

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S45  
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0856-x>  
 Online publiziert: 13. Februar 2019  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2019



### Originalpublikation

Schultz JK et al (2017) One-year results of the SCANDIV randomized clinical trial of laparoscopic lavage versus primary resection for acute perforated diverticulitis. *Br J Surg* 104(10):1382–1392

**Einleitung.** Jüngst publizierte randomisiert-kontrollierte Studien zeigen, dass die laparoskopische Lavage im Vergleich zur Resektion bei perforierter Sigmadivertikulitis (Hinchey III) mit einer vergleichbaren Letalität und einer geringeren Rate an notwendigen Stomata einhergeht, jedoch gleichzeitig mit einer höheren Rate an frühen Reinterventionen assoziiert ist.

**Zielsetzung und Methode.** Ziel des hier vorgestellten randomisierten, multi-zentrischen Scandinavian Diverticulitis (SCANDIV-)Trial war der Vergleich der laparoskopischen Lavage mit der Resektion (offen oder laparoskopisch, Hartmann oder Kontinuitätsresektion ± Stoma, nach Maßgabe des Chirurgen) bei Patienten mit perforierter Sigmadivertikulitis (Hinchey III).

Hierzu wurden Patienten mit gegebener Operationsindikation (Computertomogramm vereinbar mit freiperforierter Divertikulitis, Peritonitis) 1:1 in die beiden Behandlungsarme randomisiert. Primärer Endpunkt waren schwerwiegende Komplikationen (Clavien-Dindo  $\geq$  IIIa) binnen einem Jahr postoperativ, jegliche Komplikationen

J. Reibetanz · C. T. Germer

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

## Laparoskopische Lavage bei perforierter Sigmadivertikulitis

### Ein-Jahres-Ergebnisse der SCANDIV-Studie

im Rahmen der Stomarückverlagerung sowie übersehene Karzinome. Sekundäre Endpunkte beinhalteten weitere Komplikationen, Reoperationen, allgemeine funktionelle Einschränkungen und Einschränkungen der Lebensqualität.

**Ergebnisse.** Im Zeitraum zwischen Februar 2010 und Juni 2014 wurden aus 21 Zentren in Norwegen und Schweden insgesamt 199 Patienten rekrutiert und in die Laparoskopiegruppe ( $n = 101$ ) bzw. Resektionsgruppe ( $n = 98$ ) randomisiert. Eine perforierte Divertikulitis bestätigte sich intraoperativ bei 89 bzw. 83 der randomisierten Patienten. Die übrigen Patienten wurden aufgrund einer abweichenden intraoperativen Diagnose von der weiteren Analyse ausgeschlossen. Innerhalb des ersten postoperativen Jahres differierten weder die Rate schwerwiegender Komplikationen (34 % vs. 27 %,  $p = 0,323$ ) noch die krankheitsassoziierte Letalität (12 % vs. 11 %) signifikant zwischen der Lavage- und der Resektionsgruppe. In der Lavagegruppe zeigten sich signifikant mehr tiefe Infekte im Operationsgebiet (32 % vs. 13 %,  $p = 0,006$ ), jedoch weniger Wundinfekte (1 % vs. 17 %,  $p = 0,001$ ). Auch mussten in der Lavagegruppe mehr Patienten ungeplant reoperiert werden (27 % vs. 10 %,  $p = 0,01$ ). Wurde jedoch die Stomarückverlagerung in die Reoperationsrate mit eingerechnet, mussten in beiden Kollektiven eine vergleichbare Anzahl von Patienten reoperiert werden (28 % vs. 29 %). Erwartungsgemäß war die Rate an noch vorhandenen Stomata nach einem Jahr in der Lavagegruppe signifikant niedriger, als in der Resektionsgruppe (14 % vs. 42 %,  $p < 0,001$ ). Ein Unterschied im

Quality-of-Life-Score resultierte hieraus jedoch nicht.

### Diskussion und Fazit des Reviewers.

Zusammenfassend sind auch dem SCANDIV-Trial keine generellen Empfehlungen für die Behandlung der Hinchey-III-Divertikulitis zu entnehmen. Sofern man sich für die laparoskopische Lavage entscheidet, müssen jedoch das Risiko der persistierenden Sepsis, die Notwendigkeit früher Reinterventionen, das Übersehen eines Sigmakarzinoms und das Risiko der Rezidivdivertikulitis gegen das (höhere) Operationsrisiko der primären Resektion (inklusive höherer Stomatarate nach einem Jahr) abgewogen werden.

### 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) 88:890–890. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0510-4>