



Nederlandse
Vereniging voor
Allergologie en
Klinische Immunologie

Minimale niet-covid zorg voor patiënten met immunologische en allergologische aandoeningen. Standpunt van NVvAKI, 25 maart 2020

De NVvAKI is gevraagd door de FMS om aan te geven welke capaciteit minimaal nodig is om de noodzakelijke zorg aan patiënten zonder covid-19 te kunnen blijven verlenen.

In het algemeen zullen de allergologen en immunologen zo veel mogelijk de zorg voor onze patiënten continueren, maar daar waar mogelijk doen we dat primair via telefonische consulten en zullen we indien nodig de zorg verder afschalen. Echter waar dat noodzakelijk is, wat ter beoordeling aan de allergoloog/immunoloog, willen we altijd de mogelijkheid hebben om patiënten te kunnen zien in het ziekenhuis, met inachtneming van alle voorzorgsmaatregelen.

Minimale niet-covid zorg voor patiënten met immunologische aandoeningen

Klinisch immunologen werken in 5 UMC's en in 4 tweede lijnsziekenhuizen. Het betreft de volgende ziekenhuizen: Erasmus MC Rotterdam, Amsterdam UMC, UMC Utrecht, UMC Groningen, UMC Maastricht, Spaarnegasthuis Haarlem, Groene Hart ziekenhuis Gouda en Zaans Medisch Centrum Zaandam, Maxima Medisch Centrum Eindhoven. In een aantal ziekenhuizen vallen de internist immunologen onder afdeling reumatologie en delen ze gedeeltelijk de zorg. Een deel van de klinisch immunologen zijn ook als allergoloog werkzaam.

De aandoeningen die klinisch immunologen zien zijn: primaire immuundeficiënties (PID), auto-immuunziekten, auto-inflammatoire ziekten, collageen-vasculaire ziekten, vasculitiden, hemofagocytair syndroom, sarcoïdose en mastocytose. Deze ziektebeelden betreffen allemaal systeemziekten wat inhoudt dat afhankelijk van de aandoening één of meerdere organen aangedaan kunnen zijn. Veel van de patiënten met deze aandoeningen krijgen immunosuppressieve medicatie, biologicals, steroïden en patiënten met een PID immuunglobulines. Het niet tijdig diagnosticeren van een van deze aandoeningen of tijdig herkenning van een opvlamming van een gediagnosticeerde aandoening of van een infectie leidt onherroepelijk tot irreversibele schade of levensbedreigende situaties. Het niet tijdig starten, afbouwen of opbouwen van medicatie of monitoren van bijwerkingen van medicatie kan ook leiden levensbedreigende situaties.

Omdat als gevolg van de covid-19 pandemie de poliklinische zorg afgebouwd is, kunnen patiënten met immunologische aandoeningen in de problemen komen als zij niet tijdig gehoord of gezien kunnen worden. Het is voor klinische immunologen echter onmogelijk om per ziektebeeld aan te geven welke zorg uitgesteld kan worden omdat elke systeemziekte een mild of ernstig beloop kan hebben. Bovendien als een patiënt koorts krijgt of luchtwegklachten dan wordt hen geadviseerd altijd contact op te nemen met een (huis)arts die moet kunnen overleggen met een immunoloog omdat gedifferentieerd moet worden tussen opvlamming van de ziekte of een infectie. Tenslotte als patiënten een infectie oplopen dan kunnen zij ernstiger ziek worden en daarom moet de patiënt met een immunologische aandoening vaak eerder dan andere patiënten aanvullend onderzoek krijgen of starten met antibiotica of antivirale therapie.

Het belangrijkste middel om de immunologische zorg af te schalen is triage. Op basis van klinische kenmerken en laboratorium afwijkingen kan ingeschat worden wie gebeld kan worden, gezien moet worden op poli of SEH, wie naar de huisarts kan gaan en wie nog kan wachten. Om goede triage te kunnen doen bij patiënten met immunologische aandoeningen is specifieke kennis nodig die alleen de klinische immunoloog heeft.

De NVvAKI adviseert daarom dat in elk ziekenhuis waar klinisch immunologen werken altijd tenminste 1 immunoloog beschikbaar is om te triëren, hulpvragen van patiënten of artsen te kunnen beantwoorden of hulp te kunnen verlenen aan patiënten met immunologische aandoeningen die acute zorg nodig hebben. Als de immunoloog wordt ingezet voor zorg aan patiënten met covid-19 dan adviseert de NVvAKI dat hij/zij altijd vervangen moet kunnen worden indien acute zorg nodig is voor een patiënt met een immunologische aandoening. Omdat er in elke regio in Nederland meestal maar één ziekenhuis is waar een klinisch immunoloog, is volgens de NVvAKI geen optie om patiënten met immunologische aandoeningen te sturen naar een ander ziekenhuis.

Minimale niet-covid zorg voor patiënten met allergologische aandoeningen

Internist allergologen zijn werkzaam in 5 universitair medisch centra en in aantal 2^e lijn ziekenhuizen verspreid over het land met uitzondering van de provincies Friesland, Drenthe en Zeeland. Allergologen zien patiënten met allergische rinoconjunctivitis en astma, voedselallergie, geneesmiddelenallergie, insectengif allergie, anafylaxie, chronische urticaria en angio-oedeem en mastocytose. Een klein deel van de allergologen zijn ook klinisch immunoloog.

De minimale poliklinische allergologische zorg die overeind zou moeten blijven is de zorg voor patiënten met geneesmiddelenallergie waarvoor geen alternatieve geneesmiddelen beschikbaar zijn, patiënten die anafylaxie hebben gehad, opstarten van subcutane immunotherapie (SCIT) voor patiënten met insectengifallergie, continueren van onderhoudsfase van subcutane immunotherapie met inhalatie allergenen en de zorg voor patiënten met ernstig chronische spontane urticaria (CSU) of ernstig angio-oedeem.

- Patiënten met noodzaak voor behandeling met medicatie waar zij mogelijk allergisch voor zijn en waarbij er geen gelijkwaardige alternatieve medicatie voorhanden is, moeten indien geïndiceerd huidtesten kunnen blijven krijgen en provocaties. In geval van een bewezen allergie kunnen desensitisatie schema's opgesteld worden.
- Patiënten met CSU die ondanks de maximale dosis van 4 antihistaminica per dag nog klachten hebben moeten gezien kunnen worden door een allergoloog. Een deel van de patiënten met CSU die op omalizumab staan, kan geïnstrueerd worden zich zelf de subcutane injectie thuis toe te dienen.
- Patiënten met anafylaxie moeten tenminste telefonisch beoordeeld kunnen worden om de eventuele oorzaak te achterhalen, om na te kunnen gaan of zij weten hoe zij herhaling van een reactie kunnen voorkomen en of ze beschikking hebben over en geïnstrueerd zijn in het gebruik van noodmedicatie.
- Patiënten met anafylaxie na een insectensteek kunnen als zij geen SCIT krijgen opnieuw ernstig reageren op een insectensteek en dan op de SEH belanden.
- Het stoppen van de driejarige onderhoudsfase van SCIT met inhalatie allergenen (boompollen, graspollen, huisstofmijten) leidt niet tot blijvende lichamelijke schade, maar maakt het effect van een dure en intensieve behandeling wel ongedaan. Het aantal patiënten wat in de onderhoudsfase van SCIT krijgt kan verminderd worden door het tijdsinterval tussen de injecties met maximaal 2 weken te verlengen tijdens de piekperiode van zorg voor covid-19 patiënten of door een deel van de SCIT om te zetten in SLIT.

Om onderscheid te kunnen maken tussen allergologische noodzakelijke en minder noodzakelijke zorg is triage de beste methode. De NVvAKI adviseert dat in elk ziekenhuis waar allergologen werken altijd tenminste 1 allergoloog beschikbaar te houden om te kunnen triëren, hulpvragen van patiënten of artsen te kunnen beantwoorden of hulp te kunnen verlenen aan patiënten die noodzakelijke zorg behoeven.

Het bestuur van Nederlandse Vereniging voor Allergologie en Klinische Immunologie (NVvAKI)

Maurits van Maaren, voorzitter
Liesbeth Hak, secretaris
Paul van Daele, penningmeester