

Remdesivir bei COVID-19

Empfehlungen zum sachgerechten Einsatz

Bei hospitalisierten Patienten mit COVID-19 kann Remdesivir bei einigen Erkrankten zu einer Verkürzung der Zeit bis zur Regeneration führen, ohne Beleg für eine signifikante Senkung der Mortalität [1]. Auf Basis der bisherigen Erkenntnisse erscheint ein Einsatz von Remdesivir vor allem in der Frühphase der Erkrankung sinnvoll [2-5]. Aus gegebenem Anlass haben die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften die Empfehlungen zum Einsatz von Remdesivir zusammengefasst. Basis sind vor allem die Daten der jetzt vollständig publizierten Daten der ACTT-1- und der GS-US-540-5773-Studie [6, 7].

Indikation

Remdesivir (200 mg i. v. an Tag 1, ab Tag 2 100 mg i. v.) kann bei hospitalisierten, nicht beatmeten Patienten mit COVID-19-Pneumonie und Sauerstoffbedarf angewendet werden [2–5]. Bei klinischer Verschlechterung unter Remdesivir kann Dexamethason zum Einsatz kommen. Die Zulassung für Remdesivir umfasst Erwachsene und Kinder/Jugendliche ab dem 12. Lebensjahr.

Beschränkung der Anwendung

Für den Einsatz von Remdesivir in folgenden Situationen gibt es bisher keinen Nachweis eines klinischen Benefits, deshalb wird hier regelhaft kein Einsatz empfohlen:

- Patienten ohne Sauerstoffbedarf und/oder
- invasiv beatmete Patienten und/oder
- Niereninsuffizienz (GFR < 30ml/min) (siehe Fachinformation) und/oder
- Leberfunktionsstörung (GPT \geq 5x ULN oder GPT Anstieg + Zeichen einer Hepatitis oder gleichzeitigem Anstieg von Bilirubin, AP oder INR) (siehe Fachinformation) und/oder
- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe (siehe Fachinformation)

Die Therapiedauer von Remdesivir sollte in der Regel 5 Tage betragen.

Zur Sicherheit und Wirksamkeit einer Therapie mit Remdesivir bei Kindern unter 12 Jahren und einem Körpergewicht von <40 kg verweisen wir auf die Stellungnahme der DGPI [8].

Umsetzung

Wenn die Indikation gegeben ist und keine Anwendungsbeschränkungen vorliegen, kann Remdesivir eingesetzt werden. Wenn ein Einsatz von Remdesivir trotz der Anwendungsbeschränkungen vorgesehen ist, soll eine Beratung durch das Infektiologie-Beratungsnetzwerk des Ständigen Arbeitskreises der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB) und der DGI (www.rki.de/stakob-ibn) erfolgen und das Ergebnis dokumentiert werden.

Referenzen

1. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/veklury>
2. Malin JJ, Spinner CD: DGI recommendations for COVID-19 pharmacotherapy. Infection. Oct 19 2020:1-2. DOI: [10.1007/s15010-020-01519-z](https://doi.org/10.1007/s15010-020-01519-z)
3. Kluge S, Janssens U, Welte T et al.: Empfehlungen zur intensivmedizinischen Therapie von Patienten mit COVID-19 – 3. Version. Der Anaesthetist 69:653-664, 2020. DOI: [10.1007/s00101-020-00833-3](https://doi.org/10.1007/s00101-020-00833-3)
4. Giesen N, Sprute R, Rührich M et al.: Evidence-based Management of COVID-19 in Cancer Patients – Guideline by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society for Haematology and Medical Oncology (DGHO). Eur J Cancer 140:86-104, 2020. DOI: [10.1016/j.ejca.2020.09.009](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.09.009)
5. Hinweise zu Erkennung, Diagnostik und Therapie von Patienten mit COVID-19, Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Erkrankungen durch hochpathogene Erreger (STAKOB), Stand 09.10.2020. <http://dx.doi.org/10.25646/6539.15>; Veröffentlicht unter: www.rki.de/covid-19-therapie-stakob
6. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE et al.: Remdesivir for the Treatment of Covid-19 — Final Report. N Engl J Med 383:1813-1826, 2020. DOI: [10.1056/NEJMoa2007764](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2007764)
7. Goldman JD, Lye DCB, Hui DS et al.: Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe Covid-19. N Engl J Med 383:1827-1837, 2020. DOI: [10.1056/NEJMoa2015301](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2015301)
8. www.dgpi.de/stellungnahme-medikamentoese-behandlung-von-kindern-mit-covid-19/

Die Stellungnahme wurde für die Fachgesellschaften und Arbeitskreise von Prof. Dr. Thorsten Bauer (Helios Klinikum Emil von Behring, Klinik für Pneumologie, Berlin) und Prof. Dr. Bernhard Wörmann (Charité Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und Tumorimmunologie, Campus Virchow) in Kooperation mit Prof. Dr. Stefan Kluge (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Intensivmedizin), PD Dr. Jennifer Neubert (Universitätsklinikum, Klinik für Kinder-Onkologie, -Hämatologie und Klinische Immunologie, Düsseldorf), Prof. Dr. Michael Pfeifer (Klinik Donaustauf, Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg, Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Pneumologie), Prof. Dr. Bernd Salzberger (Universitätsklinikum Regensburg, Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Infektiologie), Prof. Dr. Tobias Tenenbaum (Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin, Pädiatrische Infektiologie und Pneumologie, Mannheim) und PD Dr. Timo Wolf (Universitätsklinikum Frankfurt, Medizinische Klinik II, Infektiologie) unter Einbindung der AG Therapie des STAKOB erarbeitet.