

Exokrine Pankreasinsuffizienz

Unterschätzt, unterdiagnostiziert, untertherapiert

„Es besteht ein dringender Handlungsbedarf bei Diagnose und Therapie der exokrinen Pankreasinsuffizienz“ – so der Appell von Prof. Peter Layer, Ärztlicher Direktor am Israelitischen Krankenhaus in Hamburg. Wo lauern Fallstricke bei der Diagnostik und warum bleibt die Erkrankung so oft unerkannt und untertherapiert?

Auch moderate EPI nicht unterschätzen

„Die Diagnose basiert aktuell de facto auf der Detektion einer schweren exokrinen Pankreasinsuffizienz (EPI)“, so Prof. Peter Layer beim **GastroLive-Symposium „Rund ums Pankreas – Nordmark Partner’s Satellite**.

Vielfach sei noch immer in den Köpfen verankert, dass nur eine schwere EPI überhaupt relevant sei. Dabei könne, so Layer, bereits eine moderat verminderte Pankreassekretion postprandiale Symptome hervorrufen: Druckgefühl, Darmkrämpfe, Blähungen und Stuhlgangsunregelmäßigkeiten. Studien zeigten zudem, dass bei Vorliegen einer EPI die Prävalenzen verschiedener gesundheitlicher Folgen erhöht sind:

- Osteopenie um 65 %¹,
- Osteoporose um 23 %²,
- relevante Frakturen um das 2 bis 3-fache³ und
- Mortalität um das 5-fache⁴.

Diagnose: So funktioniert der Nachweis einer EPI

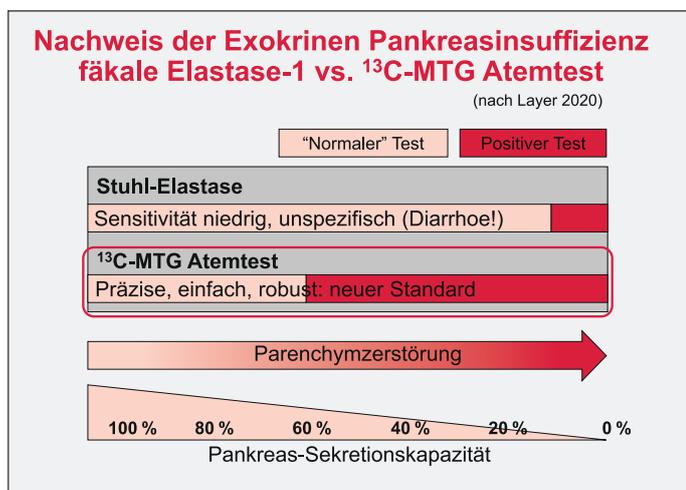


Abb. 1: Funktionstests zum Nachweis einer EPI (nach Layer 2020)

In der klinischen Diagnostik sei vor allem problematisch, dass der häufigste Test – die Bestimmung der fäkalen Elastase-1 – nur schwere Stadien sicher erfasse bzw. aufgrund von Verdünnungseffekten z. B. wegen Diarrhoe ein Risiko für falsch-negative Ergebnisse berge. Der ebenfalls nicht-invasive und weitaus präzisere ¹³C-Mixed-Triglyceride-Atemtest (MTG) werde bislang zu selten für die Diagnose einer EPI eingesetzt, obwohl die Technik in nahezu jeder gastroenterologischen Praxis verfügbar sein sollte, nämlich für den Atemtest auf Helicobacter pylori. Hiermit könne jedoch auch eine moderate EPI erkannt⁵ und adäquat behandelt werden.

Während die Stuhl Elastase erst bei fortgeschrittener Parenchymzerstörung eine eindeutige Diagnostik liefert, erkennt der ¹³C-MTG-Atemtest schon frühzeitig die abfallende Sekretionskapazität.

Vielfältige Ursachen: Nicht nur an die chronische Pankreatitis denken

Die Diagnose EPI und eine entsprechende Enzymtherapie sei nach Layer bei vielen Zuständen und unklaren Symptomen zu bedenken: Nach akuter Pankreatitis ebenso wie bei Pankreaskarzinom, nach Pankreas- und Magenresektion, bei Patienten mit Zöliakie, CED, Diabetes und sogar bei Patienten mit augenscheinlichem Reizdarmsyndrom (RDS). Denn zumindest ein kleiner Teil der „typischen RDS-Patienten“ leide in Wahrheit unter einer unerkannten EPI und könne von einer Enzymsubstitution profitieren.

Wann sollte man eine Enzymsubstitution mit Pankreatin in Betracht ziehen?

Häufige Ursachen der exokrinen Pankreasinsuffizienz

- chronische Pankreatitis
- akute Pankreatitis
- Pankreaskarzinom
- Pankreas- und Magenresektion
- Whipple-OP
- Zöliakie
- CED, vor allem Morbus Crohn
- Diabetes
- Mukoviszidose



Ziel: Adäquate Enzymtherapie

Doch selbst, wenn die EPI erkannt wird, mangelt es noch häufig an einer adäquaten Pankreas-Enzymersatztherapie (PERT). Laut einer aktuellen Studie von Roberts et al. wurden von 4.554 Patienten mit Pankreaskarzinom nur 22 % überhaupt mit Pankreasenzymen behandelt.⁶ Darüber hinaus zeigte eine Befragung von niederländischen Patienten mit chronischer Pankreatitis, dass trotz PERT 70 % der Patienten über symptomatische Steatorrhoe und 42 % über Gewichtsverlust klagten.⁷

Mitschnitt von „Rund ums Pankreas – Nordmark Partner's Satellite“

Den gesamten Vortrag von Prof. Layer können Sie im Mitschnitt der GastroLive-Veranstaltung „Rund ums Pankreas – Nordmark Partner's Satellite“ vom 1.12.2020 sehen.

<https://www.streamed-up.com/rund-ums-pankreas-nordmark-partners-satellite/>

GastroLive auf streamedup! - so funktioniert's

1. Kostenfrei auf [streamed-up.com](https://www.streamed-up.com) registrieren
2. Kategorie »medLive« auswählen
3. Reihe »GastroLive« anklicken
4. Gewünschten Beitrag als Livestream verfolgen oder nach Ausstrahlung als Video-on-Demand ansehen

Literatur

1. Duggan SN, et al. *Pancreas*. 2012;41:1119-1124
2. Duggan SN, et al. *Clinical gastroenterology and hepatology*. 2014;12:219-228
3. Bang UC, et al. *Clinical gastroenterology and hepatology*. 2014;12:320-326
4. Bang UC, et al. *Gastroenterology*. 2014;146:989-994
5. Keller J, et al. *Pancreas*. 2011;40:1201-1205
6. Roberts KJ, et al. *Pancreatology*. 2019;19:114-121
7. Sikkens ECM, et al. *Pancreatology*. 2012;12:71-73

Bildnachweise

© SciePro / stock.adobe.com