

Akute postpartale Pankreatitis nach HELLP-Syndrom

G. Kirov¹, S. E. Alsat-Krenz¹, D. Borkenstein², F. Dede¹

■ Die akute Pankreatitis ist eine plötzlich auftretende, primär nicht-infektiöse Entzündung des Pankreas. Klinische Leitsymptome sind der akut auftretende abdominale Schmerz (oft gürtelförmig mit Ausstrahlung in den Rücken) und eine Erhöhung der Serumlipase (auf das Dreifache der oberen Norm). Die milde ödematöse Pankreatitis (bis 85 % der Fälle (1)) ist spontan rückläufig, während schwere Verlaufsformen der Pankreatitis (15–20 % (1)) mit Teil- oder Totalnekrosen und Hämorrhagien bis zu Multiorganversagen und septischen Komplikationen führen können.

Der folgende Fall beschreibt den Verlauf nach notfallmäßiger Vorstellung einer 33-jährigen Schwangeren (34+0 SSW) mit unklaren rechtsseitigen Oberbauchschmerzen.

Ätiologie

Die Inzidenz variiert und beträgt etwa 5–40 Erkrankungen pro 100.000 im Jahr (2). Ätiologisch sind Gallenwegserkrankungen und Alkohol in etwa 1/3 der Fälle die Hauptursachen. Andere seltene Ursachen sind Infektionen (viral, bakteriell, parasitär), Autoimmunerkrankungen, Traumata nach Verletzungen oder Operationen, verschiedene Schockformen, Komplikationen nach Medikamenteneinnahme sowie idiopathische Verlaufsformen. Die Ätiologie der akuten Pankreatitis in der Schwangerschaft ist die gleiche wie bei Nichtschwangeren

(die Inzidenz von medikamenten- oder alkoholinduzierten Formen bei Schwangeren sind eher die Ausnahme) (3). Die Inzidenz der Pankreatitis bei Schwangeren ist nicht häufiger als bei Nichtschwangeren Frauen (1 auf 12.000 Lebendgeburten (2)). Die akute Pankreatitis während der Schwangerschaft wurde in jedem Lebensalter, mit einem Durchschnittsalter von 24–27 Jahren beschrieben. Multipara sind häufiger (80 %) als Primipara (20 %) betroffen. Die Erkrankung kann zu jedem Zeitpunkt der Schwangerschaft und des Wochenbetts auftreten, mit einer Häufung im 3. Trimenon und im Wochenbett.

Klinisches Bild

Das klinische Bild variiert von leichten Verlaufsformen (interstitielles Ödem) über mittelschwere bis hin zu schweren Verläufen (hämorrhagisch-nekrotisierende Form). Die häufigsten Symptome sind Oberbauchschmerzen unterschiedlicher Intensität, ausstrahlend in den Rücken sowie Übelkeit und Erbrechen. Andere häufige Symptome sind Meteorismus, Subileus, Ileus, Bauchdeckenspannung und Fieber. Bei der schweren nekrotisierenden Verlaufsform finden sich lokale (Nekrosen, Abszesse und Pseudozysten) sowie systemische Komplikationen (hämodynamische, pulmonale und renale Insuffizienz, Gerinnungsstörungen) (4).

Diagnostik

Die laborchemische Diagnostik zeigt eine Erhöhung der Serumlipase, der Serumamylase (weniger spezifisch) und des CRPs auf das mehr als Dreifache. Die Höhe der Enzymaktivitäten korreliert nicht mit dem Schweregrad oder der Prognose der Erkrankung (5).

Bildgebende Verfahren: In der Schwangerschaft wird primär die Sonografie zur Diagnostik und Verlaufsbeobachtung eingesetzt. Im Falle nicht eindeutiger Befunde kann auch eine CT-Diagnostik zielführend sein. Zur Diagnosesicherung von Nekrosen sollte eine CT-Diagnostik nicht innerhalb der ersten drei Tage nach Symptombeginn erfolgen. Je nach Klinik kommen Thorax- oder Abdomenübersichtsaufnahme hinzu, sowie Notfall-ERCP, EUS (Endosonografie), MRCP (MR Cholangiopankreatikografie) oder ÖGD (5).

Therapie

Die Therapieprinzipien sind die gleichen wie außerhalb der Schwangerschaft. Bei unkompliziertem Verlauf (etwa 80 % der Schwangeren) beruht die Therapie auf Kontrolle der Ernährungsmaßnahmen und adäquater Schmerzbehandlung sowie auf einer kontrollierten Volumentherapie. Antibiotika sind bei leichter Pankreatitis nicht notwendig. Erforderlich sind sie bei infektiösen pankreatischen (Abszess, infizierte Pseudozyste) oder extrapancreatischen (Cholangitis, Peritonitis, Pneumonie, Niereninfektion) Komplikationen sowie bei schweren nekrotisierenden Verlaufsformen. Akute Komplikationen wie intraabdominelle Blutungen aus dem nekrotischen Pankreas oder die Ruptur von Pseudozysten erfordern die sofortige Laparotomie. Erfolgt die Laparotomie in der Spätschwangerschaft, kann der Eingriff mit einer Schnittentbindung kombiniert werden (5).

Fallvorstellung

Die Vorstellung der 33-jährigen G1/P0 erfolgte notfallmäßig in der rechnerisch 34+0 SSW mit unklaren rechts-

¹Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Perinatalzentrum Level 1 am Diakonie Klinikum Jung-Stilling Siegen

²Medizinische Klinik I (Gastroenterologie, Palliativmedizin, Hämatologie/Onkologie) am Diakonie Klinikum Jung-Stilling Siegen

seitigen Oberbauchschmerzen mit Schmerzausstrahlung in den Rücken rechts, ohne Übelkeit, Erbrechen oder Fieber. In der Vorgeschichte der Patientin zeigte sich eine milde Schwangerschaftshypertonie unter Therapie mit Presinol 250 mg p. o. 1–0–1 sowie eine Zervixinsuffizienz und eine familiäre hypertensive Belastung. Im Aufnahmelabor zeigte sich eine ausgeprägte Thrombozytopenie (Thrombozyten 62 Ts/ μ l) und ein Transaminasenanstieg (GOT 173 U/l, GPT 187 U/l), sodass die Indikation zur primären Sectio caesarea in Intubationsnarkose bei HELLP-Syndrom gestellt wurde. Postoperativ erfolgte die Verlegung der Patientin auf die Intensivstation zur weiteren Überwachung und Stabilisierung. Postpartal erfolgte eine Kortison- und Magnesium-Therapie bei HELLP Syndrom. Die histologische Untersuchung der Plazenta zeigte vereinzelte Infarkte mit einem Durchmesser von 2,2x1,3x0,7 cm. Laborchemisch hielt sich der Hb-Wert stabil, die Thrombozytopenie blieb auf niedrigem Niveau stabil zwischen 60–70 Td/ μ l und die Transaminasen waren rückläufig.

Am 4. postoperativen Tag entwickelte die Patientin zunehmend starken Oberbauchschmerz und es kam zu Erbrechen. Sonografisch zeigte sich keine Darmperistaltik, sodass interdisziplinär von einem paralytischen Ileus ausgegangen wurde. Eine medikamentöse Therapie wurde begonnen. Die Klinik sowie das subjektive Befinden verbesserten sich sukzessiv. Am 6. postpartalen Tag kam es zu einem erneuten Thrombozytenabfall auf 26 Ts/ μ l, einer ausgeprägten akuten Anämie (Hb 6,7 g/dl) und erneut ansteigenden Infektparametern (Leuk 36,92 Ts/ μ l, CRP 16,3 mg/dl, PCT 5,37) sowie steigenden Pankreasenzymen (Lipase 899 U/l, P Amylase 156 U/l). Es erfolgte ein Abdomen CT mit KM. In dieser Bildgebung zeigten sich keine Hinweise auf eine Hohlorganperforation, aber eine ödematöse Pankreatitis mit einem Dünndarmileus. Die ausführliche Abdomensonografie durch die internistischen Kollegen zeigte ebenfalls eine ödematös aufgetriebene Pankreas. In beiden bildgebenden Verfahren ergab sich kein Hinweis auf eine Cholestase

bei unauffälligen intrahepatischen und extrahepatischen Gallenwegen bzw. bei unauffälliger Gallenblase. Das unmittelbare chirurgische Konsil ergab keine akute Op-Indikation.

Bei Lebersynthesestörung war die mehrfache Substitution von AT-III und Fibrinogen notwendig. Die Thrombozytopenie wurde mit 2 TKs und die Anämie mit der Gabe von 2x Erythrozytenkonzentration substituiert. Mehrfache hypertensive Phasen konnten medikamentös gemindert werden. Schmerztherapeutisch wurde mit Metamizol (Novalgine) und Oxycodon behandelt. Die Antibiose wurde von Unacid auf Meropenem und Metronidazol umgestellt. Die Blutkulturen und die Urinkultur waren steril.

Die Patientin wurde am 8. postoperativen Tag zur Behandlung der Pankreatitis bzw. zur Abklärung der Thrombozytopenie und Leukozytose durch die internistischen Kollegen übernommen. Endosonografisch mittels ÖGD am 14. postpartalen Tag konnte eine akute ödematöse Pankreatitis ohne Hinweis auf Komplikationen oder Choledocholithiasis dokumentiert werden.

Der weitere stationäre Verlauf gestaltete sich unauffällig, unter Schonkost und Infusionstherapie waren die Beschwerden rückläufig und die Laborwerte normalisierten sich, sodass die Patientin am 16. postpartalen Tag entlassen werden konnte (Labor bei Entlassung: Hb 10,0 g/dl, Leukozyten 13,18 Ts/ μ l, Thr 379 Ts/ μ l, GOT 28 U/l, GPT 19 U/l, CRP 2,0 mg/dl, Lipase 86 U/l, P Amylase 18 U/l).

Ein ambulanter Kontrolltermin zum Verlaufs-MRT, zur Oberbauchsonografie und Laborkontrolle wurden für den 23. postpartalen Tag vereinbart. Diese zeigten keine Progredienz der Klinik, sodass die weiteren Kontrollen bei gutem Allgemeinzustand ambulant erfolgten.

Diskussion

Bei unklaren rechtsseitigen Oberbauchschmerzen, ausstrahlend in den Rücken muss auch an eine akut einsetzende Pankreatitis gedacht werden. Diese kann

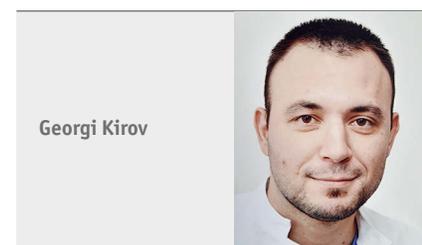
anhand der extremen Aktivitätserhöhungen der Pankreasenzyme im Serum diagnostiziert werden. Diese kann auch sekundär wie hier postpartal nach einem HELLP-Syndrom auftreten (6). Verlauf und Prognose sind bei Beginn der Erkrankung nicht einzuschätzen, deshalb muss die stationäre Behandlung der schwangeren Patientin in einem spezialisierten Zentrum erfolgen, mit regelmäßiger Überprüfung der klinischen und laborchemischen Parameter. Bei milderem Verlauf kann die Überwachung auf einer geburtshilflichen Station interdisziplinär erfolgen. Der komplizierte Verlauf erfordert die Möglichkeit einer interdisziplinären Intensivüberwachung. Eine frühzeitige Verlegung in ein Perinatalzentrum sollte aufgrund einer evtl. notwendigen vorzeitigen Entbindung angestrebt werden.

Literatur

1. Gülzow M. Akute Pankreatitis in der Gravidität und post partum. Dtsch Med Wschr 1964; 89: 743
2. Prof. Dr. Hans Huchzermeyer. Erkrankungen von Leber, Gallenwegen, Pankreas und Magen-Darm-Trakt in der Schwangerschaft, Huchzen Verlag, Minden/Westf. 2008, ISBN 978-3-00-023075-2
3. Chang CC, Hsieh YY, Tsai HD et al. Acute pancreatitis in pregnancy. Zhonghua Yi Xue Za Zhi 1998; 61: 85–92
4. Corlett RC, Mishell JR. Pancreatitis in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1972; 113: 281
5. S3-Leitlinie Pankreatitis – Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) 2021 – AWMF Registernummer 021-003, Z Gastroenterol 2022; 60: 419–521
6. Fitzgerald O. Pancreatitis following pregnancy. Br Med J 1955; 4909: 349

Korrespondenzadresse:

Georgi Kirov
 Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe
 Klinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Perinatalzentrum Level 1
 Diakonie Klinikum Jung-Stilling
 Wichernstr. 40, 57074 Siegen
 georgi-stefanov.kirov@diakonie-sw.de



Georgi Kirov