

COVID-19 in de huisartsenpraktijk

Pelle Kloos, Just Eekhof

COVID-19 is een nieuwe ziekte die zich op verschillende manieren kan presenteren. Omdat de huisarts naar verwachting de overgrote meerderheid van de patiënten zal behandelen, bespreken we aan de hand van de literatuur en enkele casussen verschillende uitingsvormen die zich in de huisartsenpraktijk kunnen presenteren.

Na de eerste, hevige confrontatie met de COVID-19-pandemie pakken ook de huisartsen in Nederland geleidelijk weer de normale zorg op. Een tijdlang was alle aandacht gericht op de 10% van de COVID-19-patiënten die ernstige klachten kreeg, maar nu het stof een beetje is neergedaald blijkt dat de meeste mensen die besmet zijn met het SARS-CoV2-virus geen of slechts lichte griepachtige klachten ontwikkelen.¹ In dit artikel gaan we in op de niet-ernstige patiënten met wie we in de huisartsenpraktijk vooral te maken hebben. COVID-19 is een nieuwe ziekte en we weten niet goed wat we kunnen verwachten. Om meer inzicht te krijgen in deze nieuwe patiëntengroep hebben we in PubMed naar artikelen gezocht die beschreven wat er tot op dat moment (23 juli 2020) bekend was over milde en asymptomatische presentatie van COVID-19. De opdracht 'COVID AND [Mild OR Asymptomatic]' leverde ruim 1000 artikelen op. Opvallend was dat een bijzonder groot deel van deze artikelen betrekking had op geselecteerde groepen (kinderen, zwangeren) of op specifieke vraagstellingen (laboratoriumafwijkingen, tests). We excludeerden artikelen die niet specifiek gingen over mensen met milde klachten en niet representatief waren voor de Nederlandse huisartsenpraktijk, en selecteerden uit de overgebleven artikelen de meest relevante.

HET KLASSIEKE BEELD VAN COVID-19

COVID-19 is de bekendste en ook de ernstigste uitingsvorm van een SARS-CoV2-infectie. Het beeld lijkt op influenza, met onder andere koorts (44-98%), hoesten (69-82%) en dyspneu (19-64%).¹⁻³ Kenmerkend voor een SARS-CoV2-besmetting is de acute respiratoire nood die soms onverwacht binnen enkele uren ontstaat en waarvoor de patiënt met spoed moet worden ingestuurd.⁴ Het is dan aan de huisarts om het ziektebeeld tijdig te herkennen en zo nodig te verwijzen. Vlak voorafgaand aan de respiratoire nood kunnen verschillende specifieke symptomen optreden, zoals neusverkoudheid, keelpijn, hoest en moeheid. Regelmatig ervaren patiënten zelf geen dyspneu, maar zijn de saturatie en de ademfrequentie sterk afwijkend. Blijf de patiënt daarom bij een vermoeden van COVID-19 frequent monitoren, laat hem laagdrempelig contact opnemen

EEN 54-JARIGE VROUW MET ASTMA

Een 54-jarige vrouw, bekend met astma, belt de huisarts vanwege algehele malaise, een drukkend gevoel op de borst en dyspneu. De huisarts overweegt een corona-infectie en vraagt of zij naar het coronasprekuur van de huisartsenpost wil komen. Patiënte is stabiel (geen koorts, CRP 22 mg/l, saturatie 99%) en de diagnose luidt 'virale bovensteluchtweginfectie'. De coronatest blijkt na 2 dagen negatief. Een week later belt de vrouw opnieuw vanwege toenemende dyspneu. Ze heeft geen koorts. Op de coronapost luidt de diagnose 'astma-exacerbatie bij een bovensteluchtweginfectie' en patiënte krijgt prednison, amoxicilline en salbutamol. Opnieuw wordt een coronatest afgenomen, die na 2 dagen positief blijkt. De dyspneu neemt na enkele dagen af, maar de vrouw ontwikkelt klachten van ernstige vermoeidheid en hoofdpijn die wekenlang aanhouden. De huisarts overlegt met specialisten, maar kan geen behandeling bieden naast de reeds ingeschakelde ondersteuning.

EEN 30-JARIGE VROUW MET KRIEBELHOEST

Een 30-jarige vrouw zonder bekende comorbiditeit belt de praktijk vanwege kriebelhoest. Zij heeft geen andere klachten of koorts. Omdat mevrouw werkzaam is in de zorg, besluit de huisarts in overleg met de GGD een coronatest te doen. Deze blijkt na 2 dagen positief. De vrouw heeft geen kriebelhoest meer, maar bemerkt wel verlies van reuk en smaak. Na 4 weken keert zowel de smaak- als de reukzin geleidelijk terug.

EEN 40-JARIGE MAN MET VERKOUDESKLACHTEN

Een 40-jarige man, praktiserend huisarts zonder enige comorbiditeit, heeft in de ochtend lichte verkoudheidsklachten: een kuchje en kriebel in de neus. In de praktijk is de afspraak dat men bij verkoudheidsklachten eerst telefonisch overlegt en niet naar de praktijk komt. Bij navraag is patiënt niet ziek en heeft hij geen koorts of andere klachten. Omdat hij huisarts is, kan hij in overleg met de GGD direct getest worden op het SARS-CoV2-virus. De volgende dag zijn de geen klachten verdwenen. Na 2 dagen blijkt de coronatest positief en volgt contactonderzoek, maar de GGD kan geen duidelijke besmettingsbron identificeren. Na 1 week hervat de huisarts zijn werkzaamheden.

als de klachten veranderen en overleg bij de geringste twijfel met de longarts.⁴

DE MILDE PRESENTATIE VAN COVID-19

In onze casussen waren de uitingsvormen van het virus relatief mild of aspecifiek, en konden samen maar ook geïsoleerd voorkomen.¹ Nu de zorg in de huisartsenpraktijk weer wordt opgestart, zullen we dit soort patiënten vaker tegenkomen. Zoals bleek bij de 54-jarige vrouw kunnen jongere patiënten relatief milde en aspecifieke, maar langdurige klachten overhouden aan een besmetting. Vooral langerdurende vermoeidheid en moeite met concentreren of lusteloosheid, zoals die ook optreden na een *Borrelia*- of epstein-barrvirusinfectie, lijken regelmatig voor te komen. In de literatuur wordt de



Milde COVID-19 kan zich presenteren met minder kenmerkende symptomen, die ook bij andere aandoeningen veel voorkomen. Van de vrouw op de foto was op dat moment onbekend of zij COVID-19 had.

Foto: Margot Scheerder

verklaring vooralsnog gezocht in een sterke activatie van het immuunsysteem.⁵⁻⁷ Op basis van de kennis over andere virusinfecties (EBV) neemt men aan dat de prognose bij langdurige moeheid en gebrek aan energie gunstig is en dat die klachten op den duur verdwijnen. Maar omdat COVID-19 een nieuwe ziekte is, weet men dat niet zeker. Vooralsnog is er nog maar weinig bekend over het verdere beloop bij COVID-patiënten in de eerste lijn en over hun behoefte aan ondersteuning

daarbij. In de recent uitgebrachte richtlijnen zoals Leidraad nazorg voor IC-patiënten met COVID-19 van de Federatie Medisch Specialisten en de Handreiking voor de zorg van post-COVID-19-patiënten staan enkele adviezen.⁸⁻¹⁰ Zoals onze eerste casus laat zien, hebben noch huisartsen noch specialisten een goede oplossing voor eventuele nazorgproblemen. Een duidelijke curatieve behandeling is niet voorhanden en het beleid is gericht op symptomatisch behandelen en laagdrempelig contact onderhouden. Voor lichamelijke en psychische ondersteuning wordt een beroep gedaan op bijvoorbeeld thuiszorg voor huishoudelijke taken en op andere eerstelijns zorgprofessionals. Dat geldt ook voor patiënten met het post-ic-syndroom, die na een ic-opname langdurig klachten houden maar die niet in aanmerking komen voor specialistische of geriatrische revalidatie.¹¹ Voor mensen met langdurig ernstige lichamelijke en cognitieve klachten zoals kortademigheid, conditieverlies, verzwakte spieren en geheugenproblemen, die moeite hebben met dagelijkse activiteiten en die moeizaam herstellen, is sinds juli 2020 paramedische 'herstelzorg' beschikbaar. Deze herstelzorg bestaat meestal uit fysio- of oefentherapie, diëtetiek, ergotherapie en/of logopedie.¹² Zolang de juiste kennis ontbreekt, kunnen we ons slechts richten op het herkennen, begeleiden en eventueel symptomatisch behandelen van deze patiënten.

Zoals de casus van de 30-jarige vrouw illustreert, kan COVID-19 ook leiden tot anosmie (verlies van de reukzin)

DE KERN

- Veruit de meeste COVID-19-patiënten ontwikkelen geen of slechts lichte klachten; zij zullen niet bij de longarts komen, maar vooral door de huisarts begeleid worden.
- Blijf patiënten bij een vermoeden van COVID-19 frequent monitoren en overleg bij de geringste twijfel met de longarts.
- De ongeveer 16% van de besmette patiënten die in het geheel geen klachten ontwikkelt, draagt mogelijk voor een groot deel bij aan de verspreiding van het virus.
- Het is goed mogelijk dat door het SARS-CoV2-virus naast het bekende ziektebeeld van moeheid en verlies van reuk en smaak nieuwe ziektebeelden zullen verschijnen, zoals cardiale restklachten.

en dysgeusie (verlies van de smaakzin). Zulke klachten zien we normaal gesproken zelden in de huisartsenpraktijk, maar 22-68% van de patiënten met COVID-19 ontwikkelt ze uiteindelijk.¹³ Anosmie en dysgeusie komen zelden geïsoleerd voor en zijn zelden de eerst ervaren klachten; regelmatig blijkt er een periode van hoesten of keelpijn aan voorafgegaan te zijn.¹⁴ Beide klachten kunnen langdurig aanhouden voordat ze langzaam uitdoven.

Milde COVID-19 kan zich presenteren met minder kenmerkende symptomen, die ook bij andere aandoeningen veel voorkomen. Het is een nieuwe ziekte, we zijn pas kort geleden voor het eerst geconfronteerd met SARS-CoV2-infecties, dus mogelijk zijn er meer symptomen of problemen aan toe te schrijven – er zijn berichten dat het virus bij kinderen kawasaki-achtige klachten kan veroorzaken.¹⁵ De toekomst zal moeten uitwijzen welke problemen het SARS-CoV2-virus nog meer kan veroorzaken.

DE ASYMPTOMATISCHE PRESENTATIE VAN COVID-19

De literatuur vermeldt sterk wisselende percentages COVID-19-patiënten met milde klachten, van 9,2 tot 69%, maar in elk geval ontwikkelt een aanzienlijk percentage helemaal geen klachten (een systematische review rapporteert 15,6%).¹⁶⁻¹⁸ In een verpleeghuis in de Verenigde Staten werden na 1 bewezen besmetting alle bewoners preventief getest op het SARS-CoV2-virus en bleek 57% van de positief geteste patiënten asymptomatisch te zijn.¹⁹ Zeven dagen later had 77% van de asymptomatische patiënten alsnog symptomen ontwikkeld, de overige 23% ontwikkelde helemaal geen symptomen. De hoeveelheid viraal RNA bij symptomatische patiënten verschilde niet van die bij asymptomatische patiënten.

In een Japans onderzoek naar SARS-CoV2-infecties op een cruiseschip bleek dat 32% van de besmette opvarenden de gehele observatieperiode asymptomatisch bleef, ondanks dat bij ruim de helft van hen afwijkingen op de CT-beelden zichtbaar waren.²⁰ De symptomen lijken dus niet onlosmakelijk verbonden met de mate waarin het lichaam is aangedaan. Onderzoek in een dorp in Italië liet zien dat 40-45% van de positief geteste patiënten asymptomatisch was. Geen van de asymptomatische patiënten ontwikkelde alsnog klachten en sommigen klaarden het virus in de loop van de onderzoeksperiode. Bij een tweede testronde bleek uit bron- en contactonderzoek dat een deel van de nieuwe positief geteste patiënten besmet was door deze asymptomatische patiënten. Ook deze onderzoekers vonden geen verschil in de hoeveelheid viraal RNA in de neus.²¹ Aangenomen wordt dat in een jonge en gezonde populatie het aandeel asymptomatische patiënten groot is. Aangezien de hoeveelheid viraal RNA, en daarmee de besmettelijkheid, niet lijkt af te hangen van de ernst van de symptomen, dragen asymptomatische patiënten mogelijk voor een groot deel bij aan de verdere verspreiding van het virus.^{2,20,21} Hoesten, niezen, schreeuwen, praten en zingen vergroten de kans op overdracht van het virus via aerosolen, maar bij sommige besmettingen lijkt ook een andere transmissieroute een rol te spelen.²² Het blijft dus erg belangrijk het RIVM-advies ter har-

Tabel

Symptomen van COVID vergeleken met die van andere veelvoorkomende aandoeningen

	COVID	Verkoudheid	Griep	Allergie
Koorts	vaak	zelden	vaak	soms
Droge hoest	vaak	licht	vaak	soms
Verlies van reuk en smaak	soms	vaak	vaak	vaak
Kortademigheid	soms	niet	niet	vaak
Hoofdpijn	soms	zelden	vaak	soms
Spierpijn	soms	licht	vaak	niet
Keelpijn	soms	vaak	soms	niet
Moeheid	soms	soms	vaak	soms
Diarree	zelden	niet	soms	niet
Loopneus	zelden	vaak	soms	vaak
Niezen	niet	vaak	soms	vaak
Duur klachten	7-25 dagen	7-14 dagen	< 14 dagen	paar weken

Bronnen: World Health Organisation, Centers for Disease Control & Prevention, American College of Allergy, Asthma and Immunology.²⁴

te te nemen en ook bij asymptomatische patiënten persoonlijk beschermingsmateriaal te dragen wanneer de afstand kleiner is dan 1,5 meter, bijvoorbeeld bij lichamelijk onderzoek.²³

TRIAGE

In onze derde casus was de 40-jarige huisarts verrassend genoeg besmet geraakt zonder duidelijke besmettingsbron. Bij zijn werk had hij de 1,5 meter afstand en de persoonlijke bescherming in acht genomen en toch werd hij besmet, mogelijk door een asymptomatische drager. Hieruit blijkt hoe verraderlijk de besmettingsroute kan zijn. De richtlijn om bij (lichte) verkoudheidsklachten niet naar de praktijk te komen maar te overleggen, pakte in dit geval goed uit. Als deze patiënt was gaan werken, had hij zonder het te weten patiënten of collega's kunnen besmetten. De casus leert ons dat we bij de triage van patiënten niet voorzichtig genoeg kunnen zijn. Ook een patiënt met lichte verkoudheidsklachten kan een SARS-CoV2-infectie hebben. Door de overlap van symptomen met griep, verkoudheid en hooikoorts is triage op basis van de symptomen erg moeilijk [tabel]. Bij twijfel moet men deze patiënten zien op aparte spreekuren met persoonlijke beschermingsmaterialen.

BESCHOUWING

We weten heel goed dat niet elke hoestklacht een pneumonie is waarvoor een longarts moet worden ingeschakeld. Met COVID-19 is het niet anders. Huisartsen zullen wel degelijk patiënten met COVID-19 verwijzen naar de tweede lijn, maar vanuit de meesten zullen ze binnen de eigen praktijk diagnosticeren en begeleiden. De literatuur draagt nog steeds nieuwe inzichten aan, wat aangeeft dat we weinig weten over de pathofysiologische mechanismen en eventuele therapeutische aangrijpingspunten van het virus. In de huisartsenpraktijk zullen we de komende periode steeds vaker specifieke klachten tegenkomen, zoals moeheid en verlies van reuk en smaak. In de literatuur zijn

tot nog toe geen andere, nieuwe ziektebeelden beschreven, maar het is niet ondenkbaar dat we als gevolg van het SARS-CoV-2-virus wel nieuwe ziektebeelden zullen zien. Zeer recentelijk zijn bijvoorbeeld ook cardiale restklachten beschreven.²⁵ ■

LITERATUUR

1. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, Bruno F, Del Buono R, Costa F, et al. COVID-19 diagnosis and management: a comprehensive review. *J Intern Med* 2020;288:192-206.
2. Dzieciatkowski T, Szarpak L, Filipiak KJ, Jaguszewski M, Ladny JR, Smereka J. COVID-19 challenge for modern medicine. *Cardiol J* 2020;27:175-83.
3. Guan W-j, Ni Z-y, Hu Y, Liang W-h, Ou C-q, He J-x, et al. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382:1708-20.
4. Loogman MC, De Jong N, Platteel TN, Bouma M, Verheij TJ, Opstelten W. Luchtwegklachten in tijden van corona: Beoordeling en beleid in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 2020;164:D4999.
5. Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. *J Med Virol* 2020;92:552-5.
6. Desforges M, Le Coupance A, Dubeau P, Bourgouin A, Lajoie L, Dubé M, et al. Human coronaviruses and other respiratory viruses: underestimated opportunistic pathogens of the central nervous system? *Viruses* 2019;12:14.
7. Sun T, Guan J. Novel coronavirus and the central nervous system. *Eur J Neurol* 2020 Mar 26 [online ahead of print].
8. Van Dijk D, Holtslag HR, Van der Woude MC, Bisschops LL, Van der Steen MS, et al. Leidraad nazorg voor IC-patiënten met COVID-19. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2020. Herstellen na een IC-opname met corona. www.thuisarts.nl, geraadpleegd 27 juli 2020.
9. Leidraad nazorg voor patiënten. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten, 2020.
10. Handreiking voor de zorg. Behandeling en begeleiding van post-COVID-19-patiënten: het COVID-19 Associated Syndrome. Amersfoort: Long Alliantie Nederland, 2020.
11. Ik herstel na een IC-opname met corona. Thuisarts.nl, geraadpleegd 27 juli 2020.
12. Zorginstituut adviseert tijdelijk ruimere vergoeding paramedische herstellzorg voor patiënten met ernstige COVID-19. Diemen: Zorginstituut Nederland, 2020. www.zorginstituutnederland.nl, geraadpleegd 27 juli 2020.
13. Carrillo-Larco RM, Altez-Fernandez C. Anosmia and dysgeusia in COVID-19: A systematic review. *Wellcome Open Res* 2020;5:94.
14. Carignan A, Valiquette L, Grenier C, et al. Anosmia and dysgeusia associated with SARS-CoV-2 infection: an age-matched case-control study. *CMAJ* 2020;192:E702-7.
15. Licciardi F, Prucoli G, Denina M, et al. SARS-CoV-2-induced Kawasaki-like hyperinflammatory syndrome: a novel COVID phenotype in children. *Pediatrics* 2020;146:e20201711.
16. Kronbichler A, Kresse D, Yoon S, Lee KH, Effenberger M, Shin JI. Asymptomatic patients as a source of COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis* 2020;98:180-6.
17. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, Davenport C, Leeflang MM, et al. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;7:CD013665.
18. He J, Guo Y, Mao R, Zhang J. Proportion of asymptomatic coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis. *J Med Virol* 2020 Jul 21 [online ahead of print].
19. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections in residents of a long-term care skilled nursing facility: King County, Washington, March 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:377-81.
20. Tabata S, Imai K, Kawano S, Ikeda M, Kodama T, Miyoshi K, et al. Clinical characteristics of COVID-19 in 104 people with SARS-CoV-2 infection on the Diamond Princess cruise ship: a retrospective analysis. *Lancet Infect Dis* 2020;S1473-3099(20)30482-5.
21. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Del Vecchio C, et al. Suppression of COVID-19 outbreak in the municipality of Vo, Italy. *medRxiv*. 2020;doi:10.1101/2020.04.17.20053157.
22. Verspreiding COVID-19, versie 23-07-2020. Bilthoven: RIVM, 2020. www.rivm.nl, geraadpleegd 23 juli 2020.
23. Uitgangspunten PBM buiten het ziekenhuis, versie 29-05-2020. Bilthoven: RIVM, 2020. <https://lci.rivm.nl>, geraadpleegd 23 juli 2020.
24. Woodward A, Gal S. How coronavirus symptoms compare with those of the flu, allergies, and the common cold. *Business Insider*, 30 april 2020.
25. Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O. Potential effects of coronaviruses on the cardiovascular system: a review. *JAMA Cardiol* 2020;5(7):831-40.



Lees meer over COVID-19 in ons dossier op henw.org.

Kloos P, Eekhof JA. COVID-19, een nieuwe ziekte in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2020;63:DOI: 10.1007/s12445-020-0844-x. Argos Zorggroep, Schiedam; P. Kloos, basisarts-anios. LUMC, afdeling Public health & eerstelijns geneeskunde, Leiden; dr. J.A.H. Eekhof, huisarts-epidemioloog; j.a.h.eekhof@lumc.nl. Mogelijke belangenverstrengeling: JE ontving financiering van het Fonds Alledaagse Ziekten voor onderzoek naar de behandeling van kleine kwalen en van de Rijksdienst voor Ondernemend Nederland voor onderzoek naar de digitale begeleiding van patiënten met een verhoogd cardiovasculair risico.