

Info- Veranstaltung für Pädiater*innen zum Thema SARS-CoV-2 23. September 2021

Wichtige Informationen im Voraus:

Das UKBB ist stark ausgelastet

- vor allem im ambulanten Bereich viele Kinder mit Corona. Vereinzelt Kinder wurden auch hospitalisiert:
 - mit Corona
 - mit Verdacht auf PIMS (häufig sehr komplex)
- viele weitere respiratorische (v.a. RSV) und gastrointestinale Infektionen

Es muss jeden Tag geschaut werden, dass alle Kinder hospitalisiert werden können, da es so viele Eintritte wie sonst normalerweise in den Wintermonaten sind. Zwei weitere Gründe dafür:

- Zuweisungen aus anderen Kinderspitälern der Schweiz, da dort die Situation sehr ähnlich aussieht
- Viele Kinder mit psychosomatischen Störungen (Ess-, Schluck-, familiäre Interaktionsstörungen etc.)

Bezüglich Corona ist das UKBB sehr gut vorbereitet und konsequent in der Umsetzung der Massnahmen (über 80% des Spitalpersonals geimpft, Ungeimpfte müssen regelmässig am Spucktest teilnehmen)

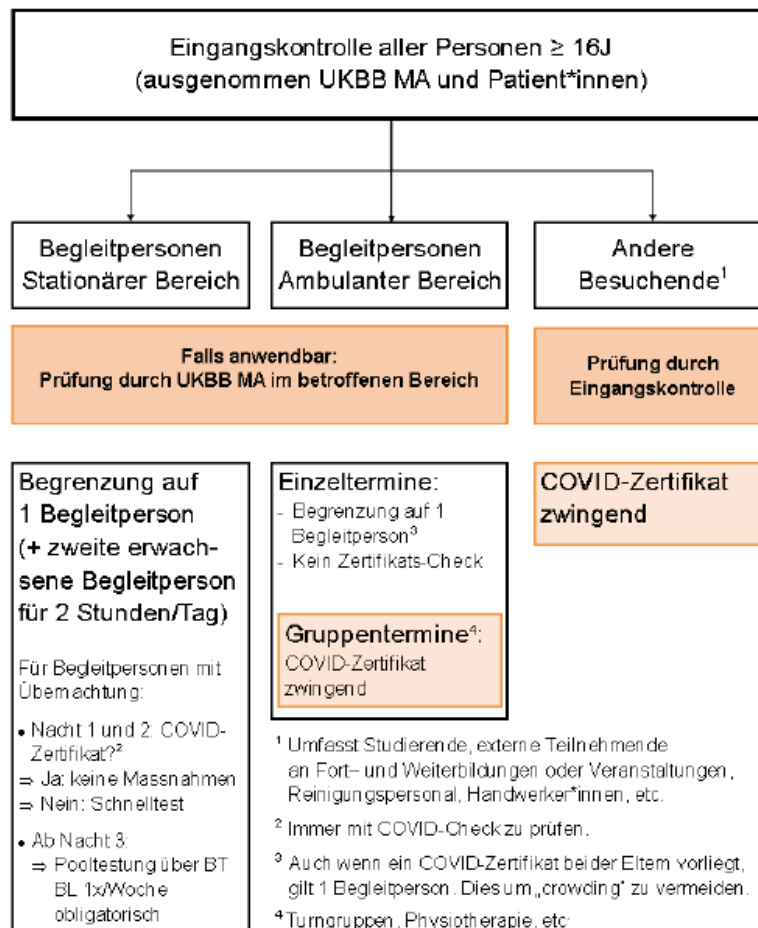
1. Wie setzt das UKBB die aktuellen Massnahmen um?

Das UKBB hat nach einem kurzen Unterbruch von ca. sechs Wochen (Sommerferien), wieder das Screening aller Patient*innen eingeführt. Getestet werden alle stationären Eintritte und Patient*innen bei Intubationsnarkose. Weiter testen wir am UKBB wie folgt:

- Symptomatische Patient*innen immer mit PCR
- Speichel \geq 4-Jährige
- Abstrich (Rachen oder NP) $<$ 4-Jährige
- Möglichkeit der Pooltestung in gewissen Situationen (v.a. bei Langzeitpatient*innen)

Seit rund zwei Wochen gilt in gewissen Situationen die 3G-Regel (s. Diagramm). Die Regel bezieht sich nicht so stark auf Patient*innen und Begleitpersonen sondern eher auf externe Personen. Neu werden Begleitpersonen, die über Nacht bleiben, gebeten, ein Zertifikat vorzuweisen. Ansonsten müssen sie sich testen lassen. Bei längerem Aufenthalt können sie auch bei der Pooltestung mitmachen. Das Breiten Testen Baselland wird intensiv eingesetzt und erweist sich als ein sehr unkompliziertes Verfahren, sowohl bei den Patient*innen und deren Begleitpersonen als auch beim Spitalpersonal.

Die Umsetzung der Massnahmen ist sehr komplex, da unterschiedliche Bereiche (Villa Kunterbunt, Spitalschule, Therapien etc.) berücksichtigt werden müssen.



2. Ist eine telefonische Anmeldung für Abstriche gewünscht?

Ja. Um den Patient*innenfluss zu steuern bitten wir Sie, wenn immer möglich, Ihre Patient*innen telefonisch bei uns anzumelden.

3. Ist eine dritte Impfung bei besonders gefährdeten Personen (bspw. immunsupprimierte Patient*innen) empfohlen? Wie sieht es mit der Titer-Kontrolle aus?

Die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) empfiehlt eine dritte Impfung zu machen. Diese ist auch gleich schon an die Titer-Kontrolle gebunden.

Impfempfehlung für Personen mit schwerer Immundefizienz

Für Personen, welche zum Zeitpunkt der Covid-19 Impfung unter einer der folgenden schwer immunsupprimierenden Behandlungen standen:

- B Zell Depletion (z. B. Rituximab, Ocrelizumab, Cyclophosphamid),
- Hochdosis-Chemotherapie,

- Kortikosteroidtherapie >20mg Prednison/Tag, >2 Wochen,
- Weitere Therapien, die zu einer schweren Immunsuppression führen (z.B. Mycophenolat, Ciclosporin, Januskinase-Inhibitoren u.ä.)
- Kombinationstherapie verschiedener immunsupprimierender Medikamente.

Sowie für

- Empfänger für Solid Organtransplantation
- Personen mit einem angeborenen Immundefekt mit eingeschränkter B- und T-Zellfunktion (z. B. common variable immunodeficiency; CVID, isolierte CD4-Lymphozytopenie u.ä.).

wird vier Wochen² nach der 2. mRNA Impfdosis eine Bestimmung der anti-SARS-CoV-2 Spike IgG (Impfantikörper) empfohlen. Je nach Resultat wird das weitere Vorgehen wie folgt festgelegt:

- a) Sind **klar** positive SARS-CoV-2 Impfantikörper vorhanden, ist keine 3. Impfdosis nötig. Grenzwertig positive Impfantikörpertiter sind als negativ zu betrachten, Vorgehen siehe b).
- b) Trifft a) nicht zu, wird die Gabe einer 3. Impfdosis desselben Impfstoffs in der Regel 2 Monate (minimal 4 Wochen) nach der 2. Impfung empfohlen, gefolgt von einer erneuten Impfantikörperbestimmung 4 Wochen nach der 3. Dosis. Bei Personen unter B-Zell-Depletion (Rituximab, Ocrelizumab etc.) sollte die 3. mRNA-Impfdosis idealerweise erst 4–5 Monate nach der letzten Dosis des B-Zell-depletierenden Medikamentes und mindestens 4 Wochen vor der nächsten Gabe erfolgen, um eine möglichst gute B-Zell-Antwort zu ermöglichen.

Insbesondere Personen, welche nach drei Dosen keine Impfantikörper gebildet haben, müssen informiert werden, sich trotz den Impfungen noch konsequenter als andere immungeschwächte geimpfte Personen an die weiteren Schutzmassnahmen (Abstand, Masken und Händehygiene) zu halten, auch wenn diese Schutzmassnahmen für die allgemeine Bevölkerung künftig gelockert werden. Für diese Patienten soll bei einer allfälligen Infektion mit SARS-CoV-2 eine Therapie mit monoklonalen Antikörpern in Betracht gezogen werden (siehe Policy brief on the reduction of Covid-19-associated mortality by drug therapies). Die Impfung aller engen Kontaktpersonen ist besonders wichtig.

Aus: EKIF Empfehlung zur Impfung gegen SARS-CoV-2

4. Welche Altersgruppe ist zurzeit am meisten von Corona betroffen?

Die aktuelle epidemiologische Situation in der Schweiz zeigt, dass die Patientengruppe der 0-19-Jährigen zurzeit am stärksten von Corona betroffen ist. Ein möglicher Faktor könnte die Impfung respektive der Zugang zur Impfung sein. Dieser aktuelle Trend widerspiegelt sich jedoch nicht in der Hospitalisationsrate, sondern grundsätzlich «nur» im ambulanten Bereich.

5. Ist die Deltavariante gefährlicher für Kinder?

Australische Daten zeigen, dass ältere Personen weiterhin die höchste Hospitalisationsrate nachweisen. Es ändert sich somit nur die Anzahl gemeldeter Fälle bei Kindern.

Age group	Total cases	% hospitalised	% admitted to ICU
0-9	530	2.5%	0%
10-19	682	2.9%	0.6%
20-29	1,084	7.7%	1.2%
30-39	1,019	8.7%	1.2%
40-49	658	12.3%	1.5%
50-59	594	19.2%	4.4%
60-69	304	26.6%	11.2%
70-79	130	43.1%	10%
80-89	77	55.8%	6.5%
90+	17	64.7%	0%
Total	5,095	11.6%	2.3%

Source: [National Notifiable Disease Surveillance System \(NNDSS\)](#), via Department of Health

Warum keine Patient*innen (80-89; 90+) mehr auf der Intensivstation?

- Wunsch der Patient*innen
- Bereits Erfahrung gesammelt, welche Personen sehr schlechte Prognosen für die intensivmedizinische Behandlung haben.
- Einfach oder mehrfach Geimpfte → Verlauf somit weniger schwer (auch wenn im Spital betreut)

6. Wie sind die aktuellen Daten aus den USA zu interpretieren?

Die Hospitalisationsrate in Zusammenhang mit der Deltavariante zeigt einen leichten Anstieg bei Teenager und ganz jungen Kindern (5-11-Jährige ausgenommen). Dies ist jedoch kein Phänomen schwerwiegenderer Verläufe der Variante, sondern zeigt vielmehr die erhöhte Zirkulation dieser Variante in der Bevölkerung. Es infizieren sich mehr Personen, d.h. die absolute Anzahl der Hospitalisierten steigt parallel. Der Anteil Personen, der eine Hospitalisierung braucht, bleibt prozentual gesehen jedoch gleich. Dies zeigen auch Vergleichsstudien aus anderen Ländern. Mögliche Faktoren für den Anstieg bei Teenager in den USA:

- *Adipositas*: Unter Teenager in Amerika viel höher als in gewissen europäischen Ländern.
- *Finanzielle Implikationen*: Personen zögern ins Spital zu gehen, da der Aufenthalt in Spital eine finanzielle Katastrophe für die Familie bedeuten kann.

7. Gibt es bereits Studien zu Long-Covid bei Kindern?

Wir empfehlen eine interessante Arbeit von *Molteni et al. Lancet C&AH (2021)*. Sie beantwortet unter anderem die Frage, welches Alter am stärksten von Long-Covid betroffen ist und zeigt dabei, dass es sich um ein Phänomen bei Teenager handelt, ähnlich wie bei bspw. Lyme-Borreliose, EBV oder andere Infektionskrankheiten, die ein post-Infektiöses Syndrom mit sich bringen.

Dieses Thema wir uns auf jeden Fall weiterhin beschäftigen.