Die Kolondivertikulose und ihre Komplikationen

Hans-Joachim Meyer^a Wolfgang Kruis^b

^a Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Städtisches Klinikum Solingen,

^b Abteilung Innere Medizin, Evangelisches Krankenhaus Kalk, Köln, Deutschland

Die Divertikulose ist eine der häufigsten benignen Veränderungen des Gastrointestinaltrakts in der westlichen Welt, und zwar mit zunehmender Häufigkeit, unter anderem auch bedingt durch die gesteigerte Lebenserwartung. Die ursprünglich harmlose Divertikelbildung bleibt in der Mehrzahl der Fälle asymptomatisch. Bei etwa 10–20% der Patienten kann es zum Auftreten einer Divertikulitis mit Komplikationen kommen. Die Divertikelkrankheit verursacht dann nicht nur erhebliche klinische Beschwerden, sondern geht zudem mit relevanter Morbidität und auch Mortalität einher. Insgesamt führt die Divertikelkrankheit aufgrund ihrer Häufigkeit zu einer erheblichen ökonomischen Belastung des Gesundheitssystems, wobei es erwähnenswert ist, welcher geringer Evidenzgrad zur Diagnostik und medikamentösen Therapie vorliegt.

Der Artikel von Wedel et al. [1] beschreibt die Pathogenese der Divertikulose und Divertikelkrankheit des Kolons. Die Divertikelbildung ist die Folge einer Herniation der Schleimhaut durch Muskellücken der Darmwand, meist im Sigma lokalisiert und im höheren Lebensalter auftretend. Die Pathogenese ist dabei als multifaktorielles Geschehen anzusehen, unter anderem beeinflusst durch ballastarme Ernährung, einen gestörten Kollagen- und Elastinstoffwechsel oder eine enterische Myo- und Neuropathie. Böhm [2] stellt eine Übersicht der diagnostischen Verfahren und Klassifikationssysteme dar. Exakte Diagnostik und Klassifikation sind die Grundvoraussetzung der dringend benötigten Studien. Leitlinien im deutschsprachigen Raum liegen dabei bisher nicht vor. Die Basisdiagnostik sollte ein Schnittbildverfahren beinhalten – in einem ersten Schritt und zur Verlaufsbeurteilung eine Ultraschalluntersuchung, bei technisch nicht ausreichend zu beurteilendem Situs oder zur weiteren Abklärung einer Operationsindikation eine kontrastmittelunterstützte Computertomographie. Die Koloskopie sollte in der postakuten Phase zum Ausschluss von Neoplasien oder anderen entzündlichen Kolitiden durchgeführt werden. Ein einheitliches Klas-

sifikationssystem existiert bisher nicht. Im deutschsprachigen Raum wird die Einteilung nach Hansen und Stock am häufigsten verwendet, während international eher die modifizierte Hinchey-Klassifikation präferiert wird. Helwig [3] stellt in seinem Beitrag die Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Therapie dar, die zunehmend an Bedeutung gewinnt. Eine nicht komplizierte Divertikelkrankheit bzw. Divertikulitiden ohne Komplikationen können ambulant bei präziser Diagnostik behandelt werden. Von besonderer Bedeutung ist dabei auch die Abschätzung des individuellen Risikoprofils des Patienten. Der Artikel von von Rahden und Germer [4] fasst die Operationsindikation bei der Divertikelkrankheit zusammen. Entscheidend für die Operationsindikation bei chronischen rezidivierenden Divertikulitiden ist heute das eher risikoadaptierte Vorgehen bei laparoskopisch assistierter elektiver Sigmaresektion. Die generelle Operation nach dem sogenannten zweiten Schub einer entzündlichen Episode hat weitgehend an Bedeutung verloren. Ritz et al. [5] heben in ihrer Darstellung über die Notfalleingriffe bei der komplizierten Divertikulitis hervor, dass das Perforationsrisiko beim erstmaligen Auftreten einer Divertikulitis am höchsten ist und weiterhin eine relevante Komplikationsrate nach sich ziehen kann. Die in mehreren Studien untersuchte alleinige laparoskopische Lavage der Bauchhöhle kann dabei nicht als generelle Empfehlung angesehen werden. Divertikelblutungen sind in der überwiegenden Mehrzahl konservativ durch endoskopische Verfahren zu beherrschen. Abschließend geht Pfützer [6] in seinem Beitrag auf die persistierenden Beschwerden nach elektiver Sigmaresektion ein. In etwa 25% der Fälle kommt es postoperativ zu persistierenden oder neu aufgetretenen Beschwerden. Nur selten handelt es sich um «echte Divertikulitis-Rezidive»; vielmehr ist differenzialdiagnostisch an das Reizdarmsyndrom zu denken. Die richtige Selektion der Patienten bezüglich der Operationsindikation ist somit von vorrangiger Bedeutung.

Das interdisziplinäre Gespräch unter der Leitung von Fischbach [7] geht dann zusammenfassend auf die in der Diskussion stehenden diagnostischen und therapeutischen Verfahren ein.

Als Herausgeber dieses Themenschwerpunkts danken wir den Autoren für die klaren und differenzierten Darstellungen, basierend auf dem aktuellen Kenntnisstand zur Kolondivertikulose und zu ihren Komplikationen, oftmals mit geringem Evidenzgrad; trotzdem mögen diese Empfehlungen unseren Patienten zum Nutzen gereichen.

Literatur

- 1 Wedel T, Barrenschee M, Hellwig I, Harde J, Böttner M: Pathogenese der Divertikulose und Divertikelkrankheit des Kolons. *Viszeralmedizin* 2012;28:164–170.
- 2 Böhm SK: Diagnostik und Klassifikation der Divertikelkrankheit. *Viszeralmedizin* 2012;28:171–181.
- 3 Helwig U: Möglichkeiten und Grenzen der ambulanten Therapie der Divertikelkrankheit. *Viszeralmedizin* 2012;28:182–189.
- 4 von Rahden BHA, Germer C-T: Operationsindikationen bei der Divertikelkrankheit. *Viszeralmedizin* 2012;28:190–195.
- 5 Ritz J-P, Buhr HJ, Holmer C: Notfalleingriffe bei der komplizierten Divertikulitis. *Viszeralmedizin* 2012;28:196–200.
- 6 Pfützer RH: Persistierende Beschwerden nach elektiver Sigmaresektion wegen Sigmadivertikulitis. *Viszeralmedizin* 2012;28:201–205.
- 7 Fischbach W (Gesprächsleiter): Die Kolondivertikulose und ihre Komplikationen. *Viszeralmedizin* 2012;28:206–210.