

Fallbeispiel

Chronische Pankreatitis: Entzündung mit Folgen

Samuel N.* hat vor vier Jahren eine akute Pankreatitis erlitten. Vorausgegangen war ein ausgiebiges Festmahl mit anschließendem Besäufnis, wegen eines sehr erfolgreich verlaufenen Projektes, das ihm relativ viel Geld eingebracht hat. Leider hat er aber die Empfehlung des Klinikpersonals bezüglich seines Alkoholkonsums nicht befolgt.

Er möchte es in Zukunft ein wenig ruhiger angehen lassen, spekuliert auf weitere Großaufträge, denn schließlich ist sein Kunde ja zufrieden gewesen. Und so jemand erzählt das dann auch seinen ebenfalls reichen Freunden. Man wird ihm die Schreinerei einrennen. Er sieht sich schon ausschließlich als Manager seines kleinen Unternehmens arbeiten. Doch tatsächlich kommen kaum nennenswerte Aufträge nach und schon bald hat sich wieder der ganz normale Alltag mit kleinen und mittleren Aufträgen eingestellt. Statt weniger zu trinken, trinkt er immer mehr. Dann gibt es die ersten großen Lücken in den Auftragsbüchern. Schnell sind auch die kleinen Rücklagen verbraucht, die er für solche Fälle gebildet hat. Schließlich muss er die Schreinerei schließen. Samuel N. ist pleite, arbeitslos und

zudem Alkoholiker. Auch ohne diesen Umstand hätte er es als 41-jähriger schon schwer gehabt, noch eine Anstellung zu finden, aber er versuchte es erst gar nicht.

Immer mal wieder hat er Bauchschmerzen, jedoch nie so schlimm wie damals, als er auf der Intensivstation lag. Die Schmerzmittel, die ihm sein Hausarzt verschrieben hat, helfen relativ gut und nach ein oder zwei Tagen ist es dann wieder vorbei. Er muss auch nur noch selten zu seinem Arzt. Meistens bekommt er das Rezept für die Schmerzmittel und die Enzyme an der Anmeldung ausgehändigt. Das ist ganz gut, denn so braucht er sich auch nicht mehr das ewige Gerede anzuhören, dass er weniger trinken und rauchen soll. Seine Frau hat ihn vor einem Jahr mit den beiden Kindern verlassen, sodass er jetzt beinahe seine gesamte Sozialhilfe in Alkoholika umsetzen kann. Doch diesmal will ein neuer Arzt ihn sehen, bevor er das Rezept unterschreibt. *Fallbeispiel fiktiv, Namen frei erfunden



REFLEXION

Krankheitsentstehung. Bei der chronischen Pankreatitis werden das exokrine und das endokrine Pankreas durch den entzündlichen Prozess immer weiter zerstört und durch funktionsloses Bindegewebe ersetzt. Ein wichtiger Mechanismus dabei ist, dass die normalerweise mit der Stimulation der exokrinen Drüsen einhergehende gleichzeitige erhöhte Bikarbonatsekretion durch das Epithel der Pankreasgänge abnimmt. Die Eiweißkonzentration ist dann in den Gängen relativ erhöht, die Eiweiße können ausfallen und die Gänge mit Proteinpfropfen verlegen. Ist in einem solchen Pfropf auch Kalziumsalz vorhanden existiert ein Kristallisationskeim, um den herum sich Steine bilden können. Auf noch nicht genau bekannte Weise werden die gestauten Enzyme aktiviert und dauern das Pankreas weiter an. Die chronische Pankreatitis kann gleichmäßig, aber auch in Schüben verlaufen.

Wie kann geholfen werden? Leider gibt es keine Heilungsmöglichkeit bei der chronischen Pankreatitis. In der akuten Phase wird der Patient wie bei der akuten Pankreatitis behandelt. Alles andere sind symptomatische Maßnahmen, also die Schmerzstillung (v.a. vor den Mahlzeiten), die medikamentöse Kompensation der exokrinen und endokrinen Pankreasinsuffizienz durch Enzymsubstitution und Insulingabe sowie das Abbremsen des Erkrankungsfortgangs durch Ausschaltung von Noxen. Sind die Schmerzen im akuten Schub medikamentös nicht mehr beherrschbar oder baut sich das Pankreas zunehmend zystisch/fibrotisch oder sogar bösartig um, besteht die Indikation zu einer operativen Teilentfernung des Organs.

Was tut die Pflege bei chronischer Pankreatitis? Der Fortgang der Erkrankung senkt die Lebensqualität der Patienten immer weiter. Die oft gleichzeitig bestehende Suchtproblematik macht ein Durchbrechen dieses Teufelskreises sehr schwierig. Die Pflegemaßnahmen richten sich im Wesentlichen nach dem Allgemeinzustand und nach den bestehenden Symptomen, z.B. Schmerz. Im Schub erfolgt die Pflege wie bei der akuten Pankreatitis.

Neben dem Alkoholverzicht ist auch die Verteilung der Nahrung auf viele kleine Mahlzeiten (6–8/d) wichtig, weil dadurch die jeweilige Belastung bei der Verdauung geringer ist. Eine Fettreduktion ist i.d.R. nicht nötig,

sofern ausreichend Pankreasenzyme zu den Mahlzeiten eingenommen werden. Bei anhaltendem Gewichtsverlust oder Steatorrhö können mittelkettige Triglyceride (MCT-Fette) zum Einsatz kommen, da diese aufgrund ihrer geringen Größe wasserlöslich sind ohne Einwirkung der Pankreasenzyme in die Darmzellen aufgenommen werden können. Häufig ist eine Substitution von fettlöslichen Vitaminen erforderlich.

Was muss der Patient außerdem noch wissen? Der Patient muss in der Lage sein, mit seinem sekundären Diabetes mellitus umzugehen. Die selbstständige Blutzuckerkontrolle und die eigenhändige Insulininjektion sollten während des Krankenhausaufenthaltes vermittelt werden. Zudem sollte dem Patient von einer Diätassistentin oder Ernährungstherapeuten Ernährungsempfehlungen und Tipps zur Umsetzung im Alltag erhalten.

Um die exokrine Pankreasinsuffizienz auszugleichen, muss der Patient vor jeder Mahlzeit Pankreasenzyme einnehmen. Die Funktion des exokrinen Pankreas und der Erfolg der Enzymsubstitution sollte der Patient selbst durch Stuhlbeobachtung kontrollieren können. Sehr voluminöse und übelriechende Stühle sprechen für eine unzureichende Verdauung bzw. für eine zu geringe Menge an eingenommenen Pankreasenzymen. Von einer Ernährungstherapeuten oder Diätassistentin sollte der Patient ausführlich in der Berechnung der angemessenen Enzymmenge (auf Grundlage des Fettgehalts der Mahlzeit; Faustregel: 2000 IE Lipase pro Gramm Fett) und der benötigten Insulinmenge (auf Grundlage des Kohlenhydratgehalts der Nahrung und der Anordnungen des Arztes bezüglich der Insulindosierung) geschult werden.

Fall: Nach der Aufnahme in der Klinik geht es Samuel N. bald besser. Vor allem liegt dies daran, dass er die Pankreasenzyme wieder regelmäßig einnimmt, was seine Verdauung und damit auch seinen Allgemeinzustand verbessert. Schon zwei Wochen nach seiner Entlassung nehmen die Beschwerden allerdings wieder zu, und er wird erneut aufgenommen. Es kommt zur operativen Teilentfernung des Organs. Den Weg in eine Alkoholentzugsbehandlung schafft er nicht. 8 Wochen nach der Operation verstirbt er an einer Ösophagusvarizenblutung.