

De mogelijke inzet van serologisch onderzoek bij zorgmedewerkers

Discussie stuk tbv taskforce serologie

29-4-2020

(10)(2e)

Naast het gebruik van serologie ter aanvulling van diagnostiek beleid, en voor populatie onderzoek is een mogelijke derde toepassing het testen van zorgmedewerkers. Het inzetten van serologie om vast te stellen wie de SARS-CoV-2 infectie heeft doorgemaakt is met de nu aangekochte commerciële assay mogelijk. Bij een goed gekozen (hoge) cut-off van de Wantai Ig ELISA is de correlatie met het hebben van neutraliserende antistoffen zeer hoog*. Hoewel immuniteit een complex begrip is, mag aangenomen worden dat personen met hoge titers neutraliserende antistoffen bij een eventuele nieuwe blootstelling deels beschermd zijn, en minder klachten zullen vertonen (referenties in review Huang et al., 2020). Bij geïnfecteerde personen met een positieve PCR waren alle kweken negatief bij personen met neutraliserende antistoffen. Volledige bescherming tegen herinfectie is onwaarschijnlijk, en de duur van een beschermend effect zal beperkt zijn. Met die kanttekeningen is inzet van serologie een optie.

Een risico is dat personen die een positieve serologie testuitslag hebben dat gaan beschouwen als “immuniteitspaspoort”. De kennis over de mate van bescherming is daarvoor nog ontoereikend en daarom adviseert de taskforce serologie negatief over het breed testen extramuraal, zeker met het gebruik van sneltesten. Dat neemt niet weg dat onder specifieke omstandigheden serologie bij individuele personen wel meerwaarde kan hebben. In zorginstellingen is een grote vraag naar het aanbieden van die mogelijkheid voor zorgmedewerkers. Dit betreft met name de volgende argumenten:

A: testen van personen belast met zorg voor de meest kwetsbaren:

1. Verpleeghuizen
2. Instellingen of afdelingen waarbij “de 1,5 meter maatschappij” nauwelijks of niet te handhaven is. Bovendien is de reguliere hygiëne soms lastig te handhaven. Dat betreft bijvoorbeeld psycho-geriatrische afdelingen in ziekenhuizen, en instellingen of afdelingen belast met de zorg van personen met gedragsstoornissen.
3. Instellingen of afdelingen belast met zorg voor anderszins hoog risico patiënten (transplantatie, ernstig immuungestoord)

B: Afdelingen / personen met het hoogste risico op blootstelling (COVID afdelingen, ICs, triage centra)

Gezien het beloop van de pandemie is niet onwaarschijnlijk dat in de categorie A1 en A2 aanzienlijk hogere seroprevalenties gevonden worden. In categorie A3 en B is de seroprevalentie momenteel waarschijnlijk niet significant anders dan die in de rest van de bevolking omdat zij al gewend zijn om met hoger niveau persoonlijke beschermingsmaatregelen te werken. Daarom zou de eerste optie zijn om voor categorie A1 en A2 te gaan.

De vraag is wat te doen met positieve test uitslagen in een dergelijke setting. Opties zijn:

1. Testen zorgpersoneel in categorie A1 en A2 instellingen. Consequentie: 1) Overwegen van een minder restrictief beleid mbt contacten 2) bij heropleving, met voorrang op cohort verpleging zetten
2. Testen patienten in categorie A1 instellingen. Consequentie: 1) Overwegen van een minder restrictief beleid mbt contacten 2) versoepelen bezoekersregelingen
3. Testen van de vaste bezoekers van deze personen. Consequentie: minder restrictief beleid.

Onder geen beding wordt het gehanteerde testbeleid voor vroegopsporing SARS-CoV-2 introductie veranderd.

Voordeel van deze stap zou zijn:

1. Het biedt zicht op verlichting van de beperkingen voor de groepen die langdurig buiten de samenleving dreigen te vallen.
2. Het biedt mogelijk handvaten voor risico reductie (cohort verzorging door seropositieven)
3. Het komt tegemoet aan een grote vraag
4. Het levert ervaring op met implementatie van serologie voor "immuniteits-onderzoek" in deze pandemie

**Een kanttekening is dat deze waarneming nog bij personen met milde doorgemaakte infectie moet worden geverifieerd, maar die gegevens zullen binnen niet al te lange termijn beschikbaar komen*