

To: [redacted] [redacted] [redacted] @lumc.nl
Cc: [redacted] [redacted] [redacted] @rivm.nl; [redacted] [redacted] [redacted] @rivm.nl; [redacted] [redacted] [redacted] @etz.nl; [redacted] [redacted] [redacted] @etz.nl;
 [redacted] [redacted] [redacted] @gmail.com; [redacted] [redacted] [redacted] @gmail.com; [redacted] [redacted] [redacted] @erasmusmc.nl];
 [redacted] [redacted] [redacted] @pamm.nl; [redacted] [redacted] [redacted] @pamm.nl; [redacted] [redacted] [redacted] @sanquin.nl; [redacted] [redacted] [redacted] @sanquin.nl];
 [redacted] [redacted] [redacted] @rivm.nl]
From: [redacted] [redacted] [redacted]
Sent: Sat 4/18/2020 8:30:27 AM
Subject: Re: draft voorstel inzet en prioritering in inzet van Wantai testen, graag reactie uiterlijk morgen ah einde van de dag.
Received: Sat 4/18/2020 8:31:10 AM

Hoi

[redacted] heeft net eerste data van de liaison.

[redacted]

On 18 Apr 2020, at 10:27, [redacted] @lumc.nl wrote:

Hoi [redacted]

Sorry voor mijn late reactie.

Ad 1. Ik ben het met je eens dat serologie een (kleine) rol kan spelen bij het vaststellen van een infectie. Denk dat deze toepassing dan vooral in de ziekenhuizen ligt (omdat je bij een hoge verdenking iemand nog niet uit isolatie wilt halen) en nog steeds relatief zeldzaam is. (meestal is de PCR wel positief, maar inderdaad af en toe pas in tweede instantie). Ik zou serologie niet toepassen buiten de ziekenhuizen/verpleeghuizen (of patientpopulatie met ernstiger klachten) voor diagnostiek. Je zult dan mogelijk wel infecties missen, maar deze zullen dan waarschijnlijk lage loads hebben.

Ad 2. Het zou goed zijn om inderdaad de lopende studies hierin te verwerken, zodat duidelijk wordt wat er al loopt. Snel inzicht in seroprevalentie onder zorgmedewerkers, maar ook in titerdalingen op termijn en relatieve bescherming lijkt me van groot belang. Dan zouden de seropositieven wel minstens 6 maanden vervolgd moeten worden, lijkt me. En zich weer melden bij verkoudheidsklachten. (en dan weer PCRen).

Ik denk dat we vanuit eerdere ervaringen met respiratoire virussen moeten blijven aangeven dat de kans op "steriele immuniteit" gering is, en er re-infecties zullen blijven bestaan en ook weer besmettelijkheid bij die re-infecties. (ook na vaccinatie waarschijnlijk) In mijn ogen, zal je op de lange termijn dus nooit kunnen zeggen dat iemand op basis van sero-positiviteit zonder PBM zal kunnen werken bij patienten met COVID-19. De risico's voor de zorgverlener zullen weliswaar klein(er) zijn, maar andere patiënten moeten ook beschermd worden. Infectiepreventie bij luchtwegklachten zal op termijn weer de boventoon voeren, onafhankelijk van sero-status van de zorgverlener. (wat wel waarschijnlijk is: hoe hoger de seroprevalentie, hoe lager de ziektelast)

Ad 3. Seroprevalentie studies zijn zeer relevant, maar dit kan zeker blijven berusten op de reeds beschreven studies. Ik zie het nut niet in van een nog grotere studie (100.000 personen??). Ook van belang om te blijven benadrukken dat er bij dit virus geen sprake kan zijn van "herd-immunity". Dit suggereert weer steriele immuniteit. Het heeft dus ook geen zin om grote seroprevalentie studies te gaan doen tot we op de "60%" zitten? Moeten we dit niet explicieter benoemen, om ook enorme steekproeven tegen te gaan?

Er zijn al meerdere automaten (Roche, Abbott, Liaison) die binnenkort met IgG testen op de markt komen. Voor de komende 1,5 jaar misschien nog interessant, maar daarna niet meer (behalve voor sero-epidemiologie of vaccin-studies). We zijn niet voor niets van serologie afgestapt voor luchtwegvirussen.

Laten we vooral onze kennis over humorale immuniteit bij luchtwegvirussen zoveel mogelijk tentoonspreiden, om allerlei onzinnige (gevaarlijke) acties tegen te gaan.

Groet [redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted] Dubai
[redacted]

[redacted]

2 - 3

Dubbel