

Kommentar Expertenbeirat



Original-Titel

AGA Institute Rapid Review and Recommendations on the Role of Pre-Procedure SARS-CoV-2 Testing and Endoscopy

Autoren:

Sultan S, Siddique SM, et al. Gastroenterology 2020; 159: 1935-1948

Kommentar:

Prof. Dr. Michael Jung, Frankfurt, 14.01.2021

Die weltweite Pandemie mit dem SARS-COV2-Virus hat inzwischen erhebliche Auswirkungen auf ambulante medizinische Untersuchungen gezeigt darunter auch die diagnostische Endoskopie. Besonders betroffen davon sind elektive Vorsorgekoloskopien, die nicht in dem gewünschten und notwendigen Rahmen vorgenommen werden konnten.

Da das Risiko einer Virusübertragung durch nichterkrankte COVID-positive Träger (asymptomatische Patienten) schwer kalkulierbar ist, werden weltweit unterschiedliche Strategien verfolgt, wie das Risiko in Endoskopieabteilungen minimiert werden kann.

Die amerikanische Gastroenterologengesellschaft (AGA) hat jetzt nach einer Meinungsumfrage unter Mitgliedern Empfehlungen herausgegeben, in welchen Fällen eine vorangehende Corona-Teststrategie hilfreich sein kann.

Prinzipiell existieren zwei Testkategorien: zum einen der direkte Virus-RNA-Nachweis im Rachenabstrich mittels molekularer Diagnostik, zum anderen der Nachweis von Antikörpern im Blut (serologische Tests). Es besteht Einigkeit, dass serologische Tests in einem solchen Verfahren keine Rolle spielen, da sie eine stattgehabte und nicht eine akute Infektion und Gefahr widerspiegeln. Falsch positive Tests und vor allem falsch negative Tests sind möglich. Genaue Zahlen dazu für Rachenabstriche waren zum Zeitpunkt der Umfrage nicht verfügbar.

Die Umfrage stellte ein klinisches Szenario eines asymptomatischen positiven Patienten vor, der eine elektive Endoskopie erhält, und der auf SARS-CoV-2 72 Stunden vorher negativ getestet war. 25,7 % der Institute beantworteten die Frage, dass ein Risiko von 1:1.000 unter Tragen einer Chirurgenmaske (einfache Form der Maske) für sie akzeptabel wäre. Dagegen waren 37,8 % nur bereit, ein Risiko von 1:40.000 zu tragen unter der Bedingung, dass eine stärker protektive Maskenform verfügbar ist (FFP2/N95).

In der Tat können asymptomatische, falsch-negativ getestete Patienten durchaus ein nicht kalkulierbares Risiko für endoskopische Abteilungen darstellen.

Die amerikanische Gastroenterologengesellschaft hat daher nach Kalkulation der unterschiedlichen regionalen Virusbelastung 3 Empfehlungen für ein Vorab-Testen von Patienten zur diagnostischen Endoskopie aufgestellt.

Bei einem mittleren Risiko (Prävalenz asymptomatischer Virusträger 0,5-2,0 %) soll eine Vor - Teststrategie erfolgen. Für das Personal bedeutet dies eine komplette Schutzausrüstung einschließlich FFP2-Masken, Gesichtsschild und Haube. Bei einem Risiko von < 0,5 % ergibt sich keine Notwendigkeit eines Vorab-Testens, da die Wahrscheinlichkeit einer Virus Kontamination zu gering ist. In sog. Hot-Spot-Regionen (> 2 %) dagegen oder bei Auftreten einer Infektionswelle ist eine Vorabtestung sinnvoll. Zusätzlich sollten alle Patienten mit elektiven Untersuchungen zurückgestellt werden.

Kommentar Expertenbeirat



Da große geografische Unterschiede in den Staaten bezüglich einer Viruslast und Kontaminationshäufigkeit bestehen, kann diese Strategie durchaus sinnvoll sein, um Differenzierungen vorab zu treffen und bei etwaigem Mangel an Ausrüstung rechtzeitig Entscheidungen zu treffen.

In den europäischen Empfehlungen (Gralnek IM et al, Endoscopy 2020; 52:891-898) und ebenso in den Empfehlungen in Deutschland (Übersicht bei Frieling, Gastroenterologe 2020; 15:498-505) wird ebenfalls zwischen hohem und geringem Risiko differenziert. Eine Vorab-Befragung mit Fragebogen weist aus, ob angemeldete Endoskopiepatienten unter Krankheitssymptomen leiden oder Reisen in Risikogebiete bzw. Kontakte mit COVID-19-Patienten stattgefunden haben. In solchen Fällen wird ein COVID-Test und bis zum Eintreffen des Ergebnisses eine 48-72stündige Quarantäne vorausgesetzt. Alle anderen Patienten werden als Niedrig-Risiko eingestuft und können untersucht werden.

Da das generelle Risiko aber nicht Null ist (falsch-negative Testergebnisse, fehlerhafte Angaben auf dem Fragebogen usw.) sind Ärzte und endoskopisches Assistenzpersonal generell mit Schutzmaßnahmen (PPE – personal protective equipment) auszustatten. Dies beinhaltet neben dem Tragen von Handschuhen, speziellem flüssigkeitsabweisendem Kittel, Haarschutz und Gesichtsschild auch FFP2-/FFP3-Maske.

Anfängliche Mängel in der Verfügbarkeit von Schutzkleidung (Frühjahr 2020) sind inzwischen überwiegend ausgeglichen.

Patienten mit positivem Testergebnis werden bis zum Verschwinden der Virusinfektion nur bei Notfallsituationen (Blutung, akute Pankreatitis etc.) untersucht. In praxi finden dann Endoskopien unter stationären Bedingungen mit besonderem Aufwand und Schutzkleidung statt.

Die amerikanischen Teststrategien und deren differenzierte Empfehlungen sind daher vor allem vor dem Hintergrund der weltweit stärksten Belastungszahlen (22,8 Mio. Konta-; 381.000 Verstorbene; Stand: 13.01.2021, Johns Hopkins Institute, Corona Research Center) zu sehen. Für den europäischen und deutschen Rahmen haben sich die bislang praktizierten Maßnahmen bewährt. Ohnehin wird sich nach ausreichender Impfung und - damit absehbar - eine neue Risikoeinschätzung ergeben.