

Klinische Merkmale von COVID-19-Patienten in Wuhan

Du Y et al. Clinical Features of 85 Fatal Cases of Covid-19 from Wuhan. *Am J Resp Crit Care Med* 2020; 201: 1372 – 1379. doi:10.1164/rccm.202003-0543OC

Das Coronavirus SARS-CoV-2 induziert bei schweren Verläufen eine exzessive Immunantwort und schwere Lungenschädigung. Die retrospektive Studie ergab epidemiologische, klinische und laborchemische Gemeinsamkeiten von 85 Patienten, die an COVID-19 starben. Darüber hinaus hatten Antibiotikakombinationen wahrscheinlich keinen signifikanten Nutzen.

Die meisten Diagnosen erfolgten klinisch, von 33 Patienten (38,8%) lagen positive Testergebnisse vor. Epidemiologisch bestätigte sich die gesteigerte Häufigkeit schwerer Verläufe bei älteren Personen (median 65,8 Jahre) und Männern (n=62). 68,2% der Patienten hatten ≥1 Begleiterkrankung. Am häufigsten waren arterielle Hypertonie (37,6%), Diabetes (22,4%) und koronare Herzkrankheit (11,8%). Von den ersten Symptomen bis zur stationären Aufnahme und bis zum akuten Lungenversagen vergingen durchschnittlich 10,1 bzw. 10,3 Tage. Bei der Aufnahme ins Krankenhaus waren 4 Symptome besonders häufig:

- Fieber 91,8%,
- Atemnot 70,6%,
- Kurzatmigkeit 58,8% und
- Fatigue 58,8%.

Weitere Krankheitszeichen waren Abmagerung, Auswurf oder trockener Husten, Diarrhoe, Myalgien, Kopfschmerzen Bauch-, Brust- und Halsschmerzen. Der Tod trat gemittelt 6,3 Tage später ein. Die häufigsten Todesursachen waren Lun-

genversagen, septischer Schock, multiples Organversagen und Herzversagen. Akute Koronarsynndrome, maligne Rhythmusstörungen und disseminierte intravasale Gerinnung kamen seltener vor.

Die Blutuntersuchung ergab in 44,7% der Fälle eine Leukozytose mit vermehrten Neutrophilen und Lymphozytopenie. 41,2% der Patienten hatten eine Thrombozytopenie und 65,9% erhöhte D-Dimere. In variierender Schwere bestanden Beeinträchtigungen der Leberfunktion. Albumin war bei 78,8% der Patienten vermindert. 36,5% hatten eine gesteigerte Kreatinkinase-MB und 82,4% eine erhöhte Laktatdehydrogenase. Mehr als jeder 2. wies eine eingeschränkte Nierenfunktion auf. Bei den Entzündungsparametern bestand teilweise eine Erhöhung von Procalcitonin (22,4%). Regelmäßige Befunde waren

- verminderte Eosinophile (81,2%) und
- erhöhtes CRP (91,8%).

Co-Pathogene waren Mykoplasmen, Chlamydien, selten Influenzaviren und Pilze. Die computertomografischen Befunde waren charakteristisch: bilaterale Pneumonie (97,5%), multiples Mottling und basale Milchglastrübungen (76,3%). Komplikationen während des stationären Aufenthaltes betrafen viele Organe (Lungeninsuffizienz 94,1%, Schock 81,2%, ARDS 74,1%, Herzinsuffizienz 44,7%, Leberinsuffizienz 35,3%, Sepsis 32,9%). Der CURB-65-Klassifikator als Maß für die pneumonieassoziierte Sterblichkeit war bei der Aufnahme nur bei 25 Patienten deutlich gesteigert. Die Zunahme des Scores korrelierte mit einem steigenden Procalcitonin. 44 und 18 Patienten erhielten eine invasive oder nichtinvasive Atemunterstützung, 8 eine Dialyse und 1 SARS-CoV-19-Antikörper. 90,6% bekamen Antibiotika-Kombinationen, 76,5% Kortikosteroide, 44,7% Immunglobuline und 38,8% Interferon-α2b.

FAZIT

Die Studie bestätigte Bekanntes und ergab laut den Autoren darüber hinaus 4 Warnzeichen für eine letale COVID-19: deutlich verminderte Eosinophile, frühe Kurzatmigkeit, rasch progredienter Verlauf und Antibiotikakombinationen ohne nennenswerten Nutzen. Eine frühzeitige Diagnostik, enges Monitoring und rasches Handeln seien für die Senkung der Mortalität entscheidend. Verminderte Eosinophile könnten auf eine hohe Viruslast und den dadurch getriggerten Verbrauch eosinophiler Proteine hindeuten.

Dr. med. Susanne Krome