Chirurg 2021 · 92:72

<https://doi.org/10.1007/s00104-020-01311-7>

Online publiziert: 11. November 2020

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2020

C. T. Germer · J. Reibetanz

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

Validierung der deutschen Klassifikation der Divertikelerkrankung (Classification of Diverticular Disease, CDD)

Originalpublikation

Lauscher JC, Lock JF, Aschenbrenner K et al (2020) Validation of the German Classification of Diverticular Disease (VADIS)—a prospective bicentric observational study. *Int J Colorectal Dis.* <https://doi.org/10.1007/s00384-020-03721-9>

Einleitung und Zielsetzung. Ziel der hier vorgestellten prospektiven, bizen-trischen Beobachtungsstudie „VADIS“ (Validation of the Classification of Diverticular Disease) war die Beurteilung, ob die Klassifikation der Divertikelerkrankung (CDD) eine exakte Differenzierung der unterschiedlichen Schweregrade der akuten Divertikulitis hinsichtlich Krankheitsverlauf und Behandlung (operativ vs. nichtoperativ) zulässt.

Methode. Eingeschlossen waren Patienten mit computertomographisch bestätigter akuter Divertikulitis, die bezüglich der Erkrankungsschwere entsprechend der CDD klassifiziert und leitliniengerecht behandelt wurden. Die konservative Therapie umfasste dabei die stationäre antibiotische Behandlung und ggf. interventionelle Abszessdrainage, wohingegen als operative Therapie die Sigmaresektion binnen 8 Wochen definiert war. Leitliniengerecht war letztere indiziert bei Patienten mit Divertikulitis Typ 2b, Typ 2c und Typ 3c, wohingegen bei Divertikulitis Typ 1b und 2a die Operationsindikation nur bei persistierenden Beschwerden gestellt wurde. Primärer Endpunkt der VADIS-Studie war die Rezidivrate der Divertikulitis innerhalb eines 2-jährigen Follow-ups.

Ergebnisse. Insgesamt konnten zwischen November 2013 bis September 2015 an den zwei beteiligten Zentren (Charité und Universitätsklinikum Würzburg) 172 Patienten für die Studie rekrutiert werden, von denen von 123 Patienten (72 %) die Daten für das 2-jährige Follow-up zur Verfügung standen. Patienten mit unkomplizierter Divertikulitis/Peridivertikulitis (CDD Typ 1b) bedurften während des initialen stationären Aufenthaltes bzw. im frühelektiven Intervall mit 5 % vs. 46 % ($p < 0,001$) weniger häufig einer Sigmaresektion als Patienten mit akuter komplizierter Divertikulitis mit Mikro- (CDD Typ 2a) oder Makroabszess (CDD Typ 2b). Darüber hinaus mussten Patienten mit CDD Typ-2a-Divertikulitis initial tendenziell seltener operiert werden als Patienten mit CDD Typ-2b-Divertikulitis (33 % vs. 61 %, $p = 0,08$). Ein Unterschied in der Rezidivhäufigkeit binnen 2 Jahren fand sich zwischen diesen beiden Patientengruppen nicht. Jedoch bedurften im Falle eines Divertikulisrezidivs alle Patienten mit initialer CDD Typ-2b-Divertikulitis vs. 60 % der Patienten mit initialer CDD Typ 2a-Divertikulitis einer Sigmaresektion (100 % vs. 60 %, $p = 0,11$), sodass letztlich alle Patienten mit CDD Typ-2b-Divertikulitis, die initial ausschließlich konservativ behandelt wurden, im Verlauf operiert werden mussten. Patienten mit Rezidivdivertikulitis ohne Komplikationen (CDD Typ 3b) bedurften weniger häufig einer Sigmaresektion als Patienten mit Rezidivdivertikulitis mit Komplikationen (CDD Typ 3c, 67 % vs. 100 %, $p = 0,02$).

Kommentar

Trotz der weltweit hohen Prävalenz der Divertikulitis gibt es keine international einheitliche Klassifikation. Ziel der CDD-Klassifikation war es, eine umfassende Einteilung der einzelnen Stadien der Divertikulitis zu erstellen, anhand derer sich stadienadaptiert auch therapeutische Konsequenzen ableiten lassen. In diesem Zusammenhang zeigt die vorliegende VADIS-Studie, dass Patienten mit akut-phlegmonöser Divertikulitis ohne Abszess (CDD Typ 1b) langfristig konservativ therapiert werden können und dieses Stadium daher als unkompliziert gelten kann. Eine weitere wichtige Beobachtung ist, dass ein Unterschied zwischen Patienten mit komplizierter Divertikulitis mit Mikro- (CDD Typ 2a) vs. Makroabszess (CDD Typ 2b) zu bestehen scheint, sowohl hinsichtlich der langfristigen Lebensqualität als auch hinsichtlich der Operationsindikation: Während langfristig alle Patienten mit CDD Typ 2b einer operativen Therapie bedurften, konnte die Mehrzahl der Patienten mit Mikroabszess langfristig konservativ behandelt werden.

Korrespondenzadresse

Univ.-Prof. Dr. C. T. Germer
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Würzburg
Oberdürrbacher Str. 6, 97080 Würzburg, Deutschland
Germer_C@ukw.de

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