

Stellungnahme: COVID-19 bei Kindern mit allergischen Erkrankungen

Kinderärztinnen und Kinderärzte, die Kinder mit Asthma oder anderen chronischen Erkrankungen betreuen, werden seit Beginn der COVID-Pandemie täglich mehrfach von besorgten Eltern kontaktiert, die Angst haben um ihre Kinder. Diese können wir anhand klarer Daten beruhigen.

Allgemeine Daten zu COVID bei Kindern

Die vorliegenden Informationen (Stand vom 9.4.20) sprechen dafür, dass Kinder seltener als Erwachsene erkranken aber vergleichbar häufig durch SARS-CoV2 infiziert werden. In den USA waren von den dem CDC am 2.4.2020 gemeldeten 14.9760 Fällen 2.572 Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (1,7 %)[1]. In einer anderen Erhebung mit differenten Methoden betrug der Anteil von Kindern in den USA 5 %[2]. Vergleichbare Zahlen werden auch aus Italien (1,2 %)[3] und China (2 %)[4] berichtet. Die klinische Symptomatik unterscheidet sich zwischen an COVID19 erkrankten Kindern und Erwachsenen, so haben Kinder seltener Atemnot, seltener Husten und seltener Fieber und werden seltener schwer krank. Nur ganz vereinzelt sind Todesfälle bei Kindern beschrieben worden und häufig ist der ursächliche Zusammenhang mit einer SARS-CoV2-Infektion nicht gesichert. Anhand der wenigen systematischen Daten ergibt sich kein Anhalt dafür, dass Kinder mit stabil eingestellten allergischen Erkrankungen (Allergische Rhinitis, Asthma bronchiale, Nahrungsmittelallergie) und atopischer Dermatitis im Vergleich zu anderen Virusinfektionen der Atemwege ein erhöhtes Risiko haben, im Rahmen einer SARS-CoV-2-Infektion an COVID19 zu erkranken bzw. schwerer zu erkranken als Kinder ohne allergische Erkrankungen[5].

Empfehlungen zur allergologischen Diagnostik und Therapie

Nach Expertenmeinung sollte die Dauertherapie mit lokal angewendeten Cortisonpräparaten bei allergischem Schnupfen während der SARS-CoV-2-Pandemie unverändert fortgesetzt werden[6]. Ebenso sollte die Therapie des Asthma bronchiale mit inhalativen Cortisonpräparaten unverändert fortgesetzt werden, auch um eine Destabilisierung des Asthmas mit notwendigen Arztbesuchen und somit steigendem Risiko einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu vermeiden[7]. Auch wenn zur Sicherheit von Biologika, die das Immunsystem beeinflussen um schweres Asthma oder schwere Neurodermitis zu behandeln (z.B. Omalizumab, Mepolizumab, Dupilumab), keine Daten vorliegen, wird zur Zeit aus dem gleichen Grund empfohlen, die Therapie mit Biologika bei stabil eingestellten Patienten mit allergischen Atemwegserkrankungen fortzusetzen[8,9].

Nach Expertenmeinung gibt es derzeit ebenfalls keine Gründe eine spezifische Immuntherapie (SIT) zur Behandlung von Pollen- oder Milbenallergien bei klinisch gesunden Patienten zu unterbrechen. Um Arztbesuche zu minimieren sollte in der akuten pandemischen Phase abgewogen werden, ob es notwendig ist, eine subcutane SIT zeitnah zu beginnen, da hier anfangs regelmäßige wöchentliche Kontakte notwendig sind. Der Beginn dieser Therapien kann um Wochen oder Monate verschoben – nicht aber ausgesetzt werden[9].

Da das SARS-CoV-2 überwiegend über Aerosole übertragen wird und da Kinder häufig klinisch unauffällige Infektionen durchmachen, sollte aber hinterfragt werden, ob Untersuchungsmethoden, bei denen es zu einer Freisetzung von Aerosolen kommt, zurzeit notwendig sind oder verschoben werden können. So ist kritisch zu überprüfen, ob Routine-Lungenfunktionen oder nasale

Provokationstestungen in der akuten epidemischen Phase notwendig sind[9].

Inhalationstherapien sollten nach Möglichkeit im Rahmen der Pandemie über ein Dosieraerosol mit Inhalierhilfe oder über eine Pulverinhalation erfolgen. Feuchtvernebler sollten aufgrund der Aerosolbildung und Verteilung in der Umgebung während der Inhalation nur angewendet werden, wenn ein anderes Inhalationssystem für das jeweilige Medikament nicht geeignet ist.

Autoren: PD Dr. Tobias Ankermann (Kiel) und Dr. Lars Lange (Bonn)

Für den Vorstand der Gesellschaft für Pädiatrische Allergologie und Umweltmedizin e. V. (GPA)

Literaturliste (zurzeit sind diese Artikel frei verfügbar)

1. Team CC-R. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. MMWR Morbidity and mortality weekly report 2020;69:422-6.
2. Lu X, Zhang L, Du H, et al. SARS-CoV-2 Infection in Children. The New England journal of medicine 2020.
3. Livingston E, Bucher K. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Italy. Jama 2020.
4. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. Jama 2020.
5. COVID19 - Empfehlungen und Publikationen. 2020 Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. (Accessed 09.04.20, 2020, at <http://www.sgpp-sspp.ch/de/covid-19.html>.)
6. Bousquet J, Akdis C, Jutel M, et al. Intranasal corticosteroids in allergic rhinitis in COVID-19 infected patients: An ARIA-EAACI statement. Allergy 2020.
7. Stellungnahme der MedWiss und GPP Asthma-Patienten und COVID-19. 2020. (Accessed 09.04.20, 2020, at https://dgaki.de/wp-content/uploads/2020/03/Statement-Asthma-und-COVID-19_F-002.....)
8. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und klinische Immunologie (DGAKI) Biologikatherapie und COVID-19. DGAKI, 2020. (Accessed 09.04.20, 2020, at <https://dgaki.de/wp-content/uploads/2020/03/Empfehlungen-der-DGAKI-zur-Biologika....>)
9. Shaker MS, Oppenheimer J, Grayson M, et al. COVID-19: Pandemic Contingency Planning for the Allergy and Immunology Clinic. The journal of allergy and clinical immunology In practice 2020.
10. Durchführung von Lungenfunktionstests während COVID-19 - Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie. 2020. (Accessed 09.04.20, 2020, at <http://www.sgpp-sspp.ch/de/covid-19.html>.)