

Lungenfibrose nach COVID-19

Fast jeder 3. Klinikpatient betroffen -- Autorin: E. Oberhofer

Noch lange nach einer stationär behandelten SARS-CoV-2-Infektion zeigt ein erheblicher Anteil der Patienten Anzeichen einer Parenchymschädigung der Lunge mit deutlich eingeschränkter Lungenfunktion. Darauf deuten die Ergebnisse einer Metaanalyse hin.

Anhaltende Atembeschwerden nach einem Klinikaufenthalt wegen COVID-19 könnten zu einem beträchtlichen Anteil auf eine Lungenfibrose zurückzuführen sein, schlussfolgern Forscher aus dem Imperial College London, der Universität Nottingham und der Johns Hopkins University Baltimore auf Basis einer Metaanalyse.

In ihrer Auswertung von 60 Studien mit hospitalisierten SARS-CoV-2-Patienten, die nach der Klinikentlassung über median drei Monate nachbeobachtet wurden, fanden die Forscher in 29% der Fälle Anzeichen einer Fibrosierung im CT, in jedem 2. Fall Entzündungszeichen im Lungengewebe. In 38% der Fälle ergaben Lungenfunktionstests einen eingeschränkten Gasaustausch. „Wir konnten substantielle radiologische und funktionelle Befunde nachweisen, die mit einer postviralen in-

terstitiellen Lungenerkrankung vereinbar sind“, so das Team um Laura Fabbri vom Londoner National Heart & Lung Institute. Solche parenchymalen Veränderungen könnten angesichts der vielen stationär behandelten COVID-19-Patienten von erheblicher Tragweite sein.

Mehr als 2.600 CT-Scans wurden ausgewertet

Insgesamt hatten die Forscher mehr als 2.600 CT-Scans der Lunge und über 3.000 Lungenfunktionstests ausgewertet. Entzündungszeichen waren in der Studie definiert als Milchglastrübungen oder Konsolidierungen im CT. Als Hinweise auf eine interstitielle Fibrosierung galten retikuläre Verdichtungen, eine verzerrte Lungenarchitektur, Verdickung der interlobulären Septen, Traktionsbronchiektasen und Honigwablen. Der Gasaustausch wurde als Diffusionskapazität für Kohlenmonoxid (CO) angegeben, von einer relevanten Funktionseinschränkung sprach man bei einer totalen Kapazität der Lunge < 80% bzw. einer forcierten Vitalkapazität (FVC) < 80% des Normalwerts.

Angesichts der hohen Heterogenität der Studien müsse man die Ergebnisse zu-



© Prof. Dr. med. H. S. Fießl, München

Lungenfibrose im Röntgenbild.

rückhaltend interpretieren, betonen Fabbri und ihr Team. So seien vor der Klinikeinweisung angefertigte CT-Aufnahmen in der Regel nicht berücksichtigt worden. Allerdings seien Patienten mit Vorerkrankungen der Lunge oft ausgeschlossen gewesen.

Funktionseinschränkungen im Verlauf kaum gebessert

Eine besondere Rolle schien das Timing der Nachuntersuchung zu spielen. In Studien, in denen man CT-Befunde im Verlauf berücksichtigt hatte, habe man anfänglich in über 90% der Fälle inflammatorische Veränderungen gesehen, nach median 3 Monaten waren diese jedoch nur noch in 44% vorhanden. Dagegen schienen die Fibrosierungszeichen eher von Dauer zu sein.

Weitere Nachuntersuchungen erforderlich

Um zu sehen, ob andere virale Pneumonien ähnliche Schäden an der Lunge hervorrufen, hatten die Forscher zusätzlich ältere Befunde von Pneumoniepatienten ausgewertet, die mit dem Coronavirus SARS-CoV bzw. mit Influenza infiziert gewesen waren. Entzündliche Veränderungen im Lungengewebe fanden sich hier in der Nachbeobachtung bei 81% bzw. 61%, Hinweise auf eine Fibrosierung in 66% bzw. 27% der stationär behandelten Fälle.

Nach Ansicht der Autoren rechtfertigen die Daten insgesamt ein „wachsames radiologisches und funktionelles Nachbeobachten von Patienten mit viralen Pneumonien“ (siehe auch **Infobox 1**). ■

Quelle: Fabbri L et al. Thorax 2022; doi 10.1136/thoraxjnl-2021-21827

Infobox 1 Das rät der Pneumologe und Facharzt für Innere Medizin, Prof. Dr. med. Adrian Gillissen, Bad Urach

1. Bei Patienten nach einer COVID-19-Infektion sollte eine Spirometrie durchgeführt werden, insbesondere wenn über Dyspnoe geklagt wird.
2. Bei Persistenz der Beschwerden ist immer an konkurrierende, eine Dyspnoe auslösende Erkrankungen zu denken (z. B. KHK, Herzinsuffizienz, Pneumonie, Pleuraerguss, Asthma u. a.).
3. Sollten diese Differenzialdiagnosen ausgeschlossen und therapiert worden sein, die Dyspnoe aber persistieren (z. B. über Wochen ohne Besserung), eine Gasaustauschstörung und/oder eine Einschränkung der Lungenfunktion (restriktive Ventilationsstörung) vorliegen, ist die Durchführung einer Röntgen-Thoraxaufnahme indiziert.
4. Sollte die RÖ-Thoraxaufnahme einen Hinweis auf eine interstitielle Lungenerkrankung ergeben, ist die Zuweisung zu einem Pneumologen oder in ein pneumologisches Zentrum zu empfehlen.