



Sichelzellkrankheit (SCD) und COVID-19

Ratgeber für Notaufnahmen

- Das akute Thoraxsyndrom (ATS) eine häufige Ursache für Mortalität und Morbidität. Das ATS wird hervorgerufen durch Sichelzellen in den kleinen Blutgefäßen der Lunge und ist Folge pulmonaler Infarkte, Embolien und bakterieller und viraler Superinfektionen. Die Therapie des ATS ist herausfordernd und benötigt eine erhöhte Wachsamkeit des Personals.
- **Es besteht die große Sorge, dass Patienten mit SCD im Rahmen von COVID-19 Infektionen ein ATS entwickeln können.**
- **Symptome eines ATS** sind: Thorax-Schmerzen, Husten, Fieber, Hypoxie und niedrige Sauerstoff-Sättigung. Im Röntgen Thorax finden sich Infiltrate, diese sind nicht abgrenzbar von bakteriellen oder viralen Infiltraten, so dass allgemein gilt: **jedes Infiltrat ist bis zum Beweis des Gegenteils ein ATS!**
- SCD-Patienten haben bereits in der Kindheit eine **funktionelle Asplenie** entwickelt, und sind daher evt. mehr anfällig für schwere Verläufe einer COVID-19 Infektion. Außerdem besteht eine gewisse Wahrscheinlichkeit (von Influenza-Infektionen bekannt), dass eine SARS-CoV-2-Infektion das Risiko für eine sekundäre Pneumokokken-Infektion erhöhen könnte.

Vorgehen für SCD-Patienten mit Fieber und/oder Husten

- Obligate Testung auf SARS-CoV-2!
- Bitte beachten Sie, dass falsch-negative Testergebnisse möglich sind. Bei hohem klinischem Verdacht und negativem Testergebnis, ist daher ggf. eine Wiederholung indiziert.
- Bei **negativem SARS-CoV-2-Testergebnis** ist evt. eine ambulante Therapie möglich bei unauffälligem BB und CRP, gutem AZ und einer normalen SO₂. Der Patient muss sich zeitnah, möglichst am nächsten Tag erneut ambulant in der hämatologischen Spezialsprechstunde vorstellen. Ansonsten muss am nächsten Tag telefonisch Kontakt mit dem Patienten aufgenommen werden und das Befinden erfragt werden inkl. Abfragen der Temperatur. Großzügige Antibiose wegen der funktionellen Asplenie. Die Hydroxyurea-Therapie (Siklos, Syrea, Litalir ect.) wird nicht abgesetzt, sondern nach Rücksprache mit dem behandelnden Hämatologen evt. leicht reduziert bei Leukopenie, Thrombopenie.
- Großzügige Indikationsstellung für eine Röntgen-Aufnahme oder auch eine **frühzeitige** CT-Untersuchung z.A. von Infiltraten
- **Insgesamt gilt: lieber für eine Nacht stationäre Überwachung und bei stabilem Verlauf am nächsten Tag Entlassung!**
- Bei **positivem Testergebnis ist auf jeden Fall eine stationäre Aufnahme indiziert!**
- Bei **Verdacht oder Vorliegen eines ATS** (abfallende SO₂, Tachypnoe, Dyspnoe, thorakale Schmerzen, Infiltrat im Röntgen-Thorax) ist frühzeitig eine Therapie mit Austauschtransfusion / oder on-top-Transfusion einzuleiten. Bitte beachten, dass afrikanische SCD-Patienten andere Blutgruppenmerkmale haben, als die meisten kaukasischen Spender. Daher sollte auf jeden Fall **vor Transfusion eine erweiterte Blutgruppen-Testung** erfolgen. Wenn möglich, sollte die erweiterte Blutgruppe bei den Transfusionen berücksichtigt werden, um eine Allo-Immunsierung zu vermeiden.
- Steroide sind nach aktueller Datenlage kontraindiziert!
- Pulmonaler Hypertonus und rechtsventrikuläre Dysfunktion sollten bewertet werden. Bei Vorliegen eines pulmonalen Hypertonus und/oder einer rechtsventrikulären Dysfunktion sollte frühzeitig eine NO- Inhalation begonnen werden.
- Prophylaktische Antibiose und Tamiflu-Gabe bis zum Ausschluss einer Influenza

In schweren Fällen gilt das gleiche Vorgehen wie bei COVID-19 Patienten ohne SCD: Beatmung in Bauchlage, ECMO, NO, Ritonavir/Lopinovir, Tocilizumab oder Hydroxychloroquin dürfen nur nach RS mit dem behandelnden Hämatologen gegeben werden. CAVE: G6PD-Mangel!!!