

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

Preoperatieve screening voor COVID-19 Marc Bonten

Na de 'intelligente lock-down' hebben we nu ook een strategie om asymptomatische patiënten preoperatief te screenen op COVID-19. Aangezien ik hierover op straat door 2 snijders werd aangesproken, lijkt dit de gemoederen bezig te houden. Een advies hierover werd nodig bevonden omdat: ten eerste de infectie incubierend kan zijn en tot postoperatieve problemen zou kunnen leiden; ten tweede patiënten zonder of met milde symptomen het virus kunnen verspreiden naar medewerkers, vooral tijdens intubatie; en ten derde dergelijke patiënten andere patiënten kunnen besmetten.

Een commissie onder auspiciën van de Federatie van Medisch Specialisten voltooide in korte tijd een systematisch literatuuronderzoek en kwam tot het volgende advies¹: verricht diagnostiek voor COVID-19 bij alle volwassenen voorafgaand aan chirurgie door een nasofaryngeale wat voor SARS-CoV-2-PCR en een lage-dosis-CT-scan zonder contrast van de thorax. Met mijn collega's Valentijn Schweitzer, Frans Verduyn Lunel en Anne Wensing bekeek ik de onderbouwing van dit advies.

Opvallend is dat de termen asymptomatisch, presymptomatisch en mild symptomatisch door elkaar gebruikt worden. Dit lijkt ons niet correct. De a-priorikans op ernstige COVID-19 en op verspreiding is voor asymptomatische patiënten namelijk vele malen lager dan voor presymptomatisch of mild symptomatische patiënten.

De commissie stelt dat initieel asymptomatische patiënten ernstige COVID-19 kunnen ontwikkelen en dat dat vervolgens tot postoperatieve complicaties kan leiden. Dat kan inderdaad. Maar de kans dat een willekeurig asymptomatisch iemand op korte termijn matig-ernstige tot ernstige COVID-19 zal ontwikkelen is ontzettend klein. Hoewel we in een pandemie leven, geldt voor elk van ons dat de kans om binnen een week ziekteverschijnselen te krijgen klein is. En de kans dat dat resulteert in ernstige ziekte is nog kleiner. In de afgelopen periode werden ongeveer 400 patiënten per dag opgenomen in een ziekenhuis met COVID-19. Op basis daarvan is de kans dat een willekeurige Nederlander zonder klachten al bij opname COVID-19 onder de leden heeft en dat dat in de dagen daarna leidt tot ernstige ziekte 0,002% (400/17,28 miljoen). Dit is uiteraard een landelijk gemiddelde, en zal per populatie en regio verschillen, maar heel groot wordt de kans niet.

Over de besmettelijkheid weten we nog weinig. Die lijkt voor asymptomatische patiënten erg klein, en wordt geschat 8 keer lager te zijn dan de besmettelijkheid van symptomatische patiënten [Ferretti L. 2020]. De commissie stelt dat de hoeveelheid virus in de luchtwegen het hoogst is net voor het ontstaan van symptomen [To K. 2020; Zou L. 2020; Wölfel R. 2020] en dat ook de gevoeligheid van de PCR dan het hoogst is [Liu Y. 2020; Wölfel R. 2020]. Ook waar, maar dit betreft patiënten vlak voor het ontstaan van symptomen en zegt dus niets over asymptomatische patiënten.

En dan over de waarde van nasofaryngeale watten en CT-thorax bij asymptomatische patiënten. De commissie

erkent dat daarover ook nog weinig bekend is. We weten inmiddels wel dat zelfs in symptomatische patiënten een enkele negatieve nasofaryngeale wat COVID-19 niet uitsluit [Xie C. et al. [Int J Infect Dis.](#) 2020;93:264-7]. Bij een asymptomatische populatie waarbij de a-priorikans op de ziekte al ontzettend laag is, zal een negatieve nasofaryngeale wat dus weinig toevoegen. Sterker nog, als het beoogde doel van de test het uitsluiten van COVID-19 is, zal de bijdrage van de nasofaryngeale wat nihil zijn.

De commissie kijkt met dit advies af van bestaande internationale richtlijnen. Naar eigen zeggen vanwege voortschrijdend inzicht: 'Nieuwe kennis is bijvoorbeeld een classificatiesysteem als CO-RADS, wat bij matig-ernstige zieke symptomatische patiënten, COVID kan onderscheiden van andere infecties.' Dat moge zo zijn, maar dat betekent niet dat CO-RADS dat ook kan bij asymptomatische patiënten. Dat is simpelweg niet bekend. De commissie erkent ook dat er waarschijnlijk veel fout-positieve uitslagen zullen zijn. Daarom adviseert zij om patiënten met een CO-RADS-score van 3 (CT geeft geen duidelijkheid) te bespreken in een multidisciplinair team (de chirurg, longarts, arts-microbioloog, internist-infectioloog en radioloog).

Andere internationale richtlijnen, zoals die van de American College of Radiology, adviseren sterk tegen het gebruik van CT-thorax voor het screenen van COVID-19, vanwege onvoldoende sensitiviteit en specificiteit.² Een multidisciplinair panel van radiologen en longartsen uit tien verschillende landen die ervaring hadden met COVID-19 concludeerde dat het verrichten van CT als screening voor COVID-19 in asymptomatische individuen niet zinvol is.³

Omdat zowel de nasofaryngeale wat als de CT-thorax een lage negatief voorspellende waarde hebben, wordt aangeraden om beide testen dan maar samen te gebruiken. Maar het combineren van twee testen die beide niet goed zijn in het uitsluiten van de ziekte zorgt er niet voor dat de waarde ineens goed is.

Ten slotte meldt de commissie: 'Ondertussen zijn er ook verhalen uit Nederland van patiënten die postoperatief overleden zijn na een operatie zonder voorafgaande klachten (onder meer in Helmond).' en '... soms is een patiënt gevonden die positief is zonder klachten'. Dit zijn hoogstens anekdotische meldingen die niet als argumentatie voor beleid gebruikt zouden moeten worden.

Al met al klinkt dit als heel veel veiligheid voor een klein risico. En dat gevoel van veiligheid heeft een prijs: heel veel testen in personen met een ongelooflijk laag risico, veel CT's en veel overleg. De commissie stelt nog dat er een parallel multicenteronderzoek loopt om vast te stellen wat de waarde van deze diagnostiek is in het identificeren van asymptomatische COVID-19-positieve patiënten. Op basis daarvan zal de huidige leidraad binnen een maand worden bijgesteld. Ik neem aan dat daarmee een maand na het afsluiten van het onderzoek bedoeld wordt. Met de huidige prevalentie van COVID-19-positiviteit in asymptomatische mensen zal dat onderzoek namelijk wel een hele tijd vergen.

Marc Bonten, ntvg.nl/C4534

Literatuur

1. <https://www.demedischspecialist.nl/sites/default/files/Practice%20Guideline%20Preoperative%20work%20up%20on%20possible%20COVID-19%20infection%20in%20asymptomatic%20patients.pdf>

2. <https://www.acr.org/Advocacy-and-Economics/ACR-Position-Statements/Recommendations-for-Chest-Radiography-and-CT-for-Suspected-COVID19-Infection>
3. <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020201365#tbl1>