

Persistierende Beschwerden nach elektiver Sigmaresektion bei Divertikulitis

Egger B, Peter MK, Kandinas D. Persistent symptoms after elective sigmoid resection for diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1044–8.

Fragestellung und Hintergrund: Trotz technisch erfolgreicher Operation bei Divertikelerkrankung verbleibt eine relevante Gruppe von Patienten, die an persistierenden oder wiederauftretenden Beschwerden leiden. Die vorliegende Studie hatte das Ziel, Inzidenz und Verlaufsmuster von persistierenden Symptomen und deren Zusammenhang mit perioperativen Parametern zu untersuchen.

Patienten und Methodik: Es erfolgte eine Nachuntersuchung (Beobachtungszeitraum 33 Monate [4–72 Monate]) durch eine strukturierte telefonische Befragung bei Patienten, die sich zwischen Dezember 1999 und November 2004 in der Abteilung der Autoren einer Operation wegen Divertikulitis unterzogen hatten. Von 162 Patienten waren 124 (76,5%) für eine Nachuntersuchung erreichbar. Zum Vergleich zwischen Patienten mit elektiven ($n = 68$) und notfallmäßigen ($n = 56$) Eingriffen wurden nicht parametrische Tests angewendet.

Ergebnisse: Von den Patienten mit elektiven Eingriffen hatten 25% anhaltende Beschwer-

den. Diese umfassten schmerzhafte Verstopfung, schmerzhafte abdominelle Distension, Bauchkrämpfe und gehäufte schmerzhafte Durchfälle. Weder das Stadium der Erkrankung (kompliziert vs. unkompliziert) noch die operative Technik (Laparotomie vs. Laparoskopie) standen in einem signifikanten Verhältnis zum Auftreten der Beschwerden. Rezidivierende Divertikulitissymptome wurden nicht beobachtet. Ähnliche Ergebnisse wurden beim Vergleich mit Patienten nach Notfalleingriffen erzielt.

Schlussfolgerung: Die Häufigkeit persistierender Symptome nach erfolgreicher Operation wegen Divertikelerkrankung kann ein zusätzlicher Grund für eine sorgsame Diskussion der Indikation für einen prophylaktischen Eingriff sein. Auf jeden Fall ist eine umfassende präoperative Aufklärung der Patienten bezüglich der Möglichkeit persistierender Beschwerden nach prophylaktischer elektiver Operation dringend erforderlich.

Kommentar

Während die Operationsindikation bei der Divertikulitis im Notfall (Abszess, Perforation, Ileus) unbestritten ist, bleibt die Indikation bei der sogenannten chronisch rezidivierenden Sigmadivertikulitis unter Diskussion. Hier gilt allgemein der abgelaufene zweite Schub einer Divertikulitis als Operationsindikation. Ziel ist

dabei primär die Beseitigung rezidivierender Beschwerden, da lebensgefährliche Komplikationen auch nach stattgehabter Divertikulitis eher selten sind [1, 2]. Die Operationsindikation sollte in Abhängigkeit vom Beschwerdebild des Patienten, vom Lebensalter, vom Schweregrad der Schübe und von der Komorbidität gestellt werden [3, 4].

In der vorgestellten Schweizer Arbeit wird das Problem persistierender abdomineller Beschwerden nach Resektion des befallenen Darmsegments bei Sigmadivertikulitis untersucht. Bezüglich der Operationsindikation bei der sogenannten chronisch rezidivierenden Divertikulitis wird in der Studie auf chronische Beschwerden wie Schmerzen, Blähungen und Stuhlgangunregelmäßigkeiten sowie deren Abhängigkeit von Nahrungsaufnahme und Defäkation verwiesen. Divertikulitisschübe (Antibiotikatherapie!) bleiben bei der Indikationsstellung unberücksichtigt. Unter diesen Prämissen ist aus meiner Sicht eine Abgrenzung zum Reizdarmsyndrom schwierig, zumal die von den Autoren genannten Beschwerden eher dem Bereich dieser Problematik als dem einer Divertikulitis zugeordnet werden sollten. Sehr kritisch ist des Weiteren die Verwendung der Hinchey-Klassifikation im Hinblick auf die Fragestellung der Studie zu sehen, da diese die „chronisch rezidivierende Divertikulitis“ im Gegensatz z.B. zur Stock-Hansen-Klassifikation überhaupt nicht berücksichtigt. Die vorgegebene Stadieneinteilung (87% phlegmonöse Entzündungen zum Operationszeitpunkt bei elektiver Operation!) muss schlichtweg als falsch angesehen werden.

Auffällig ist auch der hohe Anteil von Notfalleingriffen im Krankengut mit 56 von 124 Patienten (45%). Sechs von 56 Patienten wurden notfallmäßig bei phlegmonöser Divertikulitis reseziert! Bei 22 dieser Patienten (39%) wurde eine Hartmann-Operation durchgeführt, und weitere sieben Patienten erhielten ein protektives Ileostoma. Die im Text beschriebene Wiederherstellung der Kontinuität bei allen Patienten innerhalb von 3 Monaten entspricht nicht den Erkenntnissen aus der Literatur [5] und sollte mit einem großen Fragezeichen versehen werden. Der Anteil

laparoskopischer Eingriffe ist mit 53% bei elektiver Operation und mit 31% bei Notfalleingriffen relativ niedrig, wobei festzuhalten ist, dass im Untersuchungszeitraum 1999–2004 die laparoskopischen Techniken deutlich weniger verbreitet waren als derzeit. Kritisch ist ferner die Präparatelänge anzumerken: Zwar wird eine mittlere Länge von 20 cm angegeben, dies jedoch bei einem Bereich von 8 bis 50 cm.

Interessanterweise zeigten persistierende Beschwerden keine Korrelation mit dem Zeitpunkt der Wiederherstellung normaler körperlicher Aktivität und der Wiederaufnahme der Arbeit, wobei zu fragen ist, warum Ersteres länger dauert. Das Gleiche gilt für den Vergleich Laparoskopie versus Laparotomie. Dies deckt sich auch mit anderen Publikationen, die für die Laparoskopie zwar bezüglich der Liegedauer und des Kostaufbaus deutliche Vorteile zeigen konnten, im Hinblick auf die Lebensqualität – unabhängig von persistierenden Beschwerden – jedoch keinen Unterschied gegenüber den konventionellen Operationstechniken beobachteten [6].

Ähnliche Ergebnisse bezüglich abdomineller Beschwerden nach Kolonresektion bei Divertikulitis wurden bereits 1996 von Munson et al. [7] publiziert, die über persistierende Beschwerden bei 27% der operierten Patienten berichteten. Im eigenen Krankengut konnten 168 Patienten mit einem mittleren Beobachtungszeitraum von 31 Monaten (3–87 Monate) nach elektiver laparoskopischer Sigmaresektion bei Divertikulitis nachuntersucht werden. 43% klagten über einen gegenüber dem präoperativen Zustand vermehrten Meteorismus. Stärkere Beschwerden im Sinne von rezidivierenden Bauchschmerzen fanden sich bei 9% und eine

neu aufgetretene Obstipationsneigung bei 11%. Bei allen Patienten war die Anastomose radiologisch und koloskopisch unauffällig. Interessanterweise waren nahezu alle Patienten ohne oder mit leichten Beschwerden (Blähungen) mit dem Operationsergebnis zufrieden. Bei den Patienten mit stärkeren Beschwerden sank die Zufriedenheit auf ca. 60%. Letztlich zeigt somit auch unser Patientengut einen ca. 20%igen Anteil von Patienten mit postoperativen, überwiegend neu aufgetretenen abdominalen Beschwerden.

Zusammenfassend stützt die Publikation, bei der leider wegen des heterogenen Patientenguts Abstriche zu machen sind, die Erkenntnis, dass bei der „chronisch rezidivierenden Divertikulitis“ immer individuell anhand des Beschwerdebilds zu entscheiden ist. Insbesondere bei begleitenden funktionellen Darmerkrankungen (Reizdarmsyndrom, Nahrungsmittelunverträglichkeiten usw.), die gleichzeitig eine wichtige Differentialdiagnose darstellen, muss der Patient über die Möglichkeit persistierender Beschwerden aufgeklärt werden. Die Ursache von neu aufgetretenen Beschwerden, insbesondere vermehrtem Meteorismus, über die von relativ vielen Patienten berichtet wird, bleibt letztlich unklar. Ihr Auftreten kann präoperativ auch bei klarer Operationsindikation nicht vorausgesagt werden, zumal nach unseren klinischen Erfahrungen abdominale Adhäsionen

nach laparoskopischen Eingriffen als mögliche Ursache nur in sehr seltenen Fällen gefunden werden. Hier scheint insbesondere der Problemkreis „Reizdarmsyndrom“ eine wichtige Rolle zu spielen.

Literatur

1. Mueller MH, Glatzle J, Kasperek 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.
2. Salem TA, Molloy RG, O'Dwyer PJ. Prospective, five-year follow-up study of patients with symptomatic uncomplicated diverticular disease. *Dis Colon Rectum* 2007;50:1460–4.
3. Rafferty J, Shellito P, Hyman NH, et al. Practice parameters for sigmoid diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2006;49:939–44.
4. Germer CT, Groß V. Divertikulitis: wann konservativ, wann operativ behandeln? *Dtsch Arztebl* 2007;104:A3486–91.
5. Constantinides VA, Tekkis PP, Athanasiou T, et al. Primary resection with anastomosis vs. Hartmann's procedure in nonelective surgery for acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2006;49:966–81.
6. Fischer F, Maßmann A, Roblick UJ, et al. Lebensqualität und funktionelle Ergebnisse nach konventioneller und laparoskopischer Therapie der Sigmadivertikulitis der Stadien I und II nach Hinchey. *Viszeralchirurgie* 2006;41:347–53.
7. Munson KD, Hensien MA, Jacob LN, et al. Diverticulitis. A comprehensive follow-up. *Dis Colon Rectum* 1996;39:318–22.

Dr. Andreas Ommer, Essen