

Journal für Pneumologie

Asthma – COPD – Imaging – Funktionsdiagnostik –
Thoraxchirurgie – Interstitielle Lungenerkrankungen (ILD) –
Schlafapnoe – Thoraxtumor – Infektiologie – Rehabilitation

BRENNPUNKT LUNGE & COVID-19, Live-Webinar, März 2020

SARS-CoV-2 – Relevante Themen, Facts & Fake News

Buhl R

Journal für Pneumologie 2020; 8 (2), 22-23

Homepage:

www.kup.at/pneumologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

Journal für Pneumologie

e-Abo kostenlos

Datenschutz:

Ihre Daten unterliegen dem Datenschutzgesetz und werden nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden vom Verlag ausschließlich für den Versand der PDF-Files des Journals für Pneumologie und eventueller weiterer Informationen das Journal betreffend genutzt.

Lieferung:

Die Lieferung umfasst die jeweils aktuelle Ausgabe des Journals für Pneumologie. Sie werden per E-Mail informiert, durch Klick auf den gesendeten Link erhalten Sie die komplette Ausgabe als PDF (Umfang ca. 5–10 MB). Außerhalb dieses Angebots ist keine Lieferung möglich.

Abbestellen:

Das Gratis-Online-Abonnement kann jederzeit per Mausklick wieder abbestellt werden. In jeder Benachrichtigung finden Sie die Information, wie das Abo abbestellt werden kann.

Das e-Journal

Journal für Pneumologie

- ✓ steht als PDF-Datei (ca. 5–10 MB) stets internetunabhängig zur Verfügung
- ✓ kann bei geringem Platzaufwand gespeichert werden
- ✓ ist jederzeit abrufbar
- ✓ bietet einen direkten, ortsunabhängigen Zugriff
- ✓ ist funktionsfähig auf Tablets, iPads und den meisten marktüblichen e-Book-Readern
- ✓ ist leicht im Volltext durchsuchbar
- ✓ umfasst neben Texten und Bildern ggf. auch eingebettete Videosequenzen.

BRENNPUNKT LUNGE & COVID-19, Live-Webinar, März 2020

SARS-CoV-2 – Relevante Themen, Facts & Fake News

R. Buhl

Das Coronavirus (SARS-CoV-2) wird hauptsächlich durch Aerosolbildung übertragen. Dies geschieht in erster Linie durch Husten und Niesen, aber auch durch medizinische Maßnahmen, die zu einer Aerosolbildung führen. Eine indirekte Übertragung kann über Hände oder kontaminierte Oberflächen erfolgen.



R. Buhl

COVID-19 – Risiko und Symptome

Ein begründeter Krankheitsverdacht besteht bei Auftreten von akuten respiratorischen Symptomen nach Kontakt mit positiv getesteten COVID-19-Patienten bis zu ca. 14 Tage vor Erkrankungsbeginn. Dies gilt insbesondere auch bei klinischen oder radiologischen Hinweisen auf das Vorliegen einer viralen Pneumonie, vor allem bei Häufungen in Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäusern.

Differenzialdiagnostischer Verdacht besteht auch bei klinischen oder radiologischen Hinweisen auf eine virale Pneumonie ohne Alternativdiagnose auch ohne Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall. Verdacht besteht darüber hinaus bei akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere ohne Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall bei Personen, die in Pflege, Ordinationen oder Krankenhaus tätig sind oder einer Risikogruppe angehören.

Risikofaktoren für schwerere Verläufe sind zunehmendes Alter (ab etwa 50 bis 60 Jahre), Zigarettenrauchen und Vorerkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenerkrankungen, chronische Lebererkrankungen, Diabetes mellitus, Tumorerkrankungen, Immundefizienz).

Das häufigste Symptom stellt Fieber dar, gefolgt von Husten, Müdigkeit, Kurzatmigkeit, Halsschmerzen, weniger häufig verstopfte Nase, Hyposmie, Durchfall. Eine Lungenbeteiligung kann in Form einer viralen Pneumonie/Pneumonitis auftreten. Hinweise darauf bieten eine fortschreitende Abnahme der Sauerstoffsättigung bzw. ein erhöhter Sauerstoffbedarf sowie radiologische Infiltrate in der Lunge.

Allergien

Derzeit hat der „Heuschnupfen“ Hochsaison. Auch dieser geht mit Niesen, nasalem Juckreiz, Rhinorrhoe, nasaler Obstruktion und eventuell Begleitkonjunktivitis einher. Es stellt sich bei diesen Symptomen also die Frage, ob es sich um eine Al-

lergie oder vielleicht doch um COVID-19 handelt. Symptome wie nasaler Juckreiz oder Konjunktivitis sprechen eher gegen COVID-19.

Die Therapie der allergischen Rhinitis betreffend gibt es entgegen kursierender Fake News keinen Hinweis darauf, dass intranasal verabreichtes Kortikosteroid die Empfindlichkeit der Nasenschleimhaut für das Coronavirus erhöht. Vielmehr dürfte mit hoher Wahrscheinlichkeit die regelrechte Behandlung mit intranasalen Kortikosteroiden die

Intaktheit der Nasenschleimhaut fördern und diese damit für eine Virusinfektion weniger empfänglich machen. Daher lautet die klare Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP), die Behandlung der allergischen Rhinokonjunktivitis mit topischen und oralen antiallergischen Medikamenten unverändert fortzuführen. Weiterhin wird die Verabreichung von nasalen Alpha-Sympathomimetika und intramuskulären Depot-Kortikosteroiden nicht empfohlen [1].

In gleicher Weise sollte nach Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) die Allergen-Immuntherapie, die den allergischen Marsch modifiziert, den Etagenwechsel verhindert und die Immuntoleranz induziert, bei beschwerdefreien und ansonsten gesunden Personen ohne Unterbrechung weitergeführt werden [2]. Dies gilt gleichermaßen für die subkutane (SCIT) und die sublinguale Therapie in Form von Tropfen oder Tabletten (SLIT). Bei Infektzeichen wie Fieber, unklarem Husten oder reduziertem Allgemeinzustand sollte die Therapie pausiert und zu einem späteren (beschwerdefreien) Zeitpunkt fortgeführt werden. Bei einer Unterbrechung der SCIT erfolgt die Dosisanpassung der SCIT durch den behandelnden Arzt und gemäß den Empfehlungen des Herstellers. Die Wiederaufnahme der SLIT sollte unter ärztlicher Kontrolle erfolgen.

Der DGAKI zufolge stellen Allergien kein Risiko für eine Coronavirus-Infektion dar. Treten anfallsartiger Niesreiz, Fließschnupfen, Augenjucken und ähnliche Beschwerden zur gleichen Zeit wie im Vorjahr auf und besteht kein Fieber, spricht dies für eine Allergie. Antiallergische Medikamente (Kortison-Nasensprays, Antihistaminika als Tabletten, Augentropfen und Nasensprays) sind wichtig für Betroffene und überwiegend rezeptfrei erhältlich (kein Arztbesuch erforderlich). In diesem Sinn sind sämtliche antiallergische Therapien einschließlich der Allergen-Immuntherapie fortzusetzen.

Asthma

Auch Asthma-Patienten sollten ihre bewährte Therapie beibehalten und die Therapie mit inhalierbaren und ggf. oralen

Vortrag von Univ.-Prof. Dr. Roland Buhl, Leiter des Schwerpunktes Pneumologie, III. Medizinische Klinik und Poliklinik, Johannes Gutenberg Universität, Mainz. Webinar „Brennpunkt Lunge & COVID-19“, Fa. Chiesi Pharmaceuticals GmbH, 27.03.2020

Steroiden unverändert fortführen, so verordnet. Vor allem die Therapie mit inhalierbaren Steroiden (ICS), dem Kernelement der Asthma-Therapie, wurde vor dem Hintergrund der aktuellen Coronavirus-Pandemie in Frage gestellt. Die österreichischen und deutschen Asthma-Spezialisten empfehlen eindeutig, bei Kindern und Erwachsenen mit Asthma eine adäquate und individuell eingestellte antiasthmatische Inhalations-Therapie (insbesondere auch eine ICS-Therapie) nicht aus diesem Grund zu ändern oder gar zu beenden. Die Gefahr, dass sich das Asthma dadurch in bedrohlicher Weise verschlechtert und (ansonsten unnötige) Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte erforderlich macht, ist für den einzelnen Asthma-Patienten wesentlich bedrohlicher als ein mögliches, gleichwohl unbelegtes Risiko einer Förderung der Ansteckung mit SARS-CoV-2. Wichtig ist in diesem Kontext auch ein schriftlicher Therapieplan für alle Patienten [3].

■ Asthma-Exazerbationen

Für die Unterscheidung zwischen einer Asthma-bzw. COPD-Exazerbation und Atemwegsinfektion existieren drei Faustregeln:

- Fieber ist kein typisches Symptom einer Exazerbation.
- Die typischen Symptome einer Exazerbation sprechen gut auf Bronchodilatoren an.
- Hals-, Kopf- und Gliederschmerzen sind bei Exazerbationen untypisch.

Die GINA-Empfehlungen halten den kurzfristigen Einsatz eines oralen Kortikosteroids bei einer Asthma-Exazerbation für unbedenklich [4]. Allerdings sollten Vernebler aufgrund des erhöhten Risikos der Verteilung von SARS-CoV-2 auf andere Patienten und Personal möglichst vermieden werden. Bevorzugt sollten Dosieraerosole mit einer Inhalationshilfe (Spacer) verwendet werden.

■ ACE-Hemmer und Angiotensin-Antagonisten

Weitere Fake News besagen, dass ACE-Hemmer und Angiotensin-Antagonisten unverzüglich abzusetzen seien. Der Hintergrund:

SARS-CoV und SARS-CoV-2 binden an Zielzellen über das Angiotensin-Converting Enzyme 2 (ACE2). Die Expression dieses Enzyms wird durch ACE-Hemmer und Angiotensin-Antagonisten erhöht. Dies hat die Hypothese generiert, dass für das Virus mehr Zielstrukturen zur Verfügung stünden und dadurch die Infektionsgefahr erhöht sei. Die Deutsche Hochdruckliga äußert dazu, dass die derzeitige Datenlage kein Absetzen der Medikamente rechtfertigt [5]. Die Medikamente können sogar vor Lungenversagen schützen, und das Absetzen von Blutdrucksenkern kann zudem zu hohen Gesundheitsrisiken führen. Daher sollte aus Angst vor Corona die Blutdruckmedikation nicht leichtfertig abgesetzt werden.

■ Eosinophile, Biologika und Pneumokokkenimpfung

In einer chinesischen Studie fiel auf, dass alle SARS-CoV-2-Patienten eine extrem niedrige Eosinophilenzahl im Blut

aufwiesen [6]. Daraus wurde die Hypothese generiert, dass eine niedrige Eosinophilenzahl bzw. eine Verminderung der Eosinophilenzahl – wie etwa durch Biologika – das Risiko einer COVID-19-Infektion und eines schwereren Krankheitsverlaufs erhöhen würde. Faktum ist jedoch, dass eine niedrige Eosinophilenzahl die Schwere der Infektion, also der Entzündung, widerspiegelt. Das heißt, ein prognostischer Biomarker – wie die Eosinophilenzahl – ist nicht zwingend auch pathogenetisch relevant.

Die DGAKI rät daher nachzeitigem Kenntnisstand zur Fortführung der Therapie mit Biologika. Dass Biologika nicht zu einer erhöhten Rate an Infektionen führen, wurde bereits in einer früheren Studie nachgewiesen [7].

Eine Pneumokokkenimpfung kann derzeit durchgeführt werden. Das Impfschema besteht in einer sequenziellen Impfung. Zunächst sollte ein 13-valenter Konjugatimpfstoff (PCV13) verabreicht werden, dann im Abstand von zumindest acht Wochen (Empfehlung des Advisory Committee on Immunization Practices) die 23-valente Polysaccharidvakzine (PPV23). Ein längerer Impfabstand führt zu einer besseren Impfantwort, bei kürzerem Abstand ist ein geringeres Risiko einer Infektion mit durch PCV13 nicht abgedecktem Serotyp gegeben.

■ SARS-CoV-2 und Tumorerkrankungen [8], Bluttransfusionen

Besonders gefährdet sind Patienten mit einem insuffizienten Immunsystem. Dies betrifft Patienten mit beispielsweise Leukämien, Lymphomen bei aktiver Erkrankung, niedriger Leukozytenzahl, Immunglobulin-Mangel, immunsuppressive Therapien. Von wesentlicher Bedeutung ist, dass die Angst vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 die Therapie einer Tumorerkrankung nicht beeinträchtigen darf. Derzeit gilt, dass bei den meisten Tumorerkrankungen der Nutzen einer sinnvollen Therapie das Risiko einer möglichen COVID-19-Infektion überwiegt. Allerdings kann bei chronischen und gut kontrollierten Tumorerkrankungen individuell über eine Therapieverschiebung entschieden werden. Diese Entscheidung sollte mit dem Patienten gemeinsam getroffen werden.

Bezüglich des Übertragungsweges von SARS-CoV-2 liegen derzeit keine Hinweise darauf vor, dass eine Infektion durch Bluttransfusionen erfolgen kann.

Literatur:

1. Klimek L, Bachert C, Pfaar O et al. ARIA guideline 2019: treatment of allergic rhinitis in the German health system. *Allergol Select* 2019; 3: 22–50.
2. <https://dgaki.de>
3. www.ogp.at/stellungnahme-asthma-patienten-und-covid-19/
4. <https://ginasthma.org/gina-reports/>
5. www.hochdruckliga.de
6. Zhang JJ, Dong X, Cao YY et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy* 2020; DOI: 10.1111/all.14238
7. FitzGerald JM, Bleecker ER, Nair P et al. Benralizumab, an anti-interleukin-5 receptor alpha monoclonal antibody, as add-on treatment for patients with severe, uncontrolled, eosinophilic asthma (CALIMA): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet* 2016; 388: 2128–41.
8. www.onkopedia.com

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)