

Editorial zur S3-Leitlinie Divertikelkrankheit/Divertikulitis

Gemeinsames Editorial der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) – November 2021 – AWMF-Registernummer: 021-20

Autoren

Wolfgang Kruis¹, Christoph-Thomas Germer², Ludger Leifeld³

Institute

- 1 Medizinische Fakultät, Universität Köln, Köln, Deutschland
- 2 Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, Zentrum für Operative Medizin (ZOM), Universitätsklinikum Würzburg, Würzburg
- 3 Medizinische Klinik 3 – Gastroenterologie und Allgemeine Innere Medizin, St. Bernward Krankenhaus, Hildesheim, apl. Professur an der Medizinischen Hochschule Hannover

Bibliografie

Z Gastroenterol 2022; 60: 573–574
DOI 10.1055/a-1741-5852
ISSN 0044-2771
© 2022. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Ludger Leifeld
St. Bernward Krankenhaus
apl. Professur an der Medizinischen Hochschule Hannover,
Treibestraße 9, 31141 Hildesheim, Deutschland
Tel.: +49/51 21/90 12 41
l.leifeld@bernward-khs.de

Die Prävalenz der Divertikelkrankheit, einschließlich durch sie bedingte Hospitalisierung und Mortalität, nimmt weltweit zu. Ist man lange davon ausgegangen, dass es sich um eine typische „Alterskrankheit“ handelt, steigt die Inzidenz der Erkrankung bei Jüngeren (<50 Jahre) signifikant. Dies führt zu der Frage nach den Ursachen, insbesondere solchen, die vermieden werden können. Hier stehen die Einflüsse moderner Lebensführung wie Diät und körperliche Aktivität sowie der Konsum von Genussmitteln im Vordergrund. Die Leitlinie beschreibt in mehreren Kapiteln die Evidenz und gibt klare Empfehlungen.

In jüngerer Zeit gibt es vielfache Entwicklungen hin zu einer differenzierten Behandlung. Es geht vor allem um die grundsätzliche Entscheidung zur Indikation: wann konservativ behandeln, wann chirurgisch. Hier zeigt sich der besondere Wert einer interdisziplinären Leitlinie, ist sie doch ein gemeinsames Projekt der beiden Fachgesellschaften DGVS und DGAV unter Leitung von Gastroenterologen und Viszeralchirurgen. Während geklärt ist, dass unkomplizierte Formen eine gute Prognose haben und nicht operiert werden sollten [1], haben neue Studien bei komplizierten, rekurrenden Verläufen durchaus positive Effekte einer elektiven, kontinenserhaltenden Sigmaresektion auf die Lebensqualität gezeigt [2]. Es gilt also, eine traditionelle Überzahl an Operationen zu reduzieren, aber andererseits bei der Indikationsstellung Fragen der Lebensqualität im Langzeitverlauf der Erkrankung stärker zu berücksichtigen. Auch die Versorgungsfrage hat sich geklärt. Unkomplizierte Krankheitsverläufe können bei

entsprechender Betreuungsintensität ambulant behandelt werden, komplizierte und Risikopatienten bedürfen der Hospitalisierung.

Alle diese Entscheidungen setzen eine exakte Klassifizierung des jeweiligen Krankheitsfalles voraus. Die der jetzigen S3-Leitlinie vorausgegangene Sk2-Leitlinie hatte dazu die „Classification of Diverticular Disease“ (CDD) geschaffen, die bemerkenswerterweise schnell in verschiedenen Fachdisziplinen Einzug gehalten hat. Auch international fand diese erste deutsche Leitlinie und die darin erstmals vorgestellte Klassifikation auffallende Berücksichtigung [3]. Offensichtlich wurden damit erfolgreich Erkenntnisse neuerer Studien abgebildet und für den klinischen Alltag anwendbar gemacht. Inzwischen gibt es erste Validierungsstudien. Die Leitlinie beschreibt die aktuelle Diskussion um Definitionen und kommt zu Klärungen.

Die für eine Klassifikation notwendigen diagnostischen Schritte werden ausführlich beschrieben und begründet. Konventionelles Röntgen spielt keine Rolle. Mit Klinik und Labor allein kann kein Typ der Erkrankung mit hinreichender Sicherheit definiert werden. Entscheidend sind Schnittbildverfahren wie Ultraschall und Computertomografie [4]. Es handelt sich dabei eher um komplementäre denn konkurrierende Verfahren. Vorzüge, Leistungsfähigkeit und Indikationen werden in der Leitlinie auf dem Boden der aktuellen Literatur ausführlich dargestellt. Die Kernspintomografie hingegen spielt in der Empfehlung eine deutlich geringere Rolle und sollte Sondersituationen vorbehalten bleiben, überwiegend weil Studien

zu Wertigkeit des MRTs fehlen. Eine klare Negativ-Empfehlung gibt es für die Koloskopie. Sie spielt weder für die akute Divertikelkrankheit noch für eine in der Bildgebung nachgewiesene akute Divertikulitis eine Rolle und sollte wegen der offenen Risikobewertung nicht zum Einsatz kommen. Aufgrund des Risikoprofils vieler Patienten und des Vorsorgegedankens sollte aber insbesondere im Anschluss einer schweren Divertikulitis ca. 6 Wochen nach Abklingen der akuten Symptomatik eine elektive, vollständige Untersuchung des Dickdarms erfolgen.

Bei der konservativen Therapie liegt der Fokus auf der Indikation für Antibiotika. Sind diese gleichsam reflexhaft über viele Jahre bei jedem V. a. eine akute Divertikelkrankheit großzügig verabreicht worden, haben sich die Empfehlungen als Folge großer Studien grundlegend geändert. Bei unkomplizierten Typen einer Divertikelkrankheit ohne besondere Risikoindikatoren hat die Therapie mit systemisch wirksamen Antibiotika über mehr als eine Woche keine Vorteile gezeigt. Hier kann Übertherapie vermieden werden. Die Leitlinie schlägt neue Risikoindikatoren vor für eine Antibiotikatherapie. Andererseits bleiben offene Fragen, wie der Nutzen schwer resorbierbarer Antibiotika für wenige Tage und die genaue Definition von Risikofaktoren, noch zu klären, wie das in der Leitlinie breit diskutiert wird. In der klinischen Praxis werden häufig Mesalazin, Rifaximin, Probiotika und diätetische Ergänzungen angewandt, auch wenn keine Zulassungen vorliegen und sich die Evidenz für diese Therapien nicht wesentlich verbessert hat. Kleine Fortschritte haben sich für einzelne Indikationen ergeben, so scheint es unter Mesalazin für Patienten mit symptomatischer unkomplizierter Divertikelkrankheit gewisse Wirkungen zu geben, während dieselbe Substanz, ähnlich wie Rifaximin oder Probiotika, zur Rezidivprophylaxe bei rekurrender Divertikulitis nicht eingesetzt werden sollte. Einzige Änderungen in der Lebensführung,

Diät, körperliche Aktivität und Gewichtsreduktion können hier empfohlen werden.

Während es lange Zeit zu Fragen der Diagnose und der konservativen Therapie nur wenig klinisch wissenschaftliche Aktivitäten gegeben hat und lediglich die Chirurgen zahlreiche Veröffentlichungen vorgelegt haben, die zu Klarheit und Sicherheit in der operativen Therapie geführt haben, liegen jetzt auch aktuelle Studienergebnisse zu konservativen Aspekten der Therapie vor. Hierauf geht die Leitlinie detailliert und verständlich ein.

Wir hoffen, dass diese jetzt durch die intensiviertere Berücksichtigung der Evidenz auf S3-Niveau gebrachte Leitlinie, wie schon die vorausgegangene Fassung, breites Interesse und Konsequenzen im Handeln hervorruft.

Interessenkonflikt

Honorarien für Vorträge und Studien: Dr. Falk Pharma, Freiburg

Literatur

- [1] Lock J, Wiegering A, Germer C-T. Indications for surgical treatment of diverticular disease. *Chirurg* 2021; 92: 694–701
- [2] Bolkenstein HE, Consten ECJ, van der Palen J et al. Long-term Outcome of Surgery Versus Conservative Management for Recurrent and Ongoing Complaints After an Episode of Diverticulitis. 5-year Follow-up Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial (DIRECT-Trial). *Ann Surg* 2019; 269: 612–620
- [3] Pfützer RH, Kruis W. Management of diverticular disease. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2015; 12: 629–638
- [4] Schäfer A-O. Divertikelkrankheit: stadiengerechte bildgebende Diagnostik. *Chirurg* 2021; 92: 688–693

Versionsnummer:	2.1
Erstveröffentlichung:	05/2014
Überarbeitung von:	10/2021
Nächste Überprüfung geplant:	10/2026

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online