

# CHEMOTHERAPIE

Informationen für Ärzte und Apotheker zur rationalen Infektionstherapie

März/April 2008 - 29. Jahrg.

## Übersicht

**Akute Pankreatitis – ist die prophylaktische Antibiotikagabe indiziert?**

Zu den häufigsten Ursachen einer akuten Pankreatitis zählen ein Alkoholabusus und eine Cholelithiasis mit Papillenverschluss. Die entzündliche Reaktion wird durch Rückstau von Galle und/oder Pankreassekret ausgelöst. Bei der alkoholbedingten Pankreatitis sind eine direkte toxische Schädigung und eine Eindickung des Pankreassekrets pathogenetisch bedeutsam. Eine akute alkoholbedingte Pankreatitis geht häufig in eine chronische Form über, die immer wieder akut exazerbieren kann. Eine prospektive Studie aus Schweden zeigte, dass auch Rauchen als wichtiger Risikofaktor für eine akute Pankreatitis zu bewerten ist.<sup>1,2</sup>

Die akute Pankreatitis ist durch eine enzymvermittelte Selbstandauung der Bauchspeicheldrüse und Aktivierung diverser Mediatoren charakterisiert, die zu einer primär abakteriellen entzündlichen Reaktion führt. Aufgrund des möglichen fulminanten Verlaufs ist das Zeitfenster für rationale therapeutische Maßnahmen extrem kurz. Nach Ablauf dieser Frist beschränkt sich die Therapie auf symptomatische Maßnahmen.<sup>2</sup>

### Diagnostik

Die Pankreatitis ist gekennzeichnet durch starke, akute Bauchschmerzen, die periumbilikal bzw. im linken Oberbauch lokalisiert werden und häufig gürtelförmig in den Rücken ausstrahlen. Die Schmerzen treten oft zusammen mit Übelkeit und Erbrechen auf. Ein wichtiges diagnostisches Kriterium ist die eindeutige Erhöhung der Serumamylase beziehungsweise Serumamylase auf mehr als das Dreifache der Norm. Eine Lipaseerhöhung persistiert im Vergleich mit der Amylase meist länger. Geringere als dreifache Anstiege sind in der Regel unspezifisch, niedrige Werte schließen jedoch eine schwere akute Pankreatitis nicht aus.

## Inhalt

2/2008

Übersicht – Pankreatitis	Seite 11-13
Wichtige Erreger in Klinik und Praxis (26) – Haemophilus influenzae	Seite 13
Neueinführung – Raltegravir	Seite 14-15
Sepsis – Basistherapie überdenken	Seite 15-16
Fluorchinolone – Levofloxacin im Kindesalter	Seite 16-17
Mittel der Wahl – Nitrofurantoin bei Zystitis? – Sinusitis – Antibiotika oder Steroide? – Adefovir bei chronischer Hepatitis – Unkomplizierte Hautinfektionen mit Staphylokokken: Antibiotika notwendig?	Seite 17 Seite 17-18 Seite 18 Seite 18
Daptomycin – In der Endokarditis-Therapie – Daptomycin-resistente Staphylokokken – Daptomycin in der Pädiatrie?	Seite 18-19 Seite 19 Seite 19-20
Kolonisation – Mupirocin bei chirurgischen Patienten	Seite 20

Eine Sonographie oder ein Abdomen-CT dienen der Absicherung der Diagnose.

Die Aufklärung der Ursache ist unter therapeutischen Aspekten von erheblicher Bedeutung. Der Nachweis einer biliären Pankreatitis bei Cholelithiasis erfolgt durch endoskopische Sphinkterotomie und Entfernung von Steinen. Gallensteine machen eine biliäre Genese wahrscheinlich. Allerdings kann auch ohne Nachweis von Gallengangssteinen eine biliäre Genese vorliegen, da Steine bereits abgegangen sein können. Eine alkoholische Genese ist bei regelmäßigem überhöhtem Konsum wahrscheinlich, bei mäßigem

Verbrauch aber nicht ausgeschlossen. Seltene Ursachen einer Pankreatitis, wie Hyperkalzämiesynndrome, Hyperlipoproteinämie sowie Arzneimittel [Valproinsäure (ERGENYL u.a.), Virustatika u.a.] müssen ausgeschlossen werden.

### Prognose

Neben leichten, unkomplizierten Verlaufsformen mit guter Prognose ist die schwere Pankreatitis mit ausgedehnten Nekrosen und systemischen Komplikationen durch eine Mortalität von 10 bis 30% charakterisiert. Die Infektion von Nekrosen ist wegen der Gefahr, ein Multiorganversagen auszu-

Es B  
2926  
ZB MED