

Journal für **Pneumologie**

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

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

COVID-19 und COPD

Lamprecht B

Journal für Pneumologie 2020; 8 (2), 24-25

Homepage:

www.kup.at/pneumologie

Online-Datenbank
mit Autoren-
und Stichwortsuche

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.

COVID-19 und COPD

B. Lamprecht

Bei SARS-CoV-2 handelt es sich nicht um ein gänzlich neues Virus, sondern es sind bereits viele ähnliche Viren bekannt. Insbesondere mit dem SARS- und dem MERS-Virus wurden im Hinblick auf chronische Atemwegserkrankungen bereits Erfahrungen gesammelt. Dennoch verhält sich dieses Coronavirus völlig anders, was Kontagiosität und die Mortalität betrifft.



B. Lamprecht

Epidemiologische Daten

Während bei SARS und bei MERS deutlich weniger Personen betroffen waren, lag die Mortalität bei SARS bei 9,6 Prozent (www.statista.de) und bei MERS bei 34,4 Prozent (www.who.int/emergencies/mers-cov/en/). Die Mortalität bei COVID-19 liegt zwischen 0,7 und etwa 15,7 Prozent (www.statista.de). Die meisten Erkrankungsfälle verlaufen mild oder überhaupt asymptomatisch, ein kleiner Teil verläuft schwer und nur ein sehr kleiner Teil weist einen fatalen Verlauf auf.

Laut chinesischen Daten verlaufen über 80 Prozent der Fälle mild. Die Mortalität korreliert stark mit dem Alter und nimmt ab dem 60. Lebensjahr stark zu¹⁾. Diese Altersgruppe macht auch den großen Teil der COPD-Patienten aus.

Einer von mehreren Faktoren, die die hohe Mortalität der COVID-19 in Italien begründen, liegt in der Tatsache, dass nahezu die Hälfte der betreuten und hospitalisierten Patienten drei oder mehr Komorbiditäten aufwiesen. Zu den wesentlichen und häufigeren Komorbiditäten zählt auch die COPD.

Symptome und Risiko

Die häufigsten Symptome der COVID-19, nämlich Husten und Atemnot, stellen bei COPD ein gängiges und dauerhaftes Problem dar. Die Differenzierung zwischen den beiden Erkrankungen kann diesbezüglich schwierig sein. Fieber hingegen ist ein eindeutiges Symptom, das typischerweise nicht mit COPD oder herkömmlichen COPD-Exazerbationen vereinbar ist.

Zwei chinesische Studien zur COVID-19 fanden eine sehr niedrige Prävalenz von COPD in ihrer Kohorte [1, 2]. Diese lag bei 1,4 bzw. bei etwa ein Prozent, mit geringem Unterschied zwischen milden und schweren Verläufen (eine Einschränkung beider Studien liegt in der insgesamt niedrigen Patientenzahl). Die Autoren schließen aus den Ergebnissen, dass COPD, aber auch Asthma keinen Risikofaktor für eine COVID-19 darstellt.

COVID-19 – komplikationsreicher Verlauf

Dennoch stellt sich die Frage, ob COPD nicht als Risikofaktor für einen komplikationsreichen Verlauf gelten kann, wenn es zu einer Infektion gekommen ist. Dies nicht zuletzt deswegen, weil ein typischerweise mit COPD assoziierter Risikofaktor das Rauchen darstellt. Rauchen kann ein unabhängiger Risikofaktor für zumindest eine Verschlechterung der COVID-19-Erkrankung sein und es kann in einem höheren Prozentsatz ein Übergang zu einer Pneumonie entstehen.

Für Raucher wurde ein ca. 14-fach erhöhtes Risiko für einen progradienten komplikationsbehafteten Verlauf der COVID-19 beschrieben [3]. „Komplikationsbehaftet“ meint beispielsweise sogenannte typische „Milchglasveränderungen“ im Thoraxröntgen bei einer durch SARS-CoV-2 verursachten Viruspneumonie. Diese Veränderungen stellen zumeist ein prognostisch ungünstiges Zeichen dar.

Üblicherweise besteht die Tendenz, solche Veränderungen mit Kortikosteroiden zu behandeln. Davon ist jedoch abzuraten. Es gibt klare Empfehlungen, systemisches Kortison zur Behandlung solcher Komplikationen bei COVID-19-Infektion nicht bzw. nur im Rahmen klinischer Studien einzusetzen [4]. Die Behandlung mit Kortikosteroiden kann jedoch sehr wohl bei einer Exazerbation der COPD in Betracht gezogen werden.

Möglichst gute Krankheitskontrolle

Die einzige Möglichkeit, einen möglichen komplikationsbehafteten Verlauf einer COPD abzuwenden, besteht darin, im Vorfeld eine bestmögliche Krankheitskontrolle herzustellen bzw. bei stattgefunder Infektion die Behandlung mit geeigneten Medikamenten fortzuführen. Es muss versucht werden, die COPD bestmöglich zu kontrollieren, also die Symptome, wie z. B. Atemnot, aber auch Exazerbationen zu reduzieren. Dazu bedarf es einer guten Therapieadhärenz. Dafür ist es wichtig, Patienten gerade jetzt dazu zu animieren, Medikamente konsequent und auch korrekt weiter einzunehmen. Nur wenn durch diese Maßnahmen alleine keine ausreichende Kontrolle möglich ist, sollte an der Therapie etwas verändert werden.

Die Basistherapie orientiert sich nicht nur an der Lungenfunktion (FEV1), sondern insbesondere an den Symptomen. Sie besteht bei allen Patienten in einer Bronchodilatation. Bei hoher Symptomlast und gehäuften Exazerbationen (vor allem bei der Gruppe GOLD D) kann auch eine Therapie mit inhalativen Kortikosteroiden (ICS) erforderlich sein. Diese sollte, wenn sie indiziert ist, auch jetzt unbedingt fortgeführt werden. Nur dann, wenn mit einer dieser Behandlungen keine Krankheitsstabilität erreicht werden kann, sollte die Therapie verändert und gegebenenfalls eine Therapieescalation erwogen werden.

Vortrag von Prim. Priv.-Doz. Dr. Bernd Lamprecht, Vorstand der Klinik für Lungenerkrankungen, Kepler Universitätsklinikum Linz. Webinar „Brennpunkt Lunge & COVID-19“, Fa. Chiesi Pharmaceuticals GmbH, 27.03.2020.

¹⁾<http://www.chinacdc.cn/en/>

Dabei sollte nach den Algorithmen der GOLD-Empfehlungen vorgegangen werden [5]. Bei Überwiegen von Dyspnoe sollte die Bronchodilatation verstärkt werden, bei Auftreten von Exazerbationen sollte eine Evaluierung der ICS-Anwendung durchgeführt werden. ICS werden jedenfalls empfohlen bei:

- häufigen Exazerbationen in der Vergangenheit,
- Eosinophilie (> 300 Zellen/ μl Blut) und
- zusätzlichen Merkmalen einer Asthmaerkrankung.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

- Abstand halten („Social Distancing“) gilt insbesondere für Patienten mit chronischen Erkrankungen.
- Eine möglichst gute Krankheitskontrolle ist anzustreben.
- Die Basistherapie stellt die Bronchodilatation dar.
- ICS sind differenziert einzusetzen. Eine laufende Therapie mit ICS ist keineswegs abzusetzen. Wenn sie zu einer guten Krankheitskontrolle beiträgt, muss die Therapie mit ICS konsequent fortgeführt werden.

- An Hygienemaßnahmen gelten für COPD-Patienten dieselben wie für gesunde Menschen, nämlich Händehygiene, Hände aus dem Gesicht fernhalten, Husten und Niesen in die Ellenbeuge und Abstand halten.

Literatur:

1. Zhou Z et al. Effect of gastrointestinal symptoms on patients infected with COVID-19. *Gastroenterology* 2020; DOI: 10.1053/j.gastro.2020.03.020
2. Zhang JJ et al. Clinical characteristics of 140 patients infected with SARS-CoV-2 in Wuhan, China. *Allergy* 2020; DOI: 10.1111/all.14238
3. Vardavas CI, Nikitara K. COVID-19 and smoking: A systematic review of the evidence. *Tob Induc Dis* 2020; DOI: 10.18332/tid/119324
4. Russell CD, Millar JE, Baillie JK. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *Lancet* 2020; 395: 473–5.
5. Singh D et al. Global Strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease: the GOLD science committee report 2019. *Eur Respir J* 2019; 53: 1900164.

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](#)