DER ARZNEIMITTELBRIEF

Jg. 54, S. 52a; Ausgabe 06 / 2020

# Bei unkomplizierter Divertikulitis ist keine antibiotische Therapie erforderlich

Bei akuter, unkomplizierter Divertikulitis ohne Risikoindikatoren für einen komplizierten Verlauf kann auf eine Antibiotikatherapie verzichtet werden (1). Diese Leitlinienempfehlung basiert auf den Ergebnissen von zwei randomisierten Studien, die jedoch nicht verblindet und ohne Plazebo-Kontrolle durchgeführt wurden (2, 3, vgl. 4). Nun wurden die Ergebnisse durch eine kleine, randomisierte kontrollierte Studie bestätigt, die doppelblind unter Verwendung von Plazebos durchgeführt wurde (5).

Die Teilnehmer der Studie wurden in vier Zentren in Neuseeland und Australien rekrutiert. Eingeschlossen wurden Patienten, die stationär aufgenommen wurden wegen durch Computertomographie gesicherter akuter, unkomplizierter Divertikulitis ohne Anhalt für eine Perforation, einen Abszess oder Peritonitis. Ausgeschlossen wurden u.a. Patienten mit ≥ 2 Kriterien für ein systemisches inflammatorisches Response-Syndrom (SIRS), mit einem körperlichen Status nach American Society of Anesthesiologists (= ASA)-Klassifikation ≥ 4 (vgl. 6) oder regelmäßiger Einnahme eines nichtsteroidalen Antirheumatikums (NSAID) über mehr als eine Woche vor der Aufnahme. Primärer Endpunkt der Studie war die Länge des stationären Aufenthalts in Stunden, wobei ein Unterschied ab 24 Stunden zwischen den Gruppen als klinisch relevant eingeschätzt wurde. Zu den sekundären Endpunkten gehörten schwere unerwünschte Ereignisse, stationäre Wiederaufnahme nach 7 und nach 30 Tagen, prozedurale Interventionen und die von den Patienten berichtete Schmerzstärke auf einer Skala von 0-10. Die Patienten erhielten randomisiert entweder eine antibiotische Behandlung über 5-7 Tage (Cefuroxim i.v. und Metronidazol p.o. gefolgt von Amoxicillin/Clavulansäure p.o.) oder identisch verpacktes Plazebo.

In die Antibiotika-Gruppe wurden 85 Patienten, in die Plazebo-Gruppe 95 randomisiert. Zwischen beiden Gruppen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der medianen Länge des stationären Aufenthalts (40 vs. 46 Stunden), der Wiederaufnahmeraten (nach 7 Tagen: 6% vs. 1%, nach 30 Tagen: 6% vs. 11%), der Notwendigkeit für prozedurale Interventionen (2% vs. 0%) oder der durchschnittlichen Schmerzstärke nach 24 Stunden (3,2 vs. 3,0 Punkte). Schwere unerwünschte Ereignisse waren in beiden Gruppen selten (4% vs. 0%). Die Autoren weisen darauf hin, dass wegen der festgesetzten Studiendauer keine Aussagen zu Unterschieden im klinischen Verlauf nach mehr als 30 Tagen möglich sind.

**Fazit:** Bei Patienten mit akuter, unkomplizierter Divertikulitis ohne Risikoindikatoren ist eine antibiotische Behandlung nicht erforderlich, wie nun erstmals auch eine doppelblinde und plazebokontrollierte Studie mit 180 Patienten zeigt. Patienten mit milden klinischen Symptomen sowie einem nur gering erhöhten CRP können ambulant behandelt werden, wenn eine engmaschige

Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.

ärztliche Kontrolle gewährleistet ist.

**Literatur**


1. https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/021-020.html Link zur Quelle
2. Chabok, A., et al.: Br. J. Surg. 2012, **99**, 532. Link zur Quelle
3. Daniels, L., et al.: Br. J. Surg. 2017, **104**, 52. Link zur Quelle
4. AMB 2017, **51**, 45. Link zur Quelle
5. Jaung, R., et al.: Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2020, epub 30. März. Link zur Quelle
6. https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/ asa-physical-status-classification- system Link zur Quelle


Diese Publikation ist urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung sowie Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen ist nur mit Genehmigung der Herausgeber des ARZNEIMITTELBRIEFS gestattet.