



Académie belge de Pédiatrie s.a.s
Belgische Academie voor Kindergeneeskunde r.a.
Av. de la Couronne, 20, 1050 Bruxelles – Kroonlaan, 20, 1050 Brussel – Tel : 02-649.21.47

**BELGISCHE VERENIGING
VOOR KINDERGENEESKUNDE
SOCIÉTÉ BELGE DE PÉDIATRIE**

FAQ pediatische populatie – COVID-19

De Belgische Pediatische COVID-19 Task Force beoordeelt de meest recente wetenschappelijke literatuur op een kritische manier. Adviezen en richtlijnen weerspiegelen de stand van zaken op het tijdstip van publiceren. Ze kunnen worden bijgewerkt op basis van nieuwe ontwikkelingen. Implementatie is op eigen verantwoordelijkheid.

NIEUWE EN AANGEPASTE FAQ

Kinderen onder 6 jaar

Moeten kinderen onder de 6 jaar nog steeds niet getest worden?

Neen, tenzij in specifieke omstandigheden: zie hier de [Sciensano-procedure](#), die er kwam op advies van de pediatische Task Force. Het erg duidelijke algoritme van Kind en Gezin hieromtrent vind je [hier](#) en het specifieke beleid van ONE [hier](#).

Wat met de quarantaineperiode voor kinderen <6 jaar ?

Kinderen <6 jaar die een positief 'household contact' hebben, hoeven nog steeds niet te worden getest, maar mogen worden getest om de quarantaineperiode van 10 dagen te verkorten tot 7 dagen (i.e. als ze worden getest: 17 dagen thuis na het begin van de symptomen - of positieve test, indien asymptomatisch - van het contact, tenzij het kind wordt geïsoleerd van de geïnfecteerde ouder / broer of zus. Versus 20 dagen thuis als ze niet worden getest).

Nadien is er nog een week van 'verhoogde waakzaamheid' aanbevolen en moeten hobby's, academie en contacten met kwetsbare personen (bvb. grootouders) worden vermeden. Als er een cluster in een collectiviteit is, kan testen sowieso aangewezen zijn. Meer info vind je [hier](#). De [CLB-algoritmes](#) zijn aangepast aan de nieuwe quarantaineperiode en is heel duidelijk! Er zijn ook aangepaste [ONE-procedures](#).

OUDERE FAQ (BEPERKT AANGEPAST)

Bronchiolitis en HFNO

Wat met het nieuwe bronchiolitis-seizoen?

Is 'high flow nasal oxygen' therapie (HFNO) nu aan te raden of niet?

HFNO (bvb. Optiflow) is en blijft een goede ondersteuning van kinderen met respiratoire nood door bronchiolitis, ook in deze tijden van pandemie. Bij co-infecties met COVID-19, of in afwachting van het screening-resultaat ervan, is adequaat persoonlijk beschermingsmateriaal uiteraard noodzakelijk (cfr. het lokale ziekenhuisbeleid), net als bij alle andere aerosol-genererende procedures.

Ook bij niet-invasieve beademingsmodaliteiten (zoals n-CPAP/BiPaP) dienen de juiste voorzorgsmaatregelen genomen te worden. Zorg in dat geval ook voor een goede seal van het masker, de nodige filters op de expiratoire slang en gebruik de correcte slangen. Neem hiervoor contact op met de mensen van de thuisbeademing, zij kunnen je helpen met de correcte aanpassingen.

Op bezoek bij een kind in het ziekenhuis

Wat is het standpunt van de pediatrie Task Force met betrekking tot bezoekers bij kinderen die gehospitaliseerd zijn ?

De Task Force is, mede op basis van de VN-rechten van het zieke kind (EACH charter), van mening dat er altijd 1 ouder mag blijven slapen, maar ook dat beide ouders (of de voogd) overdag tegelijkertijd mogen aanwezig zijn (al dan niet binnen bepaalde uren - volgens de regels van het ziekenhuis). De bezoekende ouder mag geen ziektesymptomen hebben, noch in quarantaine zijn volgens de Sciensano-richtlijnen (terugkeer van risicozone, een volwassen hoog-risico contact gehad hebben) en dient rechtstreeks naar de kamer van het kind te gaan en de kamer niet te verlaten, tenzij anders gespecificeerd door het ziekenhuis.

De Task Force is ook van mening dat een minderjarige broer of zus (gezien de lagere besmettelijkheid van kinderen) een langdurig gehospitaliseerd kind af en toe mag bezoeken na overleg met de dienst pediatrie. Zolang het SARS-Cov-2 virus epidemisch aanwezig is, raden we echter nog geen ander bezoek aan, en al zeker niet van kwetsbare en/of oudere mensen (zoals grootouders). We raden ook aan om het totaal aantal mensen tezamen aanwezig in de kamer steeds te beperken, zeker in gemeenschappelijke kamers.

Indien een kind echter gehospitaliseerd is omwille van COVID-19, raden we nog steeds enkel de continue aanwezigheid van één (bij voorkeur) asymptomatische ouder aan en geen bezoek. De begeleidende ouder wordt tevens als positief beschouwd. Indien beide ouders symptomen vertonen, dan kan één symptomatische ouder bij het kind blijven met extra voorzorgsmaatregelen m.b.t. isolatie (de ouder kan de kamer dan in géén geval verlaten).

Testing, tracing en isolatie

Heb je vragen over testing, tracing en isolatie?

- Voor het algemene screeningsbeleid van Sciensano kan je [hier](#) terecht.
- Voor het specifieke beleid van de volgende organisaties, vind je hier de links: [ONE](#) en [CLB](#) (scholen).

Wat als een kind dat een aantal weken geleden PCR-positief was voor Sars-Cov-2 opnieuw (of nog steeds) positief test bij een (dag)opname voor een andere reden?

Er heerst in de huidige wetenschappelijke literatuur nog veel onduidelijkheid over immuniteit na een doorgemaakte infectie: hoe lang beschermt dit? Beschermt dit ook tegen dragerschap? Maakt iedereen antistoffen aan na een doorgemaakte infectie?

Voor kinderen die binnen 2 maanden na hun periode van isolatie opnieuw (of nog steeds) positief testen op de Sars-CoV-2 PCR, bepaalde Sciensano echter dat ze niet opnieuw in isolatie moeten, en specifieke protectiemaatregelen voor COVID-19 zijn niet van toepassing.

Voor personen die typische symptomen van COVID-19 vertoonden maar niet getest werden, geldt dit [volgens Sciensano](#) niet.

Kawasaki en PIMS-TS

'What about' Kawasaki, MIS-C / PIMS-TS en COVID-19 ?

Zie hier de statement van de Pediatrische Task Force: [Dutch](#) en de [behandelingsguideline](#).

Hebben kinderen die al eens een Kawasaki-syndroom hebben doorgemaakt een grotere kans om opnieuw Kawasaki door te maken in het kader van de COVID-19 pandemie?

Alle kinderen die ooit een Kawasaki doormaakten hebben een zéér kleine (<2%) kans op recidief. Het is nog niet duidelijk aangetoond dat de hogere incidentie van Kawasaki en het nieuwe PIMS-TS (paediatric multisystem inflammatory syndrome - toxic shock, temporally associated ith COVID-19) gerelateerd zijn aan COVID-19. Dit is niet onwaarschijnlijk, maar de incidentie blijft wereldwijd erg laag. Gezien de kans op herval bij Kawasaki sowieso erg klein is, mogen kinderen die ooit een Kawasaki syndroom doormaakten, zeker naar school gaan.

Testen in ambulante setting

Mogen we kinderen testen in ambulante setting? En zo ja: welke en op welke manier?

Volgens de Sciensano-richtlijn moet iedereen die aan de gevalsdefinitie voldoet boven de 6 jaar in deze fase van de epidemie worden getest. Dit kunnen kinderen zijn met ademhalings symptomen van acute aanvang, koorts zonder focus, of bvb. koorts en diarree... Deze kinderen kunnen nu ook getest worden als ze zich ambulante presenteren, ongeacht de leeftijd.

De [meest recente gevalsdefinitie](#) beoogt minder breed en specifieker te screenen, zodat niet elk kind moet getest worden. De testing moet nog steeds gebeuren met [PBM zoals beschreven in de procedure van Sciensano](#).

Het aantal Sars-Cov-2 positieven bij kinderen blijft laag. Maar we testen voor de volksgezondheid (ook al is de kans op transmissie kleiner bij kinderen; er kunnen nog steeds asymptomatische volwassenen in het huishouden zijn) en ook mede om ouders en leerkrachten gerust te stellen in de 'terug-naar-school' situatie.

Let op:

Alle mogelijke gevallen dienen verplicht gemeld te worden, zodat een contactopvolging gestart kan worden. Deze verplichte melding gebeurt via een e-Formulier "*COVID-19: Labo-aanvraag bij vermoeden van besmetting SARS-CoV-2*" dat geïntegreerd werd in de elektronische softwarepakketten voor huisartsen/ziekenhuizen. Tot op heden kan dus alleen op die plaatsen getest worden. Men heeft echter dringend gevraagd om ook ambulante kinderartsen in de toekomst deze mogelijkheid te bieden.

Na melding gebeurt de contactopvolging door een centraal call center. Het e-formulier MOET dus ingevuld worden om de contactopvolging te kunnen starten!

Spirometrie

Mogen kinderlongartsen opnieuw spirometrie uitvoeren?

We raden, op basis van de GINA (maart 2020) en [ERS guidelines](#), aan om longfunctie voorlopig te beperken tot urgente testen omwille van de risico's op infectie voor personeel. Een pre-triage naar COVID-symptomen (cfr. puntje 2) maakt het mogelijk om - zeker gezien kinderen minder kans op COVID hebben dan volwassenen - geleidelijk aan terug meer testen te laten doorgaan (op geleide van de epidemiologie).

Een aantal basisregels om in acht te nemen voor spirometrie bij kinderen in COVID-tijden:

1. Elke arts gaat kritisch om met de indicatie
2. Stel reeds voor de consultatie een aantal screenende vragen waarmee "verdachte patiënten" kunnen geweerd worden. Bv. heeft u recent contact gehad met een COVID-patiënt? Heeft u de laatste 14 dagen griepachtige klachten? (cfr. Sciensano gevalsdefinitie)
3. PBM voor verpleegkundigen: cfr. lokaal ziekenhuis-hygiëne-protocol

4. Ivm. de longfunctietoestellen, verwijzen we door naar de firma, maar de meesten lieten weten dat de filters virussen van de grootte van Sars-Cov-2 zouden moeten tegen houden. Check de filter specificaties: deze moet ook virussen filteren en dient vervangen te worden na elke patiënt.
5. De mogelijkheid tot bronchodilatatie dient lokaal overwogen te worden in functie van de beschikbaarheid van een aparte spirometriekamer (waar de patiënt binnen blijft tussen de twee testen in). Sowieso enkel bronchodilatatie met voorzetskamer (géén aerosol!).
6. Laat de patiënt zijn/haar masker pas afzetten net voor de spirometrie. Voorzie een papieren zakdoekje met verschillende lagen zodat de patiënt hierin kan hoesten in geval van een hoestbui. Nadien handhygiëne.
7. Uiteraard na elke patiënt ontsmetting zoals in consultatieruimten.

Kinderen naar school

De overheid laat kinderen maximaal naar school gaan. Is dit veilig?

Kinderen kunnen geïnfecteerd worden met SARS-CoV-2, maar ze worden er meestal niet erg ziek van of blijven asymptomatisch. Ernstige infecties bij kinderen zijn erg zeldzaam. Sommige studies suggereren dat kinderen even frequent geïnfecteerd worden, maar dat de infectie meestal asymptomatisch verloopt. Een populatiestudie uit IJsland, waar de basisscholen open bleven, toonde erg lage infectiepercentages bij jonge kinderen, maar ook bij volwassenen.

In tegenstelling tot andere respiratoire virussen, lijkt het erop dat kinderen het SARS-Cov-2 virus niet makkelijk doorgeven. Op basis van de huidige wetenschappelijke gegevens, is het risico het grootst om een SARS-CoV-2-infectie op te lopen via volwassenen, en niet de kinderen, in hetzelfde huishouden.

Gezien het van groot belang is dat kinderen terug naar school gaan, zowel op educationeel als emotioneel vlak, is de algemene consensus in de (beperkte) internationale literatuur dat naar school gaan veilig is met inachtneming van de door de overheid voorgestelde maatregelen. Buiten de scholen wordt er gevraagd om kinderen en hun ouders nog steeds afstand te laten houden van ouderen en personen met comorbiditeit.

Wat als mijn kind een chronische aandoening heeft?

De meeste kinderen met chronische aandoeningen (zoals astma, diabetes...) hebben geen ernstiger ziekteverloop dan andere kinderen wanneer ze een SARS-CoV-2 infectie oplopen. De pediatrie task force heeft – in overleg met de Belgische pediatrie universitaire afdelingen en de subspecialistenverenigingen – een (beperkte) lijst gemaakt met risicokinderen die de volgende weken best nog niet naar school gaan. Deze lijst vind je hier.

FAQ pasgeborenen

Pasgeborene en mama COVID-19

Moeten moeder en kind gescheiden worden? Wie mag op bezoek komen?

Bekijk de guideline van de Pediatrische COVID-19 Task Force [hier](#).

Pasgeborenen op N* en NICU tijdens coronacrisis

Wat met pasgeborenen op N* en NICU ten tijde van de de COVID-19 pandemie?

Bekijk de guideline van de Pediatrische COVID-19 Task Force [hier](#).

OVERIGE FAQ

Ritmestoornis of cardiale dood door COVID-19?

Is er een groot risico dat jonge patiënten met COVID-19 (inclusief kinderen) een ritmestoornis doen of plotse cardiale dood sterven?

Net als griep kan SARS-CoV-2 in uitzonderlijke gevallen ook bij jonge personen myocarditis (hartspierontsteking) veroorzaken met risico op hartritmestoornissen. Het blijft echter zo dat vooral oudere mannen met comorbiditeit (hart- en vaatpathologie, ernstige chronische aandoeningen...) risico op COVID-19-gerelateerde cardiale aantasting hebben. Gehospitaliseerde kinderen worden best cardiorespiratoir gemonitord (inclusief bloeddruk). Troponine dient enkel overwogen te worden bij kinderen die zeker zijn dan verwacht (bv. als er nood is aan PICU). In milde gevallen (zeker daar waar geen hospitalisatie nodig is), en dat zijn de meeste kinderen, is de kans op een ritmestoornis of plotse cardiale dood door COVID-19 erg klein.

Risico's verbonden aan ACE-inhibitoren of ARB's?

Moeten kinderen met een nierpathologie of hypertensie ACE-inhibitoren of angiotensine- receptorblokkers (ARB) staken in het kader van de COVID-epidemie?

Het advies van de 'American Society of Pediatric Nephrology' is om ACE-inhibitoren en angiotensine-receptorblokkers niet te staken. Net als bij de originele SARS-CoV is het ACE-2-enzym de SARS-CoV-2-bindingsplaats in de longen. Er was recent speculatie dat patiënten die ACE-remmers en ARB's gebruiken een verhoogd risico op COVID-19 kunnen hebben. Dit is echter uitsluitend gebaseerd op experimentele onderzoeken bij dieren die een verhoogde ACE-2-expressie in verschillende organen aantoonde, en er is aanvullend experimenteel bewijs op basis van SARS-CoV en andere modellen van acuut longletsel dat deze medicijnen de ernst van COVID-19 zelfs zouden kunnen verminderen. Er is momenteel

geen bewijs dat patiënten die deze medicijnen gebruiken een hoger risico lopen op SARS-CoV-2 of COVID-19.

Kinderen naar crèche

Is het een goed idee om kinderen naar de crèche te laten gaan? Is er een groot risico dat mijn kind COVID-19 oploopt en dan het virus aan mij doorgeeft?

Op basis van de huidige evidentie, is het risico het grootst dat u het virus oploopt via volwassenen in hetzelfde huishouden. Er zijn aanwijzingen dat kinderen even frequent geïnfecteerd worden, maar wel een veel milder ziektebeeld vertonen. Het is echter nog onduidelijk welke rol kinderen hebben in de transmissie van het virus. Kinderen worden meestal wel niet ernstig ziek als ze besmet worden.

De WHO joint commission in China, vond tijdens 'contact tracing' geen gevallen waarbij overdracht plaatsvond van een kind naar een volwassene. Een recente modelstudie van de London School of Hygiene and Tropical Medicine suggereerde echter dat het lage aantal pediatrische gevallen te verklaren is doordat kinderen eerder asymptomatisch zijn.

Goede hygiënepraktijken (hoesthygiëne, zeer regelmatig handen wassen...) worden sowieso aangeraden voor personeel in de crèche (gezien social distancing voor peuters niet mogelijk is).

Werken in crèche

Is werken in een crèche een risico om COVID-19 op te lopen en moet de persoon die in een crèche werkt specifieke voorzorgsmaatregelen nemen?

Op basis van de huidige evidentie zouden kinderen een beperkte rol kunnen spelen in de transmissie (attack rate 7% in een studie uit Shenzhen waar ook contacten breed gescreend werden). In afwezigheid van grote serologische studies, is het echter onmogelijk om zeker te zijn over het werkelijk aantal besmette kinderen en welke rol ze juist spelen in transmissie. Goede hygiënemaatregelen zijn alleszins aangewezen. (Level of evidence: 'low')

Vaccinaties

Moeten routinevaccinaties doorgaan?

Wij benadrukken dat vaccinatie van kinderen essentieel is (zeker onder de 15 maanden) om te voorkomen dat door het stoppen hiervan wij in de nabije toekomst snel 'oude' infecties gaan terugzien zoals mazelen, pertussis, H influenzae... Begin april heeft Kind & Gezin zijn prioritaire fysieke dienstverlening (vaccins) reeds herstart. Intussen kunnen zeker zuigelingen ook in een 'non- COVID' patient flow terecht bij huisarts/kinderarts (na telefonisch contact). ONE (equivalent van Kind & Gezin in Brussel/Wallonië) blijft ook kinderen tot de leeftijd van 15 maanden vaccineren.

Doorsturen naar spoedgevallen

Moeten huisartsen kinderen met > 3 dagen koorts of verergerende respiratoire tekens onmiddellijk naar spoedgevallen doorsturen?

Nee. Huisartsen die telefonisch gecontacteerd worden over kinderen die niet ernstig ziek zijn, worden geacht de kinderen (met persoonlijk beschermingsmateriaal) te zien in de huisartsenwachtpost. De spoedgevallendiensten zijn sowieso vaak overbelast. Als de kinderen ernstig ziek zijn, dient de huisarts telefonisch contact op te nemen met een pediatr uitgerust om COVID-19 kinderen te zien en dan zal het kind, al naargelang de symptomen, gezien worden in het juiste circuit op pediatrische consultatie of spoed.

Wachtzaal

Is er geen groot risico dat kinderen in de wachtzaal besmet worden?

De kans dat kinderen besmet worden is sowieso klein, en gepaste 'infection control' maatregelen (social distancing, masker dragen, handen wassen, hoesthygiëne...) moeten sowieso genomen worden op elke consultatie of op elke spoedgevallendienst.

Aerosols

Wordt het geven van aerosols afgeraden bij kinderen met vermoeden COVID-19?

Het is aangetoond dat:

- aerosoltherapie hoest kan uitlokken die de lucht en het vernevelingsapparaat verontreinigt
- verneveling aerosolver spreiding in de omgevingslucht kan veroorzaken
- de vernevelaar tijdens de inhalatiesessie besmet kan geraken met speeksel van de patiënt

en dientengevolge Sars-Cov-2 in de lucht kan verspreiden.

Recent werk meldt een effectieve virulentie van COVID-19 in de omgevingslucht tot 3 uur na verneveling in de vorm van droplets. Bijgevolg beveelt de GAT (Aerosol Therapie Groep) het gebruik aan van gebruiksklare inhalatoren zoals doseeraerosols (pMDI – 'pressured Metered Dose Inhalers') en droogpoederinhalatoren (DPI), in plaats van aerosol als eerstelijnsbehandeling, tevens in noodsituaties zoals astma-exacerbaties.

In gevallen waarin pMDI of DPI's niet beschikbaar of ongeschikt zijn, beveelt de GAT het preferentiële gebruik aan van vernevelaars voor eenmalig gebruik (vernevelaar gemarkeerd met een 2 doorgestreep) en/of aerosoltoestellen uitgerust met een filter op het uitademingscircuit.

De GAT beveelt aan om de vernevelsessie uit te voeren in een geventileerde geïsoleerde ruimte. De GAT beveelt het dragen van het FFP2-masker aan tot minimaal 3 uur na de vernevelsessie voor iedereen die zich in dezelfde kamer bevindt waar de verneveling is uitgevoerd.

Astma

Wat moet ik doen voor mijn patiënten die worden behandeld met inhalaticorticosteroiden als onderdeel van hun onderhoudsbehandeling voor astma?

Ga door met de gebruikelijke behandeling, de huidige gegevens tonen geen verhoogd risico op ernstige COVID-19 ziekte bij kinderen die behandeld worden met inhalatiecorticosteroiden.

Geen minimale persoonlijke bescherming

Ik ben huisarts of kinderarts en heb niet de minimale persoonlijke bescherming (maskers, blouses, ...) om een patiënt met luchtwegklachten te onderzoeken. Kan ik mijn activiteiten nog steeds voortzetten mits een goede handhygiëne?

Nee, je moet in een veilige omgeving werken. Zonder beschermende uitrusting moet u telegeneeskunde uitoefenen en uw patiënten doorverwijzen naar een COVID-19- centrum als uw patiënt een volledig klinisch onderzoek nodig heeft of als hij in het ziekenhuis moet worden opgenomen.

Omkleden

Moet ik me omkleden als ik thuiskom na mijn consultatie?

Antwoord: Nee, niet per se. Als u tijdens uw consulten de aanbevolen hygiënische maatregelen heeft genomen, is het voldoende om bij terugkomst uw handen grondig te wassen. Het virus kan tot 4 uur op koper overleven, 24 uur op karton en 2 tot 3 dagen op plastic en roestvrij staal. De overleving op kleding is wellicht zeer beperkt. Als u echter hebt gewerkt in een omgeving waar COVID-19-patiënten worden behandeld, kan het raadzaam zijn uw kleding wassen en uw kleding veranderen.

Ibuprofen

Is het waar dat ibuprofen een COVID-19 beeld bij kinderen kan verergeren?

Er zijn tot op heden geen gegevens (noch uit China, noch uit Italië) die een verergering van COVID-19 bij kinderen aantonen na het gebruik van NSAID's. In het algemeen wordt echter

aanbevolen om het gebruik van antipyretica van het type paracetamol te verkiezen als antipyretica echt noodzakelijk zijn (ongemak voor het kind).

Gastro-enteritis

Moet een kind met een gastro-enteritis beeld worden beschouwd als een mogelijk geval van COVID-19?

Ja, tot het tegendeel is bewezen, wordt deze patiënt verdacht van COVID-19; net zoals ieder kind met koorts, zelfs zonder ademhalings symptomen verdacht is. Dezelfde isolatie- en beschermingsmaatregelen moeten worden toegepast.

Auteurs: Dimitri Van der Linden en Daan Van Brusselen

Uw vraag werd niet beantwoord?
Stel ze aan de COVID-19 Belgian Pediatric Task Force via
covidpediatrie@gmail.com

Constant bijgewerkte algemene en praktische informatie kunt u op de site van Sciensano vinden

<https://epidemio.wiv-isp.be/ID/Pages/2019-nCoV.aspx>