

# Fallbeschreibung schwerer Verlauf einer COVID-19 Infektion

CoronaAmbulanzMayen

Dr. med. Tilo Fischbach

---

Männlich Jahrgang 1951, normalgewichtig, ambitionierter, trainierter Freizeitsportler.

VE: Polymyalgia rheumatica mit Prednisolontherapie in Reduktion aktuell 3mg/d

Aufnahme in der CoronaAmbulanz Mayen am 3.4.2020 mit seit 5 Tagen bestehendem Fieber teils bis 39°C trockenem Husten und allgemeiner Schwäche. Keine COVID-19 Kontaktpersonen bekannt.

3.4.2020:

Befund: leicht reduzierter Allgemeinzustand, Pat zu Fuß in Begleitung der Ehefrau

Temp 36.2°C (nach Paracetamol),

HF= 100/min

SpO2% 98%,

Lunge frei (vesikulär bds),

Es erfolgte ein Rachenabstrich auf SARS CoV-2 und Influenza A/B

Die, den Patienten begleitende Ehefrau klagte über völligen Geruchs- und Geschmacksverlust und leichte Kopfschmerzen. Auch hier erfolgte ein Rachenabstrich auf SARS CoV-2. Beide Patienten wurden mit der Bitte um freiwillige Quarantäne bis zum Erhalt des Ergebnisses nach Hause entlassen und sofortiger Arztkontakt bei Verschlechterung nahegelegt.

Am 6.4.2020 erfolgte die Rückmeldung des Patienten an die Praxis, dass der Abstrich bei ihm und der Ehefrau positiv auf SARS-CoV 2 ausgefallen sei.

Der Pat. klagte weiterhin über hohes Fieber und starken, trockenen Husten sowie körperlicher Schwäche.

Aufgrund des anhaltenden Fiebers wurde der Pat. am 7.4.2020 erneut in die CoronaAmbulanz elektiv zur Pleurasonographie einbestellt.

Seit vergangener Nacht hatte der Pat lt Ehefrau über plötzlich einsetzende Luftnot in Ruhe geklagt. Bei der Konsultation am 7.4.2020 war eine deutliche AZ Reduktion, Schwankschwindel und Schwäche festzustellen

7.4.2020

Befund: deutlich reduzierter Allgemeinzustand, schwankender Gang, erkennbare Dyspnoe

Temp 36,5°C (nach Paracetamol),

HF 95bpm,

SpO2= 76%

Ruhetachypnoe 35/min,

Pulmo: bds ubiquitär unspezifisches, endinspiratorisch kurzes Entfaltungsknistern.

SONOPEURA 7.4.2020:

LINKS: Pleurawinkelerguss 2 cm, glatte Pleuragrenzen und Reflexe

RECHTS: Subpleurale Infiltrationen 5x5cm

Siehe folgende Seiten.

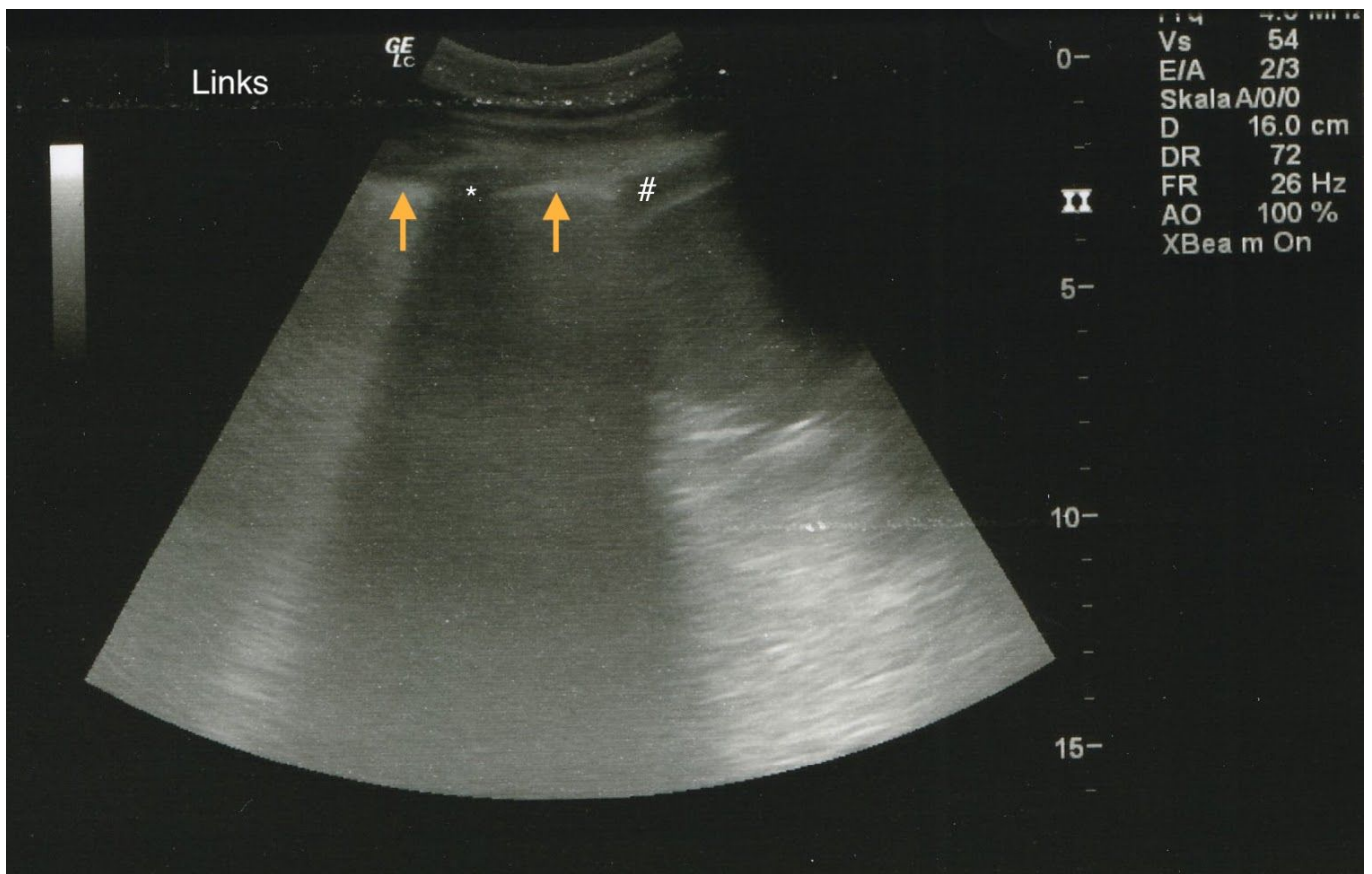
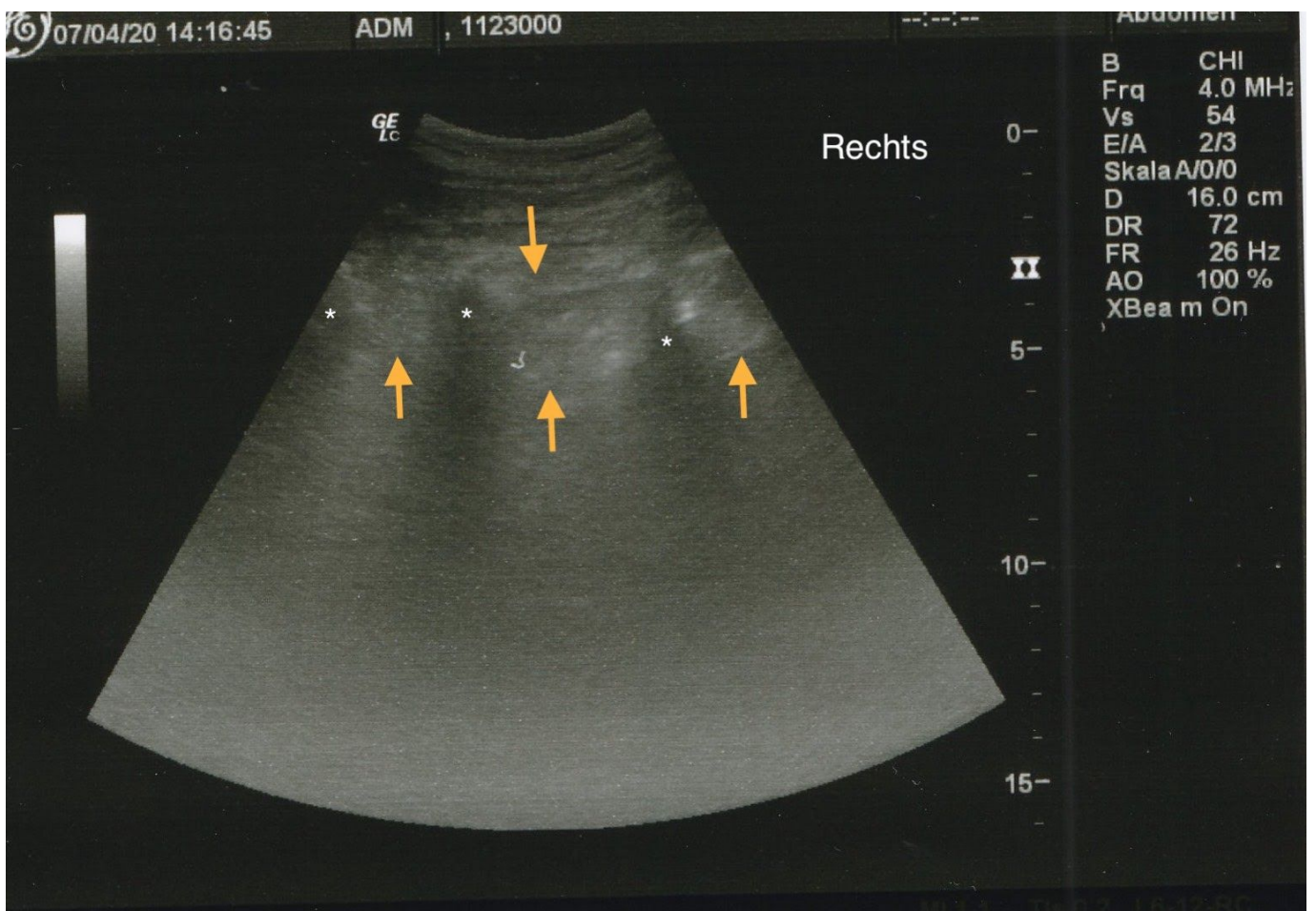
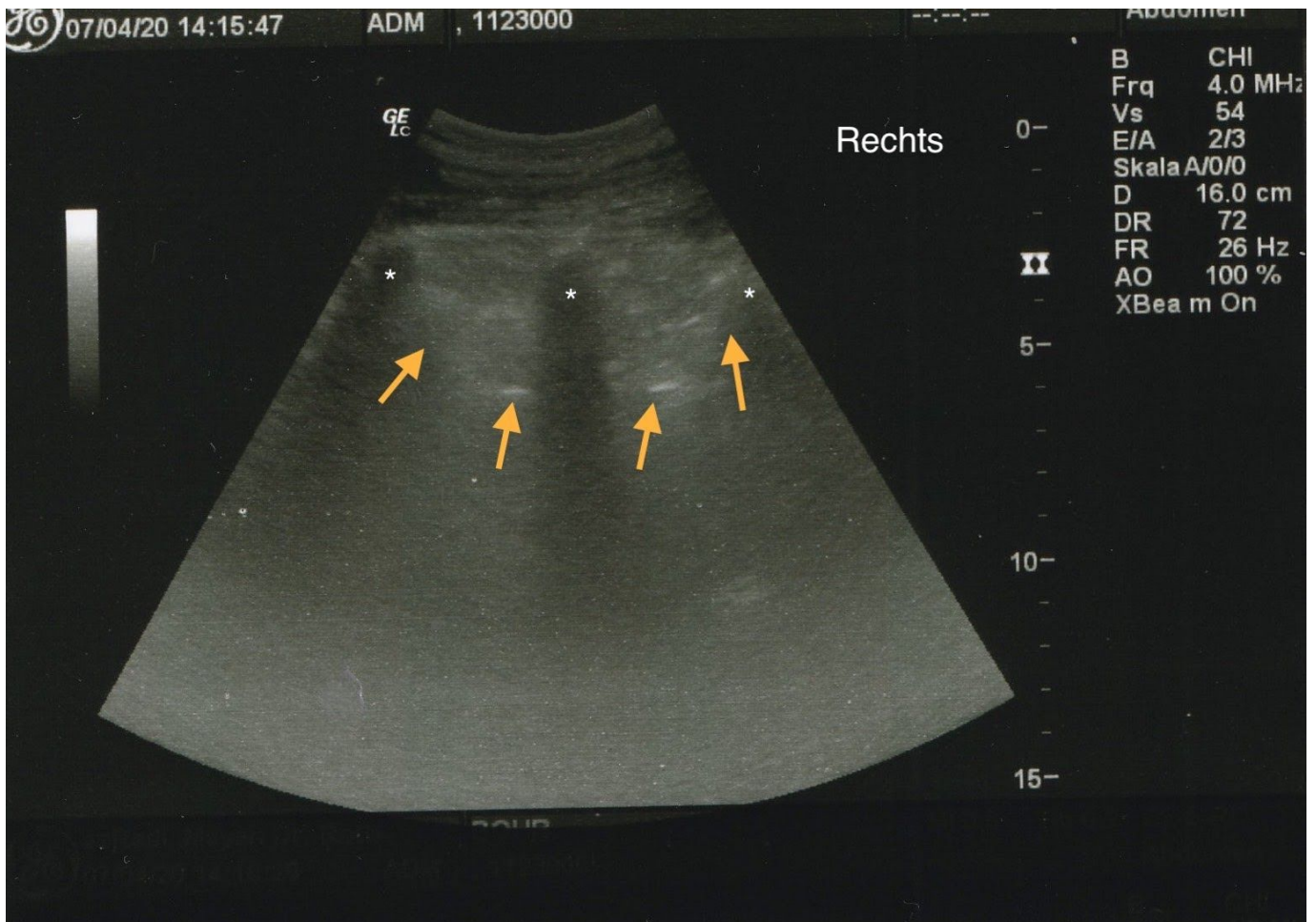


Bild 1: **Sonographie der linken Pleura.** Rippe(\*) und Pleuragrenze(Pfeile) sind gut erkennbar und atemverschieblich. Kleiner Pleurawinkelerguss von 2x1cm (#).  
Echoarme Struktur rechts im Bild= Milz.



**Bild 2: COVID-19 Pneumonie rechts Pleura Sonographie.** Oben: Längsschnitt: Der Grenzzonenreflex ist deutlich in die Tiefe verlagert(Pfeile), echoreichere Strukturen mit Binnenreflexen sind Verdichtungen des Lungengewebes. Unten: Querschnitt derselben Verdichtung mit Grenzzonenverlauf (Pfeile).

Verlauf:

Aufgrund der schlechten Oxygenierung und der sonographisch subpleural nachweisbaren Pneumonie rechts wurde eine Venenverweilkanüle gelegt und 9 Liter O<sub>2</sub> via Mund-Nasenmaske verabreicht und der Notarzt verständigt, der den Patient in eine Klinik mit Intensivkapazität transportierte.

Fazit:

beide Patienten versicherten, keinen bewussten Kontakt zu COVID-19 positiven oder erkrankten Personen gehabt zu haben, das Kontaktverbot zu respektieren und auch in keinem Risikogebiet gewesen zu sein. Dennoch habe ich mich aufgrund der typischen klinischen Symptomatik zur Testung entschlossen.

In erster Linie aufgrund des des anhaltenden Fiebers aber auch wegen des positiven Testbefundes bestand die Indikation zur kurzfristigen Nachsorge.

Nur aufgrund der Nachsorge und der Pleurasonographie und Pulsoxymetrie ist der schwere Verlauf einer COVID-19 Pneumonie aufgefallen und der Patient konnte adäquater stationärer Versorgung zugeführt werden.

Der Auskultationsbefund war auch im Verlauf blande. Bei diesem Patient waren zu keinem Zeitpunkt typische Pneumoniezeichen zu hören.

Laut Radiologen ist der konventionelle Röntgenbefund einer COVID-19 Pneumonie oft unspezifisch bzw im Gegensatz zu einer Lobärpneumonie aufgrund der diffusen Verteilung schlecht abgrenzbar. Auch im CT sind die Verdichtungen erst spät gut sichtbar. Pleurawinkelergüsse lassen sich erst ab einer größeren Menge im Thoraxröntgenbild darstellen

Typischerweise treten aber bei einer COVID-19 Pneumonie unmittelbar subpleural gelegene Infiltrate auf, die sonographisch sehr gut zu detektieren sind.

Dies erspart dem Patient den weiteren Weg zum Röntgen, der radiologischen Praxis die dortige Kontamination und Schutzausrüstung und dem behandelnden Arzt die nachträgliche Bild- und Befundbeschaffung.

Der Fall deutet darauf hin, dass die Pleurasonographie eine brauchbare Technik ist, um die Diagnose einer subpleuralen COVID-19 Pneumonie zu sichern. Die Geräte sind in der CoronaAmbulanz Mayen verfügbar und die Diagnostik ist leicht zu erlernen.