

WebUp Experten-Forum «Update Infektiologie» vom 20.01.2022

Offene Fragen vom Livepublikum, welche während der Livesendung aus Zeitgründen nicht beantwortet werden konnten:

Titel des Referates: Update ambulante Covid-19 Therapie (MSD)

Referent: Prof. Dr. med. Philip Tarr

PCR Test bei einer anhaltender Symptomatik und negativer PCR Test , wie oft sollen wir die PCR Testung machen ? In welchen Abständen ? Ich habe in dne letzten Tagen oft erlebt ,z.B. am Anfang der symptomatik negative Ergebnisse und nach einer Woche einen positiven Test ...Die letzte Phase jetzt mit Omicron ist schon speziell ,was testung betrifft

Antwort: wir stellen uns diese Frage regelmässig auch im Spital. Die Viruslast ist bei covid-19 zum Beginn der Symptomatik und sogar 1-2 Tage vorher am höchsten. Nach Symptombeginn geht es mit der Viruslast im Nasopharynx nur noch bergab. Wenn die 1. PCR im Nasopharynx negativ ist, dann würde ich 48h später nochmals PCR wiederholen, aber danach würde ich das nicht mehr empfehlen.

was raten sie schwangeren Patienten welche geboostert sind und Corona positiv getestet werden?

Antwort: Sie werden höchstwahrscheinlich keinen schweren Verlauf haben. In den ersten 5 Symptomtagen wäre eine Testung auf covid-19 Antikörper theoretisch denkbar und, falls negativ, eine Einzeldosis Sotrovimab i.v. (monoklonaler Antikörper). Die allermeisten schwangeren Frauen werden seropositiv sein (=messbare SARS-CoV-2 Antikörper haben) und Sotrovimab bringt nichts – der Verlauf wird eh gut sein

Prednison bringe ambulant nichts fuer die Hospitalisationen und Mortalität, okay. Aber was ist mit der Krankheitslast ambulant? Prednison 10mg ab Symptomtag 6/7 und 2-3h später ist das Fieber, die Malaise und das Kopfweh weg für 24h. Und zT entwickeln die Patienten dann auch keinen Geruchsverlust. Das sind doch alles massive Erleichterungen des Verlaufs, wenn man dann zB 7-10 Tage so behandelt und monitorisiert um opportunistische Infekte frühzeitig zu erkennen, auch wenn diese Symptome bei den Studienendpunkten mir bekannter Studien nicht eingeschlossen waren.

Antwort: Prednison wird ambulant von WHO, NIH, etc etc. nicht empfohlen. Es gibt keine Daten, dass das etwas bringt. Könnte schaden. Aber einverstanden: Ab Symptomtag 6-7, also nicht in den ersten 5-6 Symptomtagen, ist vermutlich kaum etwas dagegen einzuwenden.

Wieso macht die Infektiologiegesellschaft nichts, dass die Risikopat wissen, dass sie sich für Sotrovimab qualifizieren können, um Hospitalisationen zu vermeiden? Medienarbeir. Das BAG hat ja offenbar kein Interesse, die ambulanten Therapien zu fördern.

Antwort: Da müssen Sie die Infektiologie Gesellschaft fragen. Gemäss BAG sind die Kantone (Kantonsärzt*innen) für die Kommunikation bzgl monoklonalen Antikörpern wie Sotrovimab zuständig.

Waren die Patienten vor der ambulanten Covid Therapie geimpft oder auch geboostert?

Antwort: ja alle Studienteilnehmer:innen ungeimpft in Publikationen zu Sotrovimab (Gupta NEJM 2021), Molnupiravir (Bernal NEJM 2021) und im 15.12.2021 Press release von Pfizer zu Paxlovid (noch keine Publikation)

Wieviel Dexamethason muss man pro Tg geben in zweiter Phase?

Antwort: 6mg pro Tag ist der Standard (oder 40mg Prednison wenn gerade kein Dexamethason zur Hand). Auf Intensivstation teils Verdopplung der Dexamethason Dosis (12mg pro Tag), aber die Datenlage ist beschränkt

inzwischen gibt es Hinweise inklusive Studien, dass Curcumin, Piperin, Knoblauch, Schwarzkümmel gegen SARS-CoV-2 wirksam sind. Die Polyphenole hemmen nicht nur das Andocken der Viren, auch das Eindringen + die Replikation und wirken organprotektiv. Wäre also eine preiswerte Alternative zum breitflächigen Einsatz?

Antwort: sowieso steht einem Versuch mit solchen Gewürzen nichts im Wege. wenn tatsächlich nicht nur in vitro wirksam, sondern auch wirksam um schwere Verläufe zu vermeiden: umso mehr !

Schwangere ? Welche Therapie

Antwort: Sotrovimab. Ich musste das nochmals nachsehen: in der Gupta NEJM 2021 Publikation zu Sotrovimab wurden schwangere Frauen ausgeschlossen, aber das BAG erlaubt explizit die Gabe auch in Schwangerschaft.

wann soll ich ambulant eine D-Dimer-Bestimmung machen?

Antwort: bei Atemnot, unerklärter Tachykardie/Tachypnoe, oder hohem Wells Score für TVT oder LE: Ja. Ansonsten: schwieriges Thema: D-Dimer werden bei zahlreichen Entzündungssituationen positiv, ohne dass das etwas bedeutet. Positives D-Dimer führt dann rasch zu einem (unnötigen) CT Angio um LE auszuschliessen

Darf das Sol.. imab auch in der Praxis verabreicht werden?

Antwort: So sieht das BAG das nicht vor, weil Vorräte beschränkt und durch BAG via Kantonsapotheken koordiniert → Pat auf Notfallstation schicken

Frage zu Teststrategie: Gewisse Publikationen postulieren, dass Schnelltest bei Omikron nicht so gut abschneiden (Sensitivität z.B. 60-70%). Gemäss hersteller jedoch meist >90%. Wie ist es genau mit der Sensitivität von Schnelltests?

Antwort: schwieriges Thema. Bei symptomfreien Patient:innen sicher nicht sehr sensitiv (je nach Test um die 30-50%). Bei Symptomen: bessere Sensitivität.

Leider dauert im Moment bis zu 48 h bis das PCR resultat vorhanden ist und häufig eine Entnahme am ersten tag vom PCR gab negative Resultate und dann 2 Tage später doch positiv. Dann ist die Zeit knapp für die Behandlung medikamentös.

Antwort: ja, schwieriges Thema, die Sotrovimab Therapie (und in Zukunft dann orale Therapie mit Molnupiravir oder Paxlovid) in ersten 5 Tagen „hinzukriegen“. Empfehlung: Schnelltest machen. Falls positiv, genügt das gemäss BAG um eine Sotrovimab Gabe zu starten (falls Patient:in tatsächlich Hochrisikoperson). Falls negativ, PCR machen

Titel des Referates: Long Covid- Update für die Praxis

Referent: **Dr. med. Dominik Menges**

Bis zu welchem Alter sollte bei Leistungsintoleranz eine Myokarditis gesucht werden und welche Abklärungen würden da dazugehören? Gibt es einen Zeitraum, in dem eine Myokarditis besonders häufig auftritt?

Antwort: Nach aktuellem Wissensstand kann eine Myokarditis nach COVID-19 in allen Altersgruppen vermehrt auftreten (d.h. sowohl bei jüngeren, wie auch älteren Personen). Das Risiko für eine Myokarditis ist insbesondere im ersten Monat nach der Infektion erhöht. Eine aktive Suche nach Myokarditis bei Patienten mit Leistungsintoleranz ist aufgrund der Häufigkeit einer Leistungsminderung nach Coronavirus-Infektion gemäss heutigen Richtlinien eher nicht indiziert. Weitere Abklärungen zur Myokarditis sollten insbesondere dann erfolgen, wenn die Anamnese (z.B. Vorliegen von Thoraxschmerzen), klinische Untersuchung und/oder EKG-Untersuchung einen Verdacht dafür ergeben und sich nach den allgemeinen Richtlinien richten.

bei Patienten mit Zustand nach Long-Covid: Erhöhtes Risiko für erneutes Long-Covid bei Re- Infektion?

Antwort: Dies ist eine wichtige Frage, zu der momentan leider noch keine Daten vorliegen. Wir hoffen, dass wir dazu bald weitere Erkenntnisse gewinnen.

passen rez. Fieberschübe, Gliederschmerzen mit CRP>100 mit spontaner Erholung zu long Covid(Dg der Sprechstunde COVIS KSSG) ?

Antwort: Dies ist für mich ohne Kenntnis der genaueren medizinischen Geschichte schwierig zu beurteilen. Prinzipiell sind rezidivierende Fieberschübe und Gliederschmerzen mit Long Covid vereinbar. Eine CRP-Erhöhung kann vorkommen, ist aber typischerweise nicht so hoch. Auf jeden Fall sollten andere mögliche Diagnosen in diesem Fall ebenfalls abgeklärt und ausgeschlossen werden.

Wird/wurde auch Modasomil oder Ritalin im Rahmen von Studien angeschaut? Bei chronic fatigue gibt es für Methylphenidat positive Studien.

Antwort: Zum jetzigen Zeitpunkt ist mir keine registrierte Studie zur Effektivität von Modafinil oder Methylphenidat bei Long Covid bekannt. Auf jeden Fall wären Daten hierzu sehr spannend.

ZUSATZ

Liste aktueller Richtlinien für die Praxis:

- International
 - NICE/RCCP/SIGN (United Kingdom):
<https://app.magicapp.org/-/guideline/EQpzKn/section/L6qOzi>
 - CDC (USA):
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-care/post-covid-index.html>
 - AWMF (Deutschland):
<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/020-027.html>
- Schweiz
 - mediX:
<https://www.medix.ch/wissen/guidelines/infektionskrankheiten/long-covid-pasc-post-acute-sequelae-of-sars-cov-2-infection-factsheet/>
 - HUG (Genf, Französisch):
<https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/coronavirus/guidelines-postcovid-pourmedecintraitants.pdf>

Links zu Ressourcen und Informationen für Betroffene (Selbstmanagement)

- BAG:
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/krankheiten/ausbrueche-epidemien-pandemien/aktuelle-ausbrueche-epidemien/novel-cov/krankheit-symptome-behandlung-ursprung/long-covid.html>
- Altea Network (Community, Tips für Selbstmanagement):
<https://www.altea-network.com/de>
- Verein Long Covid Schweiz:
<https://www.longcovidch.info/>
- Verband Covid Langzeitfolgen Schweiz:
<https://www.covid-langzeitfolgen.ch/>
- Dureschnufe (psychologische Folgen):
<https://dureschnufe.ch/long-covid-und-psychisches-wohlbefinden/>
- Post-Covid Angebot HUG (Genf, Französisch):
<https://post-covid.hug.ch/>
- AWMF Patienteninformationen (Deutschland; Tips für Selbstmanagement):
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-027p_S1_Post_COVID_Long_COVID_2021-12.pdf
- WHO (Tips für Selbstmanagement):
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340306>
- RCOT (Tips für Selbstmanagement/Pacing):
<https://www.rcot.co.uk/conserving-energy>

Literatur-Übersichtsartikel

- https://www.bag.admin.ch/dam/bag/en/dokumente/mt/k-und-i/aktuelle-ausbrueche-pandemien/2019-nCoV/Literaturrecherchen/literaturrecherchen_long_covid_20211221.pdf.download.pdf/FOPH_LitReport_Covid-19%20LongCOVID_20211221.pdf
- <https://evidence.nihr.ac.uk/themedreview/living-with-covid19-second-review/>
- <https://gh.bmj.com/content/6/9/e005427>
- <https://www.bmj.com/content/374/bmj.n1648.full>
- <https://www.nature.com/articles/s41591-021-01283-z>

Titel des Referates: Hepatitis C - Update für die Praxis Referent: PD Dr. med. Dominique Braun
Korrelation HCV und HCC? Antwort: das Risiko eines HCC's ist bei HCV klar erhöht und die HCV-Therapie (Heilung) reduziert das Risiko eines HCC's um das Fünffache.
Habe einen Patienten mit Fibroscan 4,5 und histologisch (Biopsie) Leberzirrhose. Fibroscan falsch? Antwort: Die Biopsie ist gegenüber dem Fibroscan der Goldstandard. Falls der Fibroscan bei bioptisch nachgewiesener Zirrhose tatsächlich 4.5 kPa betrug, ist dieser mit hoher Wahrscheinlichkeit falsch tief.
warum wird bei Personen mit "ruhiger" chronischer Hep C keine antivirale Therapie gemacht?...keine "Heilung" angestrebt? Antwort: Die Aktivität der HCV Infektion ist definiert durch die Virämie. Die Medikamente greifen hier an. Wie erwähnt, progredieren ca. 15-20% mit hohem Fibrosegrad (Fibroscan $\geq$F3) trotz Heilung zu einer Zirrhose weiter, so dass es ab F3 Stadium trotz Heilung weiterhin eine Surveillance braucht.
kann man den Relaps versus Reinfekt vom gleichen GT unterscheiden? Antwort: Ja, mittels Sequenzierung und Vergleich beider Isolate. Ist aber aufwändig und wird nur in speziellen Labors angeboten.
darf ich 1 Jahr nach Therapie definitiv von einer Heilung ausgehen? Antwort: Ja.
Behandlung der akuten HCV Infektion mit Interferon? Antwort: Interferon ist out. HCV wird nur noch mit direct acting agents (DAAs) behandelt.
Patient mti Z.nn. Interferon und Ribavirin geheilt, Transaminasen normal , aber HCV RNA ist seitdem immer reaktiv, braucht er neue Therapie mit den neuen Medikamenten? Antwort: Sie meinen der Patient hat eine nachweisbare HCV-RNA? In diesem Fall liegt hier ein Relpase oder theoretisch auch eine Re-Infektion vor. Es braucht hier eine Überweisung an den Spezialisten zur Planung der Therapie.
Indikation nur Jahrgang oder auch andere Beschwerden? zB (chronische) Müdigkeit? Antwort: Jede aktive HCV-Infektion (= nachweisbare HCV-RNA) sollte behandelt werden und wird auch vergütet - unabhängig von Symptomen.
Wie ist mit covid Impfung bei c infizierten Patienten? Antwort: Kein Problem, einfach impfen!
Muss man Frauen von HCV-pos. Männern also nicht zu screenen Antwort: Doch; das Risiko einer sexuellen Übertragung über penilen Vaginalverkehr ist zwar sehr klein aber nicht Null.