

Long Covid: een nieuwe tijdbom onder onze welvaartstaat?

Dr. Georges Otte



Samenvatting

Wanneer een patiënt drie maand na een acuut S.A.R.S ziektebeeld tgv een Covid-19 infectie, nog steeds symptomen vertoont die vooraf niet aanwezig waren en evenmin door andere oorzaken te verklaren zijn, spreekt men van het Long Covid syndroom. Dit is de definitie gehanteerd door de Wereld Gezondheid Organisatie (W.H.O). De prevalentie van dit beeld wordt geschat op 2 % wat voor België (4.8 miljoen besmettingen- Bron Siensano) neerkomt op +/- 100.000 patienten. De symptomen van Long Covid manifesteren zich vooral af in de neuro-psiachiatrische sfeer met o.a. moeheid, mentale uitputting, geheugen- en concentratiestoornissen (Brain

Fog) en gelijken dus sterk op deze van o.a. het chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS/ME), TBI, burn-out, depressie en/of fibromyalgie. Recent onderzoek in Nederland toonde aan dat 20% van deze mensen na 7 maand tot 2 jaar nog steeds niet in staat waren hun werk zoals voorheen, geheel of partieel te hervatten.

Ook al bestaan er sterke argumenten dat in de pathogenese van Long Covid, diverse neuroinflammatie componenten een belangrijke rol spelen, toch ontbreken er nog steeds specifieke-, gevalideerde diagnostische biomarkers waardoor subjectieve elementen in de diagnostiek, zowel bij zieken als zorgverzekeraars tot conflictueuze en dus weinig productieve discussies dreigen te leiden. Hoewel klinische ervaring in diverse centra leert dat sommige vormen van niet invasieve neurostimulatie (vb. tDCS) op therapeutisch vlak erg gunstig lijken te werken, ontbreken voorlopig gevalideerde en gereproduceerde R.C.T studies die noodzakelijk zijn om groen licht te geven voor brede verspreiding en terugbetaling. Indien evenwel de overheid en academia geen inspanningen doen om het valideren van deze of andere therapeutische methodes prioriteit te geven, (investeren in klinische R.C.T studies en trials) dreigen we weer vast te lopen in dezelfde verzanding als met het probleem van CVS/ME met finaal een personaal-, sociaal-, economisch- en menselijk lijden- waaronder een kostenplaatje dat vele malen groter zal zijn. Administratief gestuurde “zorgtrajecten” (een ministerieel modewoord dezer dagen) bestaande uit maatregelen en paramedische interventies zonder enige E.B.M validering en waarin zelf een degelijke neuro-psychiatrische diagnostiek niet eens

aan bod komt, is een (dure) pseudo-oplossing dat meer window-dressing beoogt dan dat het efficiënte therapie een kans geeft.

Met een geanticipeerd totaal van 600.000 chronisch zieken (40% neuro-psiatrie van type) en een geanticiperde kost van maar liefst - een gigantische- 14 miljard euro tegen 2030, is er toch echt geen tijd meer te verliezen. Dwangmaatregelen noch dreigende taal of dito vermanende ministeriële vingertjes, zullen volstaan om onze welvaarstaat van deze gezondheids-tsunami te vrijwaren.

Inleiding: duidelijke definities zijn determinerend

Termen als “post acut covid syndroom”, “Post Covid “en “Long Covid” worden vaak door’ elkaar gebruikt. Ten onrechte. Het is niet zonder belang om deze begrippen als klinische entiteit goed uit elkaar te houden gezien de symptomen belangrijke verschillen of andere accenten kunnen vertonen. Waar bij post Covid de longarts en kinesist in de revalidatie nog een grote rol spelen zal voor Long Covid de neuropsychiater en cognitieve neuropsycholoog stilaan een belangrijker positie innemen.

Wat is eigenlijk het verschil tussen “Post Covid “ en “Long Covid”?

Het persisteren van symptomen (of verschijnen van nieuwe-) na de acute fase van een SARS- Covid-19 infectie, te begrijpen als “Post Acute Sequelen van Covid of P.A.S.C” wordt in de wandelgangen vaak omschreven als Post-Covid Syndroom of Long Covid. Dergelijke vaagheid qua terminologie kan verwarrend werken o.a. in discussies

omtrent bepaalde epidemiologische aspecten zoals de prevalentiecijfers.

Gezien na 4 weken, volgend op de acute infectie bij een patiënt geen replicerend virus meer kan gevonden worden, wordt deze periode van 4 weken vaak gebruikt als een eerste “mijlpaal in de tijd” uiteraard voor zoverre men zeker is van het moment van de acute infectie. Men spreekt van “**Post-Covid**” indien deze symptomen persisteren tot 12 weken (3 maand) na de acute infectie. Duren ze langer dan spreekt men van “**Long-Covid**”. Samenvattend:

P. A. C. S: Post Acute Covid Sequelen

-> tot 4 weken na infectie: 15-20%

-> 4 tot 12 weken na infectie: Post Covid: 4 %

-> na 12 weken na infectie (3 maand): Long Covid: 2%

Het aantal patiënten dat 4 weken na de acute infectieuze fase nog symptomen vertoont wordt geschat op 15-20%. Dit cijfer daalt tot 4% voor symptomen die persisteren (of de novo verschijnen) tussen 4 en 12 weken (de post Covid groep) en voor de Long Covid (dus persisterende symptomen 3 maand na de acute infectie) is dit 2%.

Hoewel de daling van de prevalentie in het verloop van deze cijfers van de chronische fases geruststellend zou kunnen lijken, is dat natuurlijk allerm minst het geval. Met een wereldwijd geschat aantal Covid infecties (een vermoedelijk te lage inschatting) van +/- 700 miljoen (in België 4.8 miljoen volgens Siensano) betreft het hier een onrustwekkend gegeven. Long Covid is immers een syndroom dat zich in het kielzog van de recente corona virusepidemie aandient als een zeer ernstig probleem zowel voor de patiënten die erdoor getroffen zijn als – gezien de aantallen- voor de globale maatschappelijke zorgorganisatie waarvan de financiële draagkracht noch de organisatorische structuur op deze voorspelde tsunami voorzien zijn.

Inderdaad, aan 2% van 5 miljoen spreken we in ons land al snel over een toevloed van +/- 100.000 getroffen Long Covid patienten.

Bronnen van complexiteit

P.A.S.C (omvattende Post-Covid en Long Covid Syndroom) tgv een Covid 19 infectie, omvat als klinisch syndroom een reeks symptomen zoals geur- en smaakverlies, ademhalingsproblemen, abnormale moeheid en/of vermoeibaarheid (exertion exhaustion), cognitieve dysfuncties (brain fog) en affectieve stoornissen, hartkloppingen, arthro-myalgieen, hoofdpijn, duizeligheid, slaapstoornissen, gastro-intestinale stoornissen (nausea, diarree) etc. in de latere post Covid en vooral Long Covid groep vindt men evenwel predominant neuropsychologische symptomen (brain fog, mentale uitputting, angst en pijn, ziektegevoel, depressie en anhedonie)

Een vergelijkbare complicatie was al bekend bij patienten geïnfecteerd door een ander corona virus nl M.E.R.S (Middle East Respiratory Syndrome).

De moeilijkheid in het afbakenen van dit syndroom zit hem vooral in de complexiteit van eventuele causale inferenties. De symptomen zijn niet specifiek en veel patiënten die om andere redenen lang behandeld werden met respirator of een verblijf op IZ, vertonen eveneens vaak een post respiratoir of post IZ-syndroom eveneens met ademhalingsproblemen en daarnaast mentaal cognitieve stoornissen (brainfog), duizeligheid en ernstige vermoeidheid. Persisterende olfactorische (geur-, smaak-) problemen zijn nog het meest Covid-specifiek. Bovendien kan er ook premorbide contaminatie zijn of exacerbatie van symptomen gelinkt aan depressie, burn-out, CVS, fibromyalgie, Lyme, TBI etc. Verder zijn er ook diverse virale mutaties en varianten geweest (alfa, bèta, delta, omicron) en vaccinaties als boosters.

Zelfs de periode van 4 weken is soms moeilijk af te bakenen want door o.a. vals negatieve testen en of re-infecties is het moment van de eerste infectie niet altijd met zekerheid te bepalen. Bovendien zijn er aanwijzingen dat in sommige gevallen het virus latent aanwezig zou kunnen blijven.

Toch wordt de realiteit van dit syndroom niet in vraag gesteld want in de database van verzamelde casussen (cf. de NHS RECOVER studie) vindt men veel gevallen waarbij een mentaal en fysiek gezonde persoon, na het doormaken van slechts een lichte infectie, toch te maken krijgt met een uitgesproken en soms invaliderend post of long Covid syndroom, ook in situaties waar geen direct ziektegewin te verwachten was.

Long Covid en psychiatrie

Waar bij post Covid vaak nog de ademhalingsproblemen en fysieke capaciteit en inspanning beperking centraal staan, zien we met de tijd (dus evolutie naar Long Covid) dat een belangrijk aandeel van de Long Covid symptomatologie zich afspeelt in de neuro-psychiatrische sfeer. We noteren hier vooral uitgesproken mentale uitputting, cognitieve en executieve stoornissen, geheugenproblemen, depressieve stemmingsbasis, ruminatie, existentiële angst, adynamie en abnormale vermoeidheid naast ernstig ziektegevoel, spijsverteringsproblemen, fibromyalgie-like pijnklachten thv het bewegingsapparaat (chronische pijn in peesaanhechtingen en gewrichten, spierstramheid, krampen etc.). Daarnaast ook vaak tekenen van autonome dysfunctie (zweeten, hartkloppingen oorsuizen, hyperventileren en vertigo)

In een recent artikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie lezen we dat in Nederland 1/5 van deze patienten 7 maand na ontslag uit het ziekenhuis niet in staat bleken het werk volledig te hervatten zoals voorheen. In 2022 waren er na twee jaar nog 2000 patienten werk

onbekwaam. Deze cijfers illustreren welke zware tol dit syndroom op menselijk-, sociaal maatschappelijk- en economisch gebied kan opeisen.

Pathogenese

Een duidelijke eenzijdige oorzaak is niet met zekerheid te identificeren maar er zijn veel aanwijzingen dat viraal geïnduceerde neuroinflammatie hierbij een belangrijke rol speelt. Het zou kunnen gaan om een directe viraal geactiveerde neuroinflammatie dan wel en indirecte door 'overstimulatie' van het perifere immunologisch defensiesysteem. We weten immers dat er een constante communicatie bestaat tussen neuronale hersennetwerken en het immunologisch systeem. Aan dit thema wordt op 21 sept. 2023 een volledige wetenschappelijke avond gewijd;



Wetenschappelijke Meeting

Neuro-inflammatie

Sprekers:

Prof. Dr. Dirk De Ridder (BRAI3N):
Neuroinflammatie als oorzaak van chronificatie van lichamelijke en geestelijke pijn

Wencel Top (Klinisch Bioloog en oprichter Fidlab):
Neuropsychiatrische aandoeningen oorzakelijk behandelen door de uitlokkende factoren van neuroinflammatie beter te begrijpen

21 september 2023 om 19:00
Jemappesstraat 5, 9000 Gent

Gelieve in te schrijven vóór 16 September 2023 via: eva.geeraerts@brai3n.com

Diagnose

De symptomen zijn aspecifiek en een overtuigende biomarker of predictor is niet teruggevonden. Gezien de niet onbelangrijke

symptomatische overlap met symptomen van CVS/ME, somatisatie, functioneel neurologische beelden etc. zullen patiënten met dit ziektebeeld in de toekomst weer eens af te rekenen hebben met ongelooft en cynische benaderingen door overheids- en verzekeringsinstanties waarbij patiënten het gaan moeten opnemen (in een ongelijke strijd) met “experten” die niet “geloven” in het bestaan van dit syndroom. Het is een niet-productieve attitude die enkel verstarring en tegenoverdracht aanwakkert, loopgraafposities versterkt en ons geen millimeter dichtert bij een rationeel wetenschappelijk gefundeerde aanpak en behandeling.

Therapie

De hoop bestaat dat door massale vaccinatie en boosterregimes op termijn een effectieve preventieve strategie is ontwikkeld en ingevoerd. Een specifieke E.B.M onderschreven therapie voor long Covid lijkt overigens niet te bestaan. Opgelegde ergotherapie of fysiotherapie (forced exertion) kan zelfs contraproductief werken. Een recente Israëlische R.C.T studie toonde weliswaar een gunstig effect van hyperbare zuurstoftherapie (1 sessie per week gedurende 20 weken) op vlak van cognitie en affect maar is nog niet gerepliceerd.

Niet invasieve neurostimulatie is eveneens een veelbelovende een optie maar is in nood van grootschalige specifieke dubbelblind R.C.T studies. Thans ziet men dat deze techniek helaas voorbarig commercieel gekaapt wordt door diverse internet bedrijven die voor veel geld (500-3000 euro) met niet gesubstantieerde claims hun bioluminescentie en electro-magnetisme apparaten proberen te slijten aan patiënten met long Covid die wanhopig op zoek zijn naar efficiënte behandelingen.

Er is dringend nood aan gevalideerde en dupliceerbare R.C.T studies om ook hier het kaf van het koren te scheiden en patiënten een efficiënte behandeling te kunnen voorstellen zonder te vervallen in

querulante polemieken tussen patienten (en hun verenigingen) en diverse instanties van medische controles.

Besluit

Met een actueel reusachtig bataljon van bijna 500.000 chronisch zieken (kostprijs 11 miljard euro) geprojecteerd binnen 7 in 2030 jaar op 600.000 en een niet meer betaalbaar 14 miljard is het duidelijk that ons gezondheidssysteem een crisis voorgeschoteld wordt zonder weerga. Het motto “know they ennemy” is hier’ geen academische luxe meer is maar een pure urgentie willen we en totale collaps en chaos van de welvaartsstaat vermijden. Met Long Covid kennen we tenminste al de naam m van één van de recente daders en komt het er dus op aan zo snel mogelijk, wetenschappelijk verantwoorde behandelingen op punt te stellen. Pogingen van K.C. E en R.I.Z.I.V om via psycho-educatie en terugbetaalde zorgtrajecten deze dambreuk al wat tegen te gaan zijn lovenswaardig maar helaas onvoldoende om de aangekondigde vloed te weren. Potentieel zeer efficiënte non traumatische , goedkope en snel breed inzetbare **neurostimulatie methodes** komen thans, behoudens privaat initiatief, amper aan bod terwijl deze gemakkelijk in R.C.T studies zouden kunnen ingezet worden, vooral nu uit veldervaring blijkt dat hun efficiëntie niet te versmaden is. Uiteraard is het belangrijk ze wetenschappelijk verantwoord te evalueren maar als we daar niet snel actief (van overheidswege) in investeren en dat onderzoek faciliteren staan we binnen enkele jaren voor een gezondheidscatastrofe. De kennis en ervaring die we daarenboven verder opbouwen komt immers ook ten goede aan andere categorieën van chronisch zieken zoals PTSD, burn-out, fibromyalgie, CVS, TBI etc..

Als er één les te trekken valt uit gans de CVSZ/ME saga is het wel dat loopgraafoorlogen geen overwinnaars opleveren. We hebben thans de kans om het beter te doen De overheid doet wel inspanningen om

de financiële last bij deze patienten te verlichten (terugbetaling in kader van zorgtraject (mono- of multidisciplinair: kine, ergo, neuropsycholoog, diëtik..)) en neuropsychologie cf. website) maar vooral wetenschappelijk onderzoek naar de efficiëntie **van diverse neurostimulatie methoden en aangepaste terugbetaling bij vaststaand bewijs van werking** is hier veel meer aan de orde dan investeren in lang niet bewezen laat staan E.B.M onderbouwde hype van magische “zorgtrajecten”

Referenties

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570608/>

Neuropsychiatrische aspecten van long
COVID

D.S. Everaerd, S. Biere-Rafi

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE - JAARGANG 65 - JUNI 2023

RIZIV zorgtraject

<https://www.riziv.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/ziekten/Paginas/post-covid-tegemoetkoming-kosten-eerstelijnszorg-aanhoudende-symptomen.aspx>

EBO-zorgtraject Long Covid

<https://ebpnet.be/nl/ebsources/6691?searchTerm=COVID%20long>