

COVID-19: belangrijke informatie voor IBD-patiënten

Kan het coronavirus COVID-19 gelijken op een IBD opstoot of deze uitlokken?

Volgens de huidige klinische en wetenschappelijke kennis zijn de meest voorkomende symptomen van COVID-19: koorts, vermoeidheid, droge hoest, spierpijn en kortademigheid. Desalniettemin kunnen buikpijn, diarree, misselijkheid en braken eventueel ook voorkomen, doch veel minder frequent. Volgens de huidige beschikbare gegevens wordt er niet vanuit gegaan dat COVID-19 een IBS opstoot kan uitlokken.

Kunnen IBD patiënten waarbij de ziekte goed onder controle is naar de IBD-kliniek komen in het ziekenhuis?

IBD patiënten worden aangeraden het huis zo weinig mogelijk te verlaten. Verder is het aangewezen om plaatsen waar veel mensen te samen zijn zo veel mogelijk te vermijden (aanbevelingen van het 'Center of Disease control (CDC)').

Wanneer patiënten toch in het ziekenhuis moeten zijn (bv. voor het toedienen van bepaalde medicatie, het ondergaan van een noodzakelijk onderzoek) wordt aangeraden om preventieve maatregelen te treffen: regelmatig de handen wassen, bij hoest deze zo veel mogelijk bedekken, niezen of snuiten in een papieren zakdoek, deze weggooien en nadien de handen wassen, vermijden van nauw contact met andere mensen. Om in het ziekenhuis te geraken vermijden IBD patiënten best de bus of de tram, voornamelijk op drukke tijdstippen.

Er gebeurt een pré screening voor aankomst in het ziekenhuis. Er wordt voldoende afstand voorzien tussen de zetels en u draagt een mondkapje en handschoenen. De zetels worden gereinigd na gebruik.

Hebben IBD patiënten onder immuunonderdrukkende/immuunmodulerende medicatie een verhoogd risico op het oplopen van COVID-19/ een ernstig verloop van de ziekte?

IBD patiënten hebben geen verhoogd risico op het oplopen van COVID-19. Er zijn voorlopig erg weinig gegevens over patiënten met COVID-19 die immuunonderdrukkende/immuunmodulerende medicatie krijgen.

Oudere patiënten en patiënten met bepaalde onderliggende aandoeningen (hart –en vaatziekten, diabetes mellitus, chronisch longlijden, hoge bloeddruk en kankers) hebben een hoger risico op een meer ernstig verloop van de infectie dan personen zonder onderliggende aandoeningen. Gezien bij patiënten onder immuunonderdrukkende medicatie/biologicals het risico op ernstige infecties (zoals oa. van de luchtwegen) beperkt hoger is dan bij andere personen, wordt aangenomen dat hetzelfde zou kunnen voorkomen bij het SARS-CoV-2 virus.

Het lijkt erop dat patiënten met een relatief verminderde immuniteit (zoals heel kleine kinderen, zwangere vrouwen, patiënten met HIV) geen verhoogd risico op verwickelingen van COVID-19 hebben. Rokers hebben een verhoogde kans om COVID-19 op te lopen.

Hoe kan het risico voor IBD patiënten om COVID-19 op te lopen verminderd worden?

Blootstelling aan het COVID-19 zo veel mogelijk beperken:

- Vermijd contact met besmette personen
- Raak zo weinig mogelijk de ogen, de neus of de mond aan indien je handen niet gewassen zijn.

- Was regelmatig je handen met water en zeep, best gedurende minstens 20 seconden. Of gebruik regelmatig handontsmetting gebaseerd op alcohol (met minstens 60-95% alcohol). Dit is voornamelijk belangrijk na toiletbezoek, voor het eten of na het niezen of snuiten van de neus.

Het gebruik van corticosteroïden dient zo veel als mogelijk beperkt te worden.

Moeten IBD patiënten met COVID-19 de behandeling met immuunonderdrukkende/immuunmodulerende medicatie stopzetten?

1. Bij IBD patiënten met een positieve PCR (infectie met SARS-CoV-2) doch zonder klachten adviseren we van de dosis prednisolone te verminderen naar <20mg per dag of over te schakelen naar budesonide. Thiopurines, Methotrexaat en Tofacitinib worden tijdelijk gestopt.

De therapie met monoclonale antilichamen (anti TNF, ustekinumab, vedolizumab) wordt 2 weken uitgesteld in afwachting of u al dan niet symptomen ontwikkelt. Indien u geen symptomen ontwikkelt wordt de therapie na 2 weken herstart.

2. Bij IBD patiënten met een positieve PCR (infectie met SARS-CoV-2) en klachten adviseren we :

- a. Bij remissie : de therapie met budesonide , 5 –ASA en topische therapie te behouden. Systemische steroïden worden afgeraden en moeten afgebouwd en gestopt worden. Thiopurines, Methotrexaat en Tofacitinib worden tijdelijk gestopt. De therapie met monoclonale antilichamen (anti TNF, ustekinumab, vedolizumab) wordt uitgesteld tijdens de acute ziekte
- b. Bij maagdarmklachten : een stoelgangstaal te laten onderzoeken (ziektekiemen en calprotectine). Verdere behandeling zal afhangen van de ernst van de COVID infectie en de ernst van de opstoot.

Moeten IBD patiënten die in nauw contact kwamen van personen met een bewezen COVID-19 infectie hun immuunonderdrukkende/immuunmodulerende medicatie stoppen?

In geval van een nauw contact met een persoon met bewezen COVID-19 infectie dienen IBD patiënten (zoals alle andere personen) de algemene richtlijnen, zoals door de overheid voorgesteld, op te volgen. Er zijn slechts weinig gegevens beschikbaar over de invloed van het stoppen van de immuunonderdrukkende/immuunmodulerende medicatie in dit geval. Dit wordt momenteel niet geadviseerd.

Opmerking: de kennis en wetenschappelijke gegevens over COVID-19 veranderen snel. Een gedeelte van de inhoud van dit document zal daarom regelmatig een update krijgen.

Gegevens vertaald en aangepast vanuit het document:

“1st Interview with Prof Dr Cândida Abreu on behalf of the COVID-19 ECCO Taskforce, published March 13, 2020”.