische gegevens vanuit de labs gekoppeld mogen worden aan een patiëntendossier, waarvan er sowieso in Nederland geen uniforme format van bestaat. GGDs moeten dus zelf nabellen naar patiënten en hun eventuele comorbiditeit wat niet in detail wordt gedocumenteerd kan worden, inclusief alle variëteit in ziekte ernst en medicatie. Als RIVM hebben wij daarom ook een onderzoeks/monitoringvoorstel ontwikkeld om dat wel te mogen, maar die koppeling lijkt nog steeds de grootste juridische bottleneck.

3. *met huidige data is weinig te melden of en waar in het beloop van een SARS-CoV-2 infectie bij IMID/IBD-patiënten cq de (IBD-)medicatie een gunstige of ongunstige werking/invloed te verwachten is. Hoe daar mee om te gaan?*

Er zijn twee kanten: 1) risico op infectie en 2) risico op gecompliceerd beloop. Ad 1) Dit is niet afhankelijk van een ziekte maar van gedrag. Vanuit besmettingsoogpunt is daarom blijvende handhaving van social distancing en andere hygienemaatregelen op individueel niveau voor deze patiënten noodzakelijk, net zoals dat voor de rest van Nederland geldt. Daarbij speelt onderliggende aandoening en zelfs vaccinatiestatus voorlopig nog geen rol. 2) Er is relatief veel informatie vanuit internationale registries vooral bij reumatoïde artritis als auto-immuunziekte, dat er een weinig verhoogd risico is op gecompliceerd beloop in algemene zin. Of daar subgroepen in die populatie (met veel overeenkomstige medicatie als gebruikt bij IBD) zijn met wel een verhoogd risico door ziekte/medicatie is nog niet helder. Alles draait om andere factoren, lijkt het: oudere leeftijd vooral en daarna obesitas en diabetes. Op

patientenniveau is het dus (mijns inziens) nog niet mogelijk specifieke therapieadviezen/switches voor te stellen om het risico op een gecompliceerd beloop te verminderen.

4. *wordt van vaccinatie verwacht dat er een serologische reactie wordt gemeten of is onderzoek naar PBMC/memory cells een betere maat? Deze opmerking heeft natuurlijk repercussies mbt het beleid bij IBD-mensen die SARS-infectie (wel of niet gedocumenteerd en hoe dan precies) hebben gehad en op de werking van de gebruikelijke medicatie bij IBD (wel/niet invloed op T-cells, B-cells en/of cell signalling, wel of niet via cytokinomodificatie dmv biologicals)*
 Net als andere vaccinaties die we toedienen, worden voor start van vaccinatie geen immunologische tests afgenomen (antistoftiters, specifieke immuunmarkers zoals CD4 getallen oid). Dat kan alleen in trialverband en zou voor de grote vaccinatiecampagne alleen vertragend werken en is verder zonder consequenties. Eerdere infectie geeft geen protectie of in elk geval is onbekend hoe goed en hoe lang die protectie is (herinfecties komen voor). Ook deze personen komen in aanmerking voor vaccinatie in alle internationale richtlijnen voor COVID19 vaccinatie. Antistoftitermeting voorafgaand aan vaccinatie is weinig helpvol omdat afhankelijk van ernst van infectie er wel of geen antistoffen meer aanwezig zal zijn, terwijl daarbij onduidelijk is of dat wel/geen protectie geeft gezien de eveneens benodigde cellulaire respons. Ook al is bij een deel van de IBD-patiënten verminderde vaccinatierespons te verwachten, vaccinatie wordt toch aanbevolen (conform influenza-, pneumokokken- en gordelroosvaccinatie, waarbij we ook nooit tevoren antistoftiters prikken voordat we vaccineren).
5. *Naast ouderdom kennen we een aantal ziektebeelden in de MDL met veranderde immuunfunctie, bijvoorbeeld levercirrose, chronische virale hepatitisen of intestinaal falen cq ondervoeding. Vormen die patiënten ook onderdeel van de door jullie verstrekte opdracht? Ook worden er patiënten getransplanteerd, bijvoorbeeld levertransplantatie, dunndarmtransplantatie en een enkele keer beenmergtransplantatie. Komt er een overkoepelend "getransplanteerden-advies" of moet dit uitgedifferentieerd en wat verwachten jullie aan input van de MDL?*
- Leverziekten zijn een risicofactor, maar gezien het chronisch karakter kun je daarover niets adviseren over optimale timing waardoor uitstel van vaccinatie tijdelijk nodig is.
 - Orgaantransplantatie wordt vooral door de nefrologen geadresseerd. Voor levertransplantatie is het raadzaam hun schema aan te houden, waarin wel tijdelijk uitstel en optimale timing worden benoemd. Dat zal ik meesturen.
6. *Is er enige invloed van dit advies te verwachten mbt de prioritering wie wanneer gevaccineerd gaat worden in NI? Dit ivm een voorgaand advies onzerzijds dat toen niet mocht leiden tot vergoede implementatie... Het politieke spelletje dat nu gespeeld wordt waarbij stuuivertje gewisseld wordt wie als eerste aan de beurt is in combinatie met het voortrekken van de randstad voor de (meest getroffen) regio's (Zuid-oost Brabant en Limburg) en het zwabberbeleid van het OMT, met daarbij een belangrijke inbreng van het RIVM, maken me erg argwanend hoe wetenschappelijke inspanningen verworden tot een speelbal van de politici en andere beleidsmatige autoriteiten (met zelden meer kennis van het bed dan de kleur van hun eigen lakens). In het kader hiervan zag ik graag in de disclosures vermeld wie er in dienst is van overheid of afgeleiden zijnde de meest belanghebbende partij hierin. Dat omvat dus ook de dokters in dienst van (academische) ziekenhuizen en RIVM-leden. De huidige disclosure-systematiek is te weinig gericht op deze evidente 'beïnvloedingsfactor'.*
 Zie het Gezondheidsraad rapport (waarin alle namen die meewerkten aan dat advies) [COVID-19-vaccinatie: BioNTech/Pfizer | Advies | Gezondheidsraad](#) en opmerking boven: leeftijd is

de bepalende factor waarop geprioriteerd gaat worden in verband met de sterkste relatie met mortaliteit door leeftijd. Iedereen wordt gevaccineerd, waarbij er nu een vaccinatiestrategie is (zie bijlage).