

## Handreiking COVID-19 op de intensive care

Sinds 6 februari 2020 berichten wij u over de uitbraak van een nieuw type coronavirus (nu aangeduid als SARS-CoV-2) dat COVID-19 (Coronavirus Infectious Disease 2019) wordt genoemd. De laatste handreiking verscheen op 8 november 2020.

DISCLAIMER Deze handreiking heeft als doel leden van de NVIC en anderen te informeren over de zorg voor COVID-19 patiënten op de Intensive care. De adviezen zijn waar mogelijk gebaseerd op literatuur en richtlijnen, maar soms ook experience of opinion-based, derhalve kunnen aanbevelingen niet juist zijn, of veranderen met voortschrijdend inzicht. Suggesties of verbeteringen zijn welkom via [covid-19@nvic.nl](mailto:covid-19@nvic.nl)

### *Tocilizumab en lopinavir/ritonavir*

Het persbericht over tocilizumab in de REMAP-CAP studie leidt tot veel vragen. Hoewel er nog geen data zijn gepresenteerd, geven wij hier een voorlopig advies. Op dit moment is het advies om tocilizumab niet als standaard behandeling te geven. De REMAP-CAP zal doorgaan met randomiseren tussen tocilizumab, sarilumab, anakinra en interferon.

Als u toch overweegt om tocilizumab te geven, doe dat dan alleen aan patiënten die worden opgenomen op de Intensive Care binnen 24 uur na opname op de ic, en als zij niet vallen onder de exclusiecriteria zoals in [de studie](#) gebruikt.

U dient zich tevens te realiseren dat het gaat om off label gebruik en dat de daarbij horende informed consent moet worden vastgelegd. Na publicatie van de data zal in afstemming met SWAB een definitief advies volgen.

Overigens is in dezelfde studie ook gevonden dat lopinavir/ritonavir geen toegevoegde waarde heeft boven standaardbehandeling zonder lopinavir/ritonavir. Ook dit zijn ongepubliceerde data, het advies ten aanzien van lopinavir/ritonavir was al om dit niet voor te schrijven bij IC patiënten, dit blijft ongewijzigd.

DISCLAIMER: De taskforce heeft dit advies opgesteld zonder de voorzitter (Lennie Derde), vanwege haar potentiële belangenverstrengeling als onderzoeker bij de REMAP-CAP studie.

### *Handleiding voorschrijven steroïden bij zwangeren*

In afwachting van een definitieve FMS richtlijn nemen we hier reeds een aanbeveling op voor de behandeling met corticosteroïden bij zwangeren. Ook in de [SWAB richtlijn](#) staat een gelijkwaardige aanbeveling opgenomen t.b.v. aanpassing van therapie bij zwangeren

- behandeling moet altijd multidisciplinair overlegd worden met de perinatoloog, neonatoloog en intensivist
- behandeling is met hydrocortison 100 mg iv 2 dd gedurende maximaal 10 dagen of tot aan ontslag (wat het eerste komt)

- indien corticosteroïden nodig zijn voor foetale longrijping, dan behandeling met dexamethason 6 mg iv 2 dd voor 2 dagen.
- indien in aansluiting van de bevalling (en dus niet meer zwanger), dexamethason 6 mg iv 1 dd voor de resterende 10 dagen tenzij de conditie van de kraamvrouw verbetert.

#### *Dexamethason bij COVID-19 in de eerste lijn*

Steeds vaker worden intensivisten/longartsen/internisten geconfronteerd met het feit dat door huisartsen reeds gestart is met dexamethason in de thuis situatie. Het NHG komt daarover met de volgende aanbevelingen:

- Het toedienen van dexamethason aan COVID-19 patiënten in de eerste lijn wordt niet aanbevolen wegens het ontbreken van bewijs voor effectiviteit in de eerste lijn.
- Voor het toedienen van dexamethason bij zuurstofbehoefte COVID-19 patiënten die zuurstofondersteuning krijgen in de thuissetting en die niet opgenomen willen worden, wordt consultatie van een longarts aanbevolen.

Realiseer dus dat patiënten voor ziekenhuis opname al behandeld kunnen zijn met corticosteroïden. Het is momenteel onduidelijk of een hernieuwde of voortgezette behandeling zinvol is.

#### *Transport van overleden patiënten naar moederland*

Intensivisten worden frequent geconfronteerd met het invullen van aanvragen voor transport van patiënten naar hun moederland. Hiertoe bestaan in elk ziekenhuis de geëigende formulieren. Belangrijk is vast te stellen dat er inderdaad sprake is van een nog besmettelijke ziekte op het moment dat de patiënt aan de gevolgen van COVID-19 overlijdt. Of de patiënt op het moment van overlijden nog besmettelijk is een andere vraag die i.o.m. de microbioloog / Infectiepreventie bij overleden patiënten kan worden vastgesteld (zie hiervoor tevens leidraad "[Niet meer besmettelijk na COVID-19 infectie](#)"). In het geval dat transport door besmettelijkheid niet kan plaatsvinden, weet dan dat er ook in Nederland tegenwoordig ook islamitische begraafplaatsen zijn voor het geval het een islamitische patiënt betreft.

#### *Nosocomiale infecties*

Vanuit de Nederlandse IC's krijgen we toenemend signalen over een toename in nosocomiale bacteriëmiëen met Enterococcon, CNS maar ook Gram negatieve bacteriën. Ook wordt een toename in lijninfecties gerapporteerd in meerdere centra. Het is op dit moment nog onduidelijk of de toename van infecties te maken heeft met het verlenen van suboptimale zorg bij een tekort aan personeel en /of een afname van de nurse/bed ratio (bijvoorbeeld het minder adequaat en minder frequent toedienen van SDD pasta, het minder kunnen verzorgen van lijnen/ insteek) en een complexe patiëntengroep met veel buikligging. De rol van het SARS-CoV-2 virus zelf bij deze predispositie tot nosocomiale infecties en de rol van dexamethason hierin is nog onduidelijk. Dit onderwerp is ingediend als één van de COVID kennishiaten die door de NVIC aan de FMS zijn aangeboden voor nadere exploratie.

Naast nosocomiale bacteriële infecties lijken eveneens *Aspergillus fumigatus* infecties vaker voor te komen. De COVID Associated Pulmonary Aspergillosis (CAPA) wordt in sommige series COVID-19 IC patiënten in 20-30% van de gevallen beschreven. De diagnostiek en behandeling van deze infecties staat (nog) niet volledig uitgewerkt in de landelijke SWAB richtlijn, maar inmiddels is aangekondigd dat een ad hoc commissie ingesteld wordt voor een advies over diagnostiek en behandeling van CAPA. Daarnaast zal, met behulp van RCCnet, een Nijmeegse groep een observationele studie uitvoeren naar het voorkomen van CAPA in Nederland. Als u hierin interesse hebt kunt zich daar nu reeds voor aanmelden via [nico.janssen@radboudumc.nl](mailto:nico.janssen@radboudumc.nl).

### Onderzoek

De REMAP-CAP studie heeft laten zien (zie boven opmerking over tocilizumab) dat door het gemeenschappelijk verrichten van onderzoek in een dergelijk platform relevante behandelopties snel kunnen worden onderzocht. RCCNet heeft een landelijk onderzoeksinitiatief gelanceerd bestaande uit 3 onderdelen: twee observationele studies (NICE en Kunstmatige intelligentie) en 1 interventie studie (REMAP-CAP). De Taskforce hecht ook in de tweede golf een enorm belang aan dit initiatief aangezien het belang van goed uitgevoerde, adequaat gepowerde onderzoeken juist nu van het grootste belang zijn. Daarnaast is het een unieke kans om het landelijke netwerk voor IC onderzoek echt in de praktijk te brengen. We roepen iedereen nogmaals op om hieraan bij te dragen en aan te sluiten

Voor meer gedetailleerde informatie verwijzen wij naar de [RCC NVIC website](#)

*Waar vind ik betrouwbare informatie en updates?*

- Realtime update online van de Nederlandse situatie via [www.stichting-nice.nl](http://www.stichting-nice.nl)
- NVIC webinars via de NVIC website (inloggen noodzakelijk)
- Lit Covid is een goede tip: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/research/coronavirus> met al het gepubliceerde onderzoek over COVID
- ESICM voorziet in een breed scala van webinars, cursussen en richtlijnen <https://www.esicm.org/resources/coronavirus-public-health-emergency/>

Bij vragen of opmerkingen over de inhoud van richtlijnen kunt u contact opnemen met de taskforce via: [covid-19@nvic.nl](mailto:covid-19@nvic.nl)

de Taskforce Acute Infectiologische Bedreigingen van de NVIC

Lennie Derde (vz)  
Ilse van Stijn (vice vz)  
Charlotte van den Berg  
Jeroen Schouten  
Dylan de Lange  
Dave Dongelmans  
Arend-Jan Meinders  
Bastiaan Wittekamp  
Dirk Jan Versluis  
Job van Woensel