

Overzicht extra opmerkingen per mail 4 januari 2021 12.00 uur

5.1.2e

Het grootste probleem voor zowel immunodeficienties als auto-immuunziekten is dat de effectiviteit van het vaccin niet duidelijk is. Idealiter zouden we meer data verzamelen voor deze groepen. Vanuit ZonMW is er momenteel een call voor deze risicogroepen te bestuderen van vaccin effectiviteit.

5.1.2e

hematologie

Bijgevoegd het advies van de hematologie groep, samengevat in de tabel zoals gevraagd. Twee punten:

1. Er is een groep van medicijnen die hier nog niet in staan en dat zijn de B cel receptor inhibitors dat wil zeggen de BCR kinase remmers. Het is onduidelijk of een vaccinatie bij deze groep wel tot antistof response zal leiden maar vooralsnog wordt er gezegd deze mensen gewoon te vaccineren; response op griepvaccinatie zou juist beter zijn in deze groep gek genoeg (ik heb even overleg gehad met 5.1.2e, die hierover in conclaaf is met de Europese CLL behandelaren). Zullen we deze groep er nog expliciet inzetten? Of gaat er een opmerking komen dat voor alle niet-gevoemde middelen geldt dat er gewoon gevaccineerd kan worden (om tegen te gaan dat je voor elke klasse medicatie een advies moet formuleren)?
2. In de EBMT richtlijn over vaccinatie bij transplantatie patienten die nu net is uitgekomen (zie attachment) wordt gesteld dat ook de behandelaren van transplantatie patienten gevaccineerd moeten worden. Dit is volgens dezelfde redenering als waarmee zorgpersoneel in de eerste vaccinatiegolf gevaccineerd gaat worden. Daar hebben we het nog niet expliciet over gehad maandag maar is wel een punt van aandacht ook omdat we ons als behandelaren ook aan onze eigen internationale richtlijnen proberen te houden.

+ bijlage

5.1.2e

NVMDL

BA

we gaan er naar kijken.

Er zijn wel wat zaken die misschien iets buiten de materie vallen maar wel aandacht behoeven.

1. er is verschil tussen SARS-CoV-2 en COVID-19 en beloop van COVID-19. Worden deze weegfactoren meegenomen in het vaccinatiebeleid?
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 wel 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-patienten, is door ZonMW afgeschoten, waardoor we over deze grote populatie (500.000 tot 1.000.000 Nederlanders) slechts epidemiologisch benedenmaatse data hebben.
3. met huidige data is weinig te melden of en waar in het beloop van een SARS-CoV-2 infectie bij IMID/IBD-patienten cq de (IBD-)medicatie een gunstige of ongunstige werking/invloed te verwachten is. Hoe daar mee om te gaan?

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 cytokinemodificatie dmv biologicals)
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?
6. 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?
7. 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 stuivertje 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'.

Ik realiseer me dat vast een deel van deze vragen en opmerkingen bij de eerste vergadering aan de orde is gekomen. Door operatief ingrijpen (de laatste reguliere zorg voor de ziekenhuis-maakt-ruimte-voor-COVID-sluiting) en recuperatie in mijn momentane vakantie heb ik tot op heden geen eerdere mogelijkheid gevonden de door jullie aangedragen papieren in te vullen cq aan meetings deel te nemen. Ik zou het derhalve zeer appreciëren als jullie me met bovenstaande vragen/opmerkingen wat op weg zouden kunnen helpen.

Als altijd met grote waardering voor jullie onvolprezen werk in deze en met vriendelijke groet

5.1.2e NVK

Voor de kindergeneeskunde betreft het natuurlijk alleen kinderen van 16 en ouder. Van de pediatrie longen, neurologie, MDL, endocrinologie zijn er geen contra-indicaties. Ook op het gebied van PID zien we geen contra-indicaties. Pediatrie oncologie: recente cytostatica, 3-6 maanden na einde cytostatica, stem cel transplantatie (eerste jaar erna)..

Voor kinderreumatische aandoeningen geldt iha alleen vaccineren bij stabiele ziekte, Biological gebruik bij stabiele ziekte is geen bezwaar (geldt ook voor IBD met biologicals)

Voor de reumatologie (en autoïmmuine aandoeningen) zijn er wel enkele zeldzame beelden die waarschijnlijk een verhoogd risico op complicaties hebben: met name systemische inflammatie (recent debuteert, of recente flare behandeld met hoge doses steroïden of andere immuunsuppressie) zoals systemische JIA met koorts, systemische vasculitis (PAN, Wegener, Kawasaki), recent ontstane SLE

Over MIS-C en PIMS-TS zijn we het nog niet eens: allemaal excluderen dan wel alleen excluderen bij actieve ziekte. Ik zal morgen het lijstje invullen en insturen

5.1.2e niertransplantatie

Beste 5.1.2e

Dank voor de interessante presentatie afgelopen dinsdag.

Bijgaand de ingevulde vragenlijst mbt de niertransplantatie patiënten.

Ik vroeg mij nog even af data mbt mortaliteits-risico's in de presentatie vandaan kwamen.

Een Nature publicatie van een Britse OpenSAFELY database (Williamson Nature 2020) vond dat naast transplantatie patiënten ook CKD st 4/5 en dialyse patiënten een 3 tot 4 voudig verhoogde mortaliteit hadden

Vandaar de urgentie om ook deze patiënten te vaccineren!

Met vriendelijke groet

5.1.2e

5.1.2e MD, PhD

5.1.2e

Department of Internal Medicine
University Medical Center Groningen
AA52, Hanzeplein 1, 9700RB Groningen
The Netherlands

Tel: +31 (0)50 5.1.2e /Mob: 5.1.2e

e-mail 5.1.2e [@umcg.nl](mailto:5.1.2e@umcg.nl)

+ bijlage