

Divertikulitis – wie behandeln?

Oft werden Darmdivertikel als asymptomatischer Zufallsbefund entdeckt. Doch sie können sich auch entzündlich verändern und erhebliche Beschwerden hervorrufen oder zu ernstesten Komplikationen wie Perforation oder Blutung führen. Eine neuseeländisch-australische Arbeitsgruppe fasste kürzlich in einem Review-Artikel den derzeitigen Stand der Divertikulitis-Behandlung zusammen.

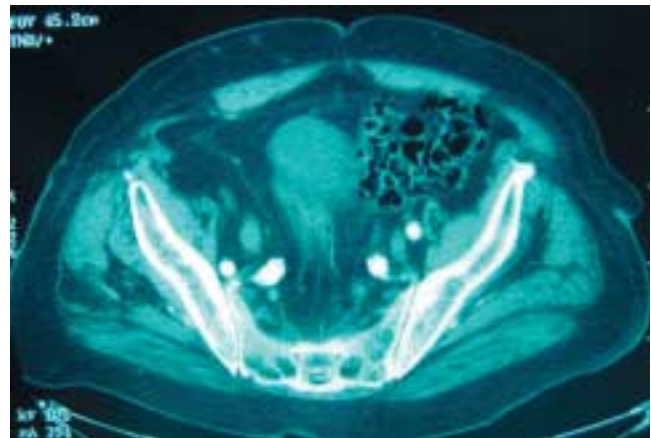
BRITISH MEDICAL JOURNAL

Die Prävalenz der Divertikulose nimmt mit dem Alter zu: Etwa die Hälfte der 40- bis 50-Jährigen und rund zwei Drittel der 70- bis 80-Jährigen weisen Divertikel auf. Die Pathogenese der Divertikelkrankheit ist nicht vollständig geklärt. Eine ballaststoffarme Ernährung scheint die Entstehung von Darmdivertikeln zu fördern, weil sie das Stuhlvolumen vermindert und die Transitzeit verlängert, was den intraluminalen Druck erhöht, sodass es zur Herniation der Kolonschleimhaut durch Schwachstellen in der Darmwand kommt.

Solange die Ausstülpungen der Darmwand symptomlos bleiben, spricht man von einer Divertikulose. Eine Divertikelkrankheit liegt vor, sobald Symptome auftreten. Die Divertikulitis ist durch Entzündungszeichen wie Fieber und Tachykardie gekennzeichnet, wobei zusätzlich abdominelle Beschwerden vorliegen können. Von einer komplizierten Divertikulitis spricht man, wenn es zu Perforation, Abszess, Fisteln oder Striktur beziehungsweise Obstruktion gekommen ist.

Unkomplizierte Erkrankung

Eine ballaststoffreiche Ernährung und körperliche Aktivität können der Entwicklung einer Divertikelkrankheit entgegen-



Divertikulose als Nebenbefund bei einem 95-jährigen

wirken. Weisen die Patienten bereits Symptome auf, ist der Nutzen einer faserreichen Kost weniger überzeugend. Zu bedenken ist, dass die Einnahme von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) das Risiko einer Divertikelperforation erhöht.

Divertikulitis

Bei der Divertikulitis werden im Gegensatz zur einfachen Divertikelkrankheit systemische Entzündungszeichen wie Fieber, Neutrophilie und Tachykardie beobachtet. Gelegentlich lässt sich eine berührungsempfindliche entzündliche Raumforderung tasten, und es kann zu Stuhlnormregelmäßigkeiten kommen. Die ambulante Initialbehandlung besteht in flüssiger Ernährung sowie in einer oralen Breitspektrum-Antibiose, die Anaerobier sowie gramnegative Stäbchen erfasst. Unter dieser Therapie sollte sich innerhalb von zwei bis drei Tagen eine symptomatische Besserung einstellen.

Ob Patienten mit unkomplizierter Erkrankung stationär aufgenommen werden müssen, hängt davon ab, wie sie auf die Behandlung ansprechen, ob sie oral etwas zu sich nehmen können und ob Begleiterkrankungen vorliegen. Die konservative Therapie der akuten unkomplizierten Divertikulitis führt bei 70 bis 100 Prozent der Patienten zu einer Rückbildung der Symptomatik. Hospitalisierte Patienten sollten nach zwei- bis viertägiger Ruhigstellung des Darms sowie intravenöser Antibiose eine Besserung zeigen.

Bildgebende Verfahren

Bei der akuten Divertikulitis ist die Kolonschleimhaut makroskopisch und mikroskopisch unauffällig, obwohl sich im perikolischen Fettgewebe ausgeprägte Entzündungsreaktionen abspielen. Folglich ist die Aussagekraft von Kontrasteinläufen limitiert, da sich der Krankheitsprozess überwiegend extraluminal abspielt.

Mit der Computertomografie (CT) steht eine sicherere und kosteneffektivere Alternative zur Verfügung. Zeigt die CT entzündliche Veränderungen des perikolischen Fettgewebes, eine Darmwandverdickung oder einen peridivertikulären Abszess, spricht dies für das Vorliegen einer Divertikulitis. Abszesse mit einem Durchmesser < 5 cm neigen nach der antibiotischen Behandlung zur Rückbildung, Abszesse mit einem Durchmesser < 2 cm können erfolgreich mit einer ambulanten oralen Antibiose therapiert werden. Bei Hinchey-Läsionen im Stadium 1 bis 2 (perikolischer, mesenterialer oder Beckenabszess) führt die CT-geführte perkutane Drainage zu einer raschen Kontrolle der Sepsis und zu einem Nachlassen der Symptomatik. Danach können die Patienten asymptomatisch bleiben.

Nach der ersten Krankheitsepisode variiert das Rezidivrisiko in der Literatur zwischen 7 und 45 Prozent. Diese grosse Schwankungsbreite reflektiert das breite Spektrum der diagnostischen Kriterien und des Ausprägungsgrads der Erkrankung in den verschiedenen Studien. Die meisten Komplikationen werden während der ersten stationären Behandlung beobachtet, danach scheint die Erkrankung einen gutartigen Verlauf zu nehmen.

Notfallmässige Operation

In folgenden Situationen besteht eine Operationsindikation:

- *purulente oder fäkale Peritonitis*
- *unkontrollierte Sepsis*
- *Fistel*
- *Darmobstruktion*
- *nicht sicher auszuschliessendes Karzinom.*

Die purulente oder fäkale Peritonitis wurde üblicherweise dreizeitig operiert. Der erste Eingriff sollte die Sepsis mit Hilfe einer Drainage und Anlage einer Transversum-Kolostomie kontrollieren. In einer zweiten Operation wurde das erkrankte Darmsegment exzidiert, und der dritte Eingriff diente dazu, die Kolostomie zu verschliessen und die Kontinuität des Darms wiederherzustellen. Nachdem Mitte der Achtzigerjahre festgestellt worden war, dass die Mortalität bei dreizeitigem Vorgehen fast 25 Prozent betrug, entwickelte man ein zweizeitiges Verfahren, wodurch die perioperative Mortalität fast halbiert werden konnte. Heute wird zunehmend ein einzeitiges Vorgehen angestrebt.

Merksätze

- Die Divertikelkrankheit zählt zu den häufigen Erkrankungen. Ihre Prävalenz steigt aufgrund der demografischen Entwicklung mit einem grösseren Anteil älterer Menschen.
- Eine ballaststoffreiche Ernährung kann der Entwicklung einer Divertikelkrankheit vorbeugen, doch ist unklar, ob eine faserreiche Kost hilfreich ist, wenn die Erkrankung bereits symptomatisch geworden ist.
- NSAR können das Perforationsrisiko erhöhen.
- Aufgrund moderner Diagnostik- und Behandlungsmethoden können heute viele Patienten erfolgreich konservativ behandelt werden, die sich noch vor einigen Jahren einer Operation hätten unterziehen müssen.
- Notfalloperationen wurden früher dreizeitig vorgenommen. Heute sind ein- oder zweizeitige Eingriffe üblich.

Elektivresektion zur Prävention von Komplikationen der Divertikelkrankheit

In den letzten 20 Jahren lag die postoperative Mortalität nach Notoperationen unverändert bei 12 bis 36 Prozent, obwohl Fortschritte der chirurgischen Techniken, der antibiotischen Behandlung und der Intensivtherapie zu verzeichnen waren. Deshalb empfahlen einige Autoren nach zwei Episoden einer unkomplizierten Divertikulitis eine elektive Sigmaresektion. Doch neuere Daten weisen darauf hin, dass eine prophylaktische Resektion kaum spätere Komplikationen verhindern kann, weil die meisten Patienten, die eine Notoperation benötigen, keine Divertikelkrankheit in der Anamnese aufweisen. Wird eine Elektivoperation diskutiert, müssen Morbidität, Mortalität und Kosten eines solchen Eingriffs sorgfältig gegen die Morbidität, Mortalität und Kosten aller potenziellen weiteren Divertikulitis-Episoden abgewogen werden. ■

Quelle:

Simon E.J. Janes (Colorectal Unit, Department of Surgery, Christchurch/New Zealand) et al.: Management of diverticulitis. British Medical Journal 2006; 332: 271-275.

Dr. med. Andrea Wülker

Interessenkonflikte: keine deklariert