

ITP und COVID-19

Eine gemeinsame Stellungnahme der ITP-Expertengruppe für Patientinnen und Patienten mit Immunthrombozytopenie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die aktuelle Corona-Pandemie führt zu vielen Fragen bei ITP-Patienten. Die folgenden Informationen wurden erstellt, um Ihnen eine Orientierung zu ermöglichen. Wir werden versuchen, den Text regelmäßig zu überarbeiten, dass neue Erkenntnisse schnell an alle Betroffenen weitergegeben werden.

Was ist SARS-CoV-2 und was bedeutet COVID-19?

SARS-CoV-2 bezeichnet ein Virus und ist die Abkürzung für „Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom-Coronavirus-2“. **COVID-19** bezeichnet nicht das Virus, sondern die Krankheit, die durch das Virus ausgelöst wird. Nicht jeder, der sich mit dem Virus infiziert wird auch schwer krank; glücklicherweise sind das nur sehr wenige. Das gilt für alle SARS-CoV-2 Varianten, auch für die aktuelle Omikron-Variante.

Bereits bei der Behandlung der ersten Patienten 2019 in China war aufgefallen, dass während der Erkrankung die Thrombozyten abfallen können. Einige dieser Patienten entwickelten neu eine ITP. Deshalb fragen sich viele ITP-Patienten, welche Folgen eine Infektion oder eine Impfung für ihre eigene ITP-Erkrankung und ihre Thrombozytenzahlen haben könnte.

Haben ITP-Patienten ein höheres Risiko, sich mit SARS-CoV-2 anzustecken?

ITP-Patienten haben das gleiche Risiko wie Nicht-ITP-Patienten. Deshalb gelten für sie auch die gleichen Vorsichtsmaßnahmen (Vermeidung größerer Ansammlungen, Abstand halten, Maske).

Dazu kommt aber, dass sich ITP-Patienten anstecken können, wenn sie zum Arzt oder in eine Klinik gehen und dort auf andere Patienten treffen, die möglicherweise infektiös sind. Der ITP-Patient sollte deshalb seinen Arzt fragen, wie häufig Besuche und Blutbildkontrollen wirklich notwendig sind. Vielleicht kann man auf

Routine-Thrombozytenzahlkontrollen während der Pandemie verzichten. Wenn Sie aber Symptome haben, z.B. Blutungen oder wenn Probleme mit der Therapie auftreten, dann sollten sie unbedingt ihren Arzt kontaktieren.

Haben ITP-Patienten, die sich mit SARS-CoV-2 angesteckt haben, ein höheres Risiko, COVID-19 Symptome zu entwickeln und ggf. auch schwer zu erkranken?

Bei dieser Frage kommt es darauf an, ob der ITP-Patient gerade eine das Immunsystem hemmende Therapie bekommt oder nicht. Das Immunsystem hemmende Therapien sind z.B. Glucocorticoid („Kortison“) oder Medikamente wie Azathioprin und Rituximab. Dann haben ITP-Patienten ein höheres Risiko zu erkranken.

ITP-Patienten, die aktuell keine Therapie bekommen oder eine Behandlung mit den sog. Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten (Romiplostim, Eltrombopag, Avatrombopag), haben kein höheres Risiko, weil Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten das Immunsystem nicht hemmen. Auch für den neuen ITP-Wirkstoff Fostamatinib ist eine relevante Immunhemmung nicht bekannt.

Bisher geht man davon aus, dass ITP-Patienten, denen die Milz entfernt wurde, nicht häufiger und nicht stärker an COVID-19 erkranken. Sie können jedoch Probleme mit bestimmten bakteriellen Infektionen entwickeln, die als Komplikation nach einer COVID-19-Infektion auftreten. Deshalb werden Patienten ohne Milz dazu angehalten, sicherzustellen, dass sie mit ihren Impfungen auf dem neuesten Stand sind, insbesondere mit den Impfungen gegen Haemophilus Influenzae (das ist nicht die Grippeimpfung, trotz des ähnlichem Namens!), Pneumokokken (Lungenentzündung) und Meningitis (Hirnhautentzündung).

Was kann ein ITP-Patient tun, der sich mit SARS-CoV-2 angesteckt hat?

Viele Patienten sind beunruhigt, dass allein schon die Ansteckung zu einem gefährlichen Thrombozytenabfall führt und dass sie dann bluten können. Tatsächlich wurde beobachtet, dass bei ITP-Patienten die Thrombozytenzahl im Rahmen der Infektion abfallen kann, bei einigen steigen die Thrombozyten aber auch; ob bei einem Patienten die Thrombozyten fallen oder ansteigen werden, ist nicht vorhersehbar. Der ITP-Patient, der sich angesteckt hat, aber keine neuen Blutungssymptome entwickelt, braucht eigentlich keine Thrombozytenzahl-Kontrolle. Der ITP-Patient, der sich angesteckt hat und neue Blutungszeichen entwickelt, sollte seinen Arzt aufsuchen und die Thrombozytenzahl bestimmen lassen. Die allermeisten Patienten brauchen keine Therapie. Bei Blutungen wird man

Kortikosteroide oder Immunglobuline geben oder die Dosis der bisherigen Therapie vorübergehend erhöhen.

Unabhängig von Ansteckung oder nicht, sollte jeder Patient Unterlagen zu seiner ITP-Erkrankung greifbar haben, falls er doch ein Krankenhaus aufsuchen muss. Eine Liste aller aktuellen Diagnosen und Medikamenten (nicht nur für die ITP) ist auch immer hilfreich.

ITP und Impfen

Was sollte jeder ITP-Patient über Impfungen – nicht nur gegen COVID-19 – wissen?

Impfungen können einen vorübergehenden Abfall der Thrombozytenzahl auslösen, auch bei Personen ohne ITP. Wenn die Impfung aber unterlassen wird und der Patient deswegen an der „echten“ Infektion erkrankt, hat er ein viel höheres Risiko, eine Verschlimmerung seiner Thrombozytopenie zu entwickeln. ITP-Patienten sollten deshalb alle Standardimpfungen erhalten, die von den nationalen Gesundheitsbehörden empfohlen werden. Nur bei ITP-Patienten, die gerade eine immunhemmende Therapie einnehmen, z. B. höherdosiertes Kortison, Azathioprin, Rituximab, sind Impfungen mit lebenden Viren (z.B. Masern-, Röteln-, Mumps-, Windpocken-Impfung, Gelbfieber-Impfung) kontraindiziert (bei Therapie mit Thrombopoetin-Rezeptor-Agonisten wie Romiplostim, Eltrombopag, Avatrombopag besteht diese Einschränkung nicht). Bei dem neuen ITP-Wirkstoff Fostamatinib gibt es bisher keine Daten, wahrscheinlich gibt es aber auch keine Einschränkung.

Kann eine Impfung gegen COVID-19 eine neue ITP auslösen?

Es gibt mehrere Berichte von Patienten, die bisher keine Thrombozytopenie hatten und nach einer COVID-19 Impfung eine neue ITP entwickelten. Insgesamt scheint das Risiko aber extrem niedrig zu sein. Eine Studie aus Schottland findet für den AstraZeneca-Impfstoff eine Steigerung der ITP-Neuerkrankungsrate von 1 auf 2 Patienten bei 200.000 Geimpften.

Man muss beachten, dass es sich bei vielen dieser vermeintlich durch die Impfung ausgelösten Fälle von ITP-Neuerkrankungen um Zufälle handeln könnte, die wahrscheinlich auch ohne die Impfung aufgetreten wären. Das soll an einer Beispielrechnung verdeutlicht werden:

Beispielrechnung: In D wurden 2021 ca. 61 Millionen Menschen mindestens 1x gegen SARS-CoV 2 geimpft. Die „natürliche“ Häufigkeit der ITP liegt bei 2-4 Neuerkrankungen pro 100.000 Personen pro Jahr. Bei den 61 Mio. Geimpften muss es deshalb allein schon aufgrund der natürlichen Häufigkeit zu 1200-2400 ITP-Neuerkrankungen pro Jahr kommen, das sind 100-200 pro Monat. Man kann also sagen, dass im Monat nach einer Impfung 100-200 Menschen an ITP erkranken, weil das die natürliche Häufigkeit ist und dass das nichts mit der Impfung zu tun hat. Wenn es weniger wären, würde die Impfung ja sogar gegen ITP schützen.

Dennoch sind durch die Berichte in der Presse viele ITP-Patienten beunruhigt, dass die Impfung ihre Erkrankung verschlimmern könnte.

Kann eine Impfung gegen COVID-19 eine bestehende ITP verschlimmern?

Man hat beobachtet, dass bei einigen ITP-Patienten nach einer COVID-19 Impfung die Thrombozytenzahlen abfallen. Aktuell fragen deshalb viele ITP-Patienten, ob sie sich gegen COVID-19 impfen lassen sollen und wie hoch das Risiko ist, dass auch bei ihnen die Thrombozyten abfallen und dass sie bluten. In den bisher veröffentlichten Studien schwanken die Angaben, wie häufig ITP-Patienten einen Thrombozytenabfall entwickeln zwischen ca. 3% (in dieser Studie wurden nur schwere Thrombozytenabfälle berücksichtigt) und ca. 30% (hier wurden alle Thrombozytenabfälle, egal ob leicht oder schwer mitgezählt). Meist ist der Abfall nur ganz leicht und die Häufigkeit klinisch relevanter Blutungen scheint im unteren einstelligen Prozentbereich zu liegen. Der Abfall erfolgt bei den allermeisten Geimpften in den ersten 2 Wochen nach der Impfung, nicht später. Meist bleibt er ohne Folgen und die Patienten spüren das nicht einmal. Übrigens kommt es nicht nur zu Thrombozytenabfällen. Bei einigen Patienten steigen die Thrombozyten nach der Impfung auch an. Man weiß bisher nicht, ob das ein vorübergehender Anstieg ist oder ob der länger anhält.

Man muss bei der Beurteilung des Impfrisikos berücksichtigen, dass im Fall eines fehlenden Impfschutzes und wenn der ITP-Patient dann an COVID-19 erkrankt, die Thrombozyten auch abfallen und Blutungen auftreten können, und zwar viel häufiger als bei der Impfung. Grundsätzlich gilt deshalb, dass sich alle ITP-Patienten so schnell wie möglich gegen COVID-19 impfen lassen sollten; die Wahl des Impfstoffes spielt keine Rolle. Es wurde bisher nicht beschrieben, ob ein Impfstoff bei ITP-Patienten mehr Nebenwirkungen hat als ein anderer. Es ist deshalb nicht zu empfehlen, nur um einen bestimmten Impfstoff zu bekommen, eine Impfung aufzuschieben und das Risiko einzugehen, in dieser Wartezeit dann doch noch an COVID-19 zu erkranken.

Was kann man als ITP-Patient nach einer Impfung tun, um Blutungsrisiken zu vermeiden? Soll man die Thrombozyten messen?

Wie oben beschrieben können ITP-Patienten in den zwei Wochen nach der Impfung einen Thrombozytenabfall entwickeln, der in der Regel milde ist, keine Blutungen macht und auch keiner Therapie bedarf. Regelmäßige Thrombozytenzahlmessungen nach der Impfung wären also bei den allermeisten ITP-Patienten ohne Konsequenz und würden nur zu unnötiger Verunsicherung und Sorge führen (und zu unnötigen Arztbesuchen). In der Regel reicht es deshalb, wenn der Patient selbst darauf achtet, ob er neue Blutungszeichen entwickelt. Nur wenn das der Fall ist, sollte die Thrombozytenzahl bestimmt und ggf. die Therapie angepasst werden. Zusätzlich kann man bei folgenden Risikogruppen Thrombozytenzahlkontrollen anbieten:

- Patienten, die schon einmal bedrohlich geblutet haben,
- Patienten, die gleichzeitig Antikoagulanzen einnehmen,
- Patienten, die nach einer früheren Impfung bereits einmal einen bedrohlichen Thrombozytenabfall hatten,
- Patienten, die keine Milz mehr haben,
- Patienten mit multiplen ITP-Vortherapien, die schwierig einzustellen waren,
- Patienten, die sich große Sorgen machen und denen ein Monitoring Beruhigung geben würde.

Die Kontrollen sollten sich auf die erste und zweite Woche nach der Impfung beschränken.

Haben ITP-Patienten, die nach der ersten Impfung einen Thrombozytenabfall oder Blutungen entwickeln, ein höheres Risiko, auch nach der 2. oder der 3. Impfung (Booster) Komplikationen zu entwickeln?

Eine aktuelle Studie zeigt, dass nur bei ca. der Hälfte der ITP-Patienten, die nach der ersten Impfung einen Thrombozytenabfall entwickelt haben, auch bei der zweiten Impfung die Thrombozyten fallen. Die andere Hälfte hat keine Probleme mehr. Für die dritte, die Boosterimpfung gibt es noch keine Daten. Patienten, die nach der ersten Impfung einen Thrombozytenabfall und/oder nur leichte Blutungen hatten, sollten trotzdem wieder geimpft werden, dann mit Monitoring. Patienten, die nach der ersten Impfung schwere Blutungen hatten, d.h. Blutungen, für die Sie ins Krankenhaus mussten oder für die sie eine intensivere Therapie brauchten, sollten nicht nochmal geimpft werden.

Haben ITP-Patienten ein höheres Risiko für Hirnvenenthrombosen nach COVID-19 Impfung?

Im Jahr 2021 gab es Berichte, dass einige Geimpfte (keine ITP-Patienten!) einen Thrombozytenabfall und schwere Thrombosen, u.a. der Hirnvenen entwickelten. Man nannte diese Komplikation **Vakzin-induzierte prothrombotische Immunthrombozytopenie**. Trotz des ähnlichen Namens hat das nichts mit einer ITP zu tun und ITP-Patienten haben auch kein höheres Risiko, diese seltene und sehr spezielle Gerinnungsveränderung zu entwickeln.

Sind einige COVID-19 Impfstoffe Lebendimpfstoffe, die ITP-Patienten eigentlich vermeiden sollten?

Patienten haben gefragt, ob die Impfstoffe der Firmen Astra-Zeneca und Janssen-Cilag, die beide einen Virus als Träger benutzen, nicht „Lebendimpfstoffe“ sind und bei ITP-Patienten mit Immunschwäche kontraindiziert wären (so wie die Masern-, Röteln-, Mumps-, Windpockenimpfung, s.o.). Die Impfstoffe der Firmen Astra-Zeneca und Janssen-Cilag basieren auf Viren die „kastriert“ wurden. D.h. sie können einzelne Körperzellen infizieren und eine Immunreaktion auslösen, sie können sich aber nicht weiter vermehren und ausbreiten. Damit erfüllen diese Impfstoffe nicht die Definition eines Lebendimpfstoffes, sondern werden als „Vektor-Impfstoffe“ oder „Vektor-basierte Impfstoffe“ bezeichnet. Der AstraZeneca Impfstoff wird seit November in der Bundesrepublik nicht mehr angeboten. Der Impfstoff von Janssen-Cilag ist derzeit verfügbar.

Kann man ITP-Patienten mit Thrombozytopenie in den Muskel impfen?

Viele ITP-Patienten mit niedrigen Thrombozyten haben Sorge, wenn Impfstoffe in den Muskel (i.m.) gespritzt werden, ob sie dann nicht ein großes Hämatom entwickeln. Viele Impfungen können bei ITP-Patienten tatsächlich auch unter die Haut, subkutan (s.c.) verabreicht werden. Die derzeit zugelassenen Impfstoffe zur COVID-19-Schutzimpfung müssen aber alle strikt i.m. verabreicht werden, keinesfalls s.c.; man nimmt dann eine sehr feine Injektionskanüle (man spricht von einer Dicke von 23 oder 25 Gauge) und komprimiert die Einstichstelle anschließend über mindestens 2 Minuten.

Wir wirksam ist die Impfung und wie kann man das überprüfen?

Viele Patienten fragen, ob sie nach der Impfung SARS-CoV2 Antikörper bestimmen sollen, um zu prüfen, ob die Impfung gewirkt hat oder nicht. Es gibt dazu

bisher nur Daten von Patienten mit anderen Blut- oder mit Krebserkrankung, nicht von ITP-Patienten. Da die Wirksamkeit von Impfstoffen nicht nur von den Antikörper-Spiegeln, sondern von vielen weiteren Komponenten des Immunsystems abhängt, werden diese Testungen bisher nicht empfohlen. Die aktuellen Antikörperteste können auch gar nicht angeben, ab welchem Antikörper-Spiegel der Patient „sicher“ ist und ab wann das Infektionsrisiko wieder steigt, dafür wurden sie gar nicht entwickelt. Ein vermeintlich gutes Ergebnis könnte den Patienten verleiten, weniger vorsichtig zu sein und sich und andere dann doch wieder zu gefährden. In Zusammenfassung können Antikörpertests zur Überprüfung des Impferfolgs nicht empfohlen werden.

Was muss man bei der Impfung von ITP-Patienten noch beachten? Gibt es Unterschiede zu Nicht-ITP-Patienten?

ITP-Patienten werden in den gleichen Impfabständen geimpft, wie nicht ITP-Patienten. Nur ITP-Patienten, die eine immunhemmende Therapie bekommen, z.B. längerfristig oder höher dosierte Glucocorticoide, Azathioprin oder Rituximab sollten bereits 4 Wochen nach den ersten 2 Impfungen mit einer 3. Impfung „geboostert“ werden.

Zum Schluss

Wir hoffen, dass wir mit dieser Stellungnahme die meisten Ihrer Fragen beantworten konnten. Wir werden in regelmäßigen Abständen den Text überprüfen und neue Entwicklungen berücksichtigen. Bitte schicken Sie uns Lob und (!) Kritik. Das hilft nicht nur uns, sondern auch Ihnen und allen anderen Patienten.

Ihre ITP-Expertengruppe

PD Dr. med. Johanna Gebhart
Medizinische Universität Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin
Abt. f. Hämatologie und Hämostaseologie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Prof. Dr. med. Thomas Kühne
Universitäts-Kinderspital beider Basel
Spitalstr. 33
CH-4056 Basel

PD Dr. med. Oliver Meyer
Ärztlicher Geschäftsführer
Blutspendedienst der Landesverbände des
DRK Niedersachsen, Sachsen-Anhalt, Thü-
ringen, Oldenburg und Bremen gGmbH
Eldagsener Straße 38
31830 Springe

Univ.-Prof.
Dr. med. Ingrid Pabinger-Fasching
Allgemeines Krankenhaus Wien
Universitätsklinik für Innere Medizin I
Abt. f. Hämatologie und Hämostaseologie
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien

Dr. med. Thomas Stauch
Klinik für Innere Medizin II, Hämatologie und
Internistische Onkologie
Universitätsklinikum Jena
Am Klinikum 1
07743 Jena

Dr. med. Rosa Sonja Alesci
MVZ Gerinnungszentrum Hochtaunus
Zeppelinstrasse 24
61352 Bad Homburg

Dr. med. Marie Luise Hütter-Krönke
Charité- Campus Virchow Klinikum
Medizinische Klinik m.S. Hämatologie, Onko-
logie und Tumorimmunologie
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Prof. Dr. med. Axel Matzdorff
Asklepios Klinikum Uckermark
Klinik für Innere Medizin II
Am Klinikum 1
16303 Schwedt

Prof. Dr. med. Helmut Ostermann
LMU Klinikum Großhadern
Campus Großhadern
Marchioninstr. 15
81377 München

Prof. Dr. med. Ulrich Sachs
Zentrum für Transfusionsmedizin und Hä-
motherapie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Baldingerstr.
35043 Marburg

Dr. med. Karolin Trautmann-Grill
Medizinische Klinik I, Hämatookol. Amb.
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an
der TU Dresden
Fetscherstraße 74
01307 Dresden