

Persistierende Dyspnoe nach COVID-19: Vorschläge zur hausärztlichen Nachsorge

M. Kolditz¹, J. Beyer-Westendorf², S. v. Bonin³,
D. Koschel⁴

Vorbemerkung

Aktuelle Studiendaten demonstrieren bei einem relevanten Anteil an Patienten mit COVID-19 eine prolongierte beziehungsweise persistierende Symptomatik, welche über Wochen bis Monate anhalten kann und nicht immer mit dem Schweregrad der initialen Infektion assoziiert ist („Long-COVID“). Das Spektrum der Symptomatik ist dabei außerordentlich vielfältig, zahlenmäßig deutlich im Vordergrund stehen jedoch persistierende Belastungsdyspnoe und Symptome chronischer Erschöpfung. Eine einheitliche Nomenklatur und zeitliche sowie inhaltliche Definitionen des Beschwerdebildes existieren bisher nicht.

Belastbare wissenschaftliche Daten zu Ausprägung, Risikofaktoren, Prognose und Management dieser Post-COVID-19-Beschwerden sind noch nicht vorhanden. Aktuelle Leitlinien geben folgerichtig keine detaillierten Empfehlungen zum Management von Patienten mit persistierenden Beschwerden nach COVID-19-Infektion [1, 2]: Von der S2k-Leitlinie zur stationären Therapie von

COVID-19 (Stand 23. November 2020) wird lediglich eine Nachuntersuchung bezüglich Langzeitfolgen innerhalb von acht bis zwölf Wochen ohne nähere Spezifizierung empfohlen, die aktuelle DEGAM-Empfehlung (Stand: 23. Dezember 2020) berücksichtigt das Thema derzeit gar nicht.

Die Autoren des vorliegenden Artikels versuchen daher, auf Basis der aktuellen Daten und persönlichen Erfahrungen aus pneumologischer, kardiologischer und hämostaseologischer Sicht Vorschläge zum Management von Patienten mit persistierender Dyspnoe (definiert als zum Beispiel fehlende Besserung nach Entlassung aus dem Krankenhaus beziehungsweise Persistenz > 3–4 Wochen nach Symptombeginn bei milder Erkrankung) in der hausärztlichen Praxis zu geben, welche dem Stand Ende Dezember 2020 entsprechen. Das aktuelle Papier sollte dabei nicht als Leitlinie missverstanden werden, und es versucht auch nicht, den vollen Umfang möglicher persistierender Beschwerden nach COVID-19 abzubilden. Auch wird nicht das Management von Dyspnoe im Rahmen der akuten Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus besprochen. Hierzu wird auf entsprechende Leitlinien [1, 2] verwiesen.

Häufigkeit und mögliche Bedeutung persistierender Dyspnoe nach COVID-19

Persistierende Symptome sind auch nach einer bakteriellen ambulant-erworbenen Pneumonie häufig. Dies gerät in der aktuellen Diskussion leicht in Vergessenheit. So ist bekannt, dass etwa 85 Prozent der Patienten mit einer stationär behandelten Pneumonie 30 Tage nach Entlassung aus dem

Krankenhaus noch Einschränkungen beklagen (47 Prozent Husten oder Luftnot; 73 Prozent allgemeine Schwäche). Bis zum Wiedererreichen des Gesundheitszustands, der vor der Pneumonie vorlag, vergehen teils bis zu sechs Monate [3, 4]. Dazu kommt, dass nach bakteriellen und viralen Pneumonien häufig akute Dekompensationen vorbestehender chronischer pulmonaler, aber auch kardialer Erkrankungen bis hin zum akuten Koronarsyndrom auftreten, die mit einem erhöhten poststationären Letalitätsrisiko assoziiert sind [5–7]. Diese Aspekte sollten daher in der Nachsorge von COVID-19 wie auch aller anderen Atemwegsinfektionen stets berücksichtigt werden.

Besonders an der aktuellen COVID-19-Situation ist aber, dass die oft noch länger bestehenden persistierenden Symptome (insbesondere Belastungsdyspnoe) Ausdruck von durch SARS-CoV-2 getriggerten persistierenden oder sogar progredienten interstitiellen Lungenveränderungen sowie thromboembolischen Komplikationen sein können, was von besonderer Bedeutung für die Nachsorge ist.

Für COVID-19-Patienten nach stationärer Behandlung (davon circa 20 Prozent auf ITS) zeigen drei prospektive Studien aus Italien, Österreich beziehungsweise Norwegen in Nachfolgeuntersuchungen persistierende Symptome (vor allem Fatigue und Belastungsdyspnoe) bei etwa 75 Prozent der Patienten nach zwei und bei etwa 50 Prozent der Patienten nach drei Monaten, häufig verbunden mit persistierenden Milchglasinfiltraten im CT. In Relation zur Symptomatik eher selten ließen sich dagegen Einschränkungen in der Lungenfunktion nachweisen: Jeweils etwa 20 Prozent der Patienten zeigen eine per-

¹ Bereich Pneumologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden

² Bereich Hämostaseologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden

³ Bereich Notfallmedizin und Kardiologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden

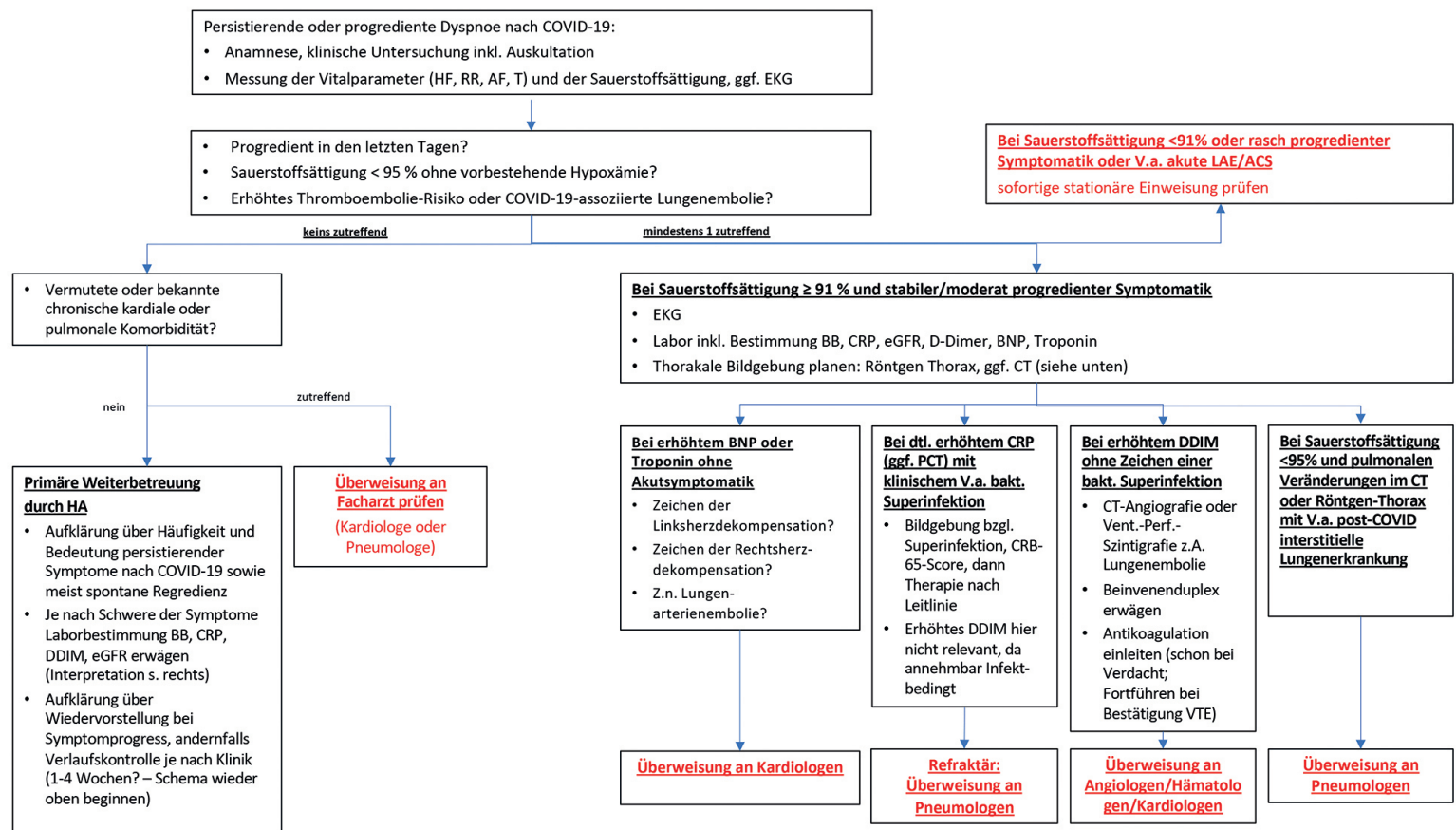
⁴ Bereich Pneumologie, Medizinische Klinik 1, Universitätsklinikum Dresden und Abteilung Innere Medizin und Pneumologie, Fachkrankenhaus Coswig

sistierende restriktive Ventilationsstörung beziehungsweise eine eingeschränkte Diffusionskapazität [8–10]. Etwas günstiger scheint der Verlauf bei ambulant behandelter COVID-19-Erkrankung zu sein. Eine große britische Online-Erhebung fand bei zehn Prozent der ambulant behandelten Patienten mit leichter Erkrankung noch Symptome nach drei Wochen. In einer Erhebung aus den USA hatten 35 Prozent mild erkrankter ambulanter Patienten nach zwei bis drei Wochen noch nicht wieder ihren vorherigen Gesundheitszustand erreicht [11, 12]. Auf der anderen Seite zeigte eine MRT-Studie des Herzens bei 78 Prozent von überwiegend ambulant behandelten COVID-19-Patienten nach im Mittel 71 Tagen nach initialer Diagnose eine myokardiale Mitbeteiligung, allerdings ist der klinische Stellenwert dieser Befunde unklar [13].

Thromboembolische Ereignisse sind häufige Komplikationen bei stationär behandelten Patienten mit COVID-19 (circa fünf Prozent auf Normalstation und 31 Prozent auf Intensivstation) [14]. Daten zu ambulanten Patienten mit COVID-19 beziehungsweise zur Dauer eines persistierend erhöhten Risikos nach stationärer Entlassung liegen bisher nicht vor. Es muss jedoch insbesondere bei Risikopatienten (erhöhte D-Dimere, frühere VTE, Malignom, BMI > 40, Schwangerschaft, Thrombophilie, schwere COVID-19-Erkrankung) von einer persistierenden Gefahr ausgegangen werden. So werden immer wieder auch Fälle von schweren venösen Thromboembolien, Myokardinfarkten und ischämischen Schlaganfällen (teils trotz eskalierter Heparinprophylaxe) in der Post-COVID-Phase berichtet.

Es lassen sich für die hausärztliche Nachsorge nach COVID-19 derzeit folgende Aspekte ableiten:

- Die Mehrzahl stationär behandelter Patienten leidet zwei bis drei Monate nach COVID-19 noch an persistierender Symptomatik, ambulant behandelte Patienten scheinen hiervon seltener betroffen, können aber ebenfalls prolongierte Symptome aufweisen.
- Belastungsdyspnoe und chronische Erschöpfung sind die dominierenden Beschwerden.
- Der Anteil von Patienten mit persistierenden Beschwerden nimmt im weiteren Verlauf (> 3 Monate) deutlich ab.
- Die Beschwerden sind teils, aber nicht immer mit einer pathologischen Lungenfunktion oder persistierenden CT-Veränderungen assoziiert.



Vorschlag für ein Management-Schema von Post-COVID-19-Beschwerden

- Die Beschwerden sind dagegen nicht immer mit dem Schweregrad der initialen Erkrankung von COVID-19 korreliert.
- Mit COVID-19 assoziierte interstitielle Lungenerkrankungen können auftreten und bedürfen dann einer pneumologischen Diagnostik und Therapie. Häufigkeit und Bedeutung sind jedoch aktuell unklar.
- Es besteht wahrscheinlich auch im Verlauf nach stationärer Entlassung beziehungsweise unter ambulanter Therapie ein erhöhtes Risiko thromboembolischer Komplikationen, dessen Zeitdauer derzeit noch nicht näher bestimmbar ist.
- Generell sollte nach COVID-19 wie auch nach allen anderen respiratorischen Infektionen auf das erhöhte Risiko akut dekompensierender (insbesondere kardialer) Komorbiditäten geachtet werden.
- Aufklären des Patienten über die oben genannten Aspekte und die hohe Frequenz persistierender Symptome nach COVID-19 sowie deren wahrscheinlich spontane Besserung im Verlauf.

Hieraus kann als Vorschlag das Management-Schema abgeleitet werden (siehe Abb. Seite 6).

Dieser Algorithmus kann nicht die persönliche ärztliche Evaluation von Dyspnoe entsprechend aktueller kardiologischer und pneumologischer Leitlinien ersetzen, sondern soll die Evaluation der Dyspnoe im Kontext einer kürzlichen COVID-19-Erkrankung erweitern.

Aktuell bereits laufende nationale und internationale systematische wissenschaftliche Datenaufarbeitungen zur Nachsorge nach COVID-19 werden helfen, diese Vorschläge in hoffentlich absehbarer Zeit auf der Basis einer breiteren Evidenz zu aktualisieren und konkretisieren. ■

Literatur unter www.slaek.de →
Presse/ÖA → Ärzteblatt

Korrespondierender Autor
Priv.-Doz. Dr. med. Martin Kolditz
Abteilung Pneumologie
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus
an der Technischen Universität Dresden
Fetscherstraße 74, 01307 Dresden
E-Mail: Martin.Kolditz@uniklinikum-dresden.de

Vorschlag zum Management persistierender Dyspnoe nach COVID-19 in der hausärztlichen Praxis

Folgende zentrale Aspekte sind beim Management von persistierender Dyspnoe nach COVID-19-Erkrankung aus Sicht der Autoren zu berücksichtigen:

- Klinische Untersuchung, Oxygenierungsmessung, anamnestische Evaluation relevanter Komorbiditäten, anamnestische Abklärung eines erhöhten Thromboembolierisikos sowie bei höherem Alter oder kardiovaskulärer Komorbidität EKG bei allen Patienten nach COVID-19.
- Rasche Identifikation akut behandlungsbedürftiger Erkrankungen (vor allem thromboembolische Komplikationen und/oder akut dekompensierte vorbestehende kardio-pulmonale Komorbiditäten).
- Detektion von Patienten mit einer mit COVID-19 assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung zur Überweisung zum Pneumologen.