



Paradigmenwechsel in der Gastroenterologie

Akute Pankreatitis

Prof. Dr. med. Christian Löser

Rotes Kreuz Krankenhaus
Kassel – Bad Wilhelmshöhe

Das Dogma

Ruhigstellung der
Bauchspeicheldrüse



total parenterale Ernährung

Darm

- größte Grenzfläche zur Außenwelt
- größtes Immunorgan
- größtes Nervensystem neben dem ZNS
- 100.000.000.000.000 physiolog. Bakterien

5 - 7 Tage total parenterale Ernährung (TPN)
reduzieren das Darmgewicht um 50 %

- „use it or lose it“
- TPN = Darmhypotrophie, - atonie

Haben wir bisher durch die
rein parenterale
den D
„gut injury hypothesis“
asnekrose / Sepsis
unwissentlich akzeleriert



	Nekrose + AB parenteral n = 43	Nekrose + AB enteral n = 44	
Nekrose → Infektion	74 %	20 % **	p < 0,001
MOF	79 %	31 % **	p < 0,001
OP - Indikation	88 %	25 % **	p < 0,001
Mortalität	35 %	5 % **	p < 0,001

Metaanalysen

INFEKTIONEN

MORTALITÄT

Marik et al. (2004)
Br. Med. J. 328 6 RCT

0,45 ** (0,26 – 0,78)

0,66 (0,32 – 1,37)

McClave et al. (2006)
JPEN 30 7 RCT

0,46 ** (0,29 – 0,74)

0,88 (0,43 – 1,79)

Petrov et al. (2008)
Aliment. Pharmacol. Ther 11 RCT

0,41 ** (0,30 – 0,57)

0,60 (0,32 – 1,14)

Al-Omran et al. (2010)
Cochrane Database Syst Rev. 8 RCT

0,39 ** (0,23 – 0,65)

0,50 ** (0,28 – 0,91)

Quan et al. (2011)
Gastroenterol. Res. Prac. 6 RCT

0,55 ** (0,43 – 0,70)

0,42 ** (0,23 – 0,76)

Yi et al. (2012)
Intern. Med. 8 RCT

0,46 ** (0,27 – 0,78)

0,37 ** (0,21 – 0,68)

METAANALYSE

Al - Omran et al.
Cochrane Database Syst Rev. (2010)
8 randomisiert, kontrollierte Studien; 348 Patienten

Mortalität

0,50 ** (95 % CI: 0,28 - 0,91)

Mortalität
- schwere ANP -

0,18 ** (95 % CI: 0,06 - 0,58)

Multiorganversagen

0,55 ** (95 % CI: 0,37 - 0,81)

Infektionen

0,39 ** (95 % CI: 0,23 - 0,65)

OP-Notwendigkeit

0,44 ** (95 % CI: 0,29 - 0,67)

Bei Patienten mit nekrotisierender Pankreatitis sollte frühzeitig (< 24 - 48 Std.) eine enterale Ernährung über eine nasogastrale (bei gastraler Intoleranz: nasojejunale) Sonde erfolgen. Diese dient primär der strukturellen und funktionellen Aufrechterhaltung der gastrointestinalen Integrität und sollte in Abhängigkeit vom klinischen Verlauf sukzessive aufgebaut werden.

A

Eine frühe enterale Ernährung führt zu einer geringeren Mortalität, einer geringeren Rate an infektiösen Komplikationen, einer Verkürzung der Krankenhausverweildauer und einer geringeren Inzidenz von Hyperglykämien.

A

nasojejunal oder nasogastral

Metaanalyse

die frühe nasogastrale Ernährung :
gut verträglich, effektiv, sicher

(2008)
Pancreas 9: 440 – 448 (2008)

Metaanalyse

Chang et al. (2013)

Critical Care, doi: 10.1186/cc12790 (2013)

Patienten mit milder akuter Pankreatitis benötigen keine gezielte Ernährungsintervention und sollten unabhängig vom Verlauf der Lipasewerte frühzeitig eine leichte Vollkost bekommen. Ein spezifischer Kostaufbau ist nicht erforderlich.

A

schwere Pankreatitis

Ranson ≥ 3

APACHE II ≥ 10

- primär gastral (NGS) (A)
Trinknahrung, leichte Schonkost
bei gastraler Intoleranz : nasojejunale Sonde
- Beginn innerhalb von 24 - 48 Stunden (A)
- nährstoffdefinierte Sondenkost (A)
bei Intoleranz : niedermolekulare SK (CDD)
- Kombination mit parenteraler Ernährung
(duale Ernährungsstrategie)
- TPN nur bei Nichtdurchführbarkeit einer
enteralen Ernährung (A)

„ International Consensus Guidelines for Nutrition Therapy in Pancreatitis “

- Zusammenstellung von 11 aktuellen Leitlinien -

Mirtallo et al., J Parenteral Enteral Nutr 36: 284 - 291 (2012)

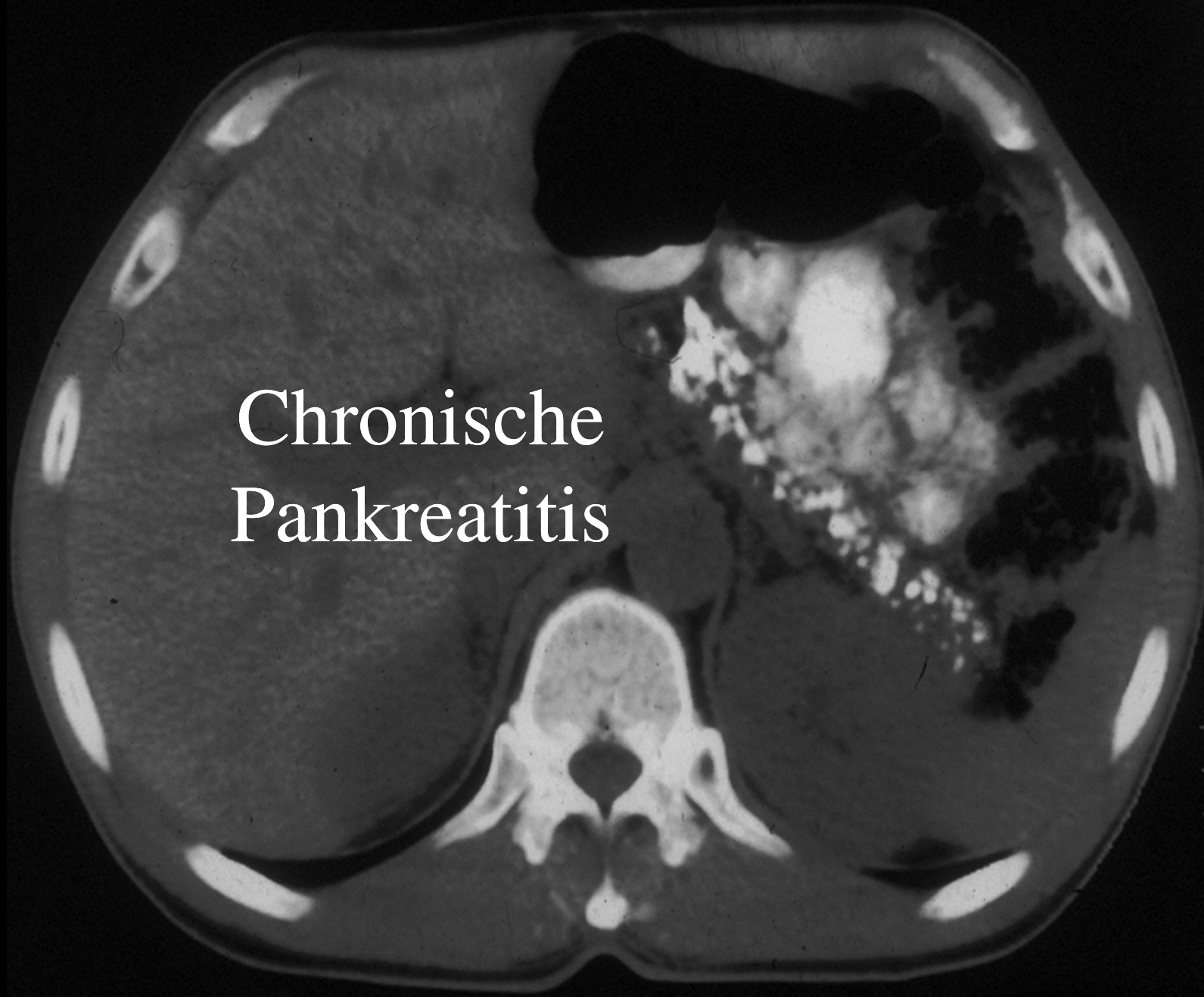
- NT is not generally needed for mild to moderate AP (Grade A)
- Early enteral nutrition is indicated for severe AP (Grade A)
- EN is generally preferred over PN (Grade A)
- Postpyloric tube placement is not unnecessarily required (Grade B)

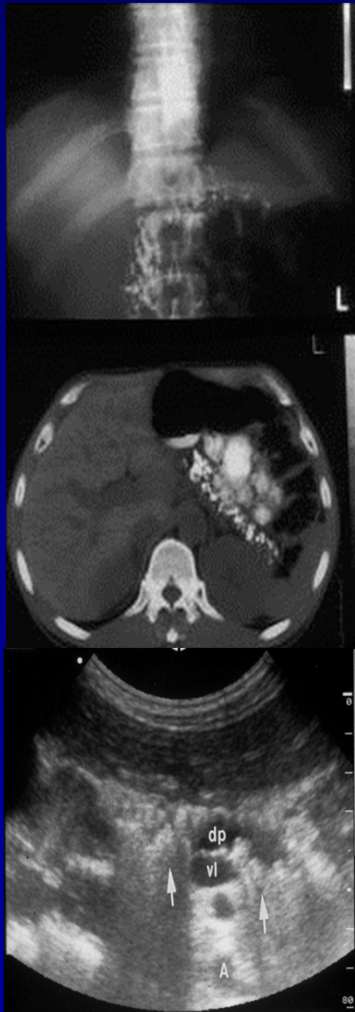
Die frühzeitige Ernährung

Ernährung = Therapie

aller Patienten

Chronische
Pankreatitis





Es gibt
keine spezifische Pankreasdiät

ausgewogene Vollkost
individuelle Unverträglichkeiten !

kalorienbewußt
fettbewußt (initial)

Körpergewicht halten !



Chronische Pankreatitis - Ernährungstherapie

Eine enterale Ernährungstherapie mit Trinksupplementen aber auch eine individuelle Ernährungsberatung können den Ernährungszustand verbessern, die Fettmaldigestion reduzieren und die Schmerzen positiv beeinflussen.

I b

Unzureichendes Ansprechen der Enzymtherapie



- falsche Diagnose
- unzureichende Compliance
- Medikamententiming (während des Essens)
- zu niedrige Lipaseaktivität (→ steigern !)
- gastro - duodenale Transportstörung
- Hyperazidität (→ PPI)
- inadäquate Ernährung

MAGEN

Es gibt keine
spezifische Diät

LEBER

ausgewogene
gesunde Vollkost

DARM

indiv. Unverträglichkeiten
meiden

PANKREAS

