

Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S36
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0902-8>
 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

Sigmaresektion vs. Beobachtung nach initial konservativer Therapie einer komplizierten Sigmadivertikulitis

Originalpublikation

You K, Bendl R, Taut C et al (2018)
 Randomized clinical trial of elective resection versus observation in diverticulitis with extraluminal air or abscess initially managed conservatively. *Brit J Surg* 105: 971-979-1

Einleitung. In den vergangenen Jahren wurde die Indikation zur Operation bei der akuten Divertikulitis (auch in komplizierten Stadien) zunehmend zurückhaltender gestellt.

Fragestellung und Methode. Die hier vorgestellte randomisiert-kontrollierte Studie sollte die Frage klären, ob eine elektive Sigmaresektion nach einer ersten Episode einer akuten Divertikulitis mit lokal extraluminärer Luftansammlung (mit/ohne lokale Abszedierung) indiziert und der konservativen Therapie überlegen ist. Hierzu wurden entsprechende Patienten in die Behandlungsarme elektive Sigmaresektion und langfristig konservative Therapie randomisiert. Letztere beinhaltete eine initiale Nüchternheit, antibiotische Therapie, eine Verlaufs-CT (Computertomographie) an Tag 3 und eine Koloskopie im Intervall zum Ausschluss von Malignität. Ein Versagen der konservativen Therapie war gegeben beim Auftreten zusätzlicher Komplikationen, die einer dringlichen Operation bedurften (z. B. Peritonitis). Primärer

Endpunkt der Studie war das Auftreten einer Rezidivdivertikulitis binnen 24 Monaten (als CT-graphisch bestätigte akute Divertikulitis mit der Notwendigkeit der stationären antibiotischen Therapie). Sekundäre Endpunkte beinhalteten u. a. die Versagerrate der konservativen Therapie, Dauer des stationären Aufenthaltes, Komplikations- und Stomaraten.

Ergebnisse. Zwischen 2011 und 2014 konnten insgesamt 107 Patienten nach initial erfolgreicher konservativer Therapie der akuten Divertikulitis in die jeweiligen Behandlungsarme randomisiert werden (elektive Sigmaresektion: $n=26$, weitere Beobachtung: $n=81$). Beide Kollektive waren vergleichbar bez. demographischer und klinischer Daten der akuten Divertikulitis. Das initiale CT zeigte extraluminale Luft und eine lokale Abszedierung bei 49 der 107 Patienten, bei den übrigen 58 Patienten fand sich ausschließlich extraluminale Luft. Auch hinsichtlich dieser CT-graphischen Parameter (z. B. Größe des Abszesses/Luftansammlung, Notwendigkeit der CT-Drainage) zeigten sich keine Unterschiede zwischen beiden Behandlungsarmen. Nach einem medianen Follow-up von knapp 35 bzw. 38 Monaten lag die Rate an Rezidivdivertikuliden signifikant höher bei den konservativ behandelten Patienten als bei den operierten Patienten (32 vs. 8 %, $p=0,019$). Darüber hinaus war das Zeitintervall bis zum Auftreten des Divertikulitisrezidivs bei den konservativ therapierten Patienten kürzer (11 vs. 7 Monate, $p=0,015$).

Die Schwere des Divertikulitisrezidivs differierte jedoch nicht zwischen beiden Behandlungsarmen ($p=1,00$).

Fazit des Reviewers

Erwartungsgemäß bestätigt die vorliegende Studie, dass nach initial erfolgreicher konservativer Akutbehandlung einer komplizierten Divertikulitis (freie Luft mit/ohne lokalem Abszess) im Falle eines langfristig konservativen Managements mit einer signifikant höheren Rezidivrate zu rechnen ist als nach elektiver Intervallsigmaresektion. Auf den zweiten Blick zeigen die Daten aber auch, dass zwei Drittel (68 %) der langfristig nicht operierten Patienten rezidivfrei blieben und dass darüber hinaus alle von einem Divertikulitisrezidiv betroffenen Patienten erneut konservativ behandelt werden konnten und deren Peritonitisrate bei 0 % lag. Nach initial erfolgreicher konservativer Therapie einer komplizierten Sigmadivertikulitis scheint daher eine Indikationsstellung zur elektiven Sigmaresektion en principe nicht länger gerechtfertigt.

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.T. Germer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2018) 89:736–736. <https://doi.org/10.1007/s00104-018-0695-1>