

COVID-19-Erkrankung mit pulmonaler Beteiligung

Patienten sollten kurzfristig pneumologisch nachbetreut werden

Ch. Geßner¹, C. Schiefer², A. Oltmanns³, H. Wirtz³

Die durch SARS-CoV-2 hervorgerufene Viruserkrankung COVID-19 stellt aktuell viele Fachgebiete vor neue Herausforderungen. Neben der Diagnostik und Überwachung/Behandlung der Patienten sind aktuell noch keine etablierten Strukturen für die Nachbetreuung vorhanden.

Durch die Vielfalt der Verläufe der Erkrankung von nahezu symptomlosen Patienten über grippeähnliche Symptome mit oder ohne gastrointestinale Beschwerden bis hin zum Vollbild der Virus Pneumonie ist ein differenziertes Vorgehen notwendig. Hierbei ist hervorzuheben, dass vor allem bei symptomatischen Patienten pulmonale Beschwerden im Vordergrund stehen, welche auch nach überwandener Akutphase, wenn keine Infektiosität mehr besteht, persistieren können.

Nachfolgend soll anhand von zwei Kasuistiken beispielhaft die pulmonale Beteiligung bei COVID-19 dargestellt werden. Aufgrund der teils erheblichen pulmonalen Strukturveränderungen ist es ratsam, auch bei geringen pulmonalen Beschwerden eine pneumologische Mitbetreuung zu organisieren.

Im ersten Fall stellte sich ein 51-jähriger Patient Anfang April mit persistierender Leistungseinschränkung und Belastungsdyspnoe beim Lungenfacharzt vor. Anamnestisch berichtete er nach Rückkehr von einem Skiurlaub

Anfang März 2020 aus Ischgl über Erkältungsbeschwerden, wobei der Husten als Symptom führend war. Vom Hausarzt vermittelt, wurde vom Gesundheitsamt eine Testung auf eine SARS-CoV-2-Infektion veranlasst. Wegen des positiven Befundes wurde der Patient über 14 Tage häuslich isoliert. Die Beschwerden wurden symptomatisch behandelt. Der Patient berichtete während dieser Zeit über ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl, es bestand keine Notwendigkeit für eine stationäre Behandlung.

Erwähnenswert sind darüber hinaus eine beidseitige Lungenembolie 2011 sowie eine bekannte pulmonale Sarkoidose mit röntgenologischen Veränderungen im Stadium 2, erstmals diagnostiziert 2014, wobei in den Nachkontrollen bis 2016 weder die initialen Röntgen-Thorax-Veränderungen noch eine Einschränkung in der Lungenfunktion oder der Diffusionskapazität nachweisbar waren.

Nach Abklingen der akuten Symptomatik, insbesondere Besserung des Hustens sowie negativen Abstrichen nach häuslicher Quarantäne bestand bei dem Patienten eine persistierende Belastungseinschränkung, die auch zur fachärztlichen Vorstellung führte.

In der aktuellen Lungenfunktion zeigt sich eine deutliche Restriktion mit Einschränkung der globalen Diffusionskapazität (Abb. 1). Bei sonografisch fehlendem Hinweis auf einen Pleuraerguss fielen in der Röntgen-Thorax-Untersuchung flächenhafte, teils interstitielle Infiltrate beidseits über den Mittel- und Unterfeldern auf (Abb. 2). In der Laboruntersuchung waren normale Entzündungsparameter, normwertige D-Dimere und unauffällige Sarkoidose-Laborparameter (sIL2-R, ACE, Neopterin) nachweisbar.

Aufgrund der vorliegenden Befunde mit ausgeprägten Infiltrationen wurde ein CT-Thorax veranlasst (steht noch aus). Einer weiteren stationären und invasiven Abklärung (Bronchoskopie) stand der Patient ablehnend gegenüber, sodass bis zum Befundeingang des CT-Thorax eine symptomatische Therapie mit Salbutamol wegen der Belastungsbeschwerden vereinbart wurde.

Im zweiten Fall stellte sich ein 55-jähriger Mann ohne relevante Vorerkrankungen mit grippaler Symptomatik, Fieber bis 39°C sowie rezidivierendem Erbrechen in der Notaufnahme des Universitätsklinikums Leipzig vor. Eine bei Aufnahme durchgeführte Röntgenaufnahme des Thorax wies feinnoduläre Verdichtungen im rechten Mittelfeld auf. Im Aufnahmelabor lag das CRP bei 144 mg/dl, am Folgetag sogar bei 255 mg/dl. Nach initial negativem Rachenabstrich auf SARS-CoV-2 erfolgte zunächst bei Verdacht auf pulmonalen Fokus eine kalkulierte Antibiose mittels Piperacillin/Tazobactam. Bei fehlender Besserung wurde aus dem bei der Bronchoskopie gewonnenen Bronchialsekret SARS-CoV-2 nachgewiesen. Das daraufhin durchgeführte CT-Thorax zeigte multifokale teils mattglasartige, teils auch narbig imponierende Verdichtungen führend in beiden Unterlappen (Abb. 3). Unter symptomatischer Therapie (Analgetika und Betamimetika) besserten sich die Beschwerden, sodass der Patient in die

¹ Pneumologische Praxis, Leipzig

² Pneumologische Praxis, Markkleeberg

³ Pneumologie, Medizinische Klinik II, Universitätsklinikum Leipzig

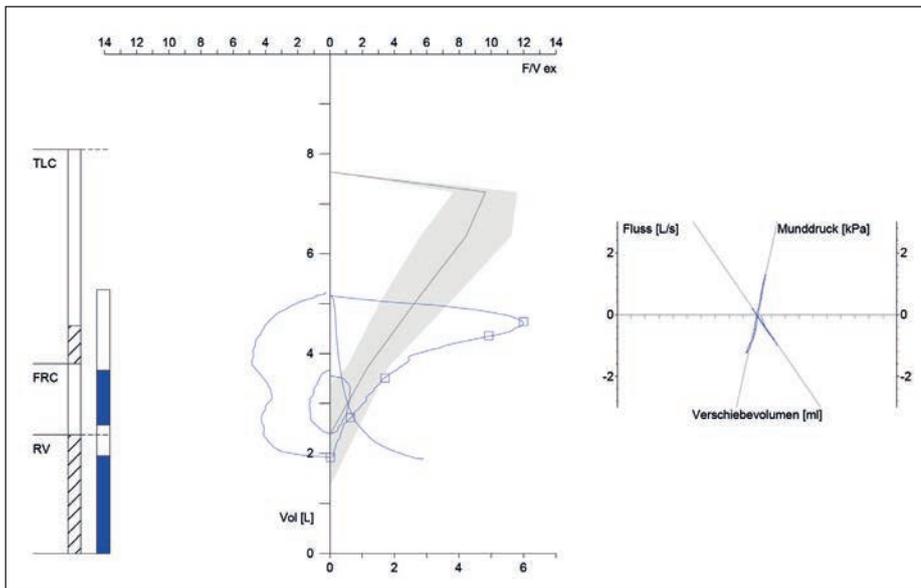


Abb. 1: Bodyplethysmographie mit Nachweis einer leichtgradigen Restriktion

häusliche Quarantäne und ambulante Weiterbetreuung entlassen werden konnte. Es bestand aber noch ein persistierender Husten. Zudem war die anfangs eindrucksvolle Reduktion der Bewegungsfähigkeit des Patienten nach einigen Tagen wieder deutlich aber längst nicht vollständig rückläufig. Die dargestellten Fälle zeigen, dass eine pulmonale Beteiligung bei COVID-19 über die Akutphase hinaus möglich ist und Beschwerden persistieren können. Hieraus sollte geschlossen werden, dass selbst bei im Vorfeld pulmonal

unauffälligen Patienten eine zeitnahe Vorstellung beim Pneumologen erfolgen sollte. Für eine kurzfristige Betreuung dieser Patienten werden von den sächsischen Pneumologen zusätzliche Kapazitäten vorgehalten.

Ein Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. zur praktischen Umsetzung der apparativen Differentialtherapie der akuten respiratorischen Insuffizienz bei COVID-19 finden Sie hier: <https://pneumologie.de>. ■

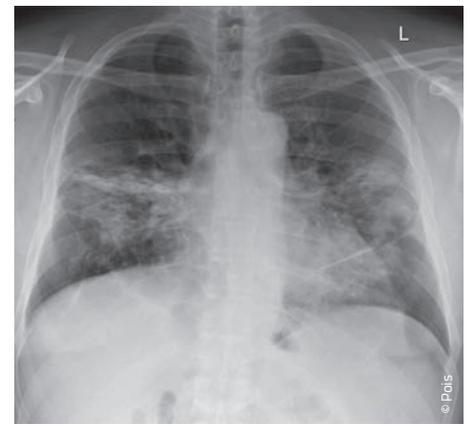


Abb. 2: Röntgen des Thorax mit Nachweis von Infiltraten bei einem Patienten mit Covid-19

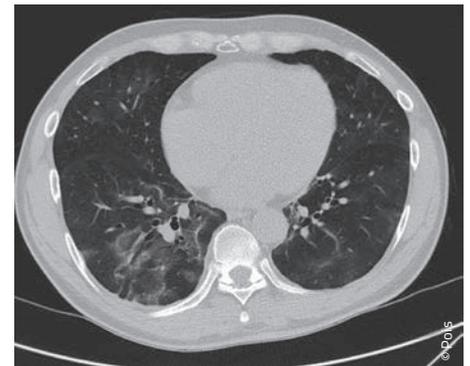


Abb. 3: Computertomographie des Thorax mit dem Bild einer Viruspneumonie

Korrespondierender Autor:
 Priv.-Doz. Dr. med. Christian Geßner
 Pneumologisch/onkologisch/
 internistisches Studienzentrum
 Tauchaer Straße 12, 04357 Leipzig
 E-Mail: ch.gessner@pois-le.de