

Akute Pankreatitis – Was hilft? Wann läuft's schlecht?

Julia Woitalla, Klaus Fellermann, Hendrik Lehnert, Gunther Weitz
Medizinische Klinik I, Gastroenterologie

Einführung

Die akute Pankreatitis ist eine Entzündung der Bauchspeicheldrüse, die in der Regel durch Gallensteine oder Alkoholexzess ausgelöst wird. Die Patienten haben heftigste Oberbauchschmerzen, oft begleitet von Übelkeit und Erbrechen. Manchmal kommt es zu einem schweren Krankheitsbild mit erheblichen Kreislauf- und Atmungsproblemen.

Meist heilt die Entzündung ganz wieder aus, in 10-20% der Fälle sterben Teile des Organs oder des umgebenden Gewebes ab, es kommt zu Nekrosen. Diese Nekrosen können sich bakteriell entzünden, was dann schwer zu behandeln ist und zum Tode führen kann. Am Anfang ist schwer vorzusagen, wer Nekrosen entwickelt.

Eine spezifische Behandlung der akuten Pankreatitis existiert nicht. Es wird angenommen, dass die intravenöse Gabe von viel Flüssigkeit den Verlauf der Erkrankung beeinflussen kann.

Fragestellung und Methoden

- Gibt es eine „ideale“ Dosierung der Therapie mit intravenöser Flüssigkeit?
- Welche anderen Parameter haben in der Frühphase Einfluss auf den Verlauf?



Auswertung von bisher 394 Akten von Patienten, die in den Jahren 2008- 2011 aufgrund einer akuten Pankreatitis stationär im UKSH Lübeck behandelt wurden.

Nekrosen als bleibende Komplikation

Nekrosen sind abgestorbene Gewebsteile. Nach einer Weile bilden sich abgekapselte Höhlen, die vom Magen her endoskopisch entlastet werden können.



Abb.1: Endosonografische Darstellung einer Nekrosehöhle.



Abb.2: Eröffnung einer Nekrosehöhle vom Magen her. Blick durch den Dilatationsballon.



Abb.3: Blick in eine frisch eröffnete Nekrosehöhle.

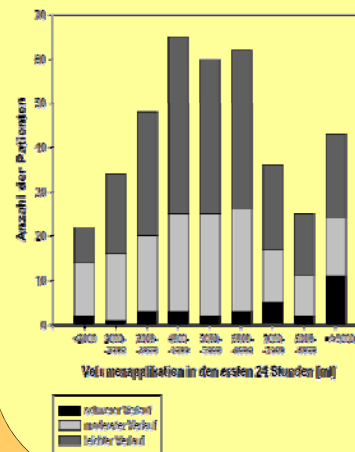


Abb.4: Nekrosehöhle nach wiederholter Spülung und Abtragung von nekrotischem Material.

Ergebnisse

Tabelle: Patienten mit nekrotisierendem Verlauf waren häufiger männlich und hatten bei Aufnahme ein signifikant höheres CRP, eine höhere Herzfrequenz und ein höheres Laktat. Hämatokrit bei Aufnahme und die Gesamtmenge der in den ersten 24 Stunden applizierten Flüssigkeit unterschieden sich hingegen nicht. Angegeben sind Mittelwerte \pm SEM (Standardfehler des Mittelwerts) * $P < .05$

	Patienten <u>ohne</u> Nekrosen (n = 348)	Patienten <u>mit</u> Nekrosen (n = 46)
Alter (Jahre)	58,5 \pm 1,0	54,8 \pm 2,1
Geschlecht ♂	184 (52,9%)	34 (73,9%)
Lipase (U/l)	2819 \pm 221	1928 \pm 377
CRP (mg/l) *	42 \pm 4	88 \pm 14
Leukozyten (μ l ⁻¹)	12,7 \pm 0,5	11,3 \pm 0,6
RR _{sys} (mmHg)	138 \pm 1	145 \pm 4
RR _{diast} (mmHg)	78 \pm 1	82 \pm 2
Herzfrequenz (min ⁻¹) *	81 \pm 1	91 \pm 3
Laktat (mmol/l) *	1,7 \pm 0,1	2,2 \pm 0,2
Hämatokrit (%)	39,2 \pm 0,3	40,1 \pm 0,7
Flüssigkeit erster Tag (ml)	5548 \pm 148	5672 \pm 374



Graphik: Der weitere Verlauf der Erkrankung war unabhängig von der applizierten Flüssigkeitsmenge. Nur bei exzessiven Gaben gab es eine Häufung von schwereren Verläufen.

Leichter Verlauf = keine Nekrosen, rasche Krankenhausentlassung

Moderater Verlauf = keine Nekrosen, aber komplizierter Verlauf (pankreatitisbedingte Hospitalisation >7d, Kreislaufprobleme, Temp. >39°C, Opiate >3d) oder unkomplizierte Nekrosen

Schwerer Verlauf = komplizierte Nekrosen (infiziert, drainagepflichtig), Intensivpflichtigkeit oder pankreatitisbedingter Tod

Schlussfolgerung

- Es gibt keine „ideale“ Flüssigkeitstherapie, die zu einer Verbesserung der Prognose führt.
- Mehr als von der Flüssigkeitstherapie scheint der weitere Verlauf von dem Zustand abzuhängen, in dem sich der Patient bei Aufnahme befindet: Bei nekrotisierenden Verläufen bestand zum Zeitpunkt der Aufnahme ein stärkerer Entzündungsreiz (CRP und Herzfrequenz) sowie eine verschlechterte Mikrozirkulation (Laktat).
- Bei exzessiven Flüssigkeitsgaben in den ersten 24 h könnte bereits bei Aufnahme ein schwereres Krankheitsbild vorgelegen haben, das die Wahl dieser Therapie bestimmte.
- Möglicherweise spielt die Zeit, in der mit der Therapie begonnen wird, eine entscheidende Rolle.