

Wie das Coronavirus den Magen-Darm-Trakt angreift



Prof. Dr. med.
Peter C. Konturek
Klinik für Innere
Medizin II,
Thüringen-Klini-
ken „Georgius
Agricola“, Saalfeld

Seminar / *Gastromodul* -- Autor: P. C. Konturek

Eine SARS-CoV-2-Infektion verursacht in bis zu 20% der Fälle nur gastroenterologische Symptome wie Diarrhö, Bauchschmerzen, Übelkeit oder Appetitlosigkeit. Auch konnte gezeigt werden, dass die Viren mit dem Stuhl ausgeschieden werden. Das Coronavirus ist zudem ein neuer Faktor in der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) – und bei Endoskopien.



Gastroenterologie für den Hausarzt

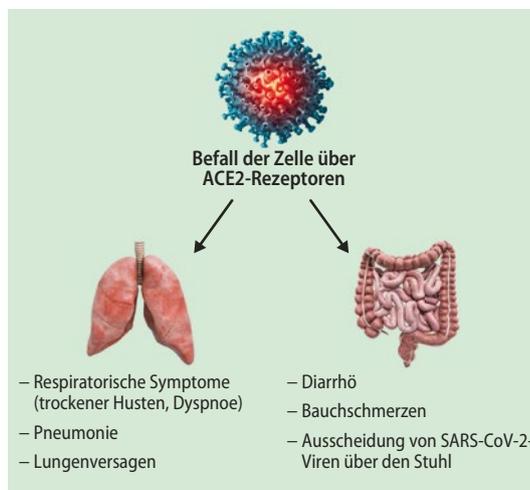
Regelmäßiger Sonderteil der MMW-Fortschritte der Medizin, betreut von der Gesellschaft für Gastroenterologie in Bayern e. V.; Schusterweg 34 D-82054 Sauerlach Tel.: 0 81 04 / 888 746 saskia.hannig@gfgb.org www.gfgb.org

Verantwortlich:

Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg
Prof. Dr. med. R. M. Strauch, München
Prof. Dr. med. D. Strobel, Erlangen
Prof. Dr. med. H. S. Fießl, München

Ausbreitung von SARS-CoV-2 im Körper und resultierende Symptome.

Die Coronavirus-Krankheit COVID-19 ist meistens durch grippeähnliche Symptome wie Fieber, trockenen Husten, Kurzatmigkeit und Muskelschmerzen gekennzeichnet. Radiologisch zeigen sich im CT vor allem bilaterale Pneumonien mit Milchglasphänomenen. Interessanterweise treten bei bis zu 20% der Patienten nur gastroenterologische Symptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen oder Durchfälle auf [4]. Ping et al. berichteten vor Kurzem über neun infizierte Erwachsene im Alter zwischen 28 und 55 Jahren, die zum Aufnahmezeitpunkt im Krankenhaus keine respiratorischen, sondern nur gastrointestinale Symptome wie Appetitlosigkeit (sechs Patienten), Übelkeit und Diarrhöen zeigten. Alle wurden irrtümlicherweise in der gastroenterologischen Abteilung aufgenommen, und die SARS-CoV-2-Infektion zeigte sich erst später auf dem Thorax-CT [7].



Einige Studien konnten zeigen, dass Enterozyten im Gastrointestinaltrakt, ähnlich wie Epithelzellen der Atemwege und Parenchymzellen der Lunge, ACE2-Rezeptoren exprimieren. Diese gelten als „Einfallstor“ für SARS-CoV-2. Darüber hinaus kommt es im Gastrointestinaltrakt zur Proliferation von Viren und zur Ausscheidung von Viren mit dem Stuhl [8]. In einigen seltenen Fällen wurden Patienten mit positivem Nachweis von SARS-CoV-2-Virus im Stuhl bei gleichzeitig negativen Abstrichen im Pharynx [9] beschrieben. Diese Beobachtungen deuten darauf hin, dass Stuhl ein Risiko für medizinisches Personal darstellt – insbesondere für endoskopierende Ärzte.

COVID-19 und chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

Patienten mit Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, die mit Kortikosteroiden, Biologika oder immunsuppressiven Medikamenten behandelt werden, haben generell ein erhöhtes Risiko für Infektionen. Insbesondere TNF- α - und JAK-Inhibitoren zeigen in den Studien ein erhöhtes Potenzial für schwerwiegende Infektionen. Auch bei einer Prednisolon-Therapie ist ein erhöhtes Infektionsrisiko seit Jahren bekannt, etwa für Herpes-simplex-, Varizella-zoster- oder Zytomegalieviren, aber auch für eine Hepatitis-B-Reaktivierung [10, 11].

Interessanterweise konnten die Kliniken in Corona-Hotspots kein erhöhtes Risiko für COVID-19 bei CED-Patienten unter immunsuppressiver Therapie beobachten. Weder in Wuhan noch in Bergamo kam es bei dieser Patientengruppe zu mehr schwerwiegenden Verläufen. Die chinesische Gesellschaft für

CED empfiehlt deshalb, die immunsuppressive Therapie bei CED-Patienten fortzusetzen. Ansonsten droht ein akuter Schub mit Krankenhaus-Aufenthalt, was das Risiko einer Infektion erhöht.

Bei Patienten, die Infusionen mit Infliximab bzw. einem Biosimilar bekommen und bei denen dies im Krankenhaus aktuell nicht gewährleistet werden kann, empfiehlt sich eine Umstellung auf Adalimumab bzw. ein Biosimilar subkutan [12, 13].

Die Therapie mit Vedolizumab und Ustekinumab kann aufgrund des günstigen Sicherheitsprofils fortgesetzt werden. Auch die Therapie mit 5-Aminosalicylaten kann problemlos fortgesetzt werden. Vorsicht ist bei der Gabe von Kortikosteroiden geboten, die das Risiko für schwerwiegende Infektionen erhöhen. Kortikosteroide supprimieren auch die antivirale Immunität [14]. Das Gleiche gilt für den JAK-Inhibitor Tofacitinib, der aufgrund der starken immunsuppressiven Wirkung während der Zeit der Pandemie nicht eingesetzt werden sollte [15]. Eine bereits laufende Therapie soll allerdings nicht abgebrochen werden. Selbstverständlich gibt es Ausnahmen, die mit dem behandelnden Gastroenterologen besprochen werden müssen.

Elektive chirurgische und endoskopische Eingriffe bei CED-Patienten sollen nach Möglichkeit verschoben werden. Vor jeder Notfall-Op. muss ein Screening auf COVID-19 erfolgen. Bei Fieber sollte sofort der zuständige Arzt konsultiert werden. Die Therapie mit Immunsuppressiva oder Biologika soll in diesem Fall sofort pausiert werden [16, 17].

COVID-19 und Endoskopie

Endoskopische Verfahren stellen ein erhöhtes Risiko für die Infektion mit SARS-CoV-2 dar. Das gilt insbesondere für Prozeduren am oberen Gastrointestinaltrakt, da der Patient z. B. beim Einführen des Endoskops husten oder bei einer Propofol-Gabe niesen könnte. Deshalb muss bei jedem Patienten eine individuelle Risiko-Stratifizierung erfolgen.

Bei begründetem Verdacht – mindestens ein typisches Symptom plus Kontakt zu SARS-CoV-2-positiven Personen – bzw. bei gesicherter Infektion muss dem Personal entsprechende Ausrüstung zur Verfügung stehen: FFP2- oder FFP3-Masken, Helm mit Gesichtsschutzvisier bzw. Schutzbrille, Handschuhe und Schürzen [18].

Die US-amerikanische Gesellschaft für Gastroenterologie hat empfohlen, bestimmte endoskopische Prozeduren aktuell zu verschieben. Das betrifft:

- elektive Prozeduren wie Vorsorge-Koloskopien oder Screening- und Überwachungsgastroskopien bei asymptomatischen Patienten,
- Kontrolluntersuchungen bei asymptomatischen Patienten mit Z. n. Ligatur-Therapie bei Varizenblutungen,

- Prozeduren wegen nicht dringender Symptome im oberen bzw. unteren Gastrointestinaltrakt, die um 4–6 Wochen verschoben werden können (z. B. Endosonografie bei bekannten Pankreaszysten),
- Motilitätsprozeduren (Ösophagus-Manometrie, 24-Stunden-pH-Metrie, anorektale Manometrie). Dagegen sollten endoskopische Prozeduren nicht verschoben werden bei:
 - Blutungen aus dem oberen und unteren Gastrointestinaltrakt,
 - Dysphagie zur Abklärung (Bolusimpaktion, Verdacht auf malignen Prozess in der Speiseröhre),
 - Cholangitis,
 - symptomatischer Erkrankung der Gallenwege und des Pankreas (z. B. infizierte Pseudozysten zur endosonografischen Drainage),
 - palliativen endoskopischen Eingriffen am oberen und unteren Gastrointestinaltrakt (z. B. Bougienrungen, Stent-Implantation),
 - Patienten mit sogenannten zeitabhängigen Diagnosen (z. B. prä-maligne und maligne Erkrankungen im Gastrointestinaltrakt, Staging-Diagnostik vor geplanter Chemotherapie oder chirurgischem Eingriff),
 - klinischen Fällen, bei denen die Endoskopie Einfluss auf das Therapie-Management hat (z. B. akuter Schub bzw. Verdacht auf De-novo-Colitis),
 - anderen Ausnahmefällen, die individuell von den Gastroenterologen entschieden werden müssen.

COVID-19 und Leber

Viele Patienten mit SARS-CoV-2-Infektionen zeigen eine milde Erhöhung von Transaminasen- und γ -GT-Spiegeln. Nur in seltenen Fällen kommt es zu schwerwiegenden Hepatitiden. Differenzialdiagnostisch können die erhöhten Werte auf die direkte hepatotoxische Wirkung der Viren, eine medikamentös induzierte Leberschädigung oder hepatologische Komplikationen einer Sepsis aufgrund eines akuten Lungenversagens (ischämische Hepatitis) zurückgehen. Generell haben Patienten mit erhöhten Leberwerten einen schwereren Verlauf [19]. ■

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Auch gastroenterologische Beschwerden Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfälle und Appetitlosigkeit sollten aktuell an eine SARS-CoV-2-Infektion denken lassen.
2. Bei CED-Patienten kann die immunsuppressive Therapie nach aktuellem Stand auch in Zeiten der Coronavirus-Pandemie fortgesetzt werden. Vorsicht ist bei Kortikosteroiden und bei JAK-Hemmern geboten.
3. Elektive und Überwachungs-Endoskopien sollten in der Regel möglichst verschoben werden. V. a. Endoskopien des oberen Gastrointestinaltrakts sind ein Infektionsrisiko für den Arzt.



Bei Durchfall kann man aktuell auch an COVID-19 denken.

Literatur:

springermedizin.de/mmw

Title:

A gastrointestinal overview of COVID-19

Keywords:

Coronavirus, COVID-19, chronic inflammatory diseases, endoscopy, hepatitis

Verfasser:

Prof. Dr. med.

Peter C. Konturek

Klinik für Innere Medizin II,
Thüringen-Kliniken
„Georgius Agricola“,
Rainweg 68,
D-07318 Saalfeld/Saale
E-Mail: pkonturek@web.de