

## 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.

## Atypisch beeld van COVID-19 bij oudere patiënten

Marcel G.M. Olde Rikkert, R.W. Vingerhoets, Niels van Geldorp, Everieke de Jong en Huub A.A.M. Maas

Dames en Heren,

**De verspreiding van SARS-CoV-2 en het daardoor veroorzaakte ziektebeeld COVID-19 is in volle gang. Nog duidelijker dan bij de andere coronavirussen en het influenzavirus zien we bij oudere patiënten een ernstiger ziektebeeld. Dramatische beelden uit China, Italië en Spanje van massale sterfte onder ouderen vormen een doemscenario voor Nederlandse ouderen. Het is daarom uiterst relevant het COVID-19-ziektebeeld onder oudere personen vroeg te herkennen, om meteen de passende isolatiemaatregelen en behandeling of begeleiding te kunnen starten.**

**Patiënt A**, een 82-jarige man, werd door de huisarts verwezen naar de SEH vanwege desoriëntatie, koorts en mogelijk een urosepsis. Patiënt was oud-hoogleraar Franse taal- en letterkunde en woonde zelfstandig samen met zijn vrouw. Hij had al tien jaar de ziekte van Parkinson, die zich uitte in een enkelzijdige tremor, ernstige stijfheid en een lager stemvolume. Desondanks was hij nog redelijk zelfredzaam, hoewel het aankleden en eten steeds moeilijker gingen. Het echtpaar had alleen huishoudelijke hulp. Ondanks de ziekte van Parkinson kon hij goed lopen, zonder loophulpmiddel, viel hij niet en gymde en bokste hij zelfs eens per week. Verder had hij prostatismeklachten, boezemfibrilleren en een gezichtsbeperking. Voor het laatste was een staaroperatie gepland. In totaal gebruikte hij acht verschillende geneesmiddelen, maar geen immuunsuppressiva.

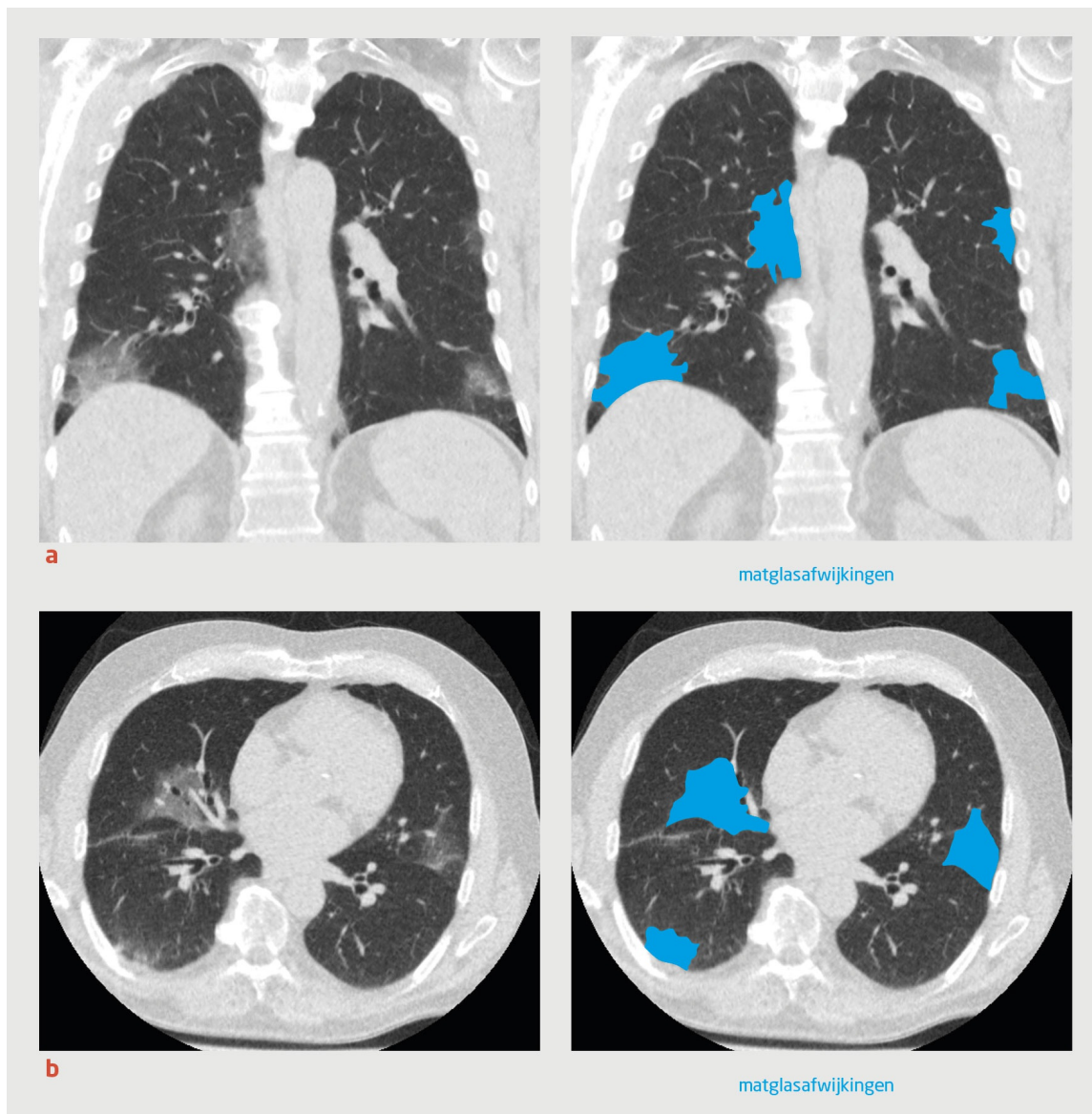
Vier dagen voordat voor het eerst koorts bij hem werd vastgesteld had hij een gesprek met de neuroloog. Dat consult, dat al eerder gepland was, was telefonisch vanwege de coronamaatregelen. Hij had daarbij geen enkele klacht die wees op een infectie, maar maakte zich wel veel zorgen omdat hij zo'n groot aantal medicijnen gebruikte. Voor revisie hiervan verwees de neuroloog hem naar de huisarts. De dag na dit telefonische consult ontwikkelde patiënt cognitieve stoornissen: hij had voor het eerst hallucinaties, waarbij hij zijn buurvrouw met een andere hond zag wandelen en hij kon gebeurtenissen niet goed meer onthouden. Het echtpaar gebruikte dit als extra motivatie om zoveel mogelijk thuis te blijven en zo de kans op een coronabesmetting zo klein mogelijk te houden. Drie dagen later consulteerden zij de huisarts omdat hij voor het eerst koorts kreeg (tot 38,5 C). Hij raakte gedesoriënteerd in plaats en tijd en werd motorisch onrustig, waardoor hij uit zijn stoel viel. De huisarts zag een zieke, niet-kortademige patiënt, met een lage systolische bloeddruk van 100 mmHg, een onregelmatige pols van ongeveer 90 slagen/min en een zuurstofsaturatie van 95% met een ademfrequentie van 17/min. In de anamnese gaf patiënt vooral pijn en vertraging bij het plassen aan. Een urinetest was positief op nitriet, maar verder deed de huisarts geen andere afwijkende bevindingen. Hierop stuurde hij patiënt in naar de afdeling Geriatrie, met als werkhypothese een 'val en delier bij een urosepsis'.

Op de Spoedeisende Hulp zag de SEH-arts dat patiënt, na intraveneuze vulling met 500 ml fysiologisch zout in de ambulance, stabiel was, met een temperatuur van 37,9C. Hij werd volgens protocol nog niet direct in druppel-contactisolatie opgevangen. Zijn aandacht was verminderd en hij toonde lichte desoriëntatie en verminderd ziektebesef. Hij had nog steeds een ademfrequentie van 17/min, oogde niet kortademig en voelde dat zelf ook niet. Pulmonale auscultatie liet rechtsachter onder een laagfrequent discontinu bijgeluid horen en de zuurstofsaturatie was 95%. Zijn klinische kwetsbaarheidsscore ('Clinical Frailty Scale') was 5 op een schaal van 9, wat betekent dat hij een lichte mate van kwetsbaarheid vertoonde.

Uit het bloedonderzoek bleek een laag aantal witte bloedcellen ( $2,9 \times 10^9/l$ ; 4 maanden eerder:  $6,4 \times 10^9/l$ ) en lymfocyten ( $0,43 \times 10^9/l$ ; referentiewaarde:  $1-3,5 \times 10^9/l$ ) met veel atypische vormen. Zijn lactaatdehydrogenasewaarde van 233 U/l (referentiewaarde < 250 U/l) en D-dimeerconcentratie van < 500 ng/l waren binnen de referentiewaarden. Zijn trombocytenaantal was verlaagd tot  $88 \times 10^9/l$ ; de CRP-waarde was 28 mg/l en de creatinineconcentratie was 86 mol/l.

Zonder dat hij strikgenomen aan de COVID-19-protocolcriteria van het Radboudumc voldeed (koorts en/of luchtwegklachten), heeft de geriater die op de SEH geconsulteerd was hem toch aangemerkt als mogelijke COVID-19-patiënt, op basis van deze atypische presentatie. Daarop werd een CT-scan met lage stralingsdosis van de longen gemaakt ('low-dose' CT-thorax). Deze toonde centraal en perifeer meerdere matglasafwijkingen verdacht voor COVID-19. De CO-RADS-classificatiescore was 5 uit een maximum van 6 en de CT-'severity score' was 7 uit een maximum van 25 (figuur). Dit is volgens het Radboudumc-protocol reden

voor nadere diagnostiek en het overwegen van opname. Hierop werd een keeluitstrijk afgenomen voor PCR op SARS-CoV-2, die acht uur later positief bleek.



**Figuur**  
**CT-scan van een patiënt met COVID-19**

'Low-dose'-CT-scan van de thorax van een 82-jarige patiënt die met atypische klachten op de SEH kwam en bij wie toch COVID-19 werd vermoed; op (a) de coronale en (b) de transversale opname zijn de voor COVID-19 kenmerkende matglasafwijkingen te zien, zowel perifeer als centraal.

Omdat behandeling thuis niet mogelijk was vanwege zijn delier, werd patiënt in druppel-contactisotatie opgenomen. Hij werd behandeld met een fysiologisch-zoutinfuus (2 l/24h) ter rehydratie bij geringe orale inname, cefuroxim i.v. omdat hij mogelijk urosepsis als bijkomend probleem had, chloroquine en zuurstof (2 l/min via neusbril) vanwege saturatiedalingen tot 91%. Patiënt werd opgenomen op de speciale afdeling voor patiënten met verdenking op COVID-19.

De concrete opnamedoelen waren ondersteuning van zijn vochtinname bij geringe orale inname en lichte prerenale nierinsufficiëntie, en behandeling van zijn bijkomende urineweginfectie en delier. We schatten zijn kansen op herstel als redelijk, vanwege de beperkte kwetsbaarheid. Direct bij opname werden er echter wel behandelbeperkingen afgesproken. Patiënt en partner stemden in met het voorstel dat hij niet op de IC zou worden opgenomen, met waarschijnlijk langdurige beademing, omdat dat zeer belastend en waarschijnlijk niet effectief zou zijn. Patiënt begreep dit op dat moment goed en had vanwege zijn ziekte van Parkinson al eerder bij de huisarts aangegeven in te stemmen met dergelijke behandelbeperkingen. De huisarts werd met het oog op verder besmettingsgevaar meteen ingelicht.

De daarop volgende dagen liep zijn temperatuur op tot 40,9°C en nam zijn ademfrequentie toe tot 25-30/min; zijn

zuurstofsaturaties varieerden van 90-97%, maar hij bleef hemodynamisch stabiel. Zijn CRP-waarde was na 3 dagen gestegen naar 84 mg/l; zijn creatinineconcentratie was gestegen tot 114 mol/l. Zijn urinekweek en bloedkweken toonden geen groei, het antibioticum werd daarop gestopt, en sneltesten sloten bijkomende virusinfecties met respiratoir syncytieel virus, influenza A en influenza B uit.

Patiënt had lichamelijk en psychisch een opleving op de derde en vierde ziekte dag. Hoe hij en zijn echtgenote zijn ziekte beleefden, gaven zij indringend weer toen we hun toestemming vroegen voor publicatie van dit artikel. Hun relaas is te lezen in het patiëntverhaal. Op dat moment was de afloop voor patiënt nog onduidelijk. Helaas werd hij vervolgens op dag vijf toch plotseling respiratoir insufficiënt, en daalde zijn saturatie tot 83%. De onrust bij zijn delier nam toe, wat de behandeling ernstig bemoeilijkte. Ook bleek zijn procalcitonineconcentratie toe te nemen van 0,15 mg/l tot 1,15 mg/l; deze stijging en absolute waarde wees op een mogelijke bacteriële superinfectie, waarvoor hij volgens antibioticumprotocol behandeld werd met piperacilline/tazobactam. De behandeling met chloroquine werd gestopt omdat dit mogelijk bijdroeg aan het delier. Ter verlichting van de dyspneu kreeg patiënt morfine, maar uiteindelijk overleed hij zes dagen na opname aan progressief respiratoir falen en uitputting door zijn delier.

### Patiëntenserie

De gegevens van de eerste reeks van oudere patiënten uit het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis benadrukken dat een geriatrisch syndroom vaak voorkomt als atypische presentatie van COVID-19. De tabel toont de symptomen bij opname van de eerste 19 patiënten die daar op de geriatrie-afdeling werden opgenomen met het vermoeden van COVID-19. Ze hadden een gemiddelde leeftijd van 83,5 jaar, de meerderheid was man (63%). Hun kwetsbaarheid wordt duidelijk uit de comorbiditeit en beperkingen in mobiliteit en zelfzorg die in de tabel genoemd staan.

kenmerk	n (%)*
<b>anamnese</b>	
leeftijd in jaren (SD; spreiding)	83,5 (4,8; 78-94)
geslacht ♂	12 (63)
woonsituatie	
zelfstandig wonen	12 (63)
zorginstelling	7 (37)
mobiliteit	
loophulpmiddel	12 (63)
onafhankelijk	7 (37)
zelfredzaamheid	
afhankelijk in ADL	8 (42)
onafhankelijk in ADL	11 (58)
aantal chronische aandoeningent (SD; spreiding)	2,8 (1,9; 1-5)
cognitieve beperkingen†	11 (57)
<b>diagnostiek COVID-19</b>	
PCR SARS-CoV-2 positief	17 (89)
CT-scan verdacht◇	3 (16)
infiltraat op X-thorax	13 (68)
<b>debuut met typische symptomen</b>	
hypoxie (O <sub>2</sub> -saturatie < 95%)	16 (84)
dyspneu (subjectief)	13 (68)
hoesten	5 (26)
koorts (> 38°C)	7 (37)
<b>debuut met atypische symptomen</b>	
vallen	6 (32)
delier	15 (79)
diarree	3 (16)
niet-afwijkend aantal lymfocyten (> 1 × 10 <sup>9</sup> /l) en LD (< 250 U/l)	5 (25)
<b>behandeling</b>	
antibiotica	16 (84)
chloroquine	4 (21)
lopinavir/ritonavir	3 (16)
gemiddelde opnameduur in dagen# (SD, spreiding)	6,9 (4,5; 1-14)
<b>overlijden#</b>	
vrouwen (% per sekse)	1 (14)
mannen (% per sekse)	8 (67)

\* Tenzij anders aangegeven.

† Actuele chronische ziektelast bestond uit combinaties van: COPD, diabetes mellitus type 2, obstructief slaapapneusyndroom, hartfalen, boezemfibrilleren, hypertensie, coronair lijden, beperkingen na CVA, polyartrose en de hierna genoemde cognitieve stoornissen.

‡ Pre-existente cognitieve stoornissen van diverse etiologie (ziekte van Alzheimer, vasculaire demencie, Parkinsondementie, progressieve supranucleaire paralyse of gecombineerde etiologie) en ernst (milde cognitieve stoornis tot lichte ernst demencie).

◇ CT-scan werd niet standaard verricht.

# 4 patiënten waren nog opgenomen.

**Tabel**  
**Kenmerken van 19 kwetsbare ouderen opgenomen op een geriatrische COVID-19-afdeling**

Bij 6 patiënten kwam slechts één van de typische klachten voor (hoesten of dyspneu of hypoxie), terwijl bij slechts 3 van hen bij aanvang geen sprake was van vallen of een delier. Naast koorts trad bij 1 patiënt hypothermie op, wat we vaker zien bij acute infecties. Bij deze kwetsbare groep zagen we bovendien dat er na gemiddeld 7 dagen opname bij slechts 4 patiënten geen delier optrad. Bij 16 van de 19 patiënten bestond het vermoeden op bacteriële superinfecties vanwege het fulminante klinische beloop,

een hoge stijging van acute-fase-eiwitten (met name van CRP) en progressie van infiltraten bij beeldvormend onderzoek. 6 patiënten konden inmiddels worden ontslagen, 9 patiënten overleden en 4 waren nog opgenomen. Van de opgenomen mannen is 75% overleden. Van belang is ook dat bij 2 patiënten niet met zekerheid een SARS-CoV-2-infectie is aangetoond. Hun ziektebeeld kan ook veroorzaakt zijn door een bacteriële pneumonie, of de PCR op SARS-CoV-2 kan fout-negatief zijn geweest, terwijl het klinische beeld zich niet onderscheidde van dat van de bewezen COVID-19-patiënten. Voor de zekerheid zijn deze patiënten wel in druppel-contactisolatie verpleegd en voor beide mogelijke diagnoses behandeld. Deze cijfers onderstrepen dat COVID-19 zich bij ouderen vaak atypisch uit; ook geven ze de ernst aan van het ziektebeeld bij deze kwetsbare patiëntengroep, met name onder de mannen.

### Beschouwing

Dit artikel geeft informatie over de atypische presentatie en het beloop van het COVID-19-ziektebeeld bij kwetsbare, oudere personen met een SARS-CoV-2-infectie. Dit is een aanvulling op de eerder in dit tijdschrift beschreven patiënten van 45, 67 en 75 jaar, bij wie de ziekte zich meer typisch uitte met hoesten en kortademigheid.<sup>1</sup> We laten met de gegevens over patiënt A en de patiëntenserie zien dat COVID-19 bij kwetsbare ouderen ook kan beginnen met een acuut geriatrisch syndroom. Onder deze acuut geriatrische syndromen vallen een delier, een valpartij, syncope, dehydratie en acuut functieverlies.<sup>2</sup> Vaak zijn er meerdere geriatrische syndromen tegelijk aanwezig, zoals bij patiënt A een delier, vallen en dehydratie. Ook laten deze voorbeelden zien dat bepaalde laboratoriumafwijkingen, zoals een lymfocytendaling, of stijgingen van de hoeveelheid LD en D-dimeer, vaak ontbreken of maar voor een deel aanwezig zijn; overigens zijn deze ook bij ouderen met andere infecties vaak specifiek. Net als andere auteurs pleiten wij er daarom voor om aan diagnostische criteria en isolatiecriteria en protocollen toe te voegen dat het mogelijk is dat er atypische symptomen voorkomen, met name bij oudere patiënten.<sup>3</sup> Daarnaast illustreert de patiëntenserie dat er onder de oudere patiënten met comorbiditeit ziektebeelden zijn die sterk lijken op COVID-19. Bij 2 Tilburgse patiënten was de diagnose niet zeker ondanks een sterk gelijkend klinisch beeld en ernstig beloop.

Hoewel er een grote stroom aan publicaties op gang is over de SARS-CoV-2-pandemie is er nog weinig gepubliceerd over het ernstige beloop en de pathofysiologie bij ouderen. Een eerste vergelijking van 18 ouderen (leeftijd tussen de 60 en 70 jaar; 67% mannen) met jonger volwassenen (gemiddeld 47 jaar) uit een Chinees ziekenhuis, liet ook bij deze ouderen een ernstiger beloop zien, met vaker multilobaire pulmonale afwijkingen en bij 25% van de patiënten een 'acute respiratory distress syndrome' (ARDS), tegen 5% bij de jongere populatie.<sup>4</sup> Deze oudere patiënten hadden echter wel typische pulmonale symptomen en zelfs meer uitgesproken laboratoriumafwijkingen, zoals lagere lymfocytenaantallen en hogere CRP-stijgingen dan een jongere groep volwassenen.<sup>4</sup> Ook klachten zoals buikpijn en diarree, die tot nu toe minder vaak gemeld zijn, kwamen bij deze ouderen meer voor. Deze groep patiënten had echter minder bijkomende ziektelast dan de Tilburgse groep en patiënt A, en gegevens over hun kwetsbaarheid ontbreken. Als hypothese voor het ernstiger beloop noemen de auteurs de slechtere lokale en systemische afweer en barrièrefunctie, wat de bacteriële superinfecties goed kan verklaren.

Hoewel de sterftecijfers tussen verschillende landen moeilijk te vergelijken zijn, door verschillen in de aantallen geteste personen in de noemer van de 'case fatality rate', neemt de sterfte overal sterk toe met de leeftijd, het meest onder mannen. Dit laatste sluit aan bij de zogenoemde man-vrouwgezondheid-sterfteparadox, die wil zeggen dat vrouwen gemiddeld een hogere ziektelast hebben, maar mannen een hogere sterfte op dezelfde kalenderleeftijd. In veel landen is dit bij ouderen empirisch bewezen en ook Nederlandse gegevens laten dit zien.<sup>5</sup> De verklaring van deze paradox is nog niet zeker, maar een combinatie van immunologische, hormonale en cardiovasculaire mechanismen (zoals versnelling van verouderingsmechanismen door testosteron, meer roken en alcoholgebruik), en psychosociaal ongunstigere kenmerken (zoals later hulp zoeken) onder mannen verklaart dit waarschijnlijk het best.<sup>6,7</sup> Hierdoor hebben mannen een lager herstelvermogen bij acute ziekte, zoals de grote nieuwe aanslag op hun cardiopulmonale evenwicht door SARS-CoV-2.

### Wat had er anders gekund?

Het is vooral onbekendheid met het COVID-19-ziektebeeld dat ons nu nog parten speelt, samen met de strikte focus op de daarvoor gemaakte protocollen, waarin de atypische presentatie nog ontbreekt. Gelet op de hoge prevalentie van atypische symptomen van COVID-19 onder vooral ouderen, maar ook onder jongere patiënten, is het dus wel van belang dat de protocollen in deze richting worden aangepast. Omdat onze patiënt na het consult van de geriater op de SEH toch werd getest op COVID-19, liep de behandeling feitelijk geen vertraging op. Isolatiemaatregelen voor het SEH-personeel werden wel te laat ingezet. Inmiddels worden alle nieuwe patiënten op onze SEH in druppel-contactisolatie gezien. Daarnaast zijn er veel aspecten in het beloop, de begeleiding en behandeling van dit ziektebeeld die nog beter begrepen en gestandaardiseerd kunnen worden. Daartoe is een richtlijn van de Federatie Medisch Specialisten gereed, die specifiek gericht is op de eerste stappen bij herkenning, triage en

behandeling van oudere patiënten verdacht voor COVID-19.<sup>8</sup> Daarnaast zijn er inmiddels ook goede protocollen die helpen bij behandeling van delier en triage voor beademing van oudere patiënten, zowel in het ziekenhuis als in de thuissituatie.<sup>8</sup> Dit blijven uiteindelijk persoonsgebonden afspraken, die vragen om goede gezamenlijke besluitvorming en communicatie.

**Dames en Heren**, iedere arts die met oudere patiënten omgaat moet beducht zijn op atypische klachten en een atypisch beloop van acute infecties. Dat geldt zeker voor COVID-19. De kans op een atypisch beloop neemt toe met de leeftijd en naarmate de patiënt kwetsbaarder is door meerdere ziektes en afnemende fysiologische reserve en veerkracht.<sup>9</sup> Het begin van een ziekte-episode met acute geriatrische syndromen moet in deze tijd altijd als een alarmsignaal voor een mogelijke SARS-CoV-2-infectie worden beschouwd. De geriatric-paradox is dat juist dát typisch is voor deze patiënten. Speciale aandacht is nodig voor oudere patiënten bij wie ook het sociale domein kwetsbaar is, doordat ze alleenstaand zijn, een migratie-achtergrond hebben, of in achterstandswijken wonen.<sup>10</sup>

- Online artikel en reageren op [ntvg.nl/D5004](https://ntvg.nl/D5004)
- Radboudumc, afd. Geriatrie, Nijmegen. Prof.dr. M.G.M. Olde Rikkert, klinisch geriater; drs. N. van Geldorp, anios klinische geriatrie. Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, afd. Geriatrie, Tilburg/Waalwijk. Drs. R.W. Vingerhoets en dr. H.A.A.M. Maas, klinisch geriater; drs. E. de Jong, anios klinische geriatrie.
- Contact: M.G.M. Olde Rikkert ([Marcel.OldeRikkert@Radboudumc.nl](mailto:Marcel.OldeRikkert@Radboudumc.nl))
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Dr. Monique Brink, radioloog (Afd. Radiologie, Radboudumc) en dr. Stefan Bruijnen, anios Radiologie (JBZ/Radboudumc) beoordeelden en bewerkten de CT-beelden.
- Aanvaard op 1 april 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5004

## Literatuur

1. De Wee EM, van der Sar-van der Brugge S, Grootenboers M, Bentvelsen RG, Kant KM, van der Leest CH. [COVID-19 in het ziekenhuis](#). Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D4965
2. Olde Rikkert MG. Conceptualizing Geriatric Syndromes. In Michel JP et al. Oxford textbook of geriatric medicine. Oxford: Oxford Univ Press. 2017 [DOI:10.1093/med/9780198701590.003.0048](https://doi.org/10.1093/med/9780198701590.003.0048)
3. Nickel CH, Bingisser R. Mimics and chameleons of COVID-19. Swiss Med Wkly. 23 maart 2020 (epub). doi: 10.4414/smw.2020.20231. [Medline](#)
4. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical feature of COVID-19 in elderly patients: a comparison with young and middle-aged patients. J Infect. 27 maart 2020 Mar (epub) pii: S0163-4453(20)30116-X. doi: 10.1016/j.jinf.2020.03.005 [Medline](#)
5. Hoogendijk EO, van der Noordt M, Onwuteaka-Philipsen BD, Deeg DJH, Huisman M, Enroth L, Jylhä M. Sex differences in healthy life expectancy among nonagenarians: A multistate survival model using data from the Vitality 90+ study. Exp Gerontol. 2019;116:80-5. doi: 10.1016/j.exger.2018.12.015. [Medline](#)
6. Gordon EH, Peel NM, Hubbard RE. [The male-female health-survival paradox in hospitalised older adults](#). Maturitas. 2018;107:13-8. doi: 10.1016/j.maturitas. [Medline](#)
7. Gordon EH, Hubbard RE. Physiological basis for sex differences in frailty. Curr Opin Physiol. 2018;6:10-5. [doi.org/10.1016/j.cophys.2018.02.013](https://doi.org/10.1016/j.cophys.2018.02.013)
8. Triage 1e lijn voor ouderen. Utrecht: Federatie Medisch Specialisten; 2020. <https://www.nvkg.nl/professionals/nvkg/covid-19>. Geraadpleegd op 31 maart 2020.
9. Olde Rikkert MGM, Melis RJF. [Rerouting Geriatric Medicine by Complementing Static Frailty Measures With Dynamic Resilience Indicators of Recovery Potential](#). Front Physiol. 2019;10:723. doi: 10.3389/fphys.2019.00723 [Medline](#)
10. Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, Geffen L, McKee M Bearing the brunt of covid-19: older people in low and middle income countries. BMJ. 2020;368:m1052. doi: 10.1136/bmj.m1052. [Medline](#)

## Kernpunten

- Het ziektebeeld van COVID-19 begint bij kwetsbare oudere patiënten vaak met specifieke, acute geriatrische syndromen, zoals een valpartij of een delier.
- Sommige symptomen of laboratoriumafwijkingen die bij de jongere populatie met COVID-19 gebruikelijk zijn, zijn bij oudere patiënten vaak minder duidelijk aanwezig of zelfs afwezig.
- Kwetsbare ouderen met COVID-19 krijgen veelvuldig complicaties zoals bacteriële superinfecties en delirante episodes.
- Hoewel de symptomen aanvankelijk vaak minder ernstig zijn, is het beloop van COVID-19 bij kwetsbare ouderen, vooral bij



mannen, veel ongunstiger.

## Patiëntverhaal

### De patiënt en zijn echtgenote aan het woord

Patiënt: 'Voor deze opname voelde ik mij nog vitaal. Ik deed eigenlijk alles nog zelf of samen met mijn vrouw. Ik kreeg wel twee dagen voordat ik in het ziekenhuis kwam heel veel spierpijn en kon amper opstaan. Verder had ik volgens mij geen klachten. De huisarts dacht dat ik een blaasontsteking had. Ik ben ook wat verward geweest zeggen anderen. Momenteel voel ik me moe en kortademig. De dokters hebben gezegd dat ik het coronavirus heb. Echt grote zorgen heb ik niet, mijn vrouw echter wel. Mijn grote vraag is hoe dit artikel gaat eindigen...'

Echtgenote: 'Voordat mijn man in het ziekenhuis kwam, zijn we veelal binnenshuis gebleven vanwege het coronavirus. We hebben dus weinig contact gehad met mensen om ons heen. Nu hij is opgenomen maak ik me heel veel zorgen. Ik voel me gebroken en slaap slecht door de spanning. We hebben geen idee waar dit gaat eindigen en ik mis hem enorm. Zelf heb ik milde klachten gehad, maar bij hem is het veel ernstiger. Gelukkig kan ik hem nog bezoeken op de isolatieafdeling. Daarnaast heb ik veel steun van vrienden en familie, ook al is dat nu telefonisch.'