

# COVID-19-isolatiespreekuren tijdens de 'eerste golf'

## Een beschrijving van de patiënten

Florien van Royen, Geert-Jan Geersing, Sander van Doorn, Maarten van Smeden, Frans Rutten, Eric Lambermon

**De literatuur over COVID-19 beschrijft voornamelijk patiënten in ziekenhuizen of op ic-afdelingen. Wij analyseerden de dossiergegevens van patiënten die tijdens de 'eerste golf' (maart-mei 2020) in Noord-Brabant een isolatiespreekuur bezochten en bij wie de huisarts COVID-19 vermoedde. Van deze populatie moest 5% in het ziekenhuis worden opgenomen, kreeg 2,7% cardiovasculaire complicaties en hield 9% restklachten. Patiënten die moesten worden opgenomen, waren gemiddeld ouder, vaker man en hadden vaker overgewicht en een voorgeschiedenis van coronaire hartziekte, hartfalen of diabetes.**

In de wetenschappelijke literatuur over COVID-19 zijn tijdens de pandemie voornamelijk patiënten beschreven die waren opgenomen op ziekenhuisafdelingen of op de intensive care. Gegevens uit de huisartsenpraktijk zijn nog

altijd schaars, terwijl de overgrote meerderheid van de patiënten de ziekte thuis doormaakt. Bij een deel van hen zal de huisarts betrokken zijn bij de risico-inschatting van het beloop en bij de keuze om de patiënt al dan niet in het



De diagnose 'COVID-19' beruiste meestal op klinische symptomen.

Foto: Margot Scheerder

## WAT IS BEKEND?

- In de eerste golf van de COVID-19-pandemie stelden huisartsen isolatiespreekuren in voor patiënten met symptomen van COVID-19.
- Omdat er in de huisartsenpraktijk geen routinematige PCR-tests beschikbaar waren, berustte de diagnose 'COVID-19' op klinische symptomen.
- Gegevens over COVID-19-patiënten uit de huisartsenpraktijk zijn nog altijd schaars, terwijl de overgrote meerderheid van de patiënten de ziekte thuis heeft doorgemaakt.

## WAT IS NIEUW?

- Van de patiënten bij wie de huisarts op het isolatiespreekuur 'klinische verdenking COVID-19' registreerde, werd 5% in een ziekenhuis opgenomen, kreeg 2,7% een cardiovasculaire complicatie en hield 9% na 2-3 maanden nog restklachten.
- Overgewicht, diabetes, hartfalen en coronaire hartziekte lijken de kans op ziekenhuisopname bij (vermoeden van) COVID-19 te verhogen; astma en COPD lijken niet van invloed.

ziekenhuis te laten opnemen. Anderen zullen hun huisarts na de acute infectie bezoeken vanwege persisterende klachten. De ernstigste fase van de COVID-19-pandemie lijkt inmiddels achter ons te liggen, mede door de oplopende vaccinatiegraad, maar het is aannemelijk dat COVID-19-infecties seizoensgebonden blijven terugkeren. Hoelang een vaccinatie bescherming biedt, is niet zeker en naar verwachting zal het virus blijven muteren. Daarom blijft het nodig, zeker ook voor de huisarts, meer te weten te komen over dit relatief nieuwe ziektebeeld.

Ons onderzoek had tot doel de karakteristieken, complicaties en restklachten te beschrijven van patiënten met vermoedelijk COVID-19 die tijdens de 'eerste golf' (maart-mei 2020) de isolatiespreekuren bezochten van huisartsen in Brabant, een regio die destijds zwaar getroffen werd door de ziekte. We zochten in deze populatie gericht naar ziekenhuisopnames en complicaties (sterfte, IC-opnames, cardiovasculaire complicaties zoals longembolie) bij acute COVID-19, en daarnaast nadrukkelijk ook naar restklachten gedurende de 3 daaropvolgende maanden. Omdat PCR-tests tijdens deze eerste golf beperkt beschikbaar waren, beschrijven wij hier alle patiënten die de isolatiespreekuren bezochten, dus een onderzoekspopulatie met 'klinische verdenking COVID-19'.

## METHODE

### Onderzoeksopzet en patiëntselectie

Dit is een beschrijvend onderzoek op basis van zorggegevens die routinematig werden verzameld en opgeslagen door de huisarts. De onderzoekspopulatie bestond uit opeenvolgende patiënten ( $\geq 16$  jaar) die tussen 13 maart en 12 mei 2020 de isolatiespreekuren bezochten van 16 huisartsenpraktijken in

de regio Den Bosch vanwege een vermoeden van COVID-19. Dit vermoeden werd vastgesteld via telefonische triage door een praktijkassistent met ondersteuning van de huisarts. We includeerden alle patiënten die de isolatiespreekuren bezochten, ongeacht of het vermoeden werd bevestigd met een PCR- of antistoffentest. Dit omdat huisartsen in die periode nauwelijks konden voorzien in een PCR-test, ook niet via de GGD. We excludeerden 'passanten' die niet stonden ingeschreven bij de 16 deelnemende praktijken, omdat we voor deze groep geen follow-upinformatie konden verkrijgen.

### Dataverzameling en uitkomsten

Uit het huisartsinformatiesysteem (HIS) verzamelden we gegevens over leeftijd, geslacht, BMI (indien  $\geq 30$ ), cardiovasculaire voorgeschiedenis (hypertensie, diabetes, atriumfibrilleren, hartfalen, coronaire hartziekten) en aanwezigheid van een chronische longziekte (astma als volwassene, COPD). We beschouwden risicofactoren en ziekten als aanwezig indien ze als actieve episode in het HIS werden vermeld. Daarnaast verzamelden we de gegevens over anamnese, lichamelijk onderzoek en gevoerd beleid zoals geregistreerd bij het eerste contact tijdens het isolatiespreekuur.

Eén onderzoeker (FvR) verzamelde uit alle HIS-episodeteksten en ingekomen brieven uit de tweede lijn 'handmatig' gegevens over ziekenhuisopnames (met of zonder IC-opname), overlijden, cardiovasculaire complicaties – hartfalen, atriumfibrilleren, acuut coronair syndroom, cerebrovasculair accident (CVA), transiënte ischemische aanval (TIA), diepveneuze trombose, longembolie of tromboflebitis – en restklachten. We definieerden restklachten als kortademigheid, vermoeidheid, spierpijn, gewrichtspijn, thoracale pijn of synoniemen hiervan, waarvoor de patiënt de huisarts 2 of meer maanden na het eerste contact opnieuw had bezocht. We hebben deze restklachten niet actief nagevraagd, maar geregistreerd zoals ze werden beschreven in de consultteksten tot 3 maanden na het eerste contact op een isolatiespreekuur.

### Statistische analyse

We hebben een beschrijvende statistische analyse gemaakt van patiëntkenmerken, ziekenhuisopnames, cardiovasculaire complicaties en restklachten. Categorische variabelen zijn aan gegeven als proportie, continue variabelen als gemiddelde met standaarddeviatie (SD) of als mediaan met interkwartielafstand (IQR). Alle analyses zijn uitgevoerd in SPSS 25.0.0.2. Gezien het puur beschrijvende karakter van dit onderzoek en het beperkte aantal patiënten met eindpunten hebben we afgezien van een statistische toetsing. Waar passend rapporteren we 95%-betrouwbaarheidsintervallen (BI), niet om te toetsen maar om de onzekerheid van de schattingen weer te geven.

### Ethiek

De medisch-ethische toetsingscommissie van het UMC Utrecht oordeelde dat ons onderzoek niet viel onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen. De websites van alle deelnemende huisartsenpraktijken bevatten de

**Tabel 1**

Kenmerken van de patiënten op het isolatiespreekuur

Kenmerk	Totaal	Geen ziekenhuisopname	Ziekenhuisopname
n	522	496 [95,0%]	26 [5,0%]
Leeftijd, jaren (SD)	49,8 [16,7]	49,2 [16,6]	60,8 [16,5]
Man	226 [43,3%]	210 [42,3%]	16 [61,5%]
Cardiovasculaire risicofactor of ziekte			
BMI ≥ 30	59 [11,3%]*	52 [10,5%]†	7 [26,9%]‡
hypertensie	115 [22,0%]	108 [21,8%]	7 [26,9%]
atriumfibrilleren	11 [2,1%]	10 [2,0%]	1 [3,8%]
hartfalen	7 [1,3%]	4 [0,8%]	3 [11,5%]
coronaire hartziekten	33 [6,3%]	28 [5,6%]	5 [19,2%]
diabetes mellitus	47 [9,0%]	39 [7,9%]	8 [30,8%]
COPD of astma	113 [21,6%]	107 [21,6%]	6 [23,1%]
Getest op COVID-19	176 [33,7%]	153 [30,9%]	23 [88,5%]
COVID-19 positief			
PCR-test	29 [5,6%]	13 [2,6%]	16 [61,5%]
antistoffentest	22 [4,2%]	21 [4,2%]	1 [3,8%]
niet bekend	2 [0,4%]	0 [0%]	2 [7,7%]
totaal positief getest	53 [10,2%]	34 [6,9%]	19 [73,1%]
COVID-19 negatief			
PCR-test	91 [17,4%]	89 [17,9%]	2 [7,7%]
antistoffentest	24 [4,6%]	23 [4,6%]	1 [3,8%]
niet bekend	8 [1,5%]	7 [1,4%]	1 [3,8%]
totaal negatief getest	123 [23,6%]	119 [24,0%]	4 [15,4%]
Klachten bij eerste presentatie op het isolatiespreekuur			
duur, dagen (IQR)	7,0 [3,0-14,0]; n = 501	7,0 [3,0-14,0]; n = 475	10,0 [5,0-15,3]; n = 26
hoesten	257 [49,2%]	242 [48,8%]	15 [57,7%]
kortademigheid	186 [35,6%]	177 [35,7%]	9 [34,6%]
koorts	135 [25,9%]	121 [24,4%]	14 [53,8%]
andere klacht	115 [22,0%]	114 [23,0%]	1 [3,8%]
Metingen bij eerste presentatie op het isolatiespreekuur			
ademhaling, per minuut (IQR)	16,0 [15,0-20,0]; n = 219	16,0 [15,0-20,0]; n = 201	23,0 [20,0-26,5]; n = 18
CRP, mg/L (IQR)	5,0 [4,0-36,0]; n = 155	4,0 [4,0-25,0]; n = 143	128,0 [27,5-172,0]; n = 12
zuurstofsaturatie (IQR)	98,0 [97,0-99,0]; n = 449	98,0 [97,0-99,0]; n = 426	95,0 [91,0-98,0]; n = 23

Cijfers zijn n [%], tenzij anders aangegeven.

SD = standaarddeviatie; IQR = interkwartielafstand; PCR = polymerasekettingreactie; CRP = C-reactief proteïne.

\* Van 463 patiënten [88,7%] was de BMI &lt; 30 of niet bekend; bij ontbrekende waarden is een BMI &lt; 30 verondersteld.

† Van 444 patiënten [89,5%] was de BMI &lt; 30 of niet bekend; bij ontbrekende waarden is een BMI &lt; 30 verondersteld.

‡ Van 19 patiënten [73,1%] was de BMI &lt; 30 of niet bekend; bij ontbrekende waarden is een BMI &lt; 30 verondersteld.

mededeling dat routinezorggegevens, ontdaan van persoonsgegevens, voor onderzoek konden worden gebruikt en dat de ingeschreven patiënten daar te allen tijde en zonder opgaaf van reden bezwaar tegen konden maken ('opt-outsysteem'). De behandelend huisarts verzamelde tijdens het isolatiespreekuur de routinezorggegevens die we als aanvangsgegevens gebruikten. Voor het verzamelen van de overige gegevens ondertekende de onderzoeker (FvR) in iedere huisartsenpraktijk een geheimhoudingsverklaring ('verlengde-armconstructie'). Alle data werden gecodeerd, verwerkt en geanalyseerd.

## RESULTATEN

### Kenmerken van patiënten met een vermoeden van COVID-19

In de onderzoeksperiode bezochten 522 volwassen patiënten de isolatiespreekuren met een 'klinische verdenking

COVID-19'. Hun gemiddelde leeftijd was 49,8 jaar, 43,3% was man, hoesten was de meest gerapporteerde indexklacht (49,2%) en patiënten hadden gemiddeld 7 dagen klachten voordat zij de huisarts bezochten [tabel 1].

### Ziekenhuisopname en overlijden

Tijdens de 3 maanden follow-up werden 26 van de 522 geïncludeerde patiënten opgenomen in het ziekenhuis (5,0%; 95%-BI 3,3 tot 7,2); 6 van hen (1,1%; 95%-BI 0,4 tot 2,5) belandden op de IC. Uiteindelijk overleden 2 patiënten (0,4%) aan complicaties van COVID-19; 1 patiënt (0,2%) overleed aan een aritmie bij een waarschijnlijk niet aan COVID-19 gerelateerde pneumonie.

In vergelijking met niet-opgenomen patiënten hadden de opgenomen patiënten vaker een pre-existente cardiovasculaire

**Tabel 2**

Complicaties tijdens de 3 maanden na het eerste bezoek aan het isolatiespreekuur

Gebeurtenissen	n	COVID-19-positief	Details
Ziekenhuisopname	26	19	19 wegens COVID-19 2 wegens vermoeden van COVID-19; negatieve PCR-test 5 om andere redenen [CVA, urosepsis, COPD-aanval]
IC-opname	6	5	5 wegens COVID-19 1 om andere reden [urosepsis; COVID-19-status onbekend]
<b>Cardiovasculaire complicaties</b>			
hartfalen [nieuw of exacerbatie]	4	1	1 patiënt na 2 maanden [met COVID-19 en ziekenhuisopname, geen IC-opname] 1 patiënt vermoedelijk hartfalen [COVID-19-status onbekend, geen ziekenhuisopname] 1 patiënt na 3 maanden [geen COVID-19, geen ziekenhuisopname] 1 patiënt met hartfalen na 1 maand [geen COVID-19, met ziekenhuisopname, geen IC-opname]; tevens ischemisch CVA na 2 maanden
nieuw atriumfibrilleren [ecg-bevestigd]	2	2	1 patiënt na 3 maanden [met COVID-19, geen ziekenhuisopname] 1 patiënt tijdens opname [met COVID-19 en ziekenhuisopname, geen IC-opname]
acuut coronair syndroom	0	0	
CVA/TIA	2	0	1 patiënt met ischemisch CVA na 2 maanden [geen COVID-19, met ziekenhuisopname, geen IC-opname]; tevens hartfalen na 1 maand 1 patiënt met ischemisch CVA na 2 weken [COVID-19-status onbekend, ziekenhuisopname wegens CVA, geen IC-opname]
trombo-embolie	7	4	2 patiënten met longembolie tijdens IC-opname [met COVID-19 en IC-opname] 1 patiënt met longembolie bij COPD-exacerbatie en longkanker [COVID-19-status onbekend, geen ziekenhuisopname, geen IC-opname] 1 patiënt met geïnfecteerde trombus van de v. cava inferior tijdens IC-opname [met COVID-19 en IC-opname] 1 patiënt met tromboflebitis na 1 maand [COVID-19-status onbekend, geen ziekenhuisopname] 1 patiënt met tromboflebitis tijdens ziekenhuisopname [met COVID-19 en ziekenhuisopname, geen IC-opname] 1 patiënt met geïnfecteerde trombus in de vaatwand bij aneurysma van de a. carotis interna na carotisendarteriëctomie na 2 maanden [geen COVID-19, geen ziekenhuisopname, geen IC-opname]
Overlijden	3	2	2 patiënten aan COVID-19 tijdens ziekenhuisopname [geen IC-opname] 1 patiënt aan aritmie tijdens herstel van pneumonie door andere oorzaak [geen COVID-19, geen ziekenhuisopname]

risicofactor of ziekte (57,7 versus 27,8%). De grootste verschillen betroffen BMI  $\geq 30$  (26,9 versus 10,5%), diabetes (30,8 versus 7,9%), coronaire hartziekte (19,2 versus 5,6%) en hartfalen (11,5 versus 0,8%). De opgenomen patiënten hadden een gemiddelde CRP-waarde van 128,0 mg/L (IQR 27,5-172,0), versus 4,0 mg/L (IQR 4,0-25,0) bij niet-opgenomen patiënten.

### Cardiovasculaire complicaties

Bij 14 van de 522 geïncludeerde patiënten (2,7%; 95%-BI 1,5 tot 4,5) traden cardiovasculaire complicaties op, merendeels tijdens een ziekenhuisopname [tabel 2]. Een trombo-embolie trad op bij 7 patiënten (1,3%; 95%-BI 0,5 tot 2,7), in 3 gevallen ging het om een longembolie, in 2 om een tromboflebitis en in 2 om een geïnfecteerde trombus (1 in de vena cava inferior, 1 in de arteria carotis). Eén patiënt kreeg 2 cardiovasculaire complicaties, namelijk hartfalen en na 2 maanden follow-up een CVA. Bij geen van de patiënten met bevestigde COVID-19 werd een acuut coronair syndroom dan wel peri- of endocarditis vastgesteld.

### Restklachten

In de 3 maanden na het eerste contact op een isolatiespreekuur bezochten 47 patiënten (9,0%; 95%-BI 6,7 tot 11,8) de huisarts met restklachten zoals vermoeidheid of kortademig-

heid. Hun gemiddelde leeftijd (54,8 jaar) was 5,5 jaar hoger dan die van patiënten zonder restklachten (49,3 jaar) en zij hadden vaker een positieve COVID-19-test. Van de 47 patiënten met restklachten waren er 27 (57,5%) getest en 13 (27,7%) positief; van de 475 patiënten zonder restklachten waren er 149 (31,4%) getest en 40 positief (8,4%) [tabel 3].

## BESCHOUWING

### Ziekenhuisopname en complicaties

Het percentage ziekenhuisopnamen (5%) was in onze populatie lager dan in andere onderzoeken, maar toch duidelijk hoger dan in het pre-COVID-tijdperk. In 2017 vond men in een groot Brits onderzoek naar lageluchtweginfecties in de huisartsenpraktijk dat de kans op ziekenhuisopname of overlijden  $< 1\%$  was.<sup>1</sup>

Overgewicht, diabetes en cardiovasculaire ziekte (hartfalen en coronaire hartziekte) lijken de kans op ziekenhuisopname bij (vermoeden van) COVID-19 te verhogen; astma en COPD lijken dat niet te doen. Wel was het risico op ziekenhuisopname hoger voor ouderen en mannen dan voor jongeren en vrouwen. Dit alles is grotendeels in lijn met onderzoeken onder ernstig zieke COVID-19-patiënten.<sup>2,3</sup> Onze resultaten moeten echter wel voorzichtig geïnterpreteerd worden, gezien het geringe aantal patiënten in onze populatie dat werd opge-



nomen in het ziekenhuis.

Inmiddels is bekend dat COVID-19 kan leiden tot vaatschade en vaatlekkage, en daardoor waarschijnlijk het risico op cardiovasculaire complicaties verhoogt.<sup>4-7</sup> In onze eerstelijns-populatie kwamen veneuze trombo-embolische complicaties inderdaad relatief vaak voor (1,3%), maar minder vaak dan bij patiënten die in dezelfde periode opgenomen werden in het ziekenhuis (3-4%) of op de IC (40%).<sup>4,6</sup> Naast trombo-embolie zijn ook cardiale betrokkenheid en restschade veelgenoemde complicaties van COVID-19.<sup>2,8,9</sup> Dit is niet terug te zien in onze data. Wij vonden geen enkele patiënt met een acuut coronair syndroom, maar er kunnen natuurlijk cardiale afwijkingen zijn geweest die alleen met MRI waarneembaar zijn.

### Restklachten

We zagen relatief weinig restklachten (9,0%) en er was geen duidelijke relatie met cardiovasculaire of andere comorbiditeit, wel met een positieve COVID-19-test. De literatuur rapporteert uiteenlopende aantallen COVID-19-patiënten met restklachten. In Nijmegen keek men in het Radboudumc naar restklachten in een gemengde populatie van 97 COVID-19-patiënten die een ziekenhuisopname achter de rug hadden en 27 huisartspatiënten met (vermoedelijk) COVID-19 die langer dan 6 weken klachten hadden. Na 3 maanden ondervond 69% nog vermoeidheid, 72% verminderde kwaliteit van leven en 64% functionele achteruitgang. De huisartspatiënten hadden een betere fysieke conditie en longfunctie dan de patiënten die opgenomen waren geweest, maar hadden wel meer restklachten, met name op het gebied van conditie, vermoeidheid en kwaliteit van leven.<sup>10</sup>

In een Noorse survey, waarin 23 symptomen werden uitgevraagd bij 451 patiënten met een positieve PCR-test maar zonder ziekenhuisopname, rapporteerde 33-47% na 1,5 tot 6 maanden restklachten, vooral kortademigheid, verlies van smaak en reuk, spierpijn en gewrichtspijn. Onduidelijk was echter hoeveel respondenten de klachten ernstig genoeg vonden om ermee naar de huisarts te stappen. Wel leek de ernst van de symptomen tijdens de actieve ziekte verband te houden met het optreden van restklachten.<sup>11,12</sup>

Patiënten die in het ziekenhuis zijn opgenomen met COVID-19, lijken vaker restklachten te hebben. In 2 kleine onderzoeken leek dit aantal op te lopen tot 50-80%, maar de onderzoekers definieerden 'restklachten' wel veel ruimer dan wij hebben gedaan.<sup>13,14</sup> In een Brits onderzoek bij 384 COVID-19-patiënten had 69% last van persisterende vermoeidheid na ontslag uit het ziekenhuis, 53% van kortademigheid en 34% van persisterende hoest. De mediane follow-up was 54 dagen. De hier aangehaalde cijfers zijn niet zonder meer vergelijkbaar. Door verschillen in methode (vragenlijst versus bezoek aan de huisarts en actief klachten melden) en gezondheidszorgsysteem (welke klachten leiden tot ziekenhuisopname), zijn de *case-mixes* verschillend. Onze gegevens bevatten alleen restklachten die patiënten zelf bij de huisarts meldden, deze werden niet actief uitgevraagd. Waarschijnlijk verklaart dat het relatief lage percentage in ons onderzoek.

**Tabel 3**

Kenmerken van patiënten met en zonder restklachten zoals gemeld bij de huisarts

Kenmerk	Geen restklachten	Restklachten
n	475 [91,0%]	47 [9,0%]
Leeftijd, jaren [SD]	49,3 [16,8]	54,8 [15,6]
Man	205 [43,2%]	21 [44,7%]
Cardiovasculaire risicofactor of ziekte		
BMI ≥ 30	55 [11,6%]*	4 [8,5%] <sup>†</sup>
hypertensie	106 [22,3%]	9 [19,1%]
atriumfibrilleren	10 [2,1%]	1 [2,1%]
hartfalen	6 [1,3%]	1 [2,1%]
coronaire hartziekten	27 [5,7%]	6 [12,8%]
diabetes mellitus	43 [9,1%]	4 [8,5%]
COPD of astma	103 [21,7%]	10 [21,3%]
Getest op COVID-19	149 [31,4%]	27 [57,5%]
COVID-19 positief		
PCR-test	24 [5,1%]	5 [10,2]
antistoffentest	15 [3,2%]	7 [14,9%]
niet bekend	1 [0,2%]	1 [2,1%]
totaal positief getest	40 [8,4%]	13 [27,7%]
COVID-19 negatief		
PCR-test	85 [17,9%]	6 [12,8%]
antistoffentest	18 [3,8%]	6 [12,8%]
niet bekend	6 [1,3%]	2 [4,3%]
totaal negatief getest	109 [23,0%]	14 [29,8%]
Klachten		
duur, dagen [IQR]	7,0 [3,0-14,0]; n = 455	7,0 [3,0-21,0]; n = 46
hoesten	228 [48,0%]	29 [61,7%]
kortademigheid	168 [35,4%]	18 [38,3%]
koorts	119 [25,1%]	16 [34,0%]
andere klacht	110 [23,2%]	5 [10,6%]
Metingen		
ademhaling, per minuut [IQR]	16,0 [15,0-20,0]; n = 197	18,0 [15,0-22,0]; n = 23
CRP, mg/L [IQR]	6,5 [4,0-39,3]; n = 136	4,0 [4,0-25,0]; n = 19
zuurstofsaturatie [IQR]	97,4 [97,0-99,0]; n = 406	98,0 [96,0-99,0]; n = 43
Ziekenhuisopname	24 [5,1%]	2 [4,3%]

Cijfers zijn n [%], tenzij anders aangegeven.

\* Van 420 patiënten [88,4%] was de BMI < 30 of niet bekend; bij ontbrekende waarden is een BMI < 30 verondersteld.

† Van 43 patiënten [91,5%] was de BMI < 30 of niet bekend; bij ontbrekende waarden is een BMI < 30 verondersteld.

### Beperkingen van ons onderzoek

De belangrijkste beperking van ons onderzoek is dat de COVID-19-status bij veel patiënten niet was bevestigd door een PCR- of antistoffentest (waarbij antistoffentests vaak ook fout-negatieve uitslagen opleveren). Tijdens de eerste golf waren er immers nauwelijks COVID-19-tests beschikbaar voor de Nederlandse huisartsen. Ons onderzoek betrof dus vooral 'klinische' COVID-19-patiënten. Daar komt bij dat van sommige patiënten niet bekend was of hun complicaties en restklachten samenhangen met COVID-19 of met een andere (luchtweg)infectie.

Een tweede beperking is dat huisartsen niet alleen op isolatiesprekuren, maar ook op huisartsenposten te maken kregen met COVID-19-patiënten en dat we niet over de gegevens

van die laatste beschikten. Ook was er tijdens de eerste golf veel minder kennis van en aandacht voor restklachten dan in latere stadia van de pandemie, dus werden ook deze minder geregistreerd.

Een laatste beperking, die vaker optreedt bij routinezorggegevens, is dat de gegevens niet voor alle variabelen compleet waren en voor sommige variabelen (zoals rookstatus) zelfs helemaal ontbraken. De BMI bijvoorbeeld was niet altijd geregistreerd en voor zover dat wel het geval was, was de BMI meestal  $\geq 30$ , vermoedelijk omdat vooral ernstiger overgewicht de aandacht trok. Daarnaast was het onderscheid tussen astma en COPD bij het dossieronderzoek vaak niet goed te maken; daarom hebben we die samengevoegd in de analyse.

## CONCLUSIE

Van de patiënten die tijdens de ‘eerste golf’ van de pandemie (maart-mei 2020) een isolatiespreekuur bezochten en bij wie de huisarts COVID-19 vermoedde, maakte 5% een ziekenhuisopname door en kreeg 2,7% een cardiovasculaire complicatie. In de maanden erna kwam 9% met restklachten terug bij de huisarts. Patiënten die in het ziekenhuis moesten worden opgenomen, waren gemiddeld ouder, vaker man en hadden vaker overgewicht en een voorgeschiedenis van coronaire hartziekte, hartfalen of diabetes. Dit resultaat moet echter met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden, want het aantal ziekenhuisopnames in ons onderzoek was beperkt. ■

## DANKBETUIGING

De auteurs bedanken de huisartsen van zorggroep BeRoEmD (Berlicum, Rosmalen, Empel en Den Bosch) voor de medewerking en de gegevensverzameling tijdens de isolatiespreekuren.

## LITERATUUR

1. Little P, Stuart B, Smith S, Thompson MJ, Knox K, Van Den Bruel A, et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: Prospective cough complication cohort (3C) study. *BMJ* 2017;357:j2148.
2. Kang Y, Chen T, Mui D, Ferrari V, Jagasia D, Scherrer-Crosbie M, et al. Cardiovascular manifestations and treatment considerations in COVID-19. *Heart* 2020;106:1132-41.
3. Wu C, Chen X, Cai Y, Xia J, Zhou X, Xu S, et al. Risk factors associated with acute respiratory distress syndrome and death in patients with coronavirus disease 2019 pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med* 2020;180:934-43.
4. Klok FA, Kruip MJ, Van der Meer NJ, Arbous MS, Gommers DA, Kant KM, et al. Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res* 2020;191:145-7.

5. Klok FA, Kruip MJ, Van der Meer NJM, Arbous MS, Gommers DA, Kant KM, et al. Confirmation of the high cumulative incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19: An updated analysis. *Thromb Res* 2020;191:148-50.
6. Middeldorp S, Coppens M, Van Haaps TF, Foppen M, Vlaar AP, Müller MC, et al. Incidence of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost* 2020;18:1995-2002.
7. Gupta A, Madhavan MV, Sehgal K, Nair N, Mahajan S, Sehrawat TS, et al. Extrapulmonary manifestations of COVID-19. *Nat Med* 2020;26:1017-32.
8. Puntmann VO, Carerj ML, Wieters I, Fahim M, Arendt C, Hofmann J, et al. Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19). *JAMA Cardiol* 2020;5:1265-73.
9. Lala A, Johnson KW, Januzzi JL, Russak AJ, Paranjpe I, Richter F, et al. Prevalence and impact of myocardial injury in patients hospitalized with COVID-19 infection. *J Am Coll Cardiol* 2020;76:533-46.
10. Van den Borst B, Peters JB, Brink M, Schoon Y, Bleeker-Rovers CP, Schers H, et al. Comprehensive health assessment three months after recovery from acute COVID-19. *Clin Infect Dis* 2020;DOI:10.1093/cid/ciaa1750.
11. Stavem K, Ghanima W, Olsen MK, Gilboe HM, Einvik G. Persistent symptoms 1.5-6 months after COVID-19 in non-hospitalised subjects: A population-based cohort study. *Thorax* 2020;76:405-7.
12. Mandal S, Barnett J, Brill SE, Brown JS, Denny EK, Hare SS, et al. ‘Long-COVID’: A cross-sectional study of persisting symptoms, biomarker and imaging abnormalities following hospitalisation for COVID-19. *Thorax* 2020;76:396-8.
13. Carfi A, Bernabei R, Landi F. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. *JAMA* 2020;324:603-5.
14. Garrigues E, Janvier P, Kherabi Y, Le Bot A, Hamon A, Gouze H, et al. Post-discharge persistent symptoms and health-related quality of life after hospitalization for COVID-19. *J Infect* 2020;81:e4-6.

Van Royen FS, Geersing GJ, Van Doorn S, Van Smeden M, Rutten FH, Lambermon HM. COVID-19-isolatiespreekuren tijdens de ‘eerste golf’. Een beschrijving van de patiënten. *Huisarts Wet* 2021;64: DOI:10.1007/s12445-021-1239-3.  
Universitair Medisch Centrum Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht: F.S. van Royen, aioto: f.s.vanroyen-5@umcutrecht.nl; dr. G.J. Geersing, huisarts en onderzoeker; dr. S. van Doorn, huisarts en onderzoeker; dr. M. van Smeden, statisticus; prof. dr. F.H. Rutten, huisarts en hoogleraar huisartsgeneeskunde. Huisartsenpraktijk Lambermon & Heijstee, Rosmalen: H.M.M. Lambermon, kaderhuisarts hart- en vaatziekten. Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

## ABSTRACT

Van Royen FS, Geersing GJ, Van Doorn S, Van Smeden M, Rutten FH, Lambermon HM. COVID-19 consultations in Spring 2020: patient characteristics. *Huisarts Wet* 2021;64:DOI:10.1007/s12445-021-1239-3.

**Aim** The aim of this study was to describe the characteristics, complications, and residual symptoms of patients with clinically suspected COVID-19 seen by general practitioners during a corona-specific consultation in the period March–May 2020.

**Method** This descriptive study that made use of routine data involved consecutive patients ( $\geq 16$  years) with clinically suspected COVID-19 who came for a corona-specific consultation in 1 of 16 general practices in the Den Bosch region during the first wave of COVID-19 (March–May 2020). Data on medical history, case history, physical examination, and follow-up [hospital admission, death, cardiovascular complications, residual symptoms] were

collected for 3 months after the initial consultation.

**Results** In total, 522 patients (mean age 49.8 years, 43% male) were included. Twenty-six patients (5.0%, 95% confidence interval 3.3–7.2) were admitted to hospital. These patients were older, more often male, and more often had diabetes mellitus, overweight, and coronary heart disease or heart failure. Fourteen patients (2.7%, 95% CI 1.5–4.5) had cardiovascular complications, in 50% of the cases thromboembolism. Forty-seven patients (9.0%, 95% CI 6.7–11.8%) visited their GP because of persistent fatigue and/or shortness of breath within 2–3 months of the initial consultation.

**Conclusions** Patients with clinically suspected COVID-19 who had a corona-specific consultation with a GP during March–May 2020 had a relatively low risk of hospitalization or cardiovascular complications. About 9% of the patients subsequently visited their GP for persistent fatigue or shortness of breath.