

21 Kolondivertikulose - Divertikulitis

H. Wiesinger

Pathogenese

Die Divertikulose ist heute die häufigste Zivilisationskrankheit und wird bei 1/3 bis 1/2 aller Patienten über 60 Jahre beobachtet. Sie verläuft in den meisten Fällen asymptomatisch und nur ein geringer Prozentsatz führt zu den Komplikationen Entzündung oder Blutung. Echte angeborene Divertikel des Kolons, die alle Wand-schichten erfassen sind selten. Meistens finden sich Pseudodivertikel, die durch Vorwölbung der Mukosa und Submukosa durch Lücken der zirkulären Muskulatur, verursacht durch einen erhöhten intraluminalen Druck entstehen. Zu einer Entzündung kommt es durch Mikroperforation der Divertikelspitzen. Bei der konsekutiven peridivertikulären Ausdehnung der Entzündung wird die Divertikulitis symptomatisch. Divertikelkrankheit umschreibt die symptomatische Verlaufsform der divertikulösen Kolonwandveränderungen. Es umfasst das gesamte Verlaufsspektrum, von der blanden Form mit Motilitätsstörungen, Obstipation und Schmerzen, bis hin zu den entzündlichen und komplizierten Verlaufsformen.

Einteilung [nach Siewert]

- lokalisierte Divertikelkrankheit
- akute «phlegmonöse» Peridivertikulitis
- übergreifen der Entzündung auf die Darmwand mit allgemeinen Entzündungszeichen, aber ohne gedeckte oder freie Perforation. Daraus Entwicklung einer Perikolitis mit ihren Komplikationen wie gedeckte und freie Perforation, Abszessbildung, Peritonitis, Fistelbildung in Nachbarorgane.
- komplizierte Divertikulitis mit allgemeinen Entzündungszeichen bei gedeckter oder freier Perforation

Tabelle 1. Stadieneinteilung der komplizierten Divertikulitis

Stadium I	perikolische auf das Mesokolon beschränkte Entzündung
Stadium II	abgekapselter Abszess im Unterbauch, das Mesokolon überschreitend.
Stadium III	generalisierte eitrige oder kotige Peritonitis nach freier Perforation.

¹ Kapitel 21
Version 1.0
Stand 09/2004

Symptome

- akuter Bauchschmerz («Linksappendizitis»)
- Stuhlunregelmäßigkeiten
- Peritonitiszeichen
- Fieber
- Leukozytose

Diagnostik

- Anamnese
 - Unterscheidung zwischen symptomatischer Divertikelkrankheit und akuter Divertikulitis wegen der unterschiedlichen Spontanverläufe und therapeutischen Konsequenzen
- klinische Untersuchung, rektale digitale Untersuchung
- Sonographie, Computertomographie
 - Aussage über Lokalisation und Ausdehnung, ev. Abszessbildung, der Doppelkontrasteinlauf ist meist verzichtbar

Anmerkung:

Der Doppelkontrasteinlauf wird kontrovers in der akuten Diagnostik diskutiert. Bei Verwendung von Barium in Doppelkontrastechnik ist das Risiko einer untersuchungsbedingten Perforation relativ hoch. Geringer ist das Risiko bei Verwendung wasserlöslicher Kontrastmittel. Für eine Sigmadivertikulitis spricht der Nachweis eines Divertikels zusammen mit einer segmentalen Darmenge. Die intra- oder transmurale Extravasation von Kontrastmittel erlaubt die Lokalisation penetrierend entzündlich veränderter Divertikel. Hingegen ist bei längeren Stenosen die Differenzierung zwischen entzündungsbedingter Enge und Karzinom nicht möglich, so dass hier eine endoskopische Untersuchung mit Biopsieentnahme unverzichtbar ist.

Differentialdiagnose

kolorektales Karzinom, Ischämie, Angiodysplasie, Nephrolithiasis, chronisch entzündliche Darmerkrankung (IBD), Salpingitis, Kolon irritabile

Therapie [Internistisch]

Indikation

- erster Schub einer unkomplizierten Divertikulitis
- blande lokalisierte Divertikelerkrankungen lassen sich gut konservativ mit Antibiotika und für einige Tage mit Nahrungskarenz behandeln.

Anmerkung:

Ein rasches Ansprechen auf eine konservative Therapie deutet auf eine günstige Prognose, während ein verzögertes Ansprechen einen schlechten Verlauf erwarten lässt. Während die blande, lokalisierte Divertikelkrankheit auch auf Zeit durch konservative Maßnahmen gut kontrolliert werden kann, werden nach konservativer Behandlung der phlegmonösen Divertikulitis relativ hohe Rezidivraten beobachtet.

Therapie [Chirurgie]

Die frühelektive Resektion der akuten phlegmonösen Peridivertikulitis sollte nach kurzer konservativer Therapie als indiziert angesehen werden, bei

- zwei oder mehr Attacken einer akuten Divertikulitis in der Anamnese
- einer ersten Attacke bei Patienten unter 50 Jahren
- einer ersten Attacke bei immunsupprimierten Patienten
- einer ausgeprägten Stenose mit Subileus
- wenn ein Karzinom nicht sicher auszuschließen ist

Standardoperation ist die Sigmaresektion mit End-End Anastomose, wenn möglich laparoskopisch.

Bei notfallmäßiger Intervention (Perforation, Peritonitis) ist die primäre Resektion mit protektiver Transversostomie die Methode der Wahl

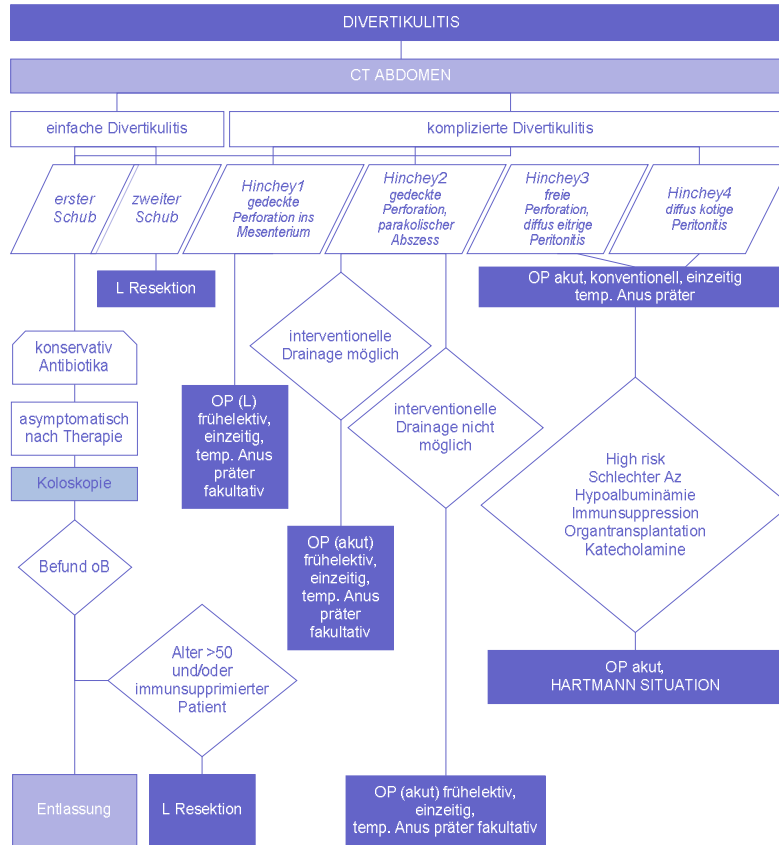


Abb. 1. Management bei Divertikulitis

Literatur

1. Siewert JR et al (1995): Frühelektive Chirurgie der akuten Divertikulitis des Kolons. Chirurg 66:1182-1189