

11.3 Klassifikation und Spontanverlauf

11.3.1 Klassifikation der DivertikulitIs

Eine exakte Klassifikation der Erkrankung ist Voraussetzung für eine stadiengerechte Therapie der DivertikulitIs. Eine solche Stadieneinteilung sollte möglichst das gesamte Spektrum der Erkrankung umfassen und vor allem prätherapeutisch anwendbar sein, um eine stadienadaptierte, differenzierte Therapie zu erlauben. Obwohl eine Vielzahl von Klassifikationssystemen publiziert ist, existiert keine allgemein verbindliche Stadieneinteilung. Im deutschsprachigen Raum weit verbreitet ist die Stadieneinteilung nach Hansen und Stock von 1999 (➤ Tab. 11.1). Diese ist bislang die einzige valide Klassifikation, die die gewünschten Kriterien erfüllt.

Aus heutiger, klinisch-therapeutischer Sicht sollte jedoch die unkomplizierte DivertikulitIs alle nichtperforierten Verläufe beinhalten, d. h. auch die phlegmonöse DivertikulitIs, da die therapeutische Konsequenz aktuell gleich ist.

Die Grenze zwischen Stadium I und Stadium IIa nach Hansen und Stock ist sowohl im CT als auch in der Sonografie schwer darstellbar und eine wünschenswerte Differenzierung von Mikroperforation/Makroperforation fehlt. Eine neue, bislang nicht validierte Stadieneinteilung, die in der deutschen Leitlinie vorgeschlagen wird und die alle diese Aspekte berücksichtigt würde, ist ➤ Tab. 11.2 zu entnehmen.

11.3.2 Spontanverlauf von DivertikULOse und DivertikulitIs

Die überwiegende Mehrzahl von Patienten mit KolondivertikULOse bleibt asymptomatisch und bedarf keiner Therapie. Langzeitbeobachtungen zeigen, dass ca. 10–25 % aller Divertikelträger eine Divertikelkrankheit entwickeln. Das jährliche Risiko eines Divertikelträgers, eine DivertikulitIs zu ent-

wickeln, wird mit ca. 2 % angegeben. Um eine stadiengerechte und adaptierte Operationsindikation stellen zu können, ist die Kenntnis des Spontanverlaufs der Erkrankung wichtig. Die Rezidivrate nach akuter DivertikulitIs liegt zwischen 2 % für die unkomplizierte DivertikulitIs und 35–46 % für Patienten mit schweren Verläufen. Die Letalität der stationär therapierten akuten DivertikulitIs liegt zwischen 0 und 13 %, sie ist bei komplizierter DivertikulitIs oder bei Patienten unter immunsuppressiver Therapie deutlich höher (8–24,3 %). Eine notfallmäßige operative Intervention wird bei bis zu 62 % der Patienten erforderlich. Die Letalität der Divertikelblutung ist mit ca. 2 % deutlich niedriger.

Tab. 11.1 Einteilung des Schweregrades der DivertikulitIs nach Hansen und Stock 1999.

Stadium	Beschreibung
0	DivertikULOse; Divertikelnachweis
I	Akute unkomplizierte DivertikulitIs, entzündliche Darmwandverdickung
II	Akute komplizierte DivertikulitIs
IIa	PeridivertikulitIs, phlegmonöse DivertikulitIs, Dichteanhebung des perikolischen Fettgewebes
IIb	Abszedierende DivertikulitIs, gedeckte Perforation, mesokolischer/retroperitonealer Fistelabszess
IIc	Freie Perforation, freie Luft, freie Flüssigkeit
III	Chronisch rezidivierende DivertikulitIs, fibröse Darmwandverdickung, Stenose, Fistel

Tab. 11.2 Klassifikation der DivertikulitIs/Divertikelkrankheit. Classification of diverticular disease – CDD

Typ 0	Asymptomatische DivertikULOse	
		Zufallsbefund; asymptomatisch keine Krankheit
Typ 1	Akute unkomplizierte Divertikelkrankheit/DivertikulitIs	
Typ 1a	DivertikulitIs/Divertikelkrankheit ohne Umgebungsreaktion	Auf die Divertikel beziehbare Symptome Entzündungszeichen (Labor): optional Typische Schnittbildgebung
Typ 1b	DivertikulitIs mit phlegmonöser Umgebungsreaktion	Entzündungszeichen (Labor): obligat Schnittbildgebung: Phlegmonöse DivertikulitIs
Typ 2	Akute komplizierte DivertikulitIs wie 1b, zusätzlich:	
Typ 2a	Mikroabszess	Gedekte Perforation, kleiner Abszess (≤ 1 cm); minimale parakolische Luft
Typ 2b	Makroabszess	Para- oder mesokolischer Abszess (> 1 cm)
Typ 2c	Freie Perforation	Freie Perforation, freie Luft/Flüssigkeit generalisierte PeritonitIs
Typ 2c1	Eitrige PeritonitIs	
Typ 2c2	Fäkale PeritonitIs	
Typ 3	Chronische Divertikelkrankheit Rezidivierende oder anhaltende symptomatische Divertikelkrankheit	
Typ 3a	Symptomatische unkomplizierte Divertikelkrankheit (SUDD)	Typische Klinik Entzündungszeichen (Labor): optional
Typ 3b	Rezidivierende DivertikulitIs ohne Komplikationen	Entzündungszeichen (Labor): vorhanden Schnittbildgebung: typisch
Typ 3c	Rezidivierende DivertikulitIs mit Komplikationen	Nachweis von Stenosen, Fisteln, Konglomerat
Typ 4	Divertikelblutung	Nachweis der Blutungsquelle