



Contents lists available at ScienceDirect

DoctorConsult – The Journal. Wissen für Klinik und Praxis

journal homepage: www.elsevier.de/dcjwkp



Kolondivertikulose, Divertikulitis und Divertikelblutung

Ulrike Melle¹, Ulrich Rosien^{1,*}, Peter Layer¹, Gerald Holtmann², Volker Groß³

¹ Israelitisches Krankenhaus, Orchideenstieg 14 22297 Hamburg, Germany

² Universitätsklinikum Essen, Hufelandstraße 55, 45122 Essen

³ Klinikum St. Marien Amberg, Mariahilfbergweg 5-7, 92224 Amberg

ARTICLE INFO

Article history:

Received 5 October 2010

Accepted 7 October 2010

Available online 30 November 2010

Schlüsselwörter:

Divertikel
Pseudodivertikel
Divertikulose
Divertikulitis
Divertikelblutung

Keywords:

Diverticulum
pseudodiverticulum
diverticulosis
diverticulitis
diverticular haemorrhage

ZUSAMMENFASSUNG

Divertikel im Dickdarm sind meist Pseudodivertikel mit Ausstülpung der Dickdarmschleimhaut durch Lücken in der Muskelschicht und damit ohne Überdeckung durch die Muskularis. Ihre Entstehung wird begünstigt durch verminderte Widerstandskraft der Darmwand im Alter sowie erhöhten intraluminalen Druck, z.B. bei faserarmer Kost. 95% der Divertikel befinden sich im Sigma. Nur eine Minderheit der Divertikelträger entwickelt Symptome wie Schmerzen oder Krämpfe im linken Unterbauch, die evtl. im zeitlichen Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme stehen und nach Defäkation abklingen. Die Therapie besteht in einer Erhöhung des Stuhlvolumens durch ballaststoffreiche Ernährung sowie Stuhlregulation. Die Divertikulitis mit bakterieller Entzündung nach (Mikro-)Perforation eines Divertikels ist die häufigste Komplikation einer Divertikulose. Die Therapie der unkomplizierten Divertikulitis ist konservativ mit Breitbandantibiotika und Nahrungskarenz. Komplizierte Verläufe (Abszess, Peritonitis, Fisteln) treten in bis zu 30% der Fälle auf und erfordern eine konsequente konservative oder chirurgische Therapie.

Klinisch relevante Blutungen aus Divertikeln treten bei 2–6% der Divertikelträger auf. Die meisten Blutungen sistieren spontan. Bei aktiver Blutung erfolgt eine endoskopische Blutstillung und/oder insbesondere bei Rezidiven die chirurgische Resektion des betroffenen Kolonsegmentes.

© 2010 Published by Elsevier GmbH.

ABSTRACT

Colon diverticula are usually pseudodiverticula with eversion of the colon mucosa through gaps in the muscle layer and thus without overlapping muscularis. The weakening of the colon wall with increasing age as well as raised intraluminal colonic pressure that may be caused by low-fibre diet can promote the development of colon diverticula. 95% of diverticula are located in the sigma. Only a minority of people with diverticulosis develop symptoms such as pain or cramps on the left side of the lower abdomen, which may be related to ingestion, and ease after defecation. Therapy consists of increasing the faecal volume with high-fibre diet, and stool regulation.

Diverticulitis with bacterial inflammation after (micro-)perforation of a diverticulum is the most common complication of diverticulosis. Uncomplicated diverticulitis is treated nonsurgical with broad-spectrum antibiotics and food restriction. In 30% complicated courses (abscess, peritonitis, fistulas) occur; these need either consequent nonsurgical or surgical treatment.

Clinically relevant bleeding from diverticula occurs in 2–6% of people with diverticulosis and stops spontaneously in most cases. Actual haemorrhage may be stopped by endoscopic haemostasis and/or surgical resection of the afflicted colon segment, particularly in relapses.

© 2010 Published by Elsevier GmbH.

1. Divertikulose

Divertikel sind Ausstülpungen der Dickdarmschleimhaut durch Lücken in der Muskelschicht.

Die Divertikulose ist in der westlichen Welt weit verbreitet, wobei höheres Alter (Prävalenz bei 40-Jährigen ca. 10%, jenseits des 60. Lebensjahrs ca. 50%) und Übergewicht Risikofaktoren sind. Die

* Korrespondenzadresse.

E-mail address: rosien@ik-h.de (U. Rosien).

Adipositas auch mit einer erhöhten Komplikationsraten assoziiert ist. 95% der Divertikel befinden sich im Sigma.

1.1. Ätiologie und Pathophysiologie

Der Divertikelbildung liegt eine multifaktorielle Pathogenese zugrunde. Sie wird begünstigt durch eine verminderte Widerstandskraft der Darmwand im Alter (bei Bindegewebschwäche, z.B. Marfan-Syndrom, auch früher) und einem erhöhten intraluminalen Druck, der gefördert wird durch eine faserarme Kost (Laplace-Gesetz: Je kleiner der Darmradius, umso höher ist der durch Muskelkontraktionen induzierte, intraluminale Druckanstieg). Die erworbenen Divertikel sind eigentlich Pseudodivertikel, d. h. es kommt zu einer Hernierung der Mukosa und Submukosa durch Lücken in der Muskelschicht, während die echten Divertikel mit einer Herniation aller Wandschichten angeboren sind.

1.2. Symptome und Befunde

Die Divertikulose ist zumeist ein Zufallsbefund bei asymptomatischen Individuen.

Chronische Symptome treten bei weniger als 25% der Patienten auf, sind meist leicht und bedürfen dann in der Regel keiner Therapie. Sie sind oft Ausdruck der tonischen Engstellung des Sigmas und assoziierter Motilitätsstörungen. Stärkere und andauernde Beschwerden entwickeln sich bei 10–15% als Folge multipler „unterschwellig“ abgelaufener (meist als einfache „Darmverstimmungen“ oder als Reizdarmsymptome missgedeuteter) Entzündungen und konsekutiver narbiger Einengung des Lumens.

Leitsymptome sind Schmerzen / Krämpfe im linken Unterbauch, die gelegentlich im zeitlichen Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme stehen und nach Defäkation abklingen können (DD: Reizdarmsyndrom).

Bei einem kleinen Teil der Patienten mit Divertikulose treten Diarrhöen bzw. Stuhlnunregelmäßigkeiten, Meteorismus und / oder Flatulenz auf.

1.3. Prognose

Die einfache Divertikulose hat keine erkrankungsbezogene Letalität. Komplikationen sind Divertikulitis und Divertikelblutung.

1.4. Diagnostik

Bei mehr als 80% aller Patienten mit Kolondivertikeln handelt es sich um einen (meist endoskopischen) Zufallsbefund. Symptomatische Patienten berichten häufig über rezidivierende schmerzhafte Episoden in der Anamnese. Typischerweise besteht ein lokalisierter Druckschmerz im linken Unterbauch.

Wichtige Differenzialdiagnosen bei symptomatischen Patienten sind Divertikulitis, Reizdarmsyndrom (nicht selten gleichzeitig bestehend), aber auch das Kolonkarzinom (auch an andere Tumoren des kleinen Beckens denken!). Seltener sind chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und ischämische Kolitis.

1.5. Therapie

Bei allen Patienten ist eine Erhöhung des Stuhlvolumens durch eine ballaststoffreiche Ernährung (Ernährungsberatung! Gegebenenfalls Quellstoffe wie Guar oder Plantago-afra-Schalen) und eine Stuhlregulation (ausreichende Flüssigkeitszufuhr, gegebenenfalls Macrogol, Laktulose; andere Laxanzien möglichst vermeiden!) anzustreben.

Sind Schmerzen / Krämpfe hierdurch nicht zu beheben, kann zusätzlich Mebeverin (z.B. Duspatal® 3 × 1 Tbl./d; mitunter

effektiver: Duspatal® ret. 2 × 1 Kps.) oder Minzölextrakt (z.B. Mentacur®) zunächst für zwei bis drei Wochen versucht werden. Nur bei Ansprechen innerhalb dieser Zeitspanne sollte die Therapie fortgeführt werden. Neue Studien zeigen einen Erfolg der zyklischen Mesalazingabe (2 × 400 bis 2 × 800 mg/Tag für 10 Tage im Monat).

Bei chronischer ausgeprägter und refraktärer Symptomatik und Hinweisen auf rezidivierende Entzündungen und / oder relevante Narbenstenosen kann eine (laparoskopische) Sigmaresektion diskutiert werden.

2. Divertikulitis

Häufigste Komplikation einer Divertikulose, die bei ca. 10–15% aller bekannten (!) Divertikelträger auftritt.

2.1. Ätiologie und Pathophysiologie

Die Divertikulitis ist eine lokalisierte bakterielle Entzündung nach (Mikro-)Perforation eines (selten mehrerer) Divertikels, die durch Retention von Stuhl im Divertikel, dünne Divertikelwandung, Bindegewebschwäche (Alter, Disposition) und / oder erhöhten intraluminalen Druck (ballaststoffarme Ernährung) begünstigt wird. Bedrohliche Komplikationen treten bei einer „Makroperforation“ auf: Peritonitis, Abszess, Fistelbildung.

2.2. Symptome und Befunde

Leitsymptome der unkomplizierten Divertikulitis sind Schmerzen (meist im linken Unterbauch, „Links-Appendizitis“), Fieber, Veränderung der Stuhlgewohnheiten, seltener perianaler Blutabgang infolge Divertikelblutung, Übelkeit, Erbrechen und Dysurie. Das Abdomen ist druckschmerzhaft, eventuell mit tastbarer Resistenz / Darmwalze, die Peristaltik ist meist reduziert (Hyperperistaltik kann Hinweis auf Obstruktion sein).

Oft (aber keinesfalls obligat) bestehen Leukozytose und BKS-Beschleunigung.

CAVE

Bei älteren oder immunkompromittierten Patienten sowie unter Kortisontherapie können auch bei ausgeprägter Divertikulitis bzw. Divertikulitiskomplikationen typische klinische Befunde und Laborveränderungen fehlen!

2.3. Prognose

Die Prognose der unkomplizierten Divertikulitis ist gut. Dennoch treten in 15–30% der Fälle Komplikationen auf. Etwa ein Drittel der Patienten erleidet ein Rezidiv mit einem Anstieg der Rezidivwahrscheinlichkeit auf >50% nach dem zweiten Erkrankungsschub.

2.4. Diagnostik

Die Diagnose kann meist bereits klinisch (Symptome und körperlicher Befund) gestellt werden. Das entzündete Divertikel kann in der Regel sonographisch dargestellt werden. Bei typischer, unkomplizierter Divertikulitis sind weitere Untersuchungen nicht notwendig.

Bei unklarer Diagnose und bei Verdacht auf ausgedehnten Befund und / oder Komplikationen (Perforation, Abszedierung,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3464931>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3464931>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)