

COVID-19

Coronavirusinfektion bei autoimmuner Hepatitis

Fragestellung: Welche Auswirkungen hat eine Coronavirusinfektion bei Patienten mit autoimmuner Hepatitis(AIH)?

Hintergrund: Infektionen mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) und ihre Folgen (Corona-Virus-Disease-2019, COVID-19) haben zu einer Pandemie mit schweren gesundheitlichen und wirtschaftlichen Konsequenzen geführt. Bisherige Studien haben gezeigt, dass die COVID-19-assoziierte Sterblichkeit mit fortschreitender Leberzirrhose zunimmt. Wenig ist zum Verlauf der Coronavirusinfektion bei Patienten mit AIH bekannt.

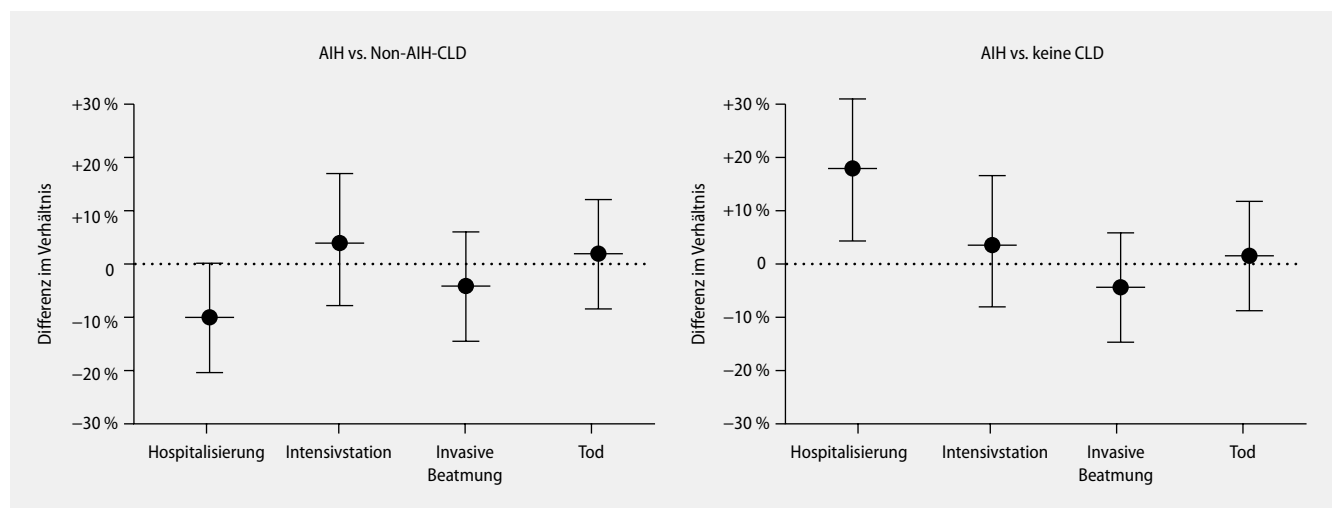
Patienten und Methodik: In einer internationalen Studie wurden die Daten zum Verlauf der Coronavirusinfektion bei AIH-Patienten aus drei verschiedenen Registern zusammengefasst und verglichen mit denen von Patienten mit einer anderen chronischen Lebererkrankung (non AIH chronic liver disease, non-AIH CLD) und denen von Patienten ohne chronische Lebererkrankung (non-CLD). Die drei Register bestanden aus dem COVID-Hep-Register der EASL (European Association for the Study of the Liver), dem von der American Association for the Study of Liver Diseases (AASLD) unterstützten SECURE-Cirrhosis-Register und dem European Reference Network on Hepatological Diseases (ERN RARE-LIVER).

Marjot T, Buescher G, Sebode M et al. SARS-CoV-2 infection in patients with autoimmune Hepatitis. J Hepatol 2021. Published online January 25. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2021.01.021>

Ergebnisse: Zwischen März und Oktober 2020 wurden Daten zu 932 CLD-Patienten

mit Coronavirusinfektion erhoben. Von den 932 Patienten hatten 70 eine AIH, wovon 85 (83 %) mindestens ein Immunsuppressivum einnahmen und 54 % eine Zirrhose aufwiesen. Die Rate an Krankenhausaufnahmen (76 % vs. 85%; $p=0,06$), Aufnahmen auf die Intensivstation (29 % vs. 23%; $p=0,24$) und Tod (23 % vs. 20%; $p=0,64$) unterschieden sich nicht signifikant zwischen AIH- und Non-AIH CLD-Patienten. Mit der Mortalität assoziierte Faktoren in der AIH-Kohorte waren das Alter (Odds Ratio [OR]: 2,2/10 Jahre; 95 %-Konfidenzintervall [KI]: 1,1–3,8), der Child-Turcotte-Pugh Score B (OR: 42,5; 95 %-KI: 4,4–409,5) und C (OR: 69,3; 95 %-KI: 2,83–1694,5), nicht aber die Tatsache, ob immunsuppressiv behandelt wurde. Nach dem Propensity-Score-Matching (PSM) hatten AIH-Patienten kein höheres Sterberisiko als Non-CLD-Patienten (+3,2%; 95 %-KI: -9,2–15,7 %), aber ein erhöhtes Risiko für die stationäre Aufnahme (+18,4%; 95 %-KI: 5,6–31,2 %) (►Abb. 1); alle anderen Risiken unterschieden sich nicht zwischen AIH- und Non-CLD-Patienten. Nur bei 19 AIH-Patienten waren Informationen zu Therapiemodifikationen unter Coronavirusinfektion verfügbar: bei zwölf Patienten wurde Immunsuppression nicht geändert, bei fünf wurde Azathioprin pausiert, die Kortikosteroide wurden bei zwei reduziert und bei drei erhöht. Wegen der kleinen Fallzahlen blieb der Einfluss der Therapiemodifikationen auf den Verlauf unklar.

Schlussfolgerungen: Patienten mit AIH haben – auch unter Immunsuppression – kein erhöhtes Risiko für ein schlechtes Outcome einer Coronavirusinfektion verglichen mit Patienten mit anderen CLD und verglichen mit Patienten ohne CLD



1 Outcome-Parameter der Patienten mit AIH (autoimmune Hepatitis) versus Non-AIH-CLD und versus denen ohne CLD. Dargestellt sind die 95 % Konfidenzintervalle (CLD = chronische Lebererkrankung; mod. nach Marjot T et al. 2021)

– Kommentar von Claus Niederau, Oberhausen

Kein schlechteres Outcome für AIH-Patienten

Bisher wurden nur wenige Studien mit kleinen Fallzahlen zum Verlauf einer Coronavirusinfektion bei AIH-Patienten publiziert; sie erbrachten keine Hinweise dafür, dass der Verlauf bei AIH schlechter als erwartet ist [1, 2, 3]. Fast gleichzeitig mit der jetzt besprochenen größeren Studie erschien eine kleine Fallserie aus Belgien, ebenfalls ohne Hinweis dafür, dass AIH-Patienten ein schlechteres Outcome einer Coronavirusinfektion haben [4]. Auch die EASL vertritt die Meinung, dass die AIH per se das Outcome von COVID-19 nicht verschlechtert [5].

Eine der wenigen Unterschiede im Outcome zwischen AIH- und Non-CLD-Patienten war die in der jetzigen Studie etwas erhöhte Rate an Krankenhausaufnahmen bei AIH. Die Autoren erklären dies mit einer gesteigerten Sorge um die ja meist immunsupprimierten Patienten, was nachvollziehbar ist. In der aktuellen AIH-Kohorte waren die Zirrhosestadien CPT B und C mit vermehrter Mortalität verbunden, nicht aber das Stadium A. Die meisten bisherigen Studien haben gezeigt, dass die Mortalität der Coronavirusinfektion bei Patienten mit verschiedenen Formen der Leberzirrhose erhöht ist, insbesondere bei schlechter Leberfunktion [6, 7, 8, 9, 10]. Der gute Outcome der AIH-Patienten in den drei jetzt untersuchten Registern ist auch deshalb bemerkenswert, da ja als die Hälfte der AIH-Patienten eine, allerdings meist kompensierte, Leberzirrhose hatten.

Die EASL und Experten raten davon ab, die Immunsuppressiva bei AIH-Patienten während der Pandemie und bei einer Coronavirusinfektion zu reduzieren [5, 11, 12]. Eine Verringerung sollte nur unter besonderen Umständen und nach Ab-

sprache mit einem Facharzt erwogen werden. Auch die AASLD empfiehlt, die immunsuppressive Therapie bei AIH ohne Coronavirusinfektion nicht zu verändern [13]. Wenn eine Coronavirusinfektion bei AIH auftritt, sollte nach der AASLD erwogen werden, ob man die Immunsuppression (besondere Azathioprin und Mycophenolat) reduziert, wie man dies für das Infektionsmanagement immunsupprimierter Patienten in Erwägung zieht. Die Modifikation der Immunsuppression sollte sich am Einzelfall und an der Schwere von COVID-19 orientieren [13].

Die AASLD empfiehlt eine Coronavirusimpfung von AIH-Patienten, obwohl in Studien bisher keine immunsupprimierten Patienten eingeschlossen wurden [14]. Während der Vakzinierungsphase sollte die immunsupprimierte Therapie nicht verändert werden [14].

Literatur als Zusatzmaterial unter springermedizin.de/gastro-news



Prof. Dr. med. Claus Niederau

ehem. Chefarzt Katholisches Klinikum
Oberhausen, St. Josef-Hospital
Postfach 10 12 03, 46012 Oberhausen
E-Mail: claus.niederau@yahoo.de

Karzinomfrüherkennung

Immunochemischer oder fäkaler Okkultbluttest?

Fragestellung: Sind immunochemische Stuhltests auf Hämoglobin (FIT) dem herkömmlichen Hämoccult-Test (FOBT) bei der Entdeckung kolorektaler Karzinome (KRK) und deren Vorstufen überlegen und ist ihr Einsatz praktikabel?

Hintergrund: In den letzten Jahren haben FIT die FOBT weitgehend verdrängt. Die neuen FIT-Tests reagieren spezifisch auf menschliches Hämoglobin, benötigen keine Beachtung diätetischer Vorschriften, sind einfach einzusetzen, automatisiert auswertbar und können die fäkale Hämoglobinkonzentration quantifizieren. Ob diese theoretischen Vorteile in der Praxis des Screenings zu einer besseren Früherkennung von KRK führen, ist noch nicht gesichert, da bisherige Studien zum Wert der Vorsorgekoloskopie mit FOBT durchgeführt wurden. Zudem besteht bei den bereits jetzt viel beschäftigten Gastroenterologen die Befürchtung, dass der Einsatz von FIT wegen der erhöhten Sensitivität zur massiven Zunahme der Koloskopien unter Erhebung von noch mehr unauffälligen Befunden führen würde.

Patienten und Methodik: Das seit 2007 laufende Früherkennungsprogramm von KRK bei 50- bis 74-Jährigen in Schottland

setzte zu Beginn FOBT ein. Ab November 2017 stellte man in zwei Regionen auf einen FIT mit einem positiven Schwellenwert von 80 µg Hb/g Stuhl um. Erfasst wurden Teilnahmeraten, Zahl positiver Befunde, positiv prädiktiver Wert (PPV) für KRK und Hochrisikoadenome sowie sozioökonomische Daten. Die Daten der Teilnehmer des ersten Jahres nach Umstellung auf FIT (20. November 2017 bis 31. Oktober 2018, n=919.665) wurden verglichen mit denen des vorletzten Jahres des FOBT-basierten Vorgehens (20. November 2015 bis 31. Oktober 2016, n=862.165) und einer Studie zur Evaluierung des FIT (n=66.225). Der Schwellenwert von 80 µg Hb/g Stuhl wurde aufgrund der Daten einer Studie aus den Niederlanden gewählt, die eine Positivrate dieses Werts ähnlich dem FOBT zeigten. Alle FIT wurden in einem Referenzlabor ausgewertet.

Ergebnisse: Die Teilnahmeraten der FIT-Gruppe betrug 63,9%, die der FOBT-Gruppe nur 56,4%. 3,1% der FIT und 2,2% der FOBT waren positiv. Die Zunahme positiver FIT war unabhängig von Alter, Geschlecht oder sozioökonomischem Status. Mit dem FIT wurden zwar mehr KRK und Adenome entdeckt, allerdings lag der PPV für KRK in der FIT-Gruppe bei nur 5,2%, in