

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTvG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTvG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

De volgende pandemie

Marc Bonten

Vandaag werden 115 nieuwe sterfgevallen gemeld. Er zijn al 2511 mensen overleden ten gevolge van COVID-19, en waarschijnlijk overleed nog eenzelfde aantal zonder dat infectie is aangetoond. Hoewel de gemiddelde leeftijd hoog is, geldt waarschijnlijk voor veel van hen dat ze nog een levensverwachting van enkele mooie jaren hadden. Er gaan dus heel wat kwaliteitsjaren verloren. In het pre-COVID-19-tijdperk hield ik me vooral bezig met antibioticaresistentie. Daaraan zullen, volgens sommigen althans, in 2050 10 miljoen mensen per jaar overlijden. Daarmee vergeleken zou deze COVID-19-pandemie nog het best als een flinke griep beschouwd kunnen worden. Het enige verschil: SARS-CoV-2 is er, en die 10 miljoen is nog hypothetisch. Zeker voor Nederland, want vorig jaar was onze beste schatting dat er weliswaar mensen overleden met een infectie die veroorzaakt werd door een resistente bacterie, maar dat de kans op overlijden net zo groot zou zijn als de infectie veroorzaakt was door een gevoelige bacterie.

Een van de vele verschillen tussen SARS-CoV-2 en antibioticaresistente bacteriën is dat die laatste zich vooral in zorginstellingen verspreiden, en dan met name ziekenhuizen, terwijl een coronavirus dat juist buiten het ziekenhuis doet.

Mij bekwam de vraag of COVID-19 de voorspelling van '10 miljoen doden per jaar door antibioticaresistentie in 2050' gaat helpen uitkomen. Dat zou best weleens kunnen. Nederlandse ziekenhuizen zijn doorgaans een oase van rust, waar de (weinige) bedden ver uit elkaar staan, de ruim aanwezige verpleging de kont niet kan keren zonder handdesinfectans tegen te komen, waar een antibioticum alleen als allerlaatste redmiddel wordt ingezet en waar een patiënt om het minste al in isolatie gaat. Voor een bacterie is het schier onmogelijk om een nieuwe patiënt te bereiken.

Dat ziekenhuis is nu verbouwd tot een lazaret in oorlogstijd, waar doodzieke patiënten dicht op elkaar verpleegd worden. Waar te weinig verpleegkundigen zijn, aangevuld met inderhaast opgeleide collega's die de basale hygiëneregels nog maar nauwelijks kennen. De patiënten zijn ziek, hebben forse longafwijkingen op CT, symptomen van infectie en liggen langdurig aan de beademing. Knappe dokter die durft te stellen dat zo'n patiënt geen bacteriële superinfectie heeft. Een collega verzuchtte laatst: 'Volgens mij schrijft het protocol voor dat niemand hier mag sterven zonder piperacilline-tazobactam.' Voilà, daarmee lijken onze ziekenhuizen ineens op die van Griekenland en Italië, waar carbapenemase-producerende bacteriën welig tierden en makkelijk verspreid worden. En toch denk ik niet dat we Griekse en Italiaanse toestanden gaan krijgen. Ten eerste, omdat de grenzen gesloten zijn. Op dit moment is de kans minimaal – en kleiner dan ooit – op introductie van dergelijke resistente bacteriën uit het buitenland. En dat is nodig, want zulke resistentie ontstaat niet 'spontaan' door selectie met antibiotica. Ten tweede, omdat de hygiënemaatregelen anders beleefd worden. Vóór COVID-19 gold handhygiëne als een maatregel om patiënten te beschermen, en ondanks alle goede bedoelingen is de naleving daarvan doorgaans niet erg goed. Nu worden dezelfde maatregelen gezien als zelfbescherming, en daarmee wordt de naleving meteen optimaal. Dat is ook al waargenomen bij de SARS-uitbraak in 2003.

Marc Bonten, [ntvg.nl/C4530](https://www.ntvg.nl/C4530)