Chirurg 2016 · 87:700
 DOI 10.1007/s00104-016-0250-x
 Online publiziert: 19. Juli 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

J. Reibetanz · C. T. Germer

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg, Würzburg, Deutschland

Laparoskopische Lavage bei perforierter Sigmadivertikulitis

Originalpublikation

Thornell A, Angenete E, Bisgaard T et al (2016) Laparoscopic lavage for perforated diverticulitis with purulent peritonitis: a randomized trial. *Ann Intern Med* 164(3):137–145

Einleitung. Patienten mit perforierter Sigmadivertikulitis mit purulenter Peritonitis bedürfen in der Regel einer notfallmäßigen Sigmaresektion, häufig unter Anlage eines (protektiven) Stomas. Als weniger invasive Alternative zur Resektion wurde erstmals 1996 durch O'Sullivan die laparoskopische Lavage und Drainage beschrieben [1] und aufgrund vielversprechender Ergebnisse als mögliches Therapiekonzept in nationale Leitlinien aufgenommen.

Zielsetzung und Methode. Ziel der hier vorgestellten randomisierten, multi-zentrischen *Diverticulitis Laparoscopic Lavage vs. Resection* (DILALA)-Studie war der Vergleich der laparoskopischen Lavage mit der Hartmann-Resektion bei Patienten mit perforierter Sigmadivertikulitis (Hinchey III). Hierzu wurden Patienten mit gegebener OP-Indikation nach initialer diagnostischer Laparoskopie und Bestätigung der Diagnose 1:1 in die beiden Behandlungsarme randomisiert. Primärer Endpunkt war der Anteil an Patienten mit Notwendigkeit einer/mehrerer Reoperationen binnen 12 Monaten, sekundäre Endpunkte beinhalteten eine Analyse der Letalität, der Komplikationsraten, der Dauer des stationären Aufenthaltes und der Lebensqualität.

Ergebnisse. Im Zeitraum zwischen Feb. 2010 und Feb. 2014 konnten aus neun Zentren in Dänemark und Schweden insg. $n = 43$ Patienten in die Laparoskopie-Gruppe und $n = 40$ Patienten in die Hartmann-Gruppe randomisiert werden. Die demografischen und klinischen Charakteristika waren für beide Patientenkollektive vergleichbar. In der Laparoskopie-Gruppe bedurften während des 12-monatigen Follow-ups weniger Patienten einer Reoperation (12/43, 27,9 %) als in der Hartmann-Gruppe (25/43, 62,5 %; relative risk: 0,41, 95 % Konfidenzintervall (KI): 0,23–0,72, $p = 0,004$). Die Gesamtzahl an stationären Tagen (innerhalb 12 Monate) war ebenfalls kürzer in der Laparoskopie-Gruppe (14 versus 18 Tage; relative risk: 0,65, 95 % KI: 0,45–0,94, $p = 0,047$). Die Letalität (14 versus 15 %) sowie die Rate an schwerwiegenden Komplikationen binnen 90 Tagen (21 versus 25 %) waren für laparoskopierte und resezierte Patienten vergleichbar. 12 Monate nach Erstoperation hatten noch 3 Patienten in der Laparoskopie-Gruppe und 11 Patienten in der Hartmann-Gruppe ein Stoma.

Diskussion und Fazit des Reviewers. Die aktuelle Arbeit befürwortet die laparoskopische Lavage gegenüber der Hartmann-Resektion als definitive Therapie der perforierten Sigmadivertikulitis, was v. a. durch eine reduzierte Rate an notwendigen Reoperationen begründet wird. Dies steht im Widerspruch zu den Ergebnissen zweier weiterer prospektiv-randomisierter Studien zu dieser Fragestellung (SCANDIV-Trial, LADIES-Trial), die keine Vorteile für die Laparoskopie sahen bzw. für diese sogar eine

erhöhte Kurzzeit-Morbidität nachweisen konnten [2, 3]. Bei der Interpretation der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit muss jedoch berücksichtigt werden, dass für die Kontrollgruppe (Hartmann-Resektion bei Hinchey III) eine nach heutigen Maßstäben „überholte“ operative Verfahrensweise gewählt wurde, jedoch entsprach dies der gängigen Praxis bei Initiierung der Studie.

Eine definitive Beurteilung der laparoskopischen Lavage fällt damit schwer und scheint darüber hinaus neben der Verfahrenswahl in der jeweiligen Kontrollgruppe (Kontinuitätsresektion versus Hartmann-Resektion) sehr stark vom jeweils gewählten Endpunkt beeinflusst zu sein. Es bleibt zu hoffen, dass Metaanalysedaten der bereits publizierten randomisierten Studien hier weitere Klarheit bringen.

Korrespondenzadresse

J. Reibetanz

Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg
 97080 Würzburg, Deutschland
 reibetanz_j@ukw.de

Interessenkonflikt. J. Reibetanz und C.T. Germer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. O'Sullivan GC, Murphy D, O'Brien MG et al (1996) Laparoscopic management of generalized peritonitis due to perforated colonic diverticula. *Am J Surg* 171(4):432–434
2. Schultz JK, Yaqub S, Wallon C et al (2015) Laparoscopic lavage vs primary resection for acute perforated diverticulitis: The SCANDIV randomized clinical trial. *JAMA* 314(13):1364–1375
3. Vennix S, Musters GD, Mulder IM et al (2015) Laparoscopic peritoneal lavage or sigmoidectomy for perforated diverticulitis with purulent peritonitis: A multicentre, parallel-group, randomised, open-label trial. *Lancet* 386(10000):1269–1277