

Sigmadivertikulose

Diagnostik

Eine reine Divertikulose führt meist nicht zu Beschwerden, allerdings kommt es durch Stuhlreste immer wieder zu Entzündungen mit Schmerzen im linken Unterbauch und Verstopfung, Fieber oder Übelkeit. Gesichert wird die Diagnose durch eine Erhöhung der Entzündungswerte im Blut und Nachweis der Divertikel in der Computertomographie (mit Kontrastmittel) oder in der Kontrastmitteldarstellung des Dickdarmes. Immer sollte eine Koloskopie im entzündungsfreien Intervall zum Tumorauschluss durchgeführt werden.

Operation

Eine Operation als laparoskopisch-unterstützte Teilentfernung des Dickdarmes wird nach 3-4 Schüben einer Sigmadivertikulitis empfohlen. Die Operation wird als laparoskopisches Verfahren über 3 Schnitte und als laparoskopisches Verfahren über einen Zugang am Nabel (Single-Port-Operation) angeboten.

Die primäre Therapie besteht in einer reduzierten Nahrungsaufnahme unter Antibiotikatherapie bis zum Abklingen des Fiebers. Wenn möglich sollte die Operation im entzündungsfreien Intervall stattfinden. Komplikationen der Sigmadivertikulitis wie Darmdurchbruch und Darmverschluss sind Gründe für eine notfallmäßige und sofortige Operation.

Gefahren der Operation

Die Darstellung des Harnleiters verhindert dessen Verletzung während der Operation. Das Risiko einer Wundheilungsstörung liegt in unserem Patientengut bei 2 – 6 %. Das Hauptrisiko der Operation ist eine Undichtigkeit der Naht (Anastomoseninsuffizienz), welche in einer notfallmäßigen Operation wesentlich höher ist als in einer laparoskopischen und geplanten Sigmaresektion. In unserem Patientengut liegt dieses Risiko bei 2 %. Manchmal ist es notwendig nach einer Darmteilentfernung eines entzündeten oder durchgebrochenen Darmabschnittes eine vorübergehende Kotableitung über einen künstlichen Darmausgang anzulegen, der nach einigen Wochen oder Monaten zurückverlagert werden kann.

Spezielle Fragen

1. Nach einer Operation erfolgt ein frühzeitiger Kostenaufbau nach dem sogenannten "Fast Track"-Schema. Dieses beinhaltet neben der frühzeitigen Ernährung eine spezielle Schmerztherapie und eine rasche Mobilisation auf der Station. Katheter in der Blase und Bauchdrainagen werden frühzeitig entfernt.
2. Bei einer laparoskopischen Operation werden normalerweise drei kleine Schnitte und ein etwa 5 cm langer Schnitt gemacht. Bei der herkömmlichen Operation erfolgt ein Unterbauchschnitt bis um den Nabel herum.
3. Bei der Single-Port (SILS)-Operation wird die Operation über einen etwa 3 cm langen Schnitt am Nabel durchgeführt. Diese Operation bietet das MKH seit 2010 an.
4. Der stationäre Aufenthalt beträgt bei einer geplanten Operation etwa 7 – 10 Tage. Eine körperliche Schonung ist darüber hinaus für etwa 1 – 2 Wochen empfehlenswert.
5. Die Operation und die Narkose mit kurzzeitiger Ruhigstellung der Darmtätigkeit bewirken ein Völlegefühl nach der Operation, verbunden mit Blähungen, welches bis zu 2 – 3 Wochen anhalten kann. In dieser Zeit sind stuhlverdünnende Maßnahmen sinnvoll.