Langzeitergebnis konservativer Behandlung bei Patienten mit Sigmadivertikulitis

Mueller MH, Glatzle J, Kasparek MS, et al. Long-term outcome of conservative treatment in patients with diverticulitis of the sigmoid colon. Eur J Gastroenterol Hepatol 2005;17:649–54.

Fragestellung und Hintergrund: Die Indikation zur Operation nach einer konservativen Behandlung der akuten Divertikulitis wird noch diskutiert. Zum Teil ist dies ein Ergebnis der begrenzten Datenlage bezüglich des Langzeiterfolgs konservativen Behandlungsmanagements. Wir zielten daher darauf ab, die Langzeitergebnisse konservativer Behandlung bei akuter Divertikulitis zu untersuchen.

Patienten und Methodik: Untersucht wurden die Krankenakten aller Patienten, die in unserer Einrichtung wegen Divertikulitis zwischen 1985 und 1991 behandelt worden waren (n = 363, mittleres Alter 64 Jahre, 29–93 Jahre). Patienten, die eine konservative Behandlung erhielten, wurden 1996 und 2002 befragt (Follow-up-Zeit 7 Jahre und 2 Monate (58–127 Monate) und 13 Jahre 4 Monate (130–196 Monate).

Ergebnisse: Insgesamt wurden 252 Patienten (69%) konservativ behandelt, während 111 (31%) operiert wurden. Beim ersten Follow-up waren 85 Patienten mit konservativer Behandlung gestorben, einer von ihnen aufgrund blutender Divertikel. Rezidivierende Symptome wurden von 78 der verbleibenden 167 Patienten berichtet, und 13 unterzogen sich einer Operation. Beim zweiten Follow-up war ein Patient an einer Sepsis nach Perforation während einer erneuten Divertikulitis gestorben. 31 der 85 befragten Patienten berichteten Symptome und zwölf waren operiert worden. Zusammengefasst hatten beim zweiten Follow-up-Interview 34% der ursprünglich behandelten Patienten ein Rezidiv und 10% eine Operation gehabt. Es konnten keine vorhersagenden Faktoren für ein Rezidiv von Symptomen oder eine spätere Operation bestimmt werden.

Schlussfolgerung: Trotz einer hohen Rezidivrate nach konservativer Behandlung einer akuten Divertikulitis sind letale Komplikationen selten. Daher sollten Operationen eher durchgeführt werden, um eine Erleichterung der Symptome zu erreichen, als um Todesfälle durch Komplikationen zu vermeiden.

Kommentar

Die Prävalenz der Divertikulose nimmt mit dem Alter zu und liegt in der Gruppe der über 50-Jährigen bei 50% [1]. Eine Divertikulitis tritt aber nur bei einem Teil der Patienten mit Divertikulose auf. Während mildere Fälle einer Divertikulitis gut auf eine konservative Therapie ansprechen, stellt eine komplizierte Divertikulitis (z.B. mit Perforation) häufig eine Indikation zu einer Notfalloperation dar.

Trotz Fortschritts der chirurgischen Technik, der Antiobiotikatherapie und der Intensivmedizin ist innerhalb der letzten 20 Jahre die postoperative Mortalität nach Notfalleingriffen nahezu unverändert hoch bei 12–36% geblieben [2].

Nach zwei Episoden einer unkomplizierten Divertikulitis wird daher häufig, um Komplikationen und insbesondere die Notwendigkeit von Notfalleingriffen zu vermeiden, eine elektive Resektion empfohlen [3]. Diese Empfehlungen beruhen jedoch auf historischen Daten, die zeigten, dass wiederholte Entzündungen schwerer konservativ beherrschbar und mit einer höheren Sterblichkeitsrate assoziiert sind [1].

Die Untersuchung von Mueller et al. zeigt hingegen, dass bei Patienten nach akuten Divertikulitiden, bei denen keine elektive Resektion durchgeführt wurde, kaum letale Komplikationen im Verlauf auftraten. Auch eine neuseeländische Arbeitsgruppe konnte jüngst nachweisen, dass prophylaktische Operationen selten Komplikationen verhindern konnten [1]. Eine Ursache dafür liegt möglicherweise auch darin, dass bei den meisten Patienten (> 75%), die einen Notfalleingriff benötigen, die Divertikelerkrankung zuvor nicht bekannt war, die komplizierte Divertikulitis also die Erstmanifestation darstellte [4].

Diese neuen Untersuchungen belegen, dass die Entscheidung über eine elektive Resektion nach akuter unkomplizierter Divertikulitis eine vorsichtige individuelle Risiko-Nutzen-Abwägung voraussetzt, wobei Morbidität, Mortalität und Beschwerdesymptomatik in die Beurteilung einbezogen werden müssen.

Literatur

1. Janes SEJ, Meagher A, Frizelle FA. Management of diverticulitis. BMJ 2006;332:271–5.
2. Janes SEJ, Meagher A, Frizelle FA. Elective surgery after acute diverticulitis. Br J Surg 2005;92:133–42.
3. Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. Lancet 2004;363:631–9.
4. Hart AR, Kennedy HJ, Stebbings WS, Day NE. How frequently do large bowel diverticula perforate? An incidence and cross-sectional study. Eur J Gastroenterol Hepatol 2000;12:661–5.

Dr. Andreas Franke, Mannheim