

Jejunale Divertikulitis



Rebekka Steiger^a, Thomas Kinsbergen^b

^a Universitätsspital Basel

^b Chirurgische Klinik, SRO Langenthal

Fallbericht

Ein 68-jähriger Patient stellte sich aufgrund einer zweektägigen Anamnese mit isolierten, anhaltenden linksseitigen Unterbauchschmerzen auf der Notfallstation vor. Die frühere Anamnese war bis auf eine offene Appendektomie vor rund 20 Jahren und eine Hüft-TP links vor 5 Jahren bland. Die klinische Untersuchung zeigte einen Peritonismus im Bereich des linken Hemiabdomens sowie sehr lebhaftes Darmgeräusche über allen Quadranten. Laborchemisch fielen eine Leukozytose von 15,1 G/l sowie ein CRP-Wert von 217 mg/l auf.

Bei starkem Verdacht auf eine Sigmadivertikulitis wurde ein Computertomogramm des Abdomens durchgeführt, welches jedoch eine entzündliche Veränderung im Bereich eines grossen Divertikels des proximalen, auf 10 cm länglich entzündeten Jejunums zeigte (Abb. 1 ). Bei Diagnose einer Dünndarmdivertikulitis wurde die Indikation zu einer Revisionslaparotomie gestellt. Intraoperativ fanden sich neben besagtem Divertikel zwei weitere Dünndarmdivertikel sowie mehrere mesenteriale Divertikel, weshalb der Entscheid zu einer Dünndarmsegmentresektion von ca. 25 cm Länge unter Mitnahme der drei grossen Divertikel (Abb. 2 ) gefällt wurde.

Die Histologie des resezierten Dünndarmsegments bestätigte dann den Befund einer Dünndarmdivertikulose mit schwerer akuter abszedierender Divertikulitis, mikroskopisch bereits perforiert mit fibrino-purulenter Peritonitis.

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Diskussion

Im Vergleich zu Divertikeln des Dickdarms sind Dünndarmdivertikel deutlich seltener und machen auch seltener Komplikationen. Duodenale Lokalisationen sind mit rund 80% deutlich häufiger als Jejunoleale, wobei letztere häufiger zu Komplikationen führen [1].

Jejunoleale Divertikel sind bei 1–5% der Bevölkerung nachweisbar, je nachdem, ob die Häufigkeit durch radiologische resp. autoptische Untersuchungen oder Laparotomieserien bestimmt wurde. Unterschieden werden «falsche», vermutlich erworbene Divertikel, die im Gegensatz zu «richtigen», vermutlich angeborenen Divertikeln, beispielsweise Meckel-Divertikeln, lediglich aus Mukosa, Submukosa und einer dünnen Serosaschicht ohne Muskelanteil bestehen [2]. Der typische Patient für erworbene jejunoleale Divertikel ist 60–70 Jahre alt und männlich [1]. Am häufigsten liegen die Divertikel im proximalen Jejunum, und meist sind gleichzeitig mehrere Divertikel vorhanden. Häufig sind sie mit einer gestörten intestinalen Motilität assoziiert, beispielsweise bedingt durch eine progressive Systemsklerose, Myopathien oder viszerale Neuropathien. Fallserien weisen auch auf eine hereditäre Komponente gewisser Fälle hin.

Die weitaus meisten Dünndarmdivertikel sind asymptotisch. Häufigste klinische Manifestation ist eine Malabsorption, bedingt durch ein *bacterial overgrowth* [3]. Durch die Divertikel kommt es zu einem exzessiven Bakterienwachstum im ansonsten nur dünn bakteriell besiedelten Dünndarm. Durch Effekte wie Metabolisierung von Nährstoffen oder Induktion einer die Absorption hemmenden Dünndarmentzündung führen diese Bakterien zu einem Malabsorptionssyndrom: Nausea, Völlegefühl, Meteorismus, abdominale Schmerzen, chronische Diarrhoe und Gewichtsverlust sind die häufigsten klinischen Symptome.

Sporadisch führen Dünndarmdivertikel zu einer Blutung, einer akuten Divertikulitis oder Perforation – im Gegensatz zur Dickdarmdivertikulose sind solche Komplikationen jedoch weitaus seltener. Meckel-Divertikel, die in bis zur Hälfte der Fälle statt der üblichen Dünndarmschleimhaut auch Magenschleimhaut enthalten, können aufgrund der Entwicklung eines peptischen Ulkus bluten resp. perforieren.

Die Diagnose einer Dünndarmdivertikulose ist häufig ein Zufallsbefund. Malabsorptionssyndrome bei älteren Patienten ohne Hinweis auf eine andere Ätiologie können den Verdacht auf eine jejunoleale Divertikulose lenken. Orale Kontrastmitteluntersuchung und Entero-klysis sind traditionell die diagnostischen Mittel der Wahl. Eine Ballonenteroskopie kann jejunoleale Diver-

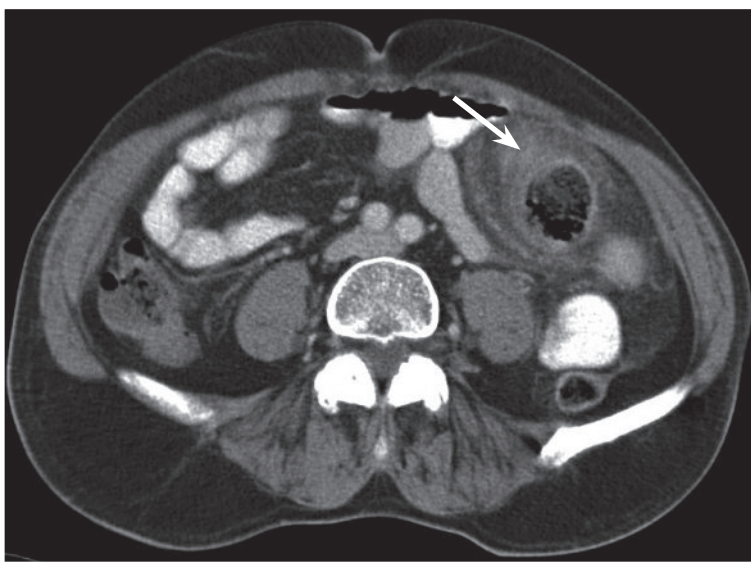


Abbildung 1
Dünndarmdivertikel mit deutlicher Wandverdickung (Pfeil).



Abbildung 2
Reseziertes Jejunumsegment mit entzündlich alteriertem Divertikel (weisser Pfeil) und zwei weiteren nicht entzündeten Divertikeln (schwarze Pfeile).

tikel sehr zuverlässig nachweisen und Differentialdiagnosen ausschliessen. Eine Kapselendoskopie kann ebenfalls Dünndarmdivertikel nachweisen, wobei die Sensitivität der Methode bei dieser Entität nicht abgesichert ist [3]. Alternativ kann ein Computertomogramm erstellt werden. Allerdings wird bei Patienten mit akuten Divertikulitiden oder massiven Blutungen die Diagnose jejunoilealer Divertikel oft erst im Rahmen einer explorativen Laparotomie gestellt [4]. Asymptomatische Dünndarmdivertikel sollten lediglich beobachtet werden. Indikationen für eine chirurgische Intervention mit Resektion des betroffenen Dünndarmsegments sind eine jejunoileale Divertikulitis, Perforation oder Blutung [5]. Durch ein *bacterial overgrowth* bedingte Symptome können antibiotisch behandelt werden.

Schlussfolgerung

Die Dünndarmdivertikulitis ist eine seltene Komplikation einer Dünndarmdivertikulose. Die Computertomographie ist in diesem Falle die bevorzugte Technik zur Diagnosefindung. Die Therapie der Wahl ist die offene, allenfalls laparoskopisch assistierte Resektion des betroffenen Dünndarmsegments.

Verdankung

Dr. A. Zimmermann, Radiologie SRO Langenthal, für die Bereitstellung der CT-Bilder.

Korrespondenz:

Dr. med. Thomas Kinsbergen
Chefarzt Chirurgische Klinik
SRO Spital Langenthal
St. Urbanstrasse 67
CH-4901 Langenthal
t.kinsbergen@sro.ch

Literatur

- 1 Akhrass R, Yaffe MB, Fischer C, Ponsky J, Shuck JM. Small-bowel diverticulosis: perceptions and reality. *J Am Coll Surg.* 1997;184(4):383–8.
- 2 Makris K, Tsiotos GG, Stafyla V, Sakorafas GH. Small intestinal non-meckelian diverticulosis. *J Clin Gastroenterol.* 2009;43(3):201–7.
- 3 Albert JG, Lubbert C, Surow A, Zeuzem S. Small bowel diverticula – unknown disease. *Z Gastroenterol.* 2009;47(7):674–81.
- 4 Tsiotos GG, Farnell MB, Ilstrup DM. Nonmeckelian jejunal or ileal diverticulosis: an analysis of 112 cases. *Surgery.* 1994;116(4):726–31; discussion 731–2.
- 5 Longo WE, Vernava AM. 3rd. Clinical implications of jejunoileal diverticular disease. *Dis Colon Rectum.* 1992;35(4):381–8.