

Impfempfehlungen – Immunsuppression – Dermatologie

Stand: 11.03.2021

Quelle: Die Empfehlungen bzgl. der SARS-CoV-2-Impfungen entstammen denen der Deutschen Gesellschaft für Dermatologie (DDG) und sind vergleichbar mit den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Biologika der Österreichischen Gesellschaft für Dermatologie und Venerologie (ÖGDV).

Betroffenes dermatologisches Patientengut: Größtenteils werden immunmodulierende Therapien (Biologika), oder immunsuppressive Therapien bei Patienten mit Psoriasis vulgaris oder atopischer Dermatitis eingesetzt. Mit dem Fachgebiet der Rheumatologie bezüglich der Systemtherapien bei Autoimmunerkrankungen (Kollagenosen) ergeben sich Überschneidungen. Es gelten hier die Empfehlungen der rheumatologischen Gesellschaften. In der Dermatookologie gelangen sowohl zielgerichtete Therapien, Immuntherapien und Zytostatika zur Anwendung. Impfempfehlungen bei onkologischen Patienten werden durch die entsprechende Fachgesellschaft (DGHO) bereits abgedeckt.

Derzeitige Zulassungen von Impfstoffen Stand 10.03.2021:

Derzeit sind drei Präparate in der Europäischen Union zur Impfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 zugelassen:

- mRNA-Impfstoffe: Comirnaty™ (BioNTech/Pfizer) ist ab dem 16. Lebensjahr zugelassen, während Covid-19 Vaccine Moderna™ bei Erwachsenen ab dem 18. Lebensjahr eingesetzt werden kann. Beides sind mRNA-Impfstoffe und kodieren das Spike-Protein von SARS-CoV-2, auf das eine Immunreaktion generiert wird, die zu einem Immungedächtnis führen soll und mit der Bestimmung spezifischer Antikörper gemessen werden kann. Diese mRNA-Vakzinen werden im Abstand von 3-4 bzw. 6 Wochen zweimalig verabreicht.
- Vektor-basierter Impfstoff: Als dritter Impfstoff wurde COVID-19 Vaccine Astra-Zeneca™ zugelassen. Dieser nutzt einen Adenovirus-Vektor, um die genetische Information des Spike-Proteins von SARS-CoV-2 in einige Körperzellen einzuschleusen. Obwohl die Zulassung durch die EMA ab dem 18. Lebensjahr ohne Alterseinschränkung erfolgte, empfiehlt die STIKO diesen nur für Personen zwischen 18 und 64 Jahren, da für ältere Menschen keine ausreichenden Daten vorliegen. Der Abstand zwischen Erst- und Booster-Impfung beträgt bei diesem Impfstoff 9-12 Wochen.

Die STIKO empfiehlt, beide Corona-Impfungen mit dem identischen Präparat durchzuführen.

Empfehlungen von Seiten der DDG (Auszug kopiert von der Homepage der DDG):

„Alle zugelassenen Corona-Impfstoffe enthalten kein infektiöses Virus und können in Analogie zu Totimpfstoffen bei Immunsupprimierten bzw. Patienten unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Therapie verimpft werden. Bezüglich Immunogenität, Sicherheit und Wirksamkeit bei Immunsupprimierten wurde keiner der Impfstoffe untersucht. Zu erwarten ist, dass die Wirksamkeit des Impfstoffes in Abhängigkeit von Art und Ausmaß der Immunsuppression bzw. -defizienz eingeschränkt sein kann. Hingegen ist laut RKI in Analogie zu Totimpfstoffen nicht von einer reduzierten Sicherheit bei immunsupprimierten Patienten auszugehen.“

Keines der drei empfohlenen Präparate erwähnt Immunsuppression oder immunmodulierende Therapie als Kontraindikation, jedoch liegen aus den Zulassungsstudien keine Daten zu diesen Patientengruppen vor.

Analog zu den Empfehlungen der DDG zur Durchführung immunsupprimierender oder immunmodulierender Therapien während der Covid-19-Pandemie, sollten auch für die Impfung diese Therapien weitergeführt werden. Angestrebt wird die möglichst geringste Immunsuppression zum Zeitpunkt der Impfung. In einem Anwendungshinweis, der im Bundesgesundheitsblatt 2019 mitgeteilt wurde, wird empfohlen, bei einer anti-TNF-Therapie, einer anti-IL-17 oder einer anti-IL-23 Therapie die Totimpfstoffgabe in die Mitte der Injektionsintervalle zu legen. Unter Therapie mit Azathioprin erreichte ein Großteil der Geimpften einen protektiven Serumantikörperspiegel gegen *Pneumokokken und Tetanus*, auch unter Methotrexat-Therapie kommt es in niedriger Dosierung zu keiner Einschränkung des Impfschutzes. Eine Ausnahme könnte eine B-Zell-Depletion mit dem monoklonalen anti-CD20-Antikörper Rituximab darstellen, der zur Therapie des Pemphigus und weiterer Autoimmunerkrankungen zugelassen ist. Sofern medizinisch machbar, sollte Rituximab pausiert werden und eine Therapieumstellung erwogen werden, um eine verbesserte Impfantwort zu ermöglichen. Unter Rituximab führten Totimpfstoffe gegen Pneumokokken oder Influenza nur zu einer reduzierten Immunantwort.

Zusammenfassend wird daher auch bei Immunsupprimierten oder Patienten unter immunmodulierender Therapie eine Impfung gegen SARS-CoV-2 klar empfohlen. Vor der Impfung muss individuell entschieden werden, ob überhaupt und ggf. wie die laufende immunsuppressive Therapie angepasst werden kann, um den besten Impferfolg zu gewährleisten.“

Quellen:

Crnkic Kapetanovic M, Saxne T et al.: Rituximab and abatacept but not tocilizumab impair antibody response to pneumococcal conjugate vaccine in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2013, 15:R171

Oren S, Mandelboim M et al.: Vaccination against influenza in patients with rheumatoid arthritis: the effect of rituximab on the humoral response. *Ann Rheum Dis* 2008, 67:937-41

Wagner N, Assmus F et al.: Impfen bei Immundefizienz. Anwendungshinweise zu den von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen. (IV) Impfen bei Autoimmunerkrankungen, bei anderen chronisch-entzündlichen Erkrankungen und unter immunmodulatorischer Therapie. *Bundesgesundheitsblatt* 2019, 62:494–515