

Medikamentöse Therapie bei COVID-19

Vorgehen bei Infektionen hängt vom Risiko ab

Auch wenn die Coronapandemie gefühlt eine Weile her ist, gibt es noch COVID-19-Fälle. Wie auch bei anderen respiratorischen Infekten war in den letzten Jahren jeweils von November bis April ein Peak an Erkrankungen zu verzeichnen. Neben einer angepassten Impfung gegen die derzeit vorherrschende Omikronvariante steht für Patienten mit erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf ein Virostatikum zur Verfügung.

Aufgrund der hohen Mutationsrate von RNA-Viren entstehen fortwährend neue SARS-CoV-2-Varianten, und die entsprechenden Impfstoffe müssen beständig angepasst werden, um den jeweils zirkulierenden Varianten zu entsprechen. Seit Kurzem stehen auch gegen die aktuell vorherrschende Omikron-XBB-Variante (1) angepasste Impfstoffe und aktualisierte Impfempfehlungen zur Verfügung (siehe Seite 632 ff.). Eine Immunität infolge von früheren Impfungen oder durchgemachten Infektionen bedeutet zwar ebenfalls noch einen gewissen Schutz vor einem schweren Krankheitsverlauf, aber der Schutz nimmt mit der Zeit und gegenüber dieser derzeit zirkulierenden Variante ab, wie Prof. Marta Boffito, vom Royal College of Physicians, London, an einem Medien-Roundtable der Firma Pfizer erklärte (2). Die Spitzen der

SARS-CoV-2-Infektionen sind, ähnlich wie bei Influenza, RSV-Infektionen und Infektionen mit anderen Coronaviren, zwischen November und April zu verzeichnen – und damit einher geht auch ein Anstieg der diesbezüglichen Hospitalisationen (3, 4). Im Vergleich zu Influenza ist das Risiko, an den Folgen einer COVID-19-Erkrankung zu versterben, signifikant erhöht (Hazard Ratio: 1,54; 95%-Konfidenzintervall: 1,18–2,01; $p = 0,002$) (5). Eine Betreuung auf der Intensivstation wurde jedoch nicht signifikant häufiger erforderlich.

Im Alter höheres Risiko

Obwohl unter den Älteren (ab 70 Jahre) mehr als 90 Prozent geimpft sind (6), ist das kumulierte Risiko, im Fall einer In-

Tabelle:

Antivirale Erstlinientherapie bei COVID-19

Patienten mit geringem oder mässigem Risiko		Patienten mit hohem Risiko	
> 75 Jahre	jeder Patient, unabhängig von Impfstatus oder Begleiterkrankungen	HIV-Infektion	mit einer CD4+ T-Zell-Zahl von < 200 pro μ l
> 60 Jahre	bei unvollständigem Impfschema (keine Auffrischung seit mehr als 9 Monaten), unabhängig von Komorbiditäten	Immundefekte	hereditäre Immundefekte
	bei signifikanten Begleiterkrankungen, unabhängig vom Impfschema	Therapien	monoklonale Anti-CD20-AK monoklonaler Anti-CD19-AK andere B-Zell-depletierende Therapien Bruton-Tyrosinkinase-Inhibitor immunsuppressive Therapien (v. a. Langzeiteinnahme von Glukokortikoiden > 20 mg Prednisonäquivalent/Tag oder Krebs unter Chemotherapie)
> 18 Jahre	Patienten mit erheblichen Begleiterkrankungen (kardiovaskuläre Risikofaktoren, chronische Lungenerkrankung, Trisomie 21, Übergewicht [BMI 30 oder höher] usw.) und unvollständigem Impfschema (keine Auffrischungsdosis seit mehr als 9 Monaten)	hämatologische Malignome	bei Neutropenie (< 1000 Neutrophile/ μ l für \geq 1 Woche) unter aktiver Therapie nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation (HSCT)
		Sichelzellerkrankung	alle
		Empfänger von soliden Organen	alle

AK: Antikörper; BMI: Body-Mass-Index. Empfehlungen zum Einsatz von Paxlovid als antivirale SARS-CoV-2-Erstlinientherapie gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten (SSI), adaptiert nach Prof. Boffito.

Hospitalisierungs- und Sterberaten bei COVID-19

- ▲ 6,8 Prozent der Patienten > 80 Jahre und 4,7 Prozent der Patienten im Alter von 70 bis 79 Jahren verstarben im Spital an COVID-19 (11).
- ▲ Die Hospitalisierungs- und Sterberate im Zusammenhang mit COVID-19 nimmt im Vergleich zur Referenzgruppe (18–29 Jahre) mit dem Alter zu (7).
- ▲ Die absoluten Zahlen der bestätigten Krankenhauseinweisungen und Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 nehmen nach Altersgruppen zu (sowohl in der Delta- als auch in der Omikronwelle) (12).

LINKTIPP

Interaktionscheck

Den COVID-19-Interaktionscheck der University of Liverpool finden sie direkt via QR-Code oder unter folgender Adresse:



<https://www.covid19-druginteractions.org/checker>

fektion hospitalisiert zu werden oder an den Folgen der Erkrankung zu versterben, im Vergleich zu den 18- bis 29-Jährigen mit zunehmendem Alter deutlich erhöht (relatives Risiko für Tod: 2,5-fach [50–64 Jahre]; 6,5-fach [65–74]; 14,0-fach [75–84])(7). Auch die meisten der registrierten Komorbiditäten waren ab dem 65. Lebensjahr häufiger, zum Beispiel Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Bluthochdruck, chronische respiratorische Erkrankungen, chronische Nierenerkrankungen (CKD), Demenz oder ein Diabetes mellitus. Lediglich bei Rauchern und übergewichtigen Patienten seien während der Omikronwellen unter den 16- bis 64-Jährigen mehr Patienten stationär aufgenommen worden als bei den Patienten ≥ 65 Jahre, wie Boffito berichtete (8). Unter denen, die trotz mindestens 3-maliger Impfung aufgrund von COVID-19 ins Spital mussten, haben sich Alter, Bluthochdruck, CKD, Myokardinfarkt oder Herzinsuffizienz sowie die Zeit zwischen Impfung und Infektion als die wichtigsten Risikofaktoren herauskristallisiert (9).

Wann Virostatikum einsetzen?

Die Schweizerische Gesellschaft für Infektionskrankheiten hat Empfehlungen erarbeitet, für welche ambulanten Patienten mit SARS-CoV-2-Infektion und Risiko für Hospitalisierung/Tod eine Therapie mit Nirmatrelvir/Ritonavir (Paxlovid®) indiziert ist (10). Insbesondere für Patienten mit einem hohen Risiko werde eine Behandlung mit hoher Priorität empfohlen, solange keine Kontraindikationen (Niereninsuffizienz, eGFR < 30 ml/min; Leberinsuffizienz, Child-Pugh-Klasse C; Komedikation mit Medikamenten, die durch CYP3A metabolisiert werden; Interaktionscheck mit Liverpool-Website) vorlägen, so Boffito. Insgesamt sei die Zahl der Patienten, die das Virostatikum aufgrund von Komorbiditäten oder Kontraindikationen nicht erhalten könnten, gering,

so Boffito weiter. Um die Interaktionspotenziale zu mindern, könnten beispielsweise Statine oder Antihypertensiva gegebenenfalls auch einmal für 5 bis 7 Tage reduziert oder unterbrochen werden. Die Therapie sollte so rasch wie möglich nach der Diagnose erfolgen, um das Virus am Anfang der Replikation zu erwischen, ergänzte die Expertin. Patienten mit einem geringen oder mässigen Risiko kann eine Behandlung unter Beachtung der Kontraindikationen vorgeschlagen werden. Eine Übersicht zum Vorgehen in Abhängigkeit von individuellen Risikokonstellationen zeigt die *Tabelle* (Seite 630). ▲

Christine Mücke

Quelle: Medien-Roundtable «COVID-19: Aktuelle Lage und die Behandlungsmöglichkeit mit PAXLOVID®», 14. September 2023, in Zürich.

Referenzen:

1. BAG, COVID-19 Schweiz Informationen zur aktuellen Lage, Stand 24.10.2023. Epidemiologischer Verlauf, Schweiz und Liechtenstein. Virusvarianten. <https://www.covid19.admin.ch/de/epidemiologic/virus-variants>. Letzter Zugriff: 25.10.2023
2. Link-Gelles R et al.: Estimates of Bivalent mRNA Vaccine Durability in Preventing COVID-19-Associated Hospitalization and Critical Illness Among Adults with and Without Immunocompromising Conditions - VISSION Network, September 2022-April 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72(21):579-588.
3. Wiemken TL et al. Seasonal trends in COVID-19 cases, hospitalizations, and mortality in the United States and Europe. SciRep. 2023;13(1):3886.*
4. Portmann L et al.: Hospital Outcomes of Community-Acquired SARS-CoV-2 Omicron Variant Infection Compared With Influenza Infection in Switzerland. JAMA Netw Open. 2023;6(2):e2255599.
5. Federal Office of Public Health (FOPH). COVID-19 Switzerland. Information on the current situation, as of 4 July 2023. Vaccinations, Switzerland and Liechtenstein. Vaccinated people, Switzerland and Liechtenstein, 21.12.2020 to 03.07.202. <https://www.covid19.admin.ch/en/vaccination/persons>, last accessed: 25.10.2023
6. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF). Krankheitslast Covid-19 (Stand Juni 2022). Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid-19-impfung.html>. Letzter Zugriff: 25.10.2023
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization, and Death By Age Group. 30 May 2023.
8. Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF). Krankheitslast Covid-19 (Stand Juni 2022). Available at: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid-19-impfung.html>. Letzter Zugriff 25.10.2023.
9. Ebinger JE et al. Hypertension and Excess Risk for Severe COVID-19 Illness Despite Booster Vaccination. Hypertension. 2022;79(10):e132-e134.
10. Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie (SSI). Empfehlungen zum frühen Einsatz von Covid-19-Therapien und zu Prophylaxen erstellt von der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (SSI), 26. Mai 2023. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/medizin-und-forschung/heilmittel/versorgung-covid-19-arzneimittel.html>. Letzter Zugriff: 25.10.2023
11. Bericht zum spitalbasierten COVID-19-Sentinel-Überwachungssystem, Datenstand: 22. Mai 2023. https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/sentinel-corona-bericht-mai-023.pdf.download.pdf/2023_05_report_DE_2023_06_06.pdf. Letzter Zugriff 25.10.2023.
12. Krankheitslast Covid-19 (Stand Juni 2022). Bundesamt für Gesundheit (BAG) und Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF). Available at: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/information-fuer-die-aerzteschaft/covid-19-impfung.html>, last accessed: 04.07.2023.