Bei COVID-19-Verdacht

Rasche Triage symptomatischer Patienten in der Notaufnahme

Derzeit strömen Patienten in die Notaufnahmen, die wegen fieberhafter Infekte und respiratorischer Symptome beunruhigt sind. Wie lässt sich rasch und effektiv klären, ob sie dringend COVID-19 verdächtig sind oder nicht? Wichtig ist dies, da viele Testergebnisse auf sich warten lassen.

Die Notaufnahmen der Kliniken werden inzwischen von Patienten mit oder ohne respiratorische oder andere einschlägige Symptome und Verdacht auf eine COVID-19-Infektion in manchen Regionen regelrecht überrannt. „Ein praktisches Problem besteht darin, dass längst nicht alle Häuser innerhalb kurzer Zeit ein Ergebnis der PCR vom Nasen-Rachen-Abstrich erhalten und daher in dieser Zeit nicht sicher wissen, ob der Betreffende infiziert ist oder nicht“, sagt PD Dr. med. Christoph Spinner vom Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität München (TUM). Der Oberarzt der Infektiologie erläutert, wie hilfreich bei der initialen Entscheidung ein von der TU auf hiesige Verhältnisse angepasstes Flussschema sein kann, das auf einer schnell eruierbaren Anamnese, der Körpertemperatur, einem Differenzialblutbild und einer Low-Dose-Computertomografie (CT) beruht (*Grafik*).

Temperatur, Blutbild und ein CT

„Wer Fieber hat und zudem niedrige Lymphozyten aufweist, erhält ein Low-dose-CT“, erklärt Spinner. Eine Temperatur über 37,3° Celsius und eine Lymphozytenzahl von <1,1 G/L haben sich als wichtige Diskriminierungsparameter erwiesen (1). Dies sind vergleichsweise einfach zu erhebende Befunde.

Am Münchener Klinikum rechts der Isar werden diese klinischen Parameter von einer eigens dafür abgestellten Pflegekraft erhoben. Sofern beides erfüllt ist, erhält der Patient ein Low-dose-CT des Thorax, das eine hohe Aussagekraft im Hinblick auf COVID-19 hat. Die Strahlenbelastung der low-dose CT liegt zwar über der einer Röntgenthoraxaufnahme. Diese detektiere jedoch die teils diskreten pulmonalen Veränderungen bei COVID-19 nur sehr eingeschränkt, der Informationsgehalt sei daher zu gering, so Spinner.

Stellt sich im CT eine virale Pneumonie dar, sei dies in der gegenwärtigen epidemiologischen Situation typisch und hochsuggestiv für eine COVID-19-Infektion. Diese Personen würden dann nach Ausschluss einer Influenza- und RSV-Infektion bis zum Vorliegen eines negativen Abstrichergebnisses wie COVID-19-Patienten behandelt. „Mitunter dauert es in manchen Kliniken noch 2-3 Tage, bis aus den Laboren die Resultate vorliegen“, so der Münchner Arzt und: „Deshalb erlaubt dieses Vorgehen, das sich an 3 einfachen und schnell verfügbaren Untersuchungen orientiert, eine gut begründete Zuteilung der Patienten zu verschiedenen Kohorten.“

Zwar gibt es Krankenhäuser, die innerhalb von 24 Stunden ein Ergebnis der Abstriche erhalten. Das ist aber längst nicht überall der Fall. Derzeit sind die Wartezeiten auf die Testergebnisse ebenso ein Problem wie die Testkapazitäten (2). Daher gibt es auch die unterschiedlichsten Versuche, die Testung zu beschleunigen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung warnte jedoch bereits davor, dass kursierende „Schnelltests“ nicht so verlässlich seien, wie der Goldstandard der PCR (Polymerase Chain Reaction). Nur dieser könne den Erreger im Abstrich auch zuverlässig nachweisen (3).

Denn aktuell ist längst nicht jeder febrile Zustand mit respiratorischen Symptomen wie Halsschmerzen, Husten oder Dyspnoe eine COVID-19-Infektion. Um Ressourcen an Personal und Schutzausrüstung gezielt und sparsam einzusetzen, ist es jedoch wichtig, die stationär aufgenommenen Patienten, frühzeitig voneinander zu trennen. Das im Klinikum rechts der Isar bereits erfolgreich praktizierte Vorgehen beruht auf einem kürzlich in „Lancet“ veröffentlichten Algorithmus.

Hilfe bei der Zuordnung

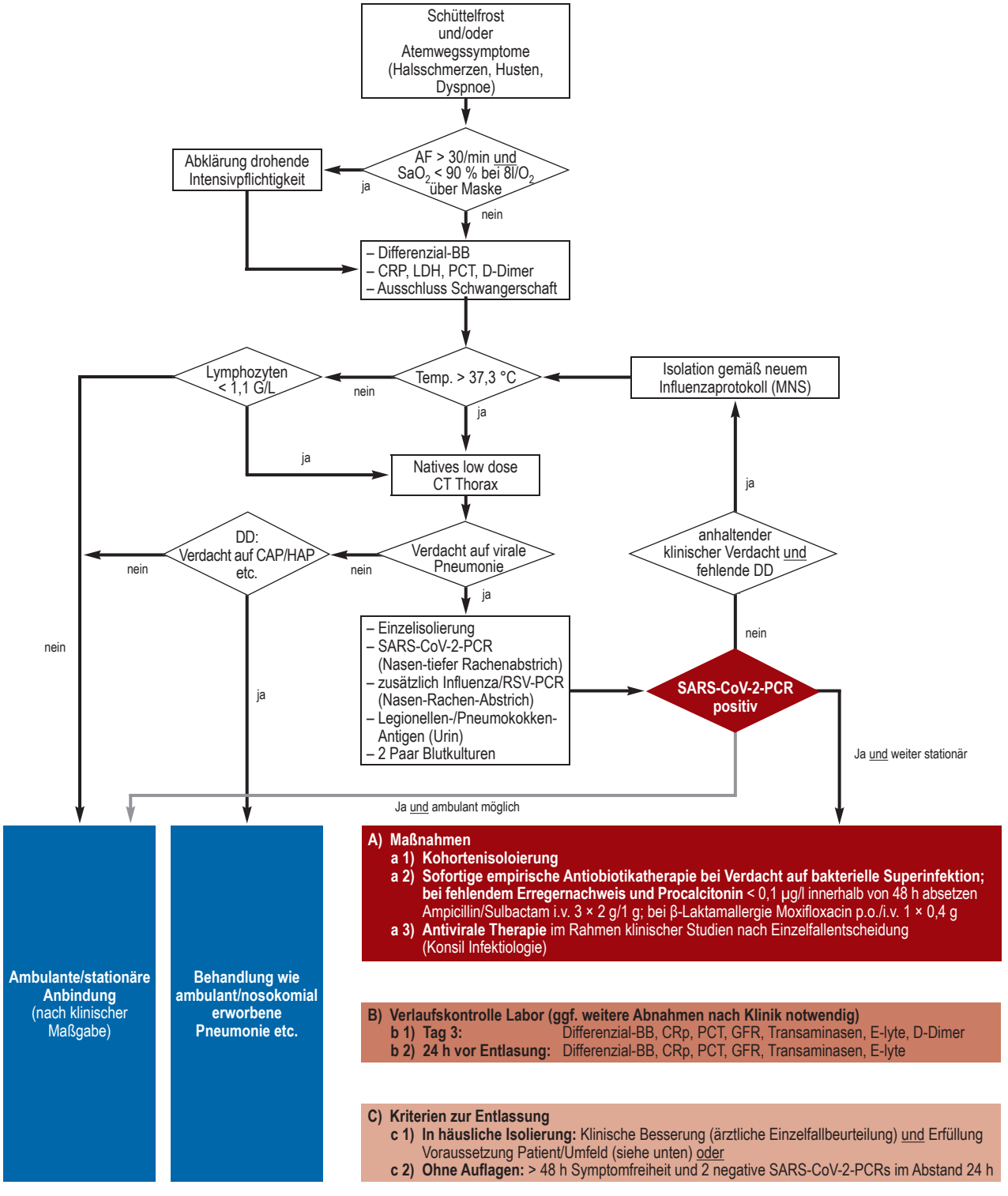
Es wurde für die eigene Klinik angepasst, um die Patientenströme von vorneherein richtig zu kanalisieren. „Wir haben damit sehr positive Erfahrungen gemacht“, betont Spinner und möchte dies deshalb auch anderen Häusern nahelegen. Sobald klar ist, dass der COVID-19-Test negativ ausgefallen ist, können Patienten umgeordnet oder je nach klinischer Symptomatik auch wieder nach Hause entlassen werden. Das Vorgehen innerhalb der Klinik richtet sich nach der Symptomatik. Wird der Patient beatmungspflichtig, sollte nach den Empfehlungen der intensivmedizinischen Fachgesellschaften DIVI, DGIIN, DGAI und DGP (https://link.springerlink) vorgegangen werden, die derzeit aktualisiert werden. ***Dr. med. Martina Lenzen-Schulte***

Literatur

1. Zhang J, Zhou L, Yang Y, et al.: Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever clinics. Lancet (online) 13. Feb. 2020 https://doi.org/10.1016/S2213–2600(20)30114–4.
2. Eckert N: Neues Verfahren könnte Coronavirus-Testkapazitäten drastisch steigern. Deutsches Ärzteblatt News 16. März 2020 https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111090.
3. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV): Coronavirus: „Schnelltests“ liefern kein zuverlässiges Ergebnis. Mitteilung vom 09.03.2020 https://www.kbv.de/html/1150_44758.php.

GRAFIK

Vorgehen bei Patienten mit Verdacht auf COVID-19 (Stand 18. März 2020)



modifiziert nach: Klinikum rechts der Isar / München

Kriterien für die Entlassung: Der Patient sollte nur noch leicht erkrankt sein und keine Risikofaktoren für Komplikationen aufweisen. Dazu zählen Immunsuppression, Vorerkrankungen und höheres Alter. Im Falle der Selbstversorgung darf er nicht pflegebedürftig und sollte compliant sein. Es sollte in einem gut belüftbaren Einzelzimmer untergebracht sein, die ambulante Versorgung durch einen Arzt, der Kontakt zum Gesundheitsamt sowie Hilfe durch eine gesunde Betreuungsperson ohne eigene Risikofaktoren sollten gewährleistet sein (Schema adaptiert nach 1).