

Opmerkingen overleg 7 januari

Blz. 1

5.1.2e wijst erop dat de er verwijzingen komen voor professionals naar de COVID-19 richtlijn met het LCI-telefoonnummer en de Q&A. Tevens gegevens en namen van betrokkenen bij de richtlijn vanuit de medische groepen. Deze laatste communiceren ook naar hun achterban en zijn eerste aanspreekpunt voor de medisch specialisten vanuit hun beroepsvereniging.

Blz. 2: binnen de medische (hoog) risicogroepen bestaat nog geen onderlinge prioritering vanwege het ontbreken van goede data hiervoor. De veiligheid van de verschillende vaccins is bovendien niet onderzocht bij ernstig immuun gecompromitteerde groepen. Theoretisch is er mogelijk kans op immune enhanced disease/ antibody enhanced disease, mogelijk m.n. bij Th2 skewing. Dit is voor SARS-CoV-2 vaccins echter alleen hypothetisch, zonder data in de klinische praktijk.

Opmerkingen vanuit medisch specialisten:

5.1.2e waarom noemen we alleen mRNA vaccins? Is er verschil met virale vectorvaccins? De adenovecor is al getest voor ZIKA en bij HIV, heeft niet tot problemen geleid. Moeite met voorkeur voor mRNA uitspreken, ptn moeten niet beeld van tweede keus krijgen straks als ze een ander vaccin krijgen, bv het Oxford vaccin. Hou dit open.

Inger Nijhof: sluit hierbij aan, voorzichtig formuleren

Bijwerkingen en enhanced disease, anti-RNA antistoffen

5.1.2e celkweek en HLA in transplantatiesetting moeten wel worden meegenomen bij beoordelen geschiktheid van vaccins.

5.1.2e beter ervaring opdoen met 1 vaccin, ook in onderzoek. RNA gaat vooral naar spiercellen, minder zorgen over auto-immuunziekte (AIZ), ook minder zorgen voor SLE, maar er zij geen gegevens over.

5.1.2e RNA-vaccin in niet humaan primaten onderzoek: RNA vooral naar spiervellen, antigeen presenterende cellen en lymfocyten in lymfeklier. Bij SLE is voorkeur voor ander vaccin wel denkbaar.

5.1.2e in algemene zin zijn er geen data dat er meer kans is op ziekte en een ernstiger beloop van de ziekte (enhanced disease), dus formuleer subtiel. Zoals: het vaccin is naar verwachting veilig. Het veiligheidsprofiel is acceptabel.

5.1.2e anti-RNA antistoffen kunnen behalve bij SLE ook bij andere ziekten een rol spelen, bv psoriasis.

5.1.2e Moderna heeft meer RNA in het vaccin. Samengevat moeten we voorzichtig formuleren in de tekst, en bij voorkeur niet switchen tijdens vaccineren en met 1 vaccin werken bij patiënt.

5.1.2e de ziekte exacerbatie bij SLE is theoretisch en e.e.a. nog niet duidelijk.

5.1.2e het berust alleen op diermodellen.

5.1.2e iever voorzichtig met mRNA vaccins bij SLE, want op theoretische gronden niet uit te sluiten dat dit mogelijk een probleem kan geven.

5.1.2e haal dit stuk weg van enhanced disease, tenzij er data komen dat anti-RNA een SLE-exacerbatie geeft. Overleg met achterban wat te doen, en dan tekst aanpassen.

Blz. 4: **over uitstel van de tweede vaccinatie.** 5.1.2e legt uit dat dit in VK een noodgreep is door de torenhoge incidentie. Dit onderwerp wordt as maandag door GR besproken ook voor Nederland.

5.1.2e formuleer het als dat we niet afwijken van de standaard, zeg niet dat we het niet weten na 1 dosis.

5.1.2e mogelijk is een derde vaccinatie straks wel een optie, houd het open.

5.1.2e laat het weg uit de richtlijn, die derde vaccinatie en laat het aan de individuele dokter

5.1.2e zeg niet dat iets absoluut niet kan, bv bij dialyse patiënten. Dan creëer je problemen. Zeg bv dat een studie loopt, verwijst daarnaar.

5.1.2e ook in studie verband na depletie na CD20, het benoemen van studies is essentieel.

Kinderen:

5.1.2e : Vaccinregistratie is i.h.a. vanaf 18 jaar, Pfizer vanaf 16 jaar is uitzondering. Er lopen immunobridging studies van 12-16 jaar voor Pfizer/BioNTech, voor andere vaccins als Moderna weet Hans het niet. Ook voor gehandicapten staat vraag uit grens bij 16 of 18 jaar. Immunologisch verwacht je boven de 12 jaar geen probleem op basis van data van 18 jaar en ouder, onder de 12 jaar kan dit anders zijn.

5.1.2e behalve MIS-C is verschil tussen 16 en 18 jaar niet uit te leggen.

5.1.2e : als je **uitzonderingen** wil, zet dan de groepen goed op een rij met goede onderbouwing. En dat via 5.1.2e richten aan GR. Of direct aan GR. Het probleem is vaccin schaarste. In het volgende advies van de GR kijkt men mogelijk opnieuw naar prioritering, bv ook voor Downsyndroom.

Vaccinatie en medicatie voor hoog-risicogroepen:

De mening was algemeen: richt je primair op de uitvoering en minder op timing per tumor. 5.1.2e

5.1.2e verwijzen naar statement van NVO en delen dit statement. Het gaat over solide tumoren, voor hematologische maligniteiten is dit anders.

Huishoudcontacten:

5.1.2e Moderna heeft ook onderzoek gedaan met PCR voor SARS-CoV-2 na de eerste dosis: het was soms aantoonbaar. Data over transmissie nog zeer onduidelijk, dus er nog niet vanuit gaan dat ringbescherming werkt.

Vanuit specialisten hematologie: doe toch ringvaccinatie bij orgaantransplantatie en hematologische ptn.

5.1.2e : sluit wel aan bij strategie van GR. Vraag is hoe je dit vorm geeft? Aanbeveling kan erin bij GR? 5.1.2e blij dat dit kan want we doen dit al jaarlijks bij de griep en adviseren als pt en partner te vaccineren bij Huisarts. En bij griepvaccinatie ook de kinderen als die in het huishouden zijn.

5.1.2e kinderen kunnen asymptomatisch shedden. dat is ook zo bij griep. Advies blijft afstand houden.

5.1.2e vaccineer alle huisgenoten. Bij kleine groepen voor transplantatie gebeurt dit ook.

5.1.2e mail me hierover voor as maandag 11 jan. Bij LCR en 5.1.2e kunnen input geven. Bij ernstige gestoorde immuniteit kan je uitzonderingen maken, maar definieer de groepen goed met onderbouwing.

5.1.2e hiertransplantatie hebben problemen tot 6-12 mnd. na Tx. Daarna niet meer. Vaccineer voorafgaand aan Tx. Vanuit nefrologen zal een voorstel volgen (Rituximab, alemtuximab)

5.1.2e het wordt ingewikkeld om goed te definiëren we weten nog veel niet.

5.1.2e vooralsnog geen k.k. vaccineren onder de 16 jaar.

5.1.2e zodra dit wel kan, ook kinderen bij de ringvaccinatie. 5.1.2e kijk goed ut hoe je dit formuleert, wijk niet af van wat kan. 5.1.2e : je kan starten met wat je wil, dan moeten we kijken wat ook kan 5.1.2e graag ptn en ring vaccineren, dus allemaal.

Immuun markers en serologie

5.1.2e wetenschappelijk het argument van herinfecties weghalen. Is niet sterk en lijkt zwaar overtrokken. 5.1.2e is het eens, herinfecties niet als argument erbij halen, we hebben dit onvoldoende in kaart gebracht.

5.1.2e we passen doel aan, programmatisch vaccineren is de basis.

Observatieduur bij bekende allergie:

5.1.2e : 15 minuten lijkt genoeg, ook voor Moderna. In VK 4 anafylactische reacties na 1,5 miljoen prikken 5.1.2e CDC 6 anafylactische reactie na 45.000.

5.1.2e volgens Pfizer alle reacties binnen een uur en zelfs binnen eerste 6 minuten.

Pt specifieke tabellen:

5.1.2e : veel van elkaar overnemen, bv SLE moet uniform op verschillende plaatsen. Ook gelijktrekken B-cel depletie en RTX. Binnen 6 maanden is weinig respons op vaccinatie in studies.

5.1.2e : er zijn weinig studies met data. Maar ptn casuïstiek uit eigen ervaring doorstaan COVID-19 wel ook al snel na behandeling. Dus toch vaccineren.

5.1.2e de 6 mnd. timing komt mogelijk uit reumatologen groep. Studies zijn beperkt. Belangrijk is om SLE- en reuma-ptn de vaccinatie niet te onthouden 5.1.2e sluit hierbij aan, ook vaccineren van ptn met RTX, evt. na 3 mnd. na RTX en bij onderhoud RTX gewoon vaccineren. 5.1.2e

5.1.2e sluit hierbij aan. Pas op basis van onderzoek en data en tijdsinterval maken.

5.1.2e zou je dan niet beter ring vaccineren. Wat is de toegevoegde waarde van vaccineren bij weinig tot geen circulerende B-cellen.

5.1.2e mogelijk wel nog B-cellen in milt en lymfeklieren, mogelijk dus wel reactie toch. CAR-T wordt als voorbeeld genoemd.

5.1.2e : geen hard nee tegen vaccineren bij B-cel depletie

5.1.2e we doen er nog verder studie naar, B-cellen discussie nog niet afgesloten.

Algemeen vanuit 5.1.2e zoek contact met patiëntenverenigingen, vaccinatie moet geregistreerd. Geen opt-out, als we data willen hebben is essentieel dat ptn data er zijn.

Vanuit specialisten: richtlijn moet snel, er komen veel vragen van ptn al.

5.1.2e geeft toelichting op GR-rapport en vervolg. Pas als 60 jaar en ouder is gevaccineerd komen medische risicogroepen onder 60 jaar aan de beurt in tweede tranche.

Huisarts krijgt als vaccin Moderna en mogelijk Astra Zenica, deze laatste is het meest geschikt vanuit huisartsenpraktijk, voor zover we nu zien.

Vragen van 5.1.2e aan groep

1. zijn er groepen die buiten beeld vallen met griepvaccinatie beleid?
2. zijn er groepen die extra geprioriteerd moeten worden, hoe ziet die groep eruit en hoeveel zijn er dit?

Algemeen bij rondvraag:

5.1.2e we zoeken als naar eenheid in beleid.

5.1.2e in Euler nogal algemeen gesteld niet vaccineren bij actieve ziekte. We weten het niet, maar gezien de pandemie wil men liever wel vaccineren. Herma Fidder sluit zich hierbij aan.

5.1.2e vaccin in behoorlijk reactogeen, ook arthralgieën en myalgieën.

5.1.2e moet je je realiseren, maar geen reden om niet te vaccineren. 5.1.2e beetje artritis geen contra-indicatie.

Zwangerschap: weeg pro en con's af. Uitzonderingen kunnen zeker, zie ook de LCI-richtlijn COVID-19 vaccinatie. Alle zwangeren melden bij Lareb indien vaccinatie wel.

5.1.2e pleit voor snelle vaccinatie niet TX en dialyse ptn. 5.1.2e laat dit via de FMS naar GR lopen. Met onderbouwing en aantallen.

5.1.2e hoe loopt het in de praktijk?

5.1.2e : nu nog programma en geen maatwerk. Er komen wel veegacties voor wie is gemist. Zorg dat je je ptn goed in beeld hebt. Houd dit op de agenda.

5.1.2e wil voorraad vaccin zelf hebben. 5.1.2e legt uit dat dit nu niet kan met huidige grote verpakkingen en RNA-vaccins. Mogelijk straks met Astra Zenica vaccins.

5.1.2e frustratie bij ouders van kinderen waarvoor nog geen vaccin is.

5.1.2e oncologen plaatsen als eerste berichten online voor ptn. (NVMO)

Chatbox:

bij NHP-model kan ook mRNA in lymfocyten en zeker APC worden aangetoond (in de drainerende lymfeklier)

Naast lupus kan bij psoriasis RNA ook een rol spelen in exacerbatie.

5.1.2e en collega's hebben een hele mooie review geschreven over ADE en andere vaccin complicaties in Sci Transl Med (vol 12 issue 568 peabe0948)

In de richtlijn van het LCR (reizigersadviesing) wordt bij vaccinatie bij patiënten die chemotherapie gebruiken nog de opmerking gemaakt dat bij herstel van neutropenie geen contra-indicatie meer is voor vaccinatie, zodat mogelijk korter na een chemotherapiebehandeling kan worden gestart.

In de richtlijn van het LCR (reizigersadviesing) wordt bij vaccinatie bij patiënten die chemotherapie gebruiken nog de opmerking gemaakt dat bij herstel van neutropenie geen contra-indicatie meer is voor vaccinatie, zodat mogelijk korter na een chemotherapiebehandeling kan worden gestart.

Ringvaccinatie input uiterlijk maandag ontvangen

Ringvaccinatie is en dus ptn en de ring; kinderen vooralsnog niet.

Nadruk leggen op de programmatische benadering minder accent op herinfectie dat leidt af

met rituximab blokkeert je de test niet de afweer, immers ptn zijn niet continue ziek als RTX is voorgeschreven. Je kunt alleen onmogelijk aan serologie bepalen of het gedaan heeft

is er niet al consensus om het harde nee bij B-cel depletende therapie uit de tekst te halen?

Rituximab: waarom niet het advies om, indien mogelijk/verantwoord (bijv bij afgenomen incidentie/stijgende groepsimmuniteit) pas vanaf 6 maanden te vaccineren, met de optie (afweging per individuele patiënt) om hiervan af te wijken en te vaccinatie te vervroegen tot vanaf 3 maanden. Dit soort individuele afwegingen maken op onze poli dagelijks bij levend verzwakte vaccins bij immuungecompromiteerde patiënten.

Omdat er geen klinisch bewijs is dat na CD20-depletie er een absoluut onvermogen om bescherming op te bouwen. Of het nu om rest B cel populatie of om intacte T-cel reactiviteit gaat, met zo'n regel onthoud je mensen de kans op bescherming, en doe je net of er voldoende kennis over zou bestaan... Als behandelend arts kun je zelf beslissen of het raadzaam is, maar het kan beter geen stelregel zijn.

Of je vaccineert terwijl er geen respons optreedt, waarmee schijnzekerheid van bescherming ontstaat. Vandaar de afweging om liever later te vaccineren als dit geen belangrijk extra risico oplevert.

Vaccineren iedereen; ongeacht actieve ziekte