

Das Pankreaskarzinom – eine seltene Ursache der akuten Pankreatitis

Ellen Utzinger^a, Peter Bauerfeind^b

^a Spital Uster

^b Klinik für Gastroenterologie, UniversitätsSpital Zürich

Einleitung

Das Adenokarzinom des exokrinen Pankreas manifestiert sich in den meisten Fällen entweder als schmerzloser Ikterus (Lokalisation im Pankreaskopf) oder mit Schmerzen ohne Ikterus (Lokalisation im Pankreaskorpus oder -schwanz). Eine begleitende Entzündung ist häufig, jedoch ohne dass es zu einer für eine akute Pankreatitis typischen klinischen Symptomatik kommt. Im Gegensatz dazu ist die Erstmanifestation eines Pankreaskarzinoms als akute Pankreatitis äusserst selten und wird daher häufig nicht in die initiale Differentialdiagnose miteinbezogen [1]. Bei dieser kleinen Patientengruppe besteht deshalb das Risiko, dass aufgrund der Entzündungsreaktion ein zugrunde liegendes Karzinom maskiert, die Diagnosestellung verzögert und möglicherweise die Prognose verschlechtert wird [2].

Fallschilderung

Ein 40- und ein 60-jähriger Schweizer stellten sich mit einer erstmaligen Episode von akuten Oberbauchschmerzen auf einer medizinischen Notfallstation vor. Laborchemisch zeigte sich bei beiden Patienten eine deutlich erhöhte Lipase (983 U/l bzw. 1448 U/l, Normwert 13–60 U/l), die Amylase wurde nur im zweiten Fall bestimmt und war mit 508 U/l (Normwert 28–100 U/l) ebenfalls deutlich erhöht; die Entzündungszeichen (CRP, Leukozyten) sowie die Transaminasen waren in beiden Fällen im Normbereich. Beide Patienten waren afebril, normoton und normokard. Sonographisch konnte in beiden Fällen eine Cholezysto- oder Choledocholithiasis ausgeschlossen werden. Anamnestisch konnte bei beiden Patienten kein übermässiger Alkoholkonsum erfragt werden. Beide hatten keine nennenswerten Vorerkrankungen in der persönlichen Anamnese und haben bis zum Zeitpunkt des Spitaleintritts keine Medikamente eingenommen.

Aufgrund des typischen klinischen Bildes sowie der deutlich erhöhten Pankreasenzyme wurden in beiden Fällen die Diagnose einer erstmaligen Episode einer akuten Pankreatitis unklarer Ätiologie gestellt und eine analgetische Therapie eingeleitet. Beide Patienten wurden ambulant weiterbehandelt.

Nach einem initialen Ansprechen wurden beide Patienten im Verlauf nicht vollständig schmerzfrei und hatten weiterhin einen hohen Analgetikabedarf. Aggraviert wurde die Situation durch Inappetenz, einen deutlichen Gewichtsverlust von 13 bzw. 8 kg innerhalb weniger Wochen. Laborchemisch zeigte sich im Verlauf zwar eine

Normalisierung der Lipase, jedoch konnte in beiden Fällen im Verlauf ein erhöhtes CA19-9 (135 kU/l bzw. 343,8 kU/l) festgestellt werden. Die antinukleären Antikörper, die Gesamt-IgG sowie die Subklassen als Hinweis für eine Autoimmunpankreatitis waren im Normbereich. In beiden Fällen erfolgte aufgrund des protrahierten Verlaufs zwei Monate nach Auftreten der ersten Symptome eine bildgebende Diagnostik mittels Magnetresonanztomographie (MRI) und Endosonographie.

Beim 40-jährigen Patienten zeigte sich endosonographisch sowie im MRI ein dilatierter Ductus pancreaticus mit prominenten Seitenästen, eine Volumenvermehrung im Pankreaskopfbereich ohne eindeutig abgrenzbare Raumforderung sowie ein atropher Pankreaskorpus und -schwanz. Vergrösserte Lymphknoten oder Verkalkungen konnten nicht nachgewiesen werden. Die Befunde wurden als gut vereinbar mit einer chronischen Pankreatitis interpretiert und die analgetische Therapie fortgesetzt. Zusätzlich wurde ein Therapieversuch mit Prednison bei Verdacht auf eine autoimmune Pankreatitis durchgeführt, worunter nach wenigen Tagen die Schmerzen beinahe vollständig regredient waren, im weiteren Verlauf jedoch wieder zugenommen haben. Einen Monat später wurde die Endosonographie wiederholt, und neu konnte jetzt eine 3,5 cm grosse Raumforderung im Pankreaskopf abgegrenzt und punktiert werden. In der Zytologie wurde die Diagnose eines Adenokarzinoms gestellt.

Beim 60-jährigen Patienten zeigte sich im MRI eine Volumenvermehrung im Korpus- und Schwanzbereich sowie eine 1 cm grosse, nicht klar abgrenzbare hypointense Läsion im Korpusbereich. Endosonographisch zeigte sich ein polyzyklischer Herdbefund im Korpusbereich sowie vergrösserte peripankreatische Lymphknoten. In beiden Untersuchungen konnten keine Verkalkungen nachgewiesen werden. Die Befunde wurden ebenfalls als gut vereinbar mit einem akuten Schub im Rahmen einer chronischen Pankreatitis interpretiert, und der Patient wurde weiter analgetisch behandelt. Bei weiterhin persistierenden Schmerzen wurde einen Monat später die Endosonographie wiederholt, und der weiterhin unscharf begrenzte 2 cm grosse Herdbefund am Übergang Pankreaskorpus/-schwanz wurde punktiert (Abb. 1 ). Auch in diesem Fall wurden zytologisch Zellen eines Adenokarzinoms nachgewiesen.

Kommentar

In der Schweiz erkranken jedes Jahr etwa 950 Personen an einem Pankreaskarzinom. Die Inzidenz liegt da-

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

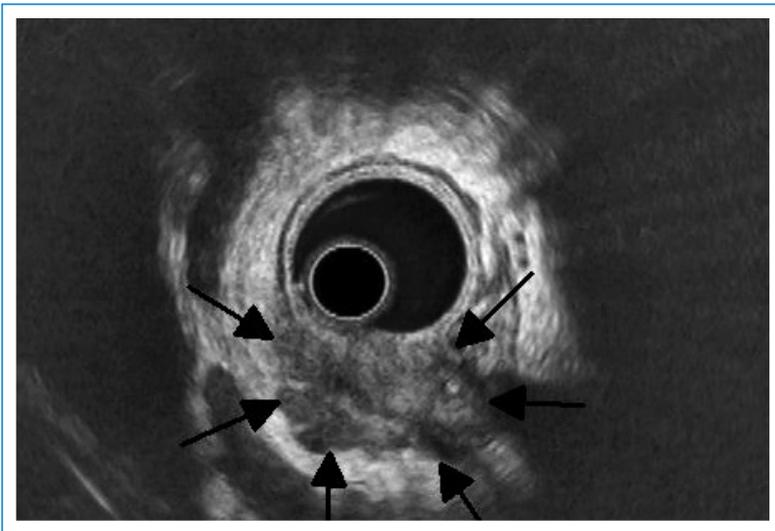


Abbildung 1
Endosonographie beim 60-jährigen Patienten: 2 cm grosser Herdbefund am Übergang Pankreaskorpus/-schwanz.

Tabelle 1. Häufigste Symptome bei initialer Präsentation.
Modifiziert nach [3].

Ikterus	72%
Gewichtsverlust	43%
Bauchschmerzen	36%
Übelkeit und Erbrechen	18%
Rückenschmerzen	2%

mit bei 12 Neuerkrankungen pro 100 000 Einwohner pro Jahr. Die 5-Jahres-Überlebensrate liegt insgesamt bei weniger als 5%. Bei den ca. 10% der Patienten, welche als operabel gelten, liegt die 5-Jahres-Überlebensrate bei 20%. Trotz vielseitigen Bemühungen seitens der Diagnostik und der Therapie hat sich die Überlebensrate in den letzten 20 Jahren wenig verändert. Als häufigste prädisponierende Faktoren für die Entwicklung eines Pankreaskarzinoms gelten Rauchen, fettreiche Ernährung und chronische Pankreatitis. Die häufigsten klinischen Symptome bei initialer Präsentation sind in Tabelle 1 dargestellt [3]. Ein erster Schub

einer akuten Pankreatitis als initiales Symptom eines Pankreaskarzinoms ist selten. In verschiedenen Fallserien wird beschrieben, dass bei ca. 3% aller Patienten mit Pankreaskarzinom als initiale Präsentation mindestens ein Schub einer akuten Pankreatitis vorausgeht [1, 4]. Im Vergleich dazu liegt die Häufigkeit eines Pankreaskarzinoms bei den Patienten, welche aufgrund einer akuten Pankreatitis hospitalisiert werden, bei knapp über 1% [4].

Es stellt sich deshalb die Frage, ob bei einer sogenannt idiopathischen akuten Pankreatitis eine weiterführende Diagnostik vorgenommen werden sollte und, falls ja, welche Untersuchungsmethode gewählt werden soll und zu welchem Zeitpunkt. Es gibt Empfehlungen, nach einem Schub einer akuten idiopathischen Pankreatitis eine weiterführende Abklärung mittels Endosonographie mit Frage nach einer Mikrolithiasis oder Gallenblasensludge durchzuführen [5]. Daten oder Empfehlungen zur weiterführenden Abklärung hinsichtlich eines Pankreaskarzinoms existieren nicht.

Aufgrund der oben geschilderten Fallbeispiele sollte bei persistierenden abdominalen Schmerzen oder progredientem Gewichtsverlust im Verlauf die Indikation zur weiteren Abklärung grosszügig gestellt werden. Unsere Empfehlung ist, in diesem Fall als nächsten Abklärungsschritt eine obere Endosonographie mit der Möglichkeit einer Feinnadelpunktion durchzuführen.

Korrespondenz:

Dr. med. Ellen Utzinger
Spital Uster
Brunnenstrasse 42
CH-8610 Uster
ellen@utzinger.ch

Literatur

- Gambill EE. Pancreatitis associated with pancreatic carcinoma: a study of 26 cases. *Mayo Clin Proc.* 1971;46(3):174-7.
- Mujica VR et al. Acute pancreatitis secondary to pancreatic carcinoma. *Pancreas.* 2000;21(4):329-32.
- Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal & Liver Disease, 7th Edition. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002. p. 970-87.
- Lin A, Feller Er. Pancreatic carcinoma as a cause of unexplained pancreatitis: report of ten cases. *Ann Intern Med.* 1990;113:166-7.
- Wilcox CM, Varadarajulu S, Eloubeidi M. Role of endoscopic evaluation in idiopathic pancreatitis: a systematic review. *Gastrointest Endosc.* 2006;63:1037-45.