

## Möglicher Einsatz der monoklonalen Antikörper in Abhängigkeit von der diagnostizierten SARS-CoV-2-Virusvariante

**Autoren:** Fachgruppe COVRIIN am Robert-Koch-Institut ([COVRIIN@rki.de](mailto:COVRIIN@rki.de))

Zu der Wirksamkeit der einzelnen monoklonalen Antikörper liegen in-vitro Untersuchungen vor<sup>1,2,3</sup>. Die tatsächliche klinische Wirksamkeit der Antikörper kann von den in-vitro Daten abweichen.

Zu bedenken ist, dass bei immunsupprimierten Patienten der Einsatz von monoklonalen Antikörpern in Monotherapie möglicherweise nicht zur vollständigen Viruselimination führt und daher Entstehung von Escape-Mutationen fördern kann. Daher ist der Ansicht der Autoren nach in dieser Patientengruppe eine Kombinationstherapie aus 2 monoklonalen Antikörpern als Einzelfallentscheidung zu bevorzugen.

Sollten 1-2 Wochen nach der Antikörpergabe kein Abfall der Viruslast oder - nach vorübergehendem Ansprechen- ein relevanter Anstieg beobachtet werden, ist eine erneute Sequenzierung dringend anzuraten.

Bei immunkompetenten Patienten ist eine Monotherapie mit Bamlanivimab möglich, vorausgesetzt, es handelt sich nicht um die besorgniserregenden Varianten (VOC) VOC B.1.135 oder P1. Sollte das Ergebnis der Mutationsanalyse bei Indikationsstellung zur Antikörpertherapie noch nicht vorliegen, ist die lokale epidemiologische Situation bei der Wahl der Antikörper zu berücksichtigen.

Diese Tabelle basiert auf der aktuell verfügbaren Literatur und soll eine Hilfestellung bei der Entscheidung zur Auswahl der monoklonalen Antikörper bieten.

	Wildtyp	B.1.1.7 (sog. britische Variante)	B.1.135 (sog. südafrikanische Variante)	P1 (sog. brasilianische Variante)
<b>Bamlanivimab</b>				
<b>Casirivimab*</b>				
<b>Imdevimab*</b>				
<b>Etesevimab**</b>				keine Daten

\*Einsatz als Kombination Casirivimab/Imdevimab

\*\* Bisher in Deutschland nicht verfügbar. Einsatz als Kombination mit Bamlanivimab

Wirksamkeit anhand in-vitro Neutralisationstests:	
	wirksam
	nicht wirksam
	vermutlich wirksam, Daten nicht publiziert (Pressemeldung) <sup>4</sup>

**Sie haben Fragen?** Wenden Sie sich bitte an [COVRIIN@rki.de](mailto:COVRIIN@rki.de). Die Geschäftsstelle des STAKOB unterstützt die Autoren und wird Ihre Fragen und Anregungen weiterleiten.

Stand: 31.03.2021; DOI 10.25646/8226.2

## Literatur

<sup>1</sup> Wang P et al. Increased Resistance of SARS-CoV-2 Variants B.1.351 and B.1.1.7 to Antibody Neutralization.

doi: <https://doi.org/10.1101/2021.01.25.428137> bioRxiv preprint, this version posted January 26, 2021 ;

<sup>2</sup> Liu H et al. The basis of a more contagious 501Y.V1 variant of SARS-COV-2. bioRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.02.02.428884>; this version posted February 2, 2021.

<sup>3</sup> Starr TN et al. Prospective mapping of viral mutations that escape antibodies used to treat COVID-19. Science. 2021 Feb 19;371(6531):850-854. doi: 10.1126/science.abf9302. Epub 2021 Jan 25. PMID: 33495308.

<sup>4</sup> <https://newsroom.regeneron.com/news-releases/news-release-details/phase-3-trial-shows-regen-covtm-casirivimab-imdevimab-antibody>