

Adviezen voor patiënten met een obstructieve longziekte in tijden van COVID19 pandemie

Leidraad o.b.v. huidige beschikbare kennis en ervaring. Longartsen HMC en HAGA

Versie 7; 31-3-2020

(Document beheerder: S.A. van Nederveen-Bendien, J.S.J.A. van Campen)

Allereerst:

Probeer zoveel mogelijk de huidige NHG standaarden en SWAB richtlijn te volgen

Het is niet ondenkbaar dat de inzichten rondom COVID en astma/COPD snel zullen wijzigen bij nieuwe ervaringen of wetenschappelijke input.

Patiënten met astma en COPD met toegenomen luchtweg klachten

Het is nog niet helemaal duidelijk of patiënten met obstructieve longziekten een verhoogd risico lopen op een ernstig beloop van een COVID19 infectie. Uit de beperkte informatie die we nu hebben, van cohorten uit China en Italië, hebben patiënten met astma of COPD geen ernstiger beloop van een COVID pneumonie dan de gewone bevolking. De risicofactoren lijken: adipositas, DM, hypertensie en leeftijd.

Bij het begin van een COVID19 infectie lijken corticosteroïden zoals prednison gecontra-indiceerd. Voor een ernstige longaanval zijn corticosteroïden wel de behandeling van voorkeur. Een longaanval kan veroorzaakt worden door COVID19, maar ook, nog steeds, door een "normale" bovenste luchtweginfectie, andere virale verwekkers zoals influenza of een pneumonie.

Bij patiënten met een COVID19 infectie treedt er geregeld een verslechtering op nadat de patiënt al een dag of 7 klachten gehad heeft. De casus beschrijvingen uit oa Brabant vermelden dat een patiënt dan snel achteruit kan gaan. Een dergelijk beloop lijkt dus suggestief voor COVID19.

Gaarne de volgende stappen volgen:

Prednison

- Bij klinisch aanwijzingen voor een exacerbatie/ longaanval (piepen, verlengd expirium, goede respons op luchtwegverwijders etc) ook bij verdenking COVID 19 een prednison stootkuur geven
- Bij een milde longaanval (mild piepen, gering verlengd expirium, geringe klachten) kan eerst ophogen van inhalatie corticosteroïden (ICS) danwel ophogen van ICS/LABA tot maximale dosering en het toevoegen van rescue medicatie (SABA en/of SAMA) overwogen worden. (Dit in het kader van terughoudendheid met prednison bij COVID19)
- Indien klinisch geen aanwijzingen voor een exacerbatie, dan is er geen indicatie voor prednison
- Er is geen reden om inhalatie corticosteroïden(ICS) te staken of niet te starten

Antibiotica

- Heeft patiënt geen koorts en geen tekenen van pneumonie of ernstige purulente bronchitis dan is er geen indicatie voor antibiotica
- Verdenkt u patiënt van COVID19 of ander viraal infect, zonder verdere aanwijzingen voor een bacterieel infect, dan is er geen indicatie voor antibiotica
- Verdenkt u patiënt van COVID19, met aanwijzingen voor gelijktijdig een bacteriële infectie
 - Hoort u bij auscultatie aanwijzingen voor een pneumonie: start antibiotica volgens de SWAB richtlijn
 - Of heeft de patiënt koorts en tekenen van een purulente bronchitis (verandering van hoeveelheid en/of kleur van sputum, productief hoesten) start antibiotica volgens SWAB
- Bloed onderzoek met een differentiatie en CRP kan hier evt nog hulp bij bieden. COVID-19 patiënten hebben meestal een lymfopenie. Eosinofilie wordt eerder gezien bij een exacerbatie astma en een deel van de COPD patiënten. Een (fors) verhoogd CRP past vaak bij een bacterieel infect maar wordt ook gezien bij COVID19. Er zijn ook andere biochemische parameters die kunnen wijzen op COVID19 waaronder een verhoogd LDH.

Indien een patiënt om welke reden dan ook respiratoir bedreigd is *en* nog een behandelwens heeft, moet overwogen worden deze in te sturen conform de NHG standaard.

Patiënten met een (mogelijke) besmetting met COVID-19 kunnen zelfs na gemiddeld 8 dagen(range: 5-13) alsnog verslechteren. Volg de ABCDE-systematiek. Het klinisch beeld is bepalend voor wel/geen opname. Indien de patiënt

zuurstofbehoefstig wordt (lage saturatie <92%-94% **en/of** toegenomen ademfrequentie > 24/minuut), of klinisch snelle achteruitgang laat zien, dan is dit een reden voor overleg met een longarts en waarschijnlijk ziekenhuisopname. Wees alert!: patiënten tonen niet benauwd en spreken volzinnen, maar kunnen wel degelijk een lage saturatie en hoge ademfrequentie hebben!

Vernevelen

- Vernevelen wordt afgeraden door aerosol vorming en verhoogde kans op besmetting van verzorgenden. Het heeft dus de voorkeur om kortwerkende luchtwegverwijders, als Salbutamol, Ipratropium of Berodual, te geven via een dosis aerosol met voorzetkamer.
- Als er o.b.v. van de klinische conditie van patiënt toch een indicatie bestaat tot vernevelen, horen daarbij passende maatregelen voor verzorgend personeel zoals een FFP2 masker en afsluitende bril etc.

Immuun modulerende medicatie

Indien een patiënt verdacht wordt van een COVID19 infectie en immuun modulerende medicatie gebruikt zoals prednison onderhoud en biologicals/ monoklonale antilichamen zal per casus in overleg met de medisch specialist een afweging moeten worden gemaakt dit wel of niet te continueren.

Adviezen voor stabiele patiënten met astma en COPD

Voor patiënten met ernstige obstructieve longziekten is het van belang om een risico op een besmetting met COVID19 zo veel mogelijk te verkleinen. Dit hoort te gaan middels het strikt naleven van de landelijke adviezen over hygiëne, thuis quarantaine en social distancing. (zie ook RIVM)

Verder is het van belang dat een onderliggende obstructieve longziekte optimaal is ingesteld. Hiervoor is het continueren van (*inhalatie*) medicatie van belang. Ook voor het blijven gebruiken van inhalatiecorticosteroïden (ICS) , zijn er vooralsnog geen aanwijzingen dat dit de kans op COVID vergroot of het ziektebeloop nadelig beïnvloedt. Voor patiënten met ernstig astma en behandeling met biologicals is er vooralsnog geen indicatie voor het staken van deze medicatie.

Voorts is goed (*zelf*) management van patiënten bij toename van klachten van belang door pro-actief medicatie te verhogen en het individuele LAP (long aanval actieplan) te volgen.

Tot slot is er voor de groep patiënten met ernstig astma en COPD extra aandacht gewenst voor het op peil houden van de algehele *conditie*. Normaal gesproken wordt deze patiënten groep hiervoor begeleid in revalidatie programma's, deze zijn echter tot nader order stil komen te vallen. Er wordt op dit moment hard gewerkt om een pakket met oefeningen en adviezen voor het behoud van spiermassa en conditie, maar ook met betrekking tot voeding en psychische conditie te ontwikkelen. Dit zal online worden geplaatst op de website van het HMC en het HAGA ziekenhuis zodra dit beschikbaar is.

Patiënten kunnen voor aanvullende informatie ook verwezen worden naar de website van het ziekenhuis en de informatie lijn van het longfonds www.longfonds.nl

Bereikbaarheid en overleg:

Bij twijfel kan er overlegd worden met een longarts

HAGA: 070-2104165 of via centrale (longarts) of 070-2104164 (arts-assistent long 24 uur per dag bereikbaar)

HMC: Dd longarts rechtstreeks ma-vrijdag 8.00 tot 20.00 0889799910, verder via centrale

Ook voor een niet acuut probleem kan er overlegd worden met een longarts of de gespecialiseerd astmaCOPD longverpleegkundige:

HMC 088-9795771 tussen 9.00 en 12.00,

HAGAZiekenhuis 070-2102076, longverpleegkundigen@hagaziekenhuis.nl

ofwel via een tele-consult of SILO

Literatuur

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>.

<https://goldcopd.org/gold-covid-19-guidance/>

Wang D, Hu B, Hu C et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA 2020.

Zhang JJ, Dong X, Cao YY et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in 338Wuhan, China. Allergy 2020.

Guan WJ, Ni ZY, Hu Y et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med 2020.

Lupia et al. 2019 novel corona virus (2019-nCoV) outbreak: a new challenge. J glob antimicrob resist 2020.