

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S41  
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0883-7>  
 Online publiziert: 13. Februar 2019  
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
 Springer Nature 2019



J. Reibetanz · C. T. Germer

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

## Laparoskopische Lavage bei perforierter Sigmadivertikulitis

### Originalpublikation

Penna M, Markar SR, Mackenzie H et al (2018) Laparoscopic lavage versus primary resection for acute perforated diverticulitis: review and meta-analysis. *Ann Surg* 267(2):252–258

**Hintergrund.** Die laparoskopische Lavage stellt bei perforierter Sigmadivertikulitis eine mögliche Alternative zur notfallmäßigen Sigmaresektion dar, die Ergebnisse der laparoskopischen Lavage aus bisherigen prospektiv-randomisierten Studien sind jedoch widersprüchlich.

**Methode und Zielsetzung.** Ziel der aktuellen Metaanalyse war der Vergleich des klinischen Outcomes zwischen laparoskopischer Lavage und Kolonresektion bei Patienten mit perforierter Sigmadivertikulitis (Hinchey-Grad-III). Hierzu wurden aus den bekannten medizinischen Datenbanken alle relevanten Originalpublikationen extrahiert. Eingeschlossen waren randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) sowie nicht-randomisierte Fall-Kontroll-Studien. Endpunkte der Metaanalyse waren u. a. die Morbidität und Mortalität, die Reoperationsrate, die Stomaratrate, die Länge des stationären Aufenthaltes und die Wiederaufnahmerate.

**Ergebnisse.** Insgesamt 7 Studien (3 RCTs und 4 Vergleichsstudien) mit 532 auswertbaren Patienten wurden in die Metaanalyse eingeschlossen: 274 Patienten nach laparoskopischer Lavage und 258 Patienten nach Kolonresektion. Für jeweils etwa 75 % der Patienten war es das

Erstereignis der Erkrankung. Patienten nach laparoskopischer Lavage waren signifikant jünger (61,7 vs. 64,3 Jahre,  $p = 0,001$ ), hatten einen höheren body mass index (BMI) (28,2 vs. 26,6 kg/m<sup>2</sup>,  $p = 0,032$ ) und wiesen einen geringeren Anteil an American Society of Anesthesiologists (ASA)-Grad III/IV-Patienten auf (29,6 vs. 40,9 %,  $p = 0,038$ ), verglichen mit resezierten Patienten. Die 30-Tage-Mortalität war vergleichbar für beide Kollektive (3,3 vs. 3,9 %,  $p = 0,78$ ), lavagierte Patienten hatten jedoch eine tendenziell höhere Rate an notfallmäßigen Reoperationen binnen 30 Tagen (13,1 vs. 5,8 %,  $p = 0,07$ ) und eine signifikant höhere notfallmäßige Reoperationsrate binnen eines Jahres (20,8 vs. 6,7 %,  $p < 0,001$ ). Auch die Rate intraabdomineller Abszesse (16,5 vs. 6,6 %,  $p = 0,001$ ) und die Rate persistierender Peritonitis nach durchgeführtem Eingriff (8,4 vs. 0,4 %,  $p = 0,002$ ) war signifikant höher bei Patienten nach laparoskopischer Lavage. Andererseits war die laparoskopische Lavage mit einer kürzeren Operationszeit (80 ± 12 vs. 159 ± 23 min,  $p < 0,001$ ), einer kürzeren stationären Verweildauer (6,8 ± 1,6 vs. 17 ± 3,4 Tage,  $p < 0,001$ ) und einer niedrigeren Wundinfektionsrate (1,2 vs. 10,7 %,  $p < 0,001$ ) assoziiert. Insgesamt 90 % der Patienten nach Kolonresektion hatten entweder ein endständiges oder protektives Stoma, das bei 74 % binnen eines Jahres zurückverlagert wurde. In der Lavagegruppe bedurften (im Verlauf) insgesamt 14 % der Patienten einer Stomaanlage, die wiederum bei der Hälfte der Patienten binnen eines Jahres zurückverlagert wurde. Etwa ein Drittel der Patienten nach laparoskopischer Lavage (36 %) bedurfte der elektiven Sigmaresektion.

**Fazit des Reviewers.** Die vorliegende Metaanalyse stellt fest, dass die laparoskopische Lavage bei perforierter Sigmadivertikulitis einen signifikanten Risikofaktor für eine persistierende oder rekurrende abdominelle Sepsis darstellt mit – gegenüber der primären Kolonresektion – dreifach erhöhtem Risiko einer intraabdominellen Abszessbildung oder Peritonitis. Dies stellt ein ernsthaftes Problem dar, da diese Patienten somit nicht ausreichend therapiert scheinen und damit einer relevanten Morbidität (lokale Sepsis, erneute Entzündungsschübe) durch das belassene erkrankte Kolonsegment ausgesetzt sind. Diese Schlussfolgerung wird unter anderem durch die Beobachtung unterstrichen, dass zwar bei Patienten der Lavagegruppe zu einem viel geringeren Prozentsatz eine Stomaanlage notwendig war (14 vs. 90 %), bei diesen Patienten jedoch die Stomarückverlagerung seltener erfolgte als bei Stomapatienten der Resektionsgruppe (48 vs. 74 %). Das Stoma in der Lavagegruppe kann damit als „Surrogatmarker“ einer unzureichenden Therapie oder Verschlechterung der Divertikulitis angesehen werden, was wiederum die Voraussetzungen für eine geplante Stomarückverlagerung negativ beeinflusst.

### Korrespondenzadresse

**Dr. J. Reibetanz**  
 Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinik Würzburg  
 97080 Würzburg, Deutschland  
 reibetanz\_j@ukw.de

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

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2018) 89:313–313. <https://doi.org/10.1007/s00104-018-0624-3>