

Vanuit de SIL
Werkwijze ILD en Corona
25 maart 2020

Omdat er veel vragen zijn over ILD, medicatie en corona virus en er weinig wetenschappelijke onderbouwing voor de antwoorden is, hebben we vanuit de sectie ILD hieronder onze werkwijze voor dit moment beschreven. Dit is voornamelijk gebaseerd op ervaringen en maar zeer beperkt op wetenschappelijke inzichten. Indien er nieuwe inzichten en aanpassingen komen zullen we dit laten weten.

Wat te doen met immunosuppressieve medicatie bij ILD-patiënten die geen COVID hebben?

Streven om patiënten zo min mogelijk immuun gecompromitteerd te laten zijn, waarbij idee is dat voor infectie en in vroege fase patiënt waarschijnlijk gevoeliger is en virus sneller repliceert, terwijl in de latere fase van complicaties enige immunosuppressie / modulatie waarschijnlijk beschermend werkt.

- Cyclofosfamide, rituximab en infliximab kuren uitstellen bij niet vitale indicatie.
- Bij wel indicatie infliximab/biosimilars valt te overwegen om dit om te zetten in adalumimab om ziekenhuis bezoeken te voorkomen.
- MTX, AZA, MMF, prednison zo laag mogelijk indien medisch verantwoord, er vanuit gaand dat de meeste patiënten staan op dosering die zij nodig hebben.
- Plaquenil gewoon door, maar niet preventief starten.
- Bij nieuwe te starten immunosuppressie, dit alleen bij harde indicatie doen, "proefbehandelingen" en "grijze indicatie" uitstellen en monitoren patiënten.

Wat te doen met immunosuppressieve medicatie bij patiënten die aangetoond COVID hebben, dan wel zeer sterke verdenking?

- Waar mogelijk stoppen alle immunosuppressiva behoudens prednison.
- Op dit moment nog niet veel bekend over starten immunosuppressie/ immumodulatie in tweede fase (na 6-10 dagen) sommige groepen in buitenland geven 30 mg pred. Verder volgen trials met tocilizimab.

Wat te doen met fibrose remmers bij patiënten die geen COVID hebben?

- Gewoon doorgeven.

Wat te doen met fibrose remmers bij patiënten die aangetoond COVID hebben, dan wel zeer sterke verdenking ?

- Gewoon doorgeven, er is zelfs enig preklinisch onderzoek dat pirfenidon mogelijk enige bescherming biedt tegen het ontwikkelen van acute longfalen (loopt trial in China).
- Daarnaast is er van zowel pirfenidon als nintedanib mogelijk enige preventieve werking op het ontwikkelen van een exacerbatie.
- Bij ernstig zieke patiënt zullen co-morbiditeit (lever/nierfalen) en mogelijkheid tot innemen leidend zijn bij beslissing staken fibroseremmer.

Wat te doen met patiënt met longfibrose en respiratoir falen? Intuberen of niet?

- bij patiënten met IPF is te verwachten dat de vaak lange beademingsduur desastreuze gevolgen zal hebben op de fibrose met daarbij infauste prognose en lijkt uiterste terughoudendheid met beademing geboden.
- bij andere vormen van fibrose zal dit op een case bij case basis bekeken moeten worden, waarbij voor mensen met een uitgesproken UIP patroon van fibrose waarschijnlijk zelfde uitkomsten als bij IPF te verwachten zijn.
- Bij niet fibrotischeILD worden beslissingen op een case bij case basis gemaakt.
- Indien bij personen op de wachtlijst voor longtransplantatie een beademingsindicatie ontstaat door COVID-19 is de prognose dermate slecht, en is i.g.v. overleving van deze ziekteperiode een dermate achteruitgang van de pre-existente conditie te verwachten, dat de kans op een succesvol transplantatietraject vrijwel nihil is. Daarom is het advies om bij deze personen i.g.v. ontstaan COVID-19 een DNR/NIC beleid af te spreken. Wanneer er nog voldoende beademingscapaciteit in Nederland beschikbaar is wordt geadviseerd om nog wel case bij case te overleggen met het betreffende longtransplantatiecentrum