Akute Pankreatitis

E. Klar, Heidelberg W. Uhl, M.W. Böhler, Bern

Diagnostik und Therapie der akuten Pankreatitis haben sich in den vergangenen 15 Jahren weitgehend verändert. Nach der internationalen Klassifikation der akuten Pankreatitis, die von Bradley [1] aufgestellt wurde, ist der Stellenwert der kontrastmittelverstärkten Computertomographie (CT) in der Bildgebung der schweren akuten Pankreatitis heute weltweit akzeptiert. Im Vergleich mit allen anderen Methoden ist die kontrastmittelverstärkte CT nach wie vor das überragende Verfahren zur Einteilung des Schweregrads nach morphologischen Gesichtspunkten. Hiermit gelingt es in bis zu 90% der Fälle, die nekrotisierende Pankreatitis von der milden Form abzugrenzen.

Die Diagnostik der akuten Pankreatitis basiert auf der Bestimmung von Pankreasenzymen (Amylase, Lipase, Pankreaselastase) im Serum. Hiermit gelingt es unschwer, bei entsprechendem klinischem Krankheitsbild (akut einsetzende Oberbauchschmerzen) die Diagnose einer akuten Pankreatitis zu stellen. Der zweite wichtige Schritt nach der Diagnostik ist die Schweregradeinteilung (Staging), die innerhalb der ersten drei Tage nach Hospitalisation durchgeführt werden sollte. Beim Staging hat sich vorrangig das C-reaktive Protein im Serum (Werte über 120–150 mg/l weisen auf einen schweren Verlauf hin) bewährt. Die Nachweismethoden für die anderen Parameter sind für den täglichen klinischen Einsatz noch nicht ausgereift und bedürfen weiterer Evaluation. Neben dem kontrastmittelverstärkten CT erlangt die Magnetresonanztomographie zunehmend Bedeutung, hat jedoch ihre klinische Reifeprüfung gegenüber dem CT noch nicht bestanden.

Die Therapie der akuten Pankreatitis ist nach wie vor symptomatisch und nicht kausal. Auch der jüngst in mehreren multizentrischen Studien geprüfte «platelet activating factor receptor antagonist» Lexipafant ist nach neuesten Erkenntnissen ähnlich wie die anderen in multizentrisch kontrollierten Studien untersuchten Pharmaka Aprotinin, Gabexatmesilat, Somatostatin und Octreotid nicht erfolgversprechend.

Die Rolle der Endoskopie bei biliärer Pankreatitis ist noch nicht geklärt. Nachdem zwei multizentrische Studien sich für die frühzeitige endoskopische retrograde Cholangiopankreatikographie (ERCP) mit Papillotomie bei biliärer Pankreatitis ausgesprochen hatten [2, 3], konnten diese Ergebnisse durch eine kürzlich in

Deutschland durchgeführte Multizenterstudie [4] nicht bestätigt werden. Daher muß zu diesem Zeitpunkt die Indikation zur ERCP mit Papillotomie zurückhaltend gestellt werden, d.h. nur bei eindeutigen Zeichen der Gallengangobstruktion (Cholestase, Sepsis) oder bei schwerem (nekrotisierendem) Verlauf der akuten Pankreatitis. Alle anderen Formen profitieren nach jetzigem Erkenntnisstand nicht von dieser Intervention.

Die Therapie der leichten akuten Pankreatitis (interstitielle ödematöse Form) ist heute streng konservativ, und die Ergebnisse jüngster Studien zeigen, daß diese Erkrankung ihren Schrecken verloren hat. Ihr Verlauf ist mild, und die Patienten verlassen das Krankenhaus nach 7–14 Tagen ohne wesentliche Folgen. Wichtig ist hierbei, daß die Cholezystektomie bei biliärer leichter akuter Pankreatitis während desselben Krankenhausaufenthalts durchgeführt wird, um einem Rezidiv der akuten Pankreatitis vorzubeugen.

Die Therapie der schweren akuten (nekrotisierenden) Pankreatitis basiert primär auf konservativ/intensivmedizinischen Konzepten. Ziel ist die Stabilisierung des Patienten in der frühen Mediatorphase der Erkrankung mittels adäquatem Volumenersatz. Experimentelle Daten zeigen, daß eine rasche Absenkung des meist erhöhten Hämatokrits mittels Kolloiden (insbesondere Dextran) die Pankreasmikrozirkulation verbessert und damit die Etablierung bzw. Progression von Pankreasnekrosen verhindert. Die Therapie des initialen Multiorganversagens erfolgt nach Maßgabe intensivmedizinischer Kriterien gegebenenfalls durch den Einsatz von Katecholaminen zur Kreislaufstabilisierung, von Nierenersatzverfahren (Hämodialyse, Hämofiltration) und, falls ein Lungenversagen vorliegt, durch maschinelle Beatmung. Durch diese Maßnahmen gelingt es in den meisten Fällen, das initiale Multiorganversagen zu kontrollieren. Das Hauptproblem der schweren akuten Pankreatitis liegt in der sekundären Infektion, die sich im Verlauf von 2–4 Wochen nach Erkrankungsbeginn mit den Zeichen der Sepsis (sekundäres Multiorganversagen) manifestiert. Daher ist es wichtig, Patienten mit nekrotisierender Pankreatitis initial antibiotisch zu behandeln. Dadurch kann die spätere Rate an Infektionen der Bauchspeicheldrüse und auch anderer Organe signifikant gesenkt werden, was durch zahlreiche multizentrische Studien belegt ist.

Trotzdem kommt es unter einer Antibiotikaphylaxe bei 10–30% der Fälle von nekrotisierender Pankreatitis heute noch zu einer Infektion der Nekrosen. Patienten mit infizierten Nekrosen profitieren von einer chirurgischen Therapie. Alternative Behandlungskonzepte wie die interventionelle Drainage oder die konservative Therapie der infizierten Nekrose sind bisher nicht durch ausreichende Daten gestützt. Die sterile Nekrose scheint in der Zukunft eine Domäne der konservativen Behandlung (Intensivtherapie) zu werden. Neuere Daten größerer Studien zeigen, daß die Mehrzahl der Patienten mit sterilen Nekrosen unter rein konservativer Therapie, auch wenn ein Multiorganversagen vorgelegen hat, profitieren. Chirurgische Maßnahmen sind zum einen zur Behandlung von Komplikationen wie Arrosionsblutungen, Obstruktion des Gastrointestinaltrakts usw. indiziert. Des weiteren besteht bei vorliegenden Parenchymnekrosen eine obligate Operationsindikation bei sekundärer Destabilisierung des Patienten, unabhängig vom Infektstatus der Nekroseareale.

Diagnostik und Therapie der akuten Pankreatitis unterliegen derzeit einem stetigen und fortschreitenden Wandel. Evidence-based-Kriterien haben auch bei der Behandlung dieser Erkrankung Einzug gehalten, und wir dürfen beruhigt auf die kommenden 5 Jahre

schauen, die weitere Evidence-based-Therapiekonzepte wie dasjenige der Antibiotikaphylaxe bei schwerer akuter Pankreatitis erwarten lassen.

Die Herausgeber dieses Schwerpunkthefts danken allen Autoren für die überaus qualifizierte Themenbearbeitung. Dieses Heft gibt einen aktuellen Überblick zur Diagnostik und Therapie der akuten Pankreatitis und dient so der Weitergabe neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse an die Praxis.

Literatur

- 1 Bradley EL: A clinically based classification system for acute pancreatitis. *Arch Surg* 1993;128:586–590.
- 2 Neoptolemos JP, London NJ, James D, Carr-Lokke DL, Bailey IA, Fossard DP: Controlled clinical trial of endoscopic sphincterotomy versus conservative treatment for acute pancreatitis due to gallstones. *Lancet* 1988;ii:979–983.
- 3 Fan ST, Lai EGS, Mok FPT, Zheng SS, Wong J: Early treatment of acute biliary pancreatitis by endoscopic papillotomy. *N Engl J Med* 1993;328:228–232.
- 4 Fölsch UR, Nitsche R, Lüdke R, Holgers RA, Creutzfeldt A, and the German Study Group of Acute Biliary Pancreatitis: Early ERCP and papillotomy compared with conservative treatment of acute biliary pancreatitis. *N Engl J Med* 1997;336:237–242.