

Beste NVMM leden,

Recent is de leidraad 'Pre-operatieve diagnostiek naar COVID-19 bij asymptomatische patiënten ingepland voor chirurgie onder algehele anesthesie' verschenen. Ik ben de enige NVMM vertegenwoordiger in deze werkgroep. Via diverse wegen bereikt mij felle kritiek op deze leidraad (NB: het is geen richtlijn!), waardoor de vraag opkomt of de leidraad wel door de NVMM-leden ondersteund wordt.

Ik schrijf deze brief om mijn positie toe te lichten en nadere uitleg te geven waarom ik en de commissie van mening zijn dat de inhoud verdedigbaar is. Ik heb zo zorgvuldig als mogelijk gehandeld, maar als blijkt dat ik relevante zaken over het hoofd heb gezien dan sta ik open voor uw commentaar.

Persoonlijke toelichting op de leidraad:

1. De leidraad begint met een aantal belangrijke disclaimers. Deze zijn er met nadruk ingezet om op voorhand te onderstrepen dat situaties verschillen in verschillende ziekenhuizen. Ieder centrum krijgt maximale ruimte om af te wijken van het beleid. Daarnaast wordt meteen gesteld dat systematisch data wordt verzameld om de leidraad te evalueren. Als binnen enkele weken blijkt dat het voorgestelde beleid niets oplevert, wordt de leidraad aangepast. Zonder deze disclaimers had ik mijn naam niet bij de leidraad kunnen zetten – en de rest van de werkgroepleden ook niet.
2. Ik vermoed dat onder NVMM-leden weinig behoefte bestaat aan een leidraad voor asymptomatische chirurgische patiënten. Eerlijk gezegd zag ik er aanvankelijk ook het nut niet van in. Mijn collega specialisten hebben me echter overtuigd van het belang, al was het slechts vanwege de enorme behoefte die hieraan bestaat. Ten eerste probeert iedereen zonder leidraad het wiel zelf uit te vinden (dat gebeurde al). Deze leidraad creëert eenheid en zorgt ervoor dat de werkwijze systematisch en op betrekkelijk grote schaal geëvalueerd wordt. Dat is in mijn ogen te verkiezen boven niets doen, het veld het wiel zelf te laten uitvinden en vervolgens weinig leren. Ten tweede zijn chirurgen met name erg bezorgd over het optreden van COVID-19 relateerde complicaties in de post-operatieve fase. Als deze voorkomen kunnen worden, is dat wenselijk voor de chirurgische patiënt.
3. De leidraad adresseert een aantal punten van zorg:
  - a. De combinatie 'COVID-19 + een grote operatie' is een zwaardere belasting voor een patiënt dan 'de grote operatie alleen'. Er is nog geen hard bewijs voor (of tegen) deze aanname, maar hij is geenszins onredelijk. De aanwijzingen dat deze aanname klopt nemen toe, aanvankelijk alleen vanuit Italië en Iran, maar inmiddels ook vanuit eigen land.
  - b. Het opereren van een patiënt, waarbij intubatie en beademing noodzakelijk zijn, levert een groter besmettingsrisico op voor zorgmedewerkers dan wanneer geen aerosol vormende handelingen worden verricht. Dit uitgangspunt wordt ook gehanteerd op IC's, waarbij FFP2-maskers worden gebruikt bij intubatie.
  - c. De besmettelijkheid van een presymptomatische / asymptomatische patiënt kan groter zijn dan van een gemiddelde patiënt als die net een grote operatie heeft ondergaan, vaak veel comorbiditeit heeft en daardoor wellicht meer moeite heeft de virusinfectie te controleren.

De grote vraag bij deze punten van zorg is wat de rol is van presymptomatische en asymptomatische SARS-CoV-2 infecties. Het antwoord daarop is nog niet bekend. Inmiddels is echter wel bekend dat een deel van de SARS-CoV-2 infecties asymptomatisch verloopt en zijn er steeds meer aanwijzingen dat mensen besmettelijk kunnen zijn tijdens de presymptomatische en asymptomatische fase (zie bijvoorbeeld Kimball et al MMWR April 3, 2020 / 69(13);377–381 en de referenties in de leidraad). Ook is bekend dat zorgpersoneel een verhoogd risico loopt op besmetting met SARS-CoV-2. Het is niet uitgesloten dat een herhaalde hoge blootstelling van SARS-CoV-2 in korte tijd, zoals kan optreden bij een ok programma met meerdere intubaties, het risico op een ernstigere infectie kan verhogen.

Vanwege bovengenoemde redenen is deze zorg over presymptomatische en asymptomatische infecties in mijn ogen volledig gerechtvaardigd. Tegelijkertijd is de relevantie sterk afhankelijk van de prevalentie van SARS-CoV-2 infecties. Bij een hoge prevalentie is de kans op een asymptomatische drager reëel. Zo heb ik in het Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis meerdere voorbeelden gezien van mensen die binnenkwamen met volkomen COVID-19 ongerelateerde klachten (bijv. trauma, waarvoor een operatie nodig was) en toch SARS-CoV-2 positief bleken te zijn. In een laag prevalentie populatie is de situatie vanzelfsprekend totaal anders. De leidraad benoemt uitdrukkelijk dat de adviezen afgezet moeten worden tegen de lokale prevalentie van SARS-CoV-2 infecties. Hier speelt de eigen ervaring per centrum een cruciale rol. Daarom is deze leidraad niet op iedereen van toepassing is. Welke afkapwaarde gebruikt moet worden is ook niet bekend, maar de systematische evaluatie van de data zal hier waarschijnlijk wel een antwoord op geven.

Hoe sensitief de PCR op neus/keel is bij asymptomatische patiënten is onzeker. De pakkans lijkt echter acceptabel (zie ook Kimball et al MMWR April 3, 2020 / 69(13);377–381, om maar een voorbeeld te noemen). Het veel gehanteerde uitgangspunt dat een positieve PCR in de bovenste luchtwegen correleert met besmettelijkheid (in ieder geval voor of aan het begin van de ziekte) maakt dat een positieve PCR bij een asymptomatische patiënt bruikbare informatie oplevert, evenals een negatieve PCR! De CT scan fungeert als 2<sup>e</sup> vangnet, ondanks de mogelijk beperkte sensitiviteit in de asymptomatische of presymptomatische fase. Bij een hoge a priori kans zijn deze screeningsmaatregelen in mijn ogen zinvol, anders niet.

4. Consequenties van de adviezen:

- a. De vraag doet zich voor in hoeverre buiten de chirurgische populatie rekening moet worden gehouden met presymptomatische en asymptomatische infecties. Dat is een belangrijke vraag.
  - i. De leidraad is geïnitieerd vanuit het chirurgische veld omdat operateurs willen voorkomen dat er COVID-19 gerelateerde problemen ontstaan die met kort durende uitstel (2 weken) voorkomen zouden kunnen worden. Mijn chirurgische collega's zijn van mening dat de gevolgen van een eventueel uitstel van twee weken meer dan opweegt tegen het risico van het ontstaan van COVID-19 complicaties die leiden tot ernstige morbiditeit of tot overlijden van de patiënt. Ik neem dit gezichtspunt van de chirurgen serieus en heb geen bewijs om dat gezichtspunt te ontkrachten.
  - ii. Deze leidraad is daarnaast opgesteld om de veiligheid van het zorgpersoneel zo veel mogelijk te waarborgen. Anesthesisten en operateurs lopen een potentieel verhoogd besmettingsrisico door onder meer intubaties en aerosolvormende handelingen. Dit advies is dus niet bedoeld om zonder meer te extrapoleren naar andere situaties.
  - iii. De kennis over SARS-CoV-2 neemt met de dag toe en de aanwijzingen die er nu zijn over de besmettelijkheid van presymptomatische en asymptomatische mensen waren er een maand geleden nog niet. Hoe meer blijkt dat asymptomatische infecties een rol spelen in de verspreiding, hoe meer daar ook rekening mee zal moeten worden gehouden in het verdere ziekenhuisbeleid. De consequenties moeten per situatie bekeken worden, maar men doet er verstandig aan nu de ogen niet te sluiten voor de nieuwe inzichten.
- b. De rol van de CT scan in de diagnostiek
  - i. Van dit onderdeel van de leidraad heb ik me eerlijk gezegd ver gehouden, omdat ik dat niet als mijn expertise beschouw. Ik ben wel gerustgesteld door de nauwkeurige werkwijze die afgesproken is mbt de evaluatie van het beleid.

Al met al vond en vind ik de leidraad bescheiden, genuanceerd en goed onderbouwd voor zover dat kan gezien de huidige stand van de wetenschap. De leidraad geeft voldoende redenen en ruimte om ervan af te wijken door de disclaimer die is opgenomen aan het begin. Daarnaast is er een continue proces gestart waarbij door het KIMS systematisch alle literatuur verzameld wordt, welke wekelijks door de leidraad commissie beoordeeld wordt. Als deze aanleiding geeft tot het herzien van de leidraad dan zal de commissie dit onmiddellijk doen. En tot slot is er direct een prospectieve registratie gestart om het advies uit de leidraad te toetsen welke ook wekelijks bekeken zal worden door de commissie. Ik geloof daarom in het zelfcorrigerende effect van de leidraad. De werkgroep bestaat uit kundige experts uit diverse disciplines. Dit zijn voor mij allemaal redenen geweest om mijn naam hieronder te durven zetten. Ik ben benieuwd of andere NVMM-leden zich kunnen vinden in mijn overwegingen en of deze leidraad het NVMM-stempel kan wegdragen.