Videokonferenzen sind seit Beginn der Coronakrise neue Normalität. Es tauschten sich aus (vlnr): Moderator Prof. Dr. Roland Buhl (Uniklinik Mainz), Prof. Dr. Mathias Pletz (Uniklinik Jena), Prof. Dr. Oliver Pfaar (Uniklinik Marburg), Prof. Dr. Claus Vogelmeier (Uniklinik Marburg).

Coronavirus und Komorbidität

Expertentipps zur Beratung von Patienten mit Atemwegserkrankungen

Die Coronavirus-Pandemie ängstigt Patienten mit chronischen Erkrankungen. Mögliche Folgen bei jenen mit allergischer Rhinokonjunktivitis, Asthma oder COPD: Antiallergika bzw. Antiasthmatica werden mit erhöhtem Infektionsrisiko in Verbindung gebracht und beim Auftreten allergischer Symptome oder Exazerbationen wird eine Sars-CoV-2-Infektion vermutet. Was ist zu tun?

Nötig sei eine umfassende Aufklärung und Beratung der Patienten, wurde bei der Online-Fortbildung „PneumoLive“ betont. Die Patienten sollten davon überzeugt werden, die bewährte Therapie fortzusetzen. Entwarnung wurde bei der Web-Konferenz insbesondere für Allergiker und Patienten mit Asthma bronchiale gegeben. Weder das Risiko einer Sars-CoV-2-Infektion noch eines schweren Verlaufs sind bei diesen Patientengruppen nach derzeitigem Wissensstand erhöht. Dies bestätigten die Erfahrungen aus dem chinesischen Wuhan, bekanntlich Ausgangspunkt der

Pandemie, und die Daten einer ersten Online-Veröffentlichung bei 140 behandelten Patienten [1], berichtete Prof. Oliver Pfaar aus Marburg. „Allergiker haben kein geschwächtes Immunsystem“, betonte der Allergologe. Auch das Risiko für eine Influenza sei bei diesen Patienten nicht erhöht. Allerdings gelte generell bei Infektionen: Allergisch-asthmatische Beschwerden könnten sich verschlechtern. Pfaar wie sein Kollege Prof. Roland Buhl, Pneumologe am Uniklinikum Mainz, appellierten eindringlich, die antiallergische bzw. antiasthmatische Therapie unverändert fort-

zusetzen. Das Ziel sei es, die allergische Entzündung und damit auch das Exazerbationsrisiko von Astmapatienten zu minimieren. Bei gesunden und asymptomatischen Patienten sollte auch eine spezifische Immuntherapie (SIT) fortgeführt werden, so Pfaar. Nur bei Infektzeichen sollte die SIT, subkutan oder sublingual, ausgesetzt werden.

Eine Kortisontherapie sollte ebenfalls beibehalten werden, ergänzte Buhl, auch die oraler Präparate, wenn verordnet, zum Beispiel in Verbindung mit einem Asthmaanfall oder längerfristig zur Kontrolle eines schweren Asthmas. Das Absetzen von Kortikosteroiden könne zu gefährlichen Verschlechterungen der Asthmakontrolle führen.

Ähnliches gilt für die Biologika-Therapie (anti-IgE, anti-IL-5), die Patienten mit schwerem Asthma fortsetzen sollten. Buhl: „Kein Asthmamedikament hat günstige oder negative Effekte auf den Verlauf einer Sars-CoV-2-Infektion.“

2 Die Symptome bei COVID-19 sind unspezifisch, eine (akute) Verschlechterung tritt ggf. nach 7–10 Tagen auf.

Zeitverlauf

- Mittlere Inkubationszeit **3-5 Tage (2-14 Tage)**
- Vom Beginn der Symptomatik zu → **Luftnot = 6 Tage**
- Vom Beginn der Symptomatik zu → **Einweisung = 8 Tage**
- Vom Beginn der Symptomatik zu → **Intensivstation = 10 Tage (ggf.)**

Prof. M. Pletz, Institut für Infektionsmedizin u. Krankenhaushygiene, Jena

Besonders wertvoll sei in diesen Zeiten, in denen die Schwelle zum Arzt zu gehen höher sei, einen schriftlichen Therapieplan für alle Patienten zu erstellen, so der Pneumologe weiter. Vernebler sollten aktuell nur zurückhaltend eingesetzt werden, da damit das Infektionsrisiko im Falle eines viruspositiven Patienten für andere Patienten und medizinisches Personal erhöht werde.

Besonders riskant ist die Corona-Pandemie hingegen für Raucher und COPD-Kranke. Laut einem systematischen Review sei unter Patienten mit COVID-19-Erkrankung das Risiko für schwere Symptome bei Rauchern 1,4-fach höher als bei Nichtrauchern, berichtete Prof. Claus Vogelmeier aus Marburg. Das Risiko einer Einweisung auf die Intensivstation, Bedarf einer mechanischen Beatmung oder Tod war unter Rauchern 2,4-fach erhöht [2].

Patienten mit COPD zählen nach Angaben der Expertengruppe GOLD inzwischen zu den am stärksten von COVID-19 betroffenen Personen. Dies bestätigen Daten aus Deutschland bei 50 hospitalisierten COVID-19-Patienten (mit und ohne ARDS) [3]. „Ein Fünftel der Patienten hatten COPD“, so Vogelmeier.

Auch für COPD-Patienten gibt es bisher laut GOLD keine wissenschaftliche Evidenz, dass inhalative oder orale Kortikosteroide gemieden werden sollten. „COPD-Patienten sollten ihre übliche Therapie beibehalten“, sagte Vogelmeier, deutscher Vertreter im internationalen Expertengremium. Empfohlen werden außerdem für Patienten mit stabiler COPD, insbesondere ältere Patienten, Impfungen gegen Influenza und Pneumokokken.

Bezüglich der Symptomatik gebe es meist eindeutige Unterschiede zwischen Patienten mit einer COPD-Exazerbation und einer COVID-19-Erkrankung, so Vogelmeier. Hohes Fieber sei z. B. kein häufiges Symptom bei COPD-Patienten. Im Zweifel sollte zur Differenzierung ein CT erfolgen. Auch für eine Asthma-Exazerbation sei Fieber kein typisches Symptom, sagte Buhl.

Der aktuelle Forschungsstand zu Sars-Cov-2

Seit Erstauftreten der neuen Coronaviren Ende 2019 in China erforschen Wissenschaftler in aller Welt die Besonderheiten der Infektionswege von Sars-CoV(severe acute respiratory syndrome coronavirus)-2 und der Verläufe der Krankheit COVID-19 (►Abb. 1). Es gibt immer noch eine Reihe von Unklarheiten.

Neben der Tröpfcheninfektion „spielt vermutlich auch die Aerosolübertragung eine relevante Rolle“, sagte Prof. Mathias Pletz, Infektiologe und Direktor des Instituts für Infektionsmedizin und Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Jena. Das bedeutet eine mögliche Ausbreitung der Erreger über größere Entfernun-

gen als zwei Meter – zumindest in niedriger Konzentration. Diskutiert wird derzeit intensiv darüber, inwieweit der Schweregrad einer Coronainfektion von der Art des Infektionsweges und der Zahl der initial übertragenen Erreger abhängig ist.

Unabhängig vom Übertragungsweg hilft das Tragen von Masken, das Infektionsrisiko anderer Menschen zu verringern. „Masken reduzieren Tröpfchen und Aerosole“, betonte Pletz. Patienten mit respiratorischen Symptomen und Verdacht einer Sars-CoV-2-Infektion sollte frühzeitig ein effektiver Mund-Nasenschutz angelegt werden.

Die Labordiagnostik mit PCR zum Nachweis viraler Antigene sei bisher nicht zuverlässig, betonte der Infektiologe. Das Robert-Koch-Institut fordert zum Ausschluss einer Infektion zwei negative Abstriche innerhalb von 24 Stunden. Nasenabstriche führten häufiger zu positiven Ergebnissen als Rachenabstriche, so die Erfahrung von Pletz. Lungenveränderungen im CT wie typische mit COVID-19 assoziierte Infiltrate hätten eine höhere Sensitivität als die PCR. Als komplementäre Methode dient die Serologie mit Nachweis virusspezifischer Antikörper, die im Verlauf zunehmen.

Bei rund 80 % der Betroffenen verläuft die Infektion nach Angaben von Pletz mild. Eine Verschlechterung der Symptomatik mit Luftnot träte ggf. nach 7–10 Tagen auf (►Abb. 2). Wichtigste Risikofaktoren für einen schwereren Verlauf seien Alter (> 50 Jahre), männliches Geschlecht und kardiovaskuläre Komorbiditäten. Eine Immunsuppression sei nach derzeitigem Kenntnisstand kein Risikofaktor, sagte Pletz. Rund ein Fünftel der Coronapatienten müssten stationär aufgenommen werden, ein Viertel von ihnen auf die Intensivstation und die Hälfte davon könnten sterben. Das Sterberisiko steigt mit zunehmendem Alter bis auf 15 % bei über 80-Jährigen.

Roland Fath

Literatur:

1. Zhang JJ et al. Allergy 2020; doi: 10.1111/all.14238
2. Vardavas CI, Nikitara K, Tob Induc Dis 2020, 18: 20
3. Dreher M et al. Dtsch Arztebl Int 2020; 117: 271

Quelle: PneumoLive: „Aktuelles zur Coronavirus-Pandemie aus pneumologischer Perspektive“, Videokonferenz, 9. April 2020, mit freundlicher Unterstützung der Unternehmen AstraZeneca, Chiesi, GlaxoSmithKline, Novartis, Sanofi-Genzyme

Hier steht eine Anzeige.