

COVID-19: Wer stirbt, wer überlebt?

Coronavirus-Pandemie -- Autor: A. Eckert

Gibt es Risikofaktoren für einen schweren bis tödlichen Verlauf der Coronavirus-Krankheit COVID-19? Um dieser Frage nachzugehen, wurden die Daten von fast 200 frühen Patienten aus Wuhan analysiert.

Analysiert wurden die Daten von insgesamt 191 erwachsenen COVID-19-Patienten aus zwei Krankenhäusern in Wuhan, China, die zwischen dem 29. Dezember 2019 und dem 31. Januar 2020 entlassen wurden oder verstarben. Epidemiologische und demografische Informationen sowie Laborwerte, klinische Daten, Therapieregime und das jeweilige Outcome lagen in elektronischer Form vor. Die Patienten waren zwischen 18 und 87, im Median 56 Jahre alt. 62% waren männlich.

Bei 48% der Patienten bestand eine Komorbidität. 30% litten an einer arteriellen Hypertonie, 19% an einem Diabetes mellitus, 8% an einer koronaren Herzkrankheit. Nur 6% konsumierten Nikotin, und lediglich 3% hatten eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD). Die häufigsten Symptome waren Fieber (94%) und Husten (79%), gefolgt von Sputumproduktion (23%) und Fatigue (23%). In 40% der Fälle kam es zu einer Lymphozytopenie.

Fast alle Patienten (95%) wurden antibiotisch behandelt. 21% erhielten ein Virostatikum (Lopinavir/Ritonavir). Deutliche Unterschiede traten beim Vergleich von verstorbenen und überlebenden Patienten zutage. So war eine künstliche Beatmung bei 57% der Verstorbenen erfolgt, aber nur bei 1% der Überleben-

den. 48% der verstorbenen Patienten hatten eine Therapie mit Kortikosteroiden erhalten, jedoch nur 23% der später Genesenen. Noch größer war der Unterschied bei der intravenösen Immunglobulintherapie, die 67% der verstorbenen und nur 7% der überlebenden Patienten erhalten hatten.

MMW-Kommentar

Verschiedene Grunderkrankungen scheinen unabhängig vom Alter mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf bei COVID-19 einherzugehen. Dazu zählen offenbar arterielle Hypertonie und Diabetes. Nikotinabusus schädigt die Lunge und kann dort die Expression des ACE2-Rezeptors hochregulieren, über den SARS-CoV-2 in die humane Zelle eintritt. In der Studie waren jedoch nur 6% der Patienten Raucher.

Nicht berücksichtigt wurde eine mögliche vorbestehende Vulnerabilität des Lungengewebes aufgrund der schlechten Luftqualität in Wuhan [Mbululo Y et al. *Environ Monit Assess.* 2019;191:69]. Feinstaubpartikel könnten sogar an der Verbreitung des Erregers beteiligt sein, da Viren sich an die Partikel anheften können [Ciencewicki J, Jaspers I. *Inhal Toxicol.* 2007;19:1135–46].

Quelle: Zhou F, Yu T, Du R et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020;395:1054–62

Unter dem Glukosesensor blüht allergische Reaktion



Hautreaktion auf einen Glukosemonitor.

Eine 52-jährige Patientin mit Typ-2-Diabetes klagte über ein juckendes Exanthem am linken Arm – und zwar genau an der Stelle, an der zwei Monate zuvor ein kontinuierlich messender Glukose-sensor platziert worden war. Nach Entfernung des Monitors heilte die Hautveränderung ohne zusätzliche Behandlung ab. Bei Anlage am kontralateralen Arm kam es auch dort zu einer gleichartigen Gewebsreaktion.

Beim Allergietest zeigte sich nach sieben Tagen eine alleinige vesikuläre Reaktion auf Isobornylacrylat, das in der Plastikhülle um die Sensornadel des verwendeten Geräts enthalten war. Auch bei anderen Glukosemonitoren wurden Kontaktallergien durch andere Substanzen beobachtet. **Prof. Dr. med. H. Holzgreve**

Quelle: DeKoven JG, Shear NH. Cutaneous contact allergy to a glucose monitor. *CMAJ.* 2020;192:E286