

Is revalidatie bij long covid zinvol?

Ongeveer 10 percent van de patiënten die Covid-19 doormaken, hebben long covid-klachten. Een goede definitie van long covid met afgelijnd klachtenpatroon is er op dit moment nog niet. Ook het verloop van de klachten is moeilijk te voorspellen, zeggen pneumoloog prof. dr. David Rutters en revalidatiearts dr. Peter Hallet. Wat betekent dit voor de behandeling?

Is long covid een ernstig probleem?

Prof. dr. David Rutters: "Farmaceutische bedrijven en onderzoeksgroepen waren zeer snel met het ontrafelen van het SARS-CoV-2 virus en ontwikkelen van een vaccin tegen Covid-19 maar tegelijk werden we overspoeld door onjuiste informatie over het virus via social media. Dat zet zich verder als het over long covid gaat. Ook blijven sommige artsen geloven dat long covid tussen de oren zit."

"Waarschijnlijk ligt de waarheid in het midden. Feit is dat het zeer moeilijk is om een duidelijke boodschap over te brengen naast al het 'fake news' dat op ons af komt. Daarnaast lopen er enorm veel studies rond long covid en revalidatie. Dagelijks verschijnen hierover zowat 25 nieuwe publicaties. Dus wat we vandaag zeggen, is morgen alweer gedateerd. Zowel voor artsen als patiënten is dit moeilijk maar ook de 'maatschappij' weet niet goed hoe hiermee om te gaan."

Zijn er veel patiënten met langetermijneffecten na een Covid-19 besmetting?

Prof. dr. David Rutters: "Ongeveer 10 percent van de patiënten hebben long covid-klachten, afhankelijk van de studie of de vragenlijst die je hanteert."

"Belangrijkste klachten die gerapporteerd worden zijn vermoeidheid, hoofdpijn, geheugenproblemen, spierzwakte, ademhalingsproblemen en hoesten, gehoorproblemen, haarverlies, thoracale pijn, verlies van smaak en/of reukzin, duizeligheid, gewrichtspijn Je kan het zo vaag of gek niet bedenken of het zit erbij. 80 percent van de long covid-patiënten kampt met minstens 2 van deze symptomen."

Is dat onlogisch of niet te verklaren?

Prof. dr. David Rutters: "Nee, in de acute fase zijn de longen aangetast maar er zijn ook neurologische klachten, de typische hepatitis beelden, gastro-intestinale klachten, trombo-embolische en cardiale complicaties, ontregeling van diabetes, dermale afwijkingen..."

"Je ziet bij long covid dat het vaak gaat om klachten die moeilijk te meten of te objectiveren zijn maar die patiënten echt wel geloofwaardig rapporteren. Ik heb voor de sport eens gekeken welke klachten wij al hebben gezien op onze afdeling. Blijkt dat alle klachten uit de opsomming minstens één keer bij onze patiënten zijn voorgekomen."

Wie loopt het meeste risico op long covid?

Prof. dr. David Rutters: "At risk zijn vooral vrouwen met meerdere aandoeningen als diabetes, obesitas, hoge bloeddruk... En hoe meer aandoeningen hoe meer risico op het ontwikkelen van long covid."

"De WHO heeft een 'clinical progression scale' gemaakt: patiënten die erg ziek zijn geweest, blijken ook meer klachten op langere termijn te hebben. Maar met de op dit moment dominante omicron- en nevenvarianten zien we ook patiënten die minimaal ziek waren maar toch nog veel klachten in allerlei vormen op langere termijn ontwikkelen."

Wat is de definitie van long covid?

Prof. dr. David Rutters: "De WHO heeft in de 'pass partout' van klachten een consensus willen maken over post covid-19. Hierbij stellen ze dat het om klachten moet gaan die minstens drie maanden na de acute infectie aanwezig zijn en daarna nog minstens twee maanden aanhouden. Ze kunnen onmiddellijk ontstaan zijn of iets later na het herstel van de acute infectie. Ook is het mogelijk dat ze fluctueren. Dit is trouwens wat we inderdaad horen bij onze patiënten: de ene dag voelen ze zich sterk en zijn ze heel actief. De volgende twee dagen liggen ze in bed omdat ze uitgeput zijn."

"Ook andere organisaties of studies proberen tot een definitie te komen en variëren wat in termijnen of symptomatologie maar deze dienen uiteindelijk vooral het onderzoek. De patiënt is hier niet mee geholpen dus daar lopen we nog steeds tegenaan. Er is geen goede definitie, laat staan een adequate behandeling."

Een vraag die steeds terugkomt: is revalidatie bij long covid zinvol?

Prof. dr. David Rutters: "Ja, dat denk ik wel. Het is heel erg duidelijk dat er onmiddellijk moet gestart worden met revalidatie na een opname op ICU of de afdeling. Bedoeling is patiënten te beschermen tegen trombo-embolische complicaties en spierzwakte te voorkomen. Maar wat doen we met patiënten met long covid die geen uitval hebben, een normale echocardiografie en longfunctie en normale bloedwaarden? Uiteraard is het ook van belang om welke soort van klachten het gaat."

Zijn er richtlijnen over hoe om te gaan met long covid?

Dr. Peter Hallet: "Er zijn al verschillende pogingen gedaan maar we blijven stoten op obstakels omdat er nog geen

uniforme, eenduidige consensus of definitie is. Belangrijk bij de richtlijnen zijn de symptomen, niemand uitsluiten en de problematiek niet erger voorstellen dan hij is..."

"Op basis van wat geweten is, zijn er toch al wat behandelingsrichtlijnen opgesteld. Die richtlijnen worden permanent geüpdatet en daarom spreken we van een living approach."

"Het is moeilijk om een eenduidige behandeling en prognose op te stellen. Hierbij komt dat de symptomen erg kunnen fluctueren in de tijd. We kunnen ook niet voorspellen hoe het ziektebeeld van een patiënt zal evolueren. De onzekerheid alleen al kan een immens grote mentale impact hebben op een patiënt en angstklachten verergeren."

Wat is wel al geweten en hoe gaan jullie tewerk?

Dr. Peter Hallet: "We weten dat informatieverstrekking erg belangrijk is. In de acute fase kunnen we een aantal zaken heel concreet benoemen nl. welke symptomen we zien, welke symptomen waarschijnlijk langer zullen aanhouden en wat we kunnen verwachten na de acute fase. We weten dat de meeste patiënten na 12 weken weinig of geen klachten meer hebben maar ook dat er een significante groep is die wel nog klachten heeft. Dit is de groep die we hier als de long covid-patiënten beschrijven."

"Belangrijk om weten is ook dat niet iedereen die in de acute fase een ernstige infectie heeft doorgemaakt significant meer lange termijn effecten zal ervaren. En met omicron hebben we op dit moment een coronavariant die veel minder impact heeft op ons functioneren maar waarbij je toch ook die typische long covid-symptomen kan ontwikkelen. Het ontwikkelen van long covid kan dus niet alleen voorspeld worden op basis van de symptomatologie of ernst van de klachten in de acute fase."

Hoe wordt long covid op dit mo-

ment behandeld?

Dr. Peter Hallet: "Vermits 10 percent van de patiënten die een acute infectie doormaken long covid-symptomen ontwikkelen, vreesden we in het begin dat we overspoeld zouden worden op de revalidatie. We zijn hier momenteel immers niet klaar voor en kunnen deze patiënten geen garanties of afdoende therapie geven."

"Ik denk dat het belangrijk is voor deze patiëntenpopulatie dat de eerste en tweede lijn de handen in elkaar slaan. Deze aanpak wordt trouwens ook aanbevolen in de richtlijnen. Empowerment en de patiënt voldoende tools geven voor zelf-management zijn belangrijk, ook om de druk op de gezondheidszorg en het gezondheidssysteem onder controle houden."

"Er is een consensus dat patiënten bij ongerustheid over aanhoudende klachten zich 12 weken na een acute infectie kunnen melden voor een eerste assessment. Dat kan best een fysiek consult zijn want een bepaald klachtenpatroon kan bij



dr. Peter
Hallet

prof. dr.
David Rutters



v.l.n.r.: prof. dr. David Ruttens, dr. Astrid Van Lantschoot, ass. prof. Ann Meulders, dr. Peter Hallet, prof. dr. Marc Van Ranst, prof. dr. Jan Van Zundert

twee patiënten een verschillend klinisch beeld geven, zeker in combinatie met onderliggende comorbiditeit."

Iedere patiënt vraagt dus een verschillende benadering?

Dr. Peter Hallet: "Ik denk dat het belangrijk is om steeds vanuit een holistische visie te kijken en niet alleen naar de pijn, de gastro-intestinale klachten en de longklachten. Ook belangrijk is: wie is die patiënt, wat zijn de cognities ten aanzien van de doorgemaakte covid-19 en wat is het risico dat bepaalde klachten niet meer weg gaan. Luisteren en de klachten ernstig nemen, zorgt ervoor dat een patiënt niet het gevoel heeft zich te moeten legitimeren met de klachten die hij presenteert. Ook de socio-economische impact van de situatie mag hierbij niet onderschat worden."

"Uiteraard moeten eerst een andere aandoening of een opflakking van de onderliggende (chronische) aandoening uitgesloten worden, zo nodig actie ondernomen worden en

onderzoeken opgestart. Dit vanuit het besef dat te veel onderzoeken contraproductief zijn en zo de angst bij de patiënt nogmaals aanwakkeren."

"Verschillende parameters kunnen in de thuissituatie gemonitord worden als een patiënt cardiaal of respiratoir enorm heeft afgezien tijdens de acute fase zodat we kunnen ingrijpen als nodig."

"Het is ook belangrijk met de patiënt en de familie te praten en in te schatten of er eerstelijns, tweedelijns of multidisciplinair gecoördineerde zorg nodig is. Of dat de patiënt voldoende heeft aan tools, handvaten en informatie, bijvoorbeeld via apps, zelfhulpgroepen of online forums. Het zelfmanagement- of empowermentprogramma houdt in dat tijdens het hele proces informatie en feedback wordt gegeven en dat er een haalbaar plan van aanpak met concrete doelstellingen wordt vooropgesteld. Deze aanpak passen we ook toe bij onze chronische pijnpopulatie en is ook in deze context zeker niet onlogisch." ■

Deze lezing werd gegeven op de Wetenschappelijke Raad van ZOL over covid en (chronische) pijn.

Andere sprekers:

Dr. Astrid Van Lantschoot (ZOL) sprak over chronische pijn en post-covid.

Prof. dr. Marc Van Ranst (KU Leuven) gaf een lezing over de Covid-pandemie: overzicht, lessons learned en perspectief naar de toekomst.

Ass. prof. Ann Meulders (Universiteit Maastricht en KU Leuven) sprak over de impact van onzekerheid op chronische pijn tijdens de Covid-pandemie