



## Wie können Gastroenterologen ihre CED-Patienten durch die Pandemie führen?

*Was bedeutet COVID-19 für Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen? Wo gibt es Schnittpunkte, welche Konsequenzen ergeben sich für die Therapie? Der CED-Experte Prof. Dr. med. Eduard F. Stange, Universitätsklinik Tübingen, früherer Chefarzt am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart, beantwortet praxisrelevante Fragen – verbunden mit dem Hinweis, dass der Wissensstand sehr begrenzt ist und bislang kaum belastbare Daten vorliegen.*

### Warum ist COVID-19 relevant für Patienten mit CED?



**Prof. Dr. med. Eduard F. Stange** ist CED-Experte an der Universitätsklinik Tübingen und ehemaliger Chefarzt der Abteilung für Gastroenterologie, Hepatologie und Endokrinologie am Robert-Bosch-Krankenhaus, Stuttgart.

Foto: privat

**Prof. Stange:** Wir wissen, dass SARS-CoV-2 nicht nur in den Atemwegen, sondern auch im Darm vorhanden ist. Der Rezeptor ACE2, den das Virus zum Eintritt in die Zellen nutzt, befindet sich u. a. auch auf Enterozyten des Dünndarms. Nicht wenige COVID-19-Patienten haben neben respiratorischen Symptomen auch gastrointestinale, wie z. B. Durchfall.

### Wie verändert sich die Betreuung von CED-Patienten in gastroenterologischen Praxen in Zeiten der Coronakrise?

**Prof. Stange:** Wenn irgend möglich, sollten Patienten zu Hause bleiben. Das Wichtigste ist, eine Telefonsprechstunde einzurichten. Im Augenblick ist es dringendst zu vermeiden, dass Patienten in die Praxen oder die Klinik kommen müssen, weil dort ein Infektionsrisiko nicht ausgeschlossen werden kann.

### Sind CED-Patienten eine Risikogruppe für schwere COVID-19-Verläufe?

**Prof. Stange:** Patienten in stabiler Remission haben nach derzeitigem Wissen kein höheres Risiko für einen schweren COVID-19-Verlauf als die Allgemeinbevölkerung. CED-Patienten im akuten Schub sind möglicherweise vulnerabler und sollten auf keinen Fall ungeschützt oder unangemeldet in eine Praxis oder Klinik gehen, sondern vorher telefonisch mit dem Arzt besprechen, ob eine Indikation für ein persönliches Erscheinen vorliegt.

### Welches Vorgehen empfehlen Sie bei Infusionspatienten?

**Prof. Stange:** Bei Infusionspatienten in Remission kann man den Arzttermin etwas verschieben, aber irgendwann sind die Wirkspiegel so weit gesunken, dass ein Rezidiv droht. Dann sollten Praxen die Patienten möglichst auf subkutane Injektionen umstellen. Wenn das nicht möglich oder sinnvoll ist

## Weitere Informationen

Den jeweils aktuellen Wissenstand zu CED und COVID-19 finden Sie auf den Internetseiten der nationalen und internationalen gastroenterologischen Fachgesellschaften, u.a.:

- European Crohn's and Colitis Organization (ECCO): [www.ecco-ibd.eu](http://www.ecco-ibd.eu)
- International Organization For the Study of Inflammatory Bowel Disease (IOIBD): [www.ioibd.org](http://www.ioibd.org)
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS): [www.dgvs.de](http://www.dgvs.de)
- United European Gastroenterology (ueg): [www.ueg.eu](http://www.ueg.eu)
- British Society of Gastroenterology (BSG): [www.bsg.org.uk](http://www.bsg.org.uk)

oder mit einem Risiko verbunden ist, muss bei der Infusion dafür gesorgt sein, dass die Distanzvorgaben eingehalten werden. Auch Patienten, die dringend einen Blut-Laborwert brauchen, müssen natürlich in die Praxis kommen, das geht nicht ohne Kontakt.

## Immunsuppressiva und Biologika erhöhen die Infektionsneigung. Was heißt das für die Therapie von CED-Patienten, die sich mit SARS-CoV-2 infizieren könnten oder bereits haben?

**Prof. Stange:** Wir haben bisher keine Daten, die zeigen, dass CED-Patienten unter Immunsuppressiva oder Biologika vulnerabler sind, an COVID-19 zu erkranken. Wahrscheinlich ist es besser, die Therapie nicht zu unterbrechen. Ein Absetzen ist immer mit einem erhöhten Rezidivrisiko verbunden – und das sollte man zurzeit unbedingt vermeiden. Ein Rezidiv bedeutet nicht nur mehr Arztkontakte, sondern vielleicht auch ein erhöhtes Risiko für einen schwereren COVID-19-Verlauf. Die Biologikatherapie kann man etwas strecken; die meisten Patienten werden kein Problem damit haben, wenn man das Intervall von 8 auf 10-12 Wochen erweitert.

## Wie ist die Situation bei COVID-19-Patienten unter Azathioprin?

**Prof. Stange:** Bei ihnen ist die Situation ungeklärt und kritisch. Wir wissen, dass virale Infektionen unter Azathioprin gehäuft auftreten und schwerer verlaufen, das zeigen Erfahrungen z. B. mit dem Eppstein-Barr-Virus oder dem Varicella-Zoster-Virus. Das Problem ist: Nach dem Absetzen hält die Wirkung von Azathioprin noch mindestens vier Wochen an. Die IOIBD\* hat sich dafür ausgesprochen, die Therapie bei CED-Patienten mit gesicherter COVID-19-Infektion eher abzusetzen.

## Erhöht die Einnahme von Azathioprin das Risiko für einen schwereren Verlauf von COVID-19?

**Prof. Stange:** Das ist zumindest plausibel, aber nicht gesichert. Azathioprin führt zu einer Verminderung der Lymphozytenzahlen, was mit einer erhöhten Infektionsneigung und einem gravierenderen Verlauf von COVID-19 korreliert. Für diese Patienten ist es besonders wichtig, die soziale Isolation strikt einzuhalten.

## Vielen Dank für das Gespräch!

Mit Prof. Stange sprach Dorothee Hahne

\*IOIBD: International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease ([www.ioibd.org](http://www.ioibd.org))

Stand: 01.04.2020