

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S49
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0843-2>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019



Originalpublikation

Marshall JR, Buchwald PL, Gandhi J, Schultz JK, Hider PN, Frizelle FA, Eglinton TW (2017) Laparoscopic lavage in the management of Hinchey grade III diverticulitis: a systematic review. *Ann Surg* 265(4):670–676. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002005>

Einleitung. Patienten mit perforierter Sigmadivertikulitis mit purulenter Peritonitis (Hinchey Grad III) bedürfen in der Regel einer notfallmäßigen Sigmaresektion, häufig unter Anlage eines (protektiven) Stomas. Als weniger invasive Alternative zur Resektion wurden die laparoskopische Lavage und Drainage beschrieben und in der Folge in mehreren prospektiven randomisierten Studien untersucht, jedoch mit teilweise widersprüchlichen Ergebnissen. Ziel der aktuellen Metaanalyse war es, die vorhandene Evidenz hinsichtlich der laparoskopischen Lavage in der Behandlung der Hinchey-Grad-III-Divertikulitis aufzuarbeiten.

Methode. Hierzu wurden aus den bekannten medizinischen Datenbanken alle relevanten Originalpublikationen extrahiert. Eingeschlossen waren ausschließlich randomisiert kontrollierte Studien, die die laparoskopische Lavage mit der Sigmaresektion in der Therapie der perforierten Sigmadivertikulitis mit purulenter Peritonitis (Hinchey Grad III) verglichen. Patienten, bei denen die Lavage ausschließlich als „bridging“ bis zur definitiven Resektion diente, waren aus-

J. Reibetanz · C. T. Germer

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

Laparoskopische Lavage bei perforierter Divertikulitis

geschlossen. Primärer Endpunkt war die Rate an (jeglichen) frühen Reinterventionen, sekundäre Endpunkte beinhalteten die Notwendigkeit des intensivstationären Aufenthaltes, 30- und 90-Tage-Letalität sowie das Vorhandensein eines Stomas nach 12 Monaten.

Ergebnisse. Insgesamt konnten 3 Studien mit 370 Patienten identifiziert werden, von denen 307 Patienten aufgrund einer Hinchey-III-Divertikulitis die Einschlusskriterien erfüllten (Lavage: $n = 159$ Patienten, Resektion: $n = 148$ Patienten). Für die Mehrzahl der eingeschlossenen Patienten beider Arme handelte es sich um das Erstereignis der Divertikulitis. Die Mehrzahl der lavagierten Patienten hatte einen American Society of Anesthesiologists (ASA)-Score von II, wohingegen resezierte Patienten gleichmäßig zwischen ASA II und III verteilt waren. Insgesamt musste in der Lavage-Gruppe binnen 30 Tagen postoperativ bei 45/159 Patienten (28,3 %) eine Reintervention erfolgen, verglichen mit 13/148 Patienten (8,8 %) in der Resektionsgruppe (relatives Risiko: 3,01; 95 %-Konfidenzintervall: 1,15–7,90, $p = 0,02$). Unterschiede in der 30- bzw. 90-Tage-Letalität fanden sich nicht. Resezierte Patienten wurden tendenziell häufiger postoperativ auf der Intensivstation überwacht (21,2 % vs. 17,3 %) und hatten mit 20,5 % vs. 10 % häufiger ein Stoma nach 12 Monaten als lavagierte Patienten. Diese Unterschiede blieben jedoch ohne statistische Signifikanz.

Fazit des Reviewers. Gegenüber der primären Resektion bei der Hinchey-III-Divertikulitis scheint die laparoskopische Lavage mit einer signifikant erhöhten Ra-

te an notwendigen (frühen) Reinterventionen einherzugehen. Dies hat jedoch keinen (negativen) Einfluss auf die 30- bzw. 90-Tage-Letalität. Die Beobachtung der Reinterventionsraten bedarf jedoch einer genaueren Betrachtung: Während die Reinterventionen bei resezierten Patienten allesamt in Allgemeinanästhesie erfolgen mussten, handelte es sich bei den Reinterventionen in der Lavage-Gruppe in knapp 40 % der Fälle um interventionelle Drainagen. Vergleicht man hingegen die Rate an Reoperationen zwischen beiden Behandlungsarmen, so zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied mehr. Auf der anderen Seite war die Rate an vorhandenen Stomata nach 12 Monaten in der Lavage-Gruppe nur halb so hoch wie bei resezierten Patienten. Das Stoma selbst hat einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten. Auch die Stomarückverlagerung – insbesondere dann, wenn es sich um eine Hartmann-Situation handelt – ist mit einer nicht unerheblichen Morbidität assoziiert. Diese zusätzliche Morbidität wird jedoch in der vorliegenden Metaanalyse beim Vergleich laparoskopische Lavage vs. primäre Resektion nicht abgebildet.

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.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:620–620. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0455-7>