

Divertikulit – behandling

Sammanfattning

Riktlinje gällande kolondivertikulos/divertikulit, med beskrivning av medicinsk behandling, akut kirurgisk behandling, elektiv kirurgisk behandling samt uppföljning.

Förutsättningar

Kolondivertiklar förekommer i västvärlden hos cirka 30 % av befolkningen vid 60 års ålder. Cirka 20 % av patienter med kolondivertiklar drabbas någon gång under sin livstid av divertikulit. Recidivrisken efter en divertikulitepisod är cirka 25 %. Den första divertikulitattacken medför störst risk för komplikation i form av perforation med abscess eller peritonit.

Divertikulit är en diagnos som man kan misstänka kliniskt men som man måste bekräfta med CT buk. Detta då träffsäkerheten är dålig vid kliniskt ställd diagnos. Akut CT buk med kontrast ska utföras dels för att bekräfta diagnosen, dels för utesluta/bekräfta komplikationer.

Genomförande

Medicinsk behandling

- Patient som befinner sig ha en okomplicerad divertikulit, men med behov av inneliggande observation, behandlas inte primärt med antibiotika utan ordineras fasta, parenteral vätska och förnyad bedömning av KAVA ansvarig. Anledningar till inneliggande vård vid okomplicerad divertikulit kan vara högt CRP, kraftigt status, skör patient

eller patient med immunosuppression. Alltid fall för CT buk för diagnosbekräftelse.

- Patient med klinik talande för komplicerad divertikulit (peritonit, sepsis, obstruktionssymtom) ska också genomgå utredning med CT buk med kontrast och oftast primärt ordinerar parenteral antibiotika inför eventuell kirurgi eller fortsatt medicinsk behandling.
- Patienter med klinik som medger behandling i hemmet ordinerar flytande kost för symptomlindring. Som regel inte aktuellt med antibiotikabehandling.

Parenteral antibiotika

- Förstahandsval: Piperacillin/Tazobactam 4 g x 3 intravenöst.
- Andrahandsval: Eusaprim 10 ml x 2 intravenöst samt Flagyl 1g x 1 intravenöst.

Peroral antibiotika

- Förstahandsval: Tablett Eusaprim forte 160 mg/800 mg x 2 samt tablett Flagyl 400 mg x 3.
- Andrahandsval: vid sulfaallergi ges tablett Ciprofloxacin 500 mg 1 x 2 samt tablett Flagyl 400 mg x 3.

Akut kirurgisk behandling

- Krävs hos endast 10–20 % av patienter med akut manifestation av divertikulos-sjukdom.
- Abscess behandlas med perkutant dränage, om abscessen är ≥ 5 cm, och antibiotika.
- Perforation med peritonit opereras i första hand enligt Hartman. Buklavage med natriumklorid utförs. Vid gynnsamma tillstånd av icke fekal peritonit kan resektion med primäranastomos utföras, eventuellt loopavlastning.
- Laparoskopisk diagnostik, buklavage och drän utan tarmresektion vid perforation med purulent peritonit (Hinchey III) kan övervägas i utvalda fall med milda

kliniska symtom om patienten inte är väldigt skör eller immunosupprimerad. Metodik: Diagnostisk laparaskopi visar purulent peritonit, kamera-port vid naveln och två arbetsportar (5 mm) i höger fossa. Täckande oment lossas från inflammationshärden. Adherent tunntarm lämnas. Bukhålan sköljs med 4 liter varm NaCl med laparoskopisk spolning och sug. Ett till två drän via portarna.

- Stenos med kolonileus behandlas med något av följande operationstillvägagångssätt:
 - A. Hartmans operation (2-stegs ingrepp).
 - B. Sigmoidresektion med eventuell on table lavage samt primäranastomos, eventuellt avlastande loopileostomi (1–2-stegs ingrepp).
 - C. Subtotal kolektomi med IRA (1-stegs ingrepp) vid samtidig cekumperforation.
 - D. Transversostomi (2–3-stegs ingrepp) kan bli nödvändigt vid akut tveksamt resektabel process.
 - E. Kolonstent i selekterande fall. Tidig elektiv resektion planeras efter stentläggning.

Elektiv kirurgisk behandling

Inte indicerat som recidivprofylax efter okomplicerad divertikulit-attack, men kan övervägas vid:

- Stenos, där cancer inte kan uteslutas.
- Stenos med obstruktionssymptom.
- Fistlar.
- Inför planerad njurtransplantation.
- Vid mycket täta recidiv.

Uppföljning

- Uppföljningsbehov för att värdera indikationer för elektiv kirurgi föreligger sällan.
- Patienter som, på CT buk, konstaterats ha en okomplicerad divertikulit har inte högre risk för koloncancer än normalbefolkningen. Därmed behöver patienter med en okomplicerad förstagsångs divertikulit, i normalfallet, inte

följas upp med tarmutredning. Om det föreligger larmsymptom så som: ändrade avföringsvanor i >4 veckor hos patient >40 år, järnbristanemi och ofrivillig viktnedgång ska patienten ändå tarmutredas. Det ska då framgå i remissen varför man frångår rutinen.

- Patient med recidiv av akut divertikulit eller med komplicerad sådan som inte är tarmutredd de senaste 3 åren ska följas upp med tarmutredning.
- I första hand är det en CT kolografi som ska göras som tarmutredning då koloskopi är mer resurskrävande och tekniskt ofta svårt i divertikulotisk tarm. Det ska gå minst 8 veckor efter den akuta episoden med divertikulit för att undersökningen ska bli optimal. Vid misstanke om malignitet på den akuta CT buk-undersökningen ska koloskopi göras.
- Risken för rektalcancer hos en patient som haft divertikulitliknande symptom är inte större än risken för de flesta andra buk-maligniteter. Återbesök med rektoskopi är därför inte kostnadseffektivt. Utvalda fall med t.ex. samtidig blödning per rektum, oklara rektala palpationsfynd, bör rektoskoperas under vårdtillfället.
- CT kolografisvaret förmedlas i första hand brevledes av PAL. I brevet ska patienten uppmanas att höra av sig vid kvarstående symptom. I fall där patienten har kvarstående symptom eller om röntgen visar stenoser av oklar natur, bör vidare diagnostik ske. I första hand skall frikostig koloskopi beställas.

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Kirurg- och öronklinik

Innehållsansvar: Mimi Tsakiris, (mimts1), Överläkare

Granskad av: Mimi Tsakiris, (mimts1), Överläkare

Godkänd av: Eija Hägg, (eijha2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9004-593667208-144

Version: 5.0

Giltig från: 2025-10-03

Giltig till: 2027-10-03