

SEMINAR

Anamnese, Klinik, Scores, Labor

Sichere Diagnose der akuten Pankreatitis

C. Schäfer

Die akute Pankreatitis verläuft meist selbstlimitierend mit geringer Morbidität und Mortalität. In ca. 20% der Fälle kommt es jedoch zur Eskalation mit lokalen Komplikationen, generalisierter Entzündungsreaktion, Organversagen – und hoher Mortalität bis zu 30%. Eine frühe Diagnose ist essenziell für die Therapie und die Prognose.

—Die jährliche Inzidenz der akuten Pankreatitis liegt bei 13–45 Fällen pro 100.000 Personen, wobei die Prävalenz seit einigen Jahren ansteigt [1, 2, 4, 5]. Nimmt die Krankheit einen fulminanten Verlauf, ist das Zeitfenster für eine ursachenorientierte Therapie extrem klein. Häufig bleibt nur die rein symptomatische Therapie.

In westlichen Ländern ist die Cholelithiasis mit bis zu 40% die häufigste Ursache, gefolgt vom Alkoholabusus mit 36%. Die Krankheit kann auch durch metabolische Störungen, Autoimmunerkrankungen, Veränderungen des Pankreas- und/oder Gallengangs, hereditär, iatrogen durch Eingriffe und Traumata, viral bzw. parainfektios oder medikamentös bedingt sein.

Diagnose der akuten Pankreatitis

Leitsymptom ist der heftige, oft plötzlich einsetzende und gürtelförmige Oberbauchschmerz mit Ausstrahlung in den Rücken. Charakteristisch in der körperlichen Untersuchung ist der prall-elastische „Gummibauch“ aufgrund der retroperitonealen Lage des Pankreas. Livide Verfärbungen der Flanken (Grey-Turner-Zeichen) oder der Umbilikalregion (Cullen-Zeichen) sind selten und prognostisch ungünstig.

Die Diagnose kann bei Vorliegen von zwei der drei Kriterien der Atlanta-Klassifikation gestellt werden: klinische Beschwerden, Erhöhung des Serum-Lipasespiegels über das 3-Fache der Norm, typische morphologische Veränderungen in der Bildgebung. Der Lipase- ist gegenüber dem Amylasewert spezifischer, die Höhe korreliert dabei aber nicht mit dem Schweregrad [2, 4, 5].

Klärung der Ätiologie

Nach der Diagnosestellung ist eine rasche Klärung der Ätiologie notwendig. Wichtig ist die Identifikation der biliären Pankreatitis, da mit der endoskopischen Steinentfernung (ERC) eine therapeutische Option vorhanden ist.

Neben den laborchemischen Untersuchungen von Bilirubin, GOT, GPT, γ -GT und alkalischer Phosphatase sollte eine Ultraschalluntersuchung der Gallenblase mit der Frage „Steinnachweis oder Cholezystitis“ sowie der intra- und extrahepatischen Gallengänge erfolgen. Eine GPT-Erhöhung auf mehr als 300% der Norm hat zusammen mit einer sonografisch gesicherten Cholezystolithiasis einen positiv prädiktiven Wert von 95% für eine biliäre Genese.

Mit der transabdominellen Sonografie kann eine biliäre Ursache häufig nicht



Prof. Dr. med.
Claus Schäfer
Kliniken des Landkreises
Neumarkt i. d. OPf.

MMW-Fortbildungsinitiative:
Gastroenterologie für den Hausarzt
Regelmäßiger Sonderteil der
MMW-Fortschritte der Medizin.



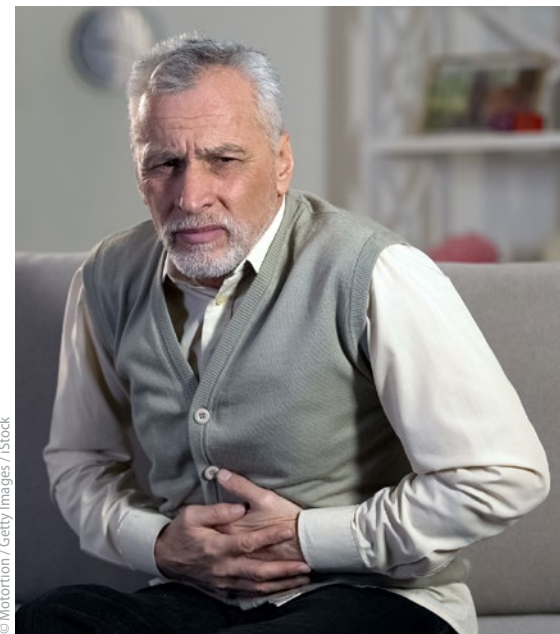
Herausgeber:

Gesellschaft für Gastroenterologie
in Bayern e. V.; Tassilostr. 2, D-85540 Haar
Tel.: 089/3265-3672
E-Mail: info@gfgb.org
Internet: www.gfgb.org

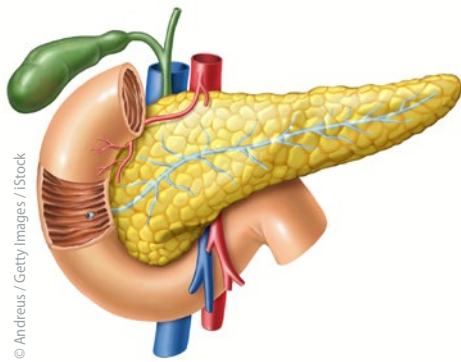
Redaktion:

Prof. Dr. med. W. Scheppach, Würzburg
Prof. Dr. med. R. M. Strauch, München
Prof. Dr. med. D. Strobel, Erlangen
Prof. Dr. med. H. S. Fießl, München

sicher ausgeschlossen werden, sodass hier eine endoskopische Ultraschalluntersuchung (EUS) erfolgen sollte. Diese ist insbesondere zum Nachweis kleiner Steine < 4 mm oder präpapillärer Konkrementen anderen bildgebenden Verfahren wie MRCP oder CT überlegen und kann bei Steinnachweis sofort mit einer



Leitsymptom ist der heftige, gürtelförmige Oberbauchschmerz.



© Andrius / Getty Images / iStock

ERC kombiniert werden. Diese sollte möglichst innerhalb von 24–48 Stunden nach Diagnose erfolgen.

Klassifizierung der Krankheit

Nach Diagnosestellung ist eine genaue Stratifizierung des lokalen und des systemischen Schweregrads von essenzieller Bedeutung für Therapie und Prognose. Dies schließt klinische, radiologische und laborchemische Verfahren ein. Die schwere bzw. nekrotisierende Pankreatitis erfordert zudem eine frühzeitige intensivmedizinische Betreuung.

Zur Identifikation einer milden Verlaufsform wurde der Harmless Acute Pancreatitis Score entwickelt und validiert (Tab. 1). Der systemische Schweregrad kann anhand der dreistufigen Atlanta-Klassifikation eingeschätzt werden [2, 3, 4, 5].

Bei der milden Verlaufsform treten weder lokale noch systemische Komplikationen auf. Die klinischen Symptome bilden sich nach wenigen Tagen zurück, die Mortalität ist sehr gering. Die mittelschwere akute Pankreatitis zeichnet sich durch das Auftreten eines vorübergehenden Organversagens von bis zu 48 Stunden und/oder lokale Komplikationen wie Nekrosen, infizierte Nekrosen oder Pseudozysten aus.

Ein Organversagen von länger als 48 Stunden Dauer definiert die schwere akute Pankreatitis. In dieser Patientengruppe entwickeln sich im Verlauf fast immer spezifische lokale Komplikationen wie Nekrosen, Nekroseinfektionen oder Pseudozysten/Verhalte.

Laboruntersuchungen

Anders als die Computertomografie erlauben laborchemische Parameter wie

Tab. 1 Harmless Acute Pancreatitis Score (HAPS)

Peritonitis	1 Punkt
Kreatinin-Wert ≥ 2 mg/dl	1 Punkt
Hämatokrit $\geq 43\%$ (Männer) oder $39,6\%$ (Frauen)	1 Punkt
Ein Ergebnis von 0 Punkten suggeriert einen harmlosen Verlauf (positiver prädiktiver Wert: 98–98,7%).	

Mod. n. Lankisch PGet al. [6]

Proteasen, Zyto- und Chemokine sowie Akutphase-Proteine eine gute prognostische Einschätzung. Goldstandard ist das CRP. Eine Erhöhung über 15 mg/dl spricht für eine nekrotisierende Pankreatitis. Das CRP ist Zytokinen wie IL-1, IL-8 und TNF- α überlegen und IL-6 zumindest gleichwertig. Zudem ist die Bestimmung schneller, preiswerter und überall verfügbar.

Bei der Erstpräsentation des Patienten ist der Hämatokrit und seine Veränderung unter Flüssigkeitssubstitution bis heute eine einfache, sehr gute prognostische Variable. Ein Aufnahme-Hämatokrit $> 43\%$ beim Mann oder $> 39\%$ bei der Frau korreliert mit dem Auftreten von Komplikationen wie Nekrosen, oder Organversagen. Auch eine Hyperglykämie ist prognostisch ungünstig. Ein Blutzuckerwert über 125 mg/dl hat eine Sensitivität von 83% und einen negativ prädiktiven Wert von 92% für das Auftreten einer Nekrose.

Weitere prognostisch ungünstige Parameter sind eine Leukozytose von > 16 G/l, ein Alter über 55 Jahre, ein BMI von > 30 , eine Serum-Kalziumkonzentration < 2 mmol/l und eine Lactatdehydrogenase von > 350 U/l.

Therapie der akuten Pankreatitis

Die Therapie hat sich über die vergangenen Jahre zu einem primär konservativ-intensivmedizinischen Vorgehen entwickelt. Die frühzeitige infusionale Volumenersatztherapie ist ein zentraler Bestandteil. Eine prophylaktische Antibiotikatherapie ist nicht indiziert. Bei infizierten Nekrosen oder extrapancreatischen Infektionen sollten Carbapeneme, Chinolone plus Metronidazol oder Piperacillin/Sulbactam eingesetzt werden.

Darüber hinaus ist die rasche und ausreichende Analgesie ein wichtiges Therapiekonzept. Hier sind häufig auch Opioide notwendig, welche oft mit einer prokinetischen Therapie bei Ileus bzw. Subileuszuständen kombiniert werden müssen. Ist nach 48- bis 72-stündiger Nahrungskarenz ein oraler Kostaufbau nicht möglich, so ist eine enterale Ernährung via Nasensonde anzustreben.

Pankreatitis-spezifische lokale Komplikationen wie akute und abgekapselte Nekroseansammlungen, infizierte Nekrosen oder postakute Pseudozysten stellen die Domäne interventioneller Therapiesansätze dar. Mit einem schrittweise eskalierenden Vorgehen konnten die Raten an schweren Komplikationen und Spätfolgen in den letzten Jahren deutlich gesenkt werden.

→ **Literatur:** springermedizin.de/mmw

→ **Title and Keywords:** Acute pancreatitis – diagnosis and treatment

Pancreatitis / Harmless Acute Pancreatitis Score / choledocholithiasis / lipase

→ **Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. med. Claus Schäfer
 Medizinische Klinik II, Kliniken des Landkreises Neumarkt i. d. OPf.
 Nürnberger Str. 12, D-92318 Neumarkt in der Oberpfalz
claus.schaefer@klinikum.neumarkt.de

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

1. Die Diagnose akute Pankreatitis wird aufgrund der Anamnese, der Klinik und einer Serumlipase über dem 3-Fachen der Norm gestellt.
2. Prognostisch ungünstige Parameter sind: CRP-Wert > 15 mg/dl, Hämatokritanstieg, Leukozytose > 16 G/l, Alter > 55 Jahre, BMI > 30 .
3. Wegen potenzieller Lebensgefahr sollte jeder Patient in ein Krankenhaus, möglichst mit interventionell-endoskopischer Expertise, eingewiesen werden.
4. Bei biliärer akuter Pankreatitis mit Cholangitis oder Gallengangverschluss durch Stein ist eine ERC mit Papillotomie innerhalb von 24–48 Stunden indiziert.

Literatur

1. Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis. *N Engl J Med.* 2006;354:2142–50
2. Rau BM, Alsfasser G, Schäfer C. Akute Pankreatitis – Teil 1: Allgemeine Grundlagen und Diagnostik. *Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date.* 2018;12:587–99
3. Trikudanathan G, Wolbrink DRJ, van Santvoort HC et al. Current Concepts in Severe Acute and Necrotizing Pancreatitis: An Evidence-Based Approach. *Gastroenterology.* 2019;156:1994–2007
4. Crockett SD, Wani S, Gardner TB et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on Initial Management of Acute Pancreatitis. *Gastroenterology.* 2018;154:1096–101
5. Huber W, Schneider J, Algül H, Philipp V. Klinisches Management der akuten Pankreatitis. *Der Gastroenterologe.* 2018;13:412–24
6. Lankisch PG, Weber-Dany B, Hebel K et al. The harmless acute pancreatitis score: a clinical algorithm for rapid initial stratification of nonsevere disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7:702–5
7. Rau BM, Alsfasser G, Schäfer C. Akute Pankreatitis – Teil 2: Therapeutisches Vorgehen. *Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date.* 2018;12:603–16