

Uppföljning efter genomgången divertikulit

BAKGRUND

Nya rutiner för uppföljning efter okomplicerad divertikulit presenteras i detta PM.

Enligt European Society of Coloproctology guidelines är endoskopisk uppföljning av patienter med symtomfritt tillfrisknande av en enstaka episod av CT-verifierad okomplicerad divertikulit sannolikt inte är nödvändig¹. Detta baserat på att vid CT-verifierad okomplicerad divertikulit är prevalensen av colorektalcancer 0,5-1,3%^{2,3}. Detta kan ställas i relation till att förekomst av colorektalcancer i screeningprogram varierar mellan 0,1%-1%^{4,5}. Prevalensen för colorektalcancer vid komplicerad divertikulit är däremot signifikant förhöjd; 7,9-10,8%^{2,3,8}. Riskfaktorer för avancerad colorectal neoplasi vid divertikulit har i studier visat sig vara abscess och hög ålder⁷.

DEFINITIONER

Modifierad Hinchey-klassifikation

0	Mild klinisk divertikulit
Ia	Pericolisk inflammation
Ib	Pericolisk eller mesocolisk abscess
II	Avlägsen intraabdominal eller retroperitoneal abscess
III	Genereliserad purulent peritonit
IV	Generaliserad fekal peritonit

Akut okomplicerad divertikulit

Inflammation i ett divertikelinnehållande tarmsegment och omgivande vävnad utan tecken till perforation, abscessbildning (Hinchey 0-Ia).

Akut komplicerad divertikulit

Täckt perforation, intraabdominal pericolisk abscess, avlägsen abscess, fri perforation med purulent eller fekal peritonit (Hinchey Ib-IV).

UPPFÖLJNING EFTER PATIENTKATEGORI

1. Förstagångsepisod av okomplicerad sigmoideumdivertikulit

Hos patienter < 65 år där DT-buk visar fynd av divertiklar och perikolisk infiltration utan abscess eller perforation:

- För att öka tillförlitligheten på den radiologiska bedömningen så ska DT-buk granskningsremiss skrivas. Frågeställning: Eftergranskning okomplicerad divertikulit.
- Messenger till mottagning (internt) alt. remiss till NGI (externt) för telefonuppföljning av NGI-ST efter 3-4 veckor. Ingen kolonundersökning under förutsättning att tillfrisknandet skett komplikationsfritt och att patienten återhämtat sig fullt.

2. Känd divertikelsjukdom med typiska symtom av recidiverande okomplicerad divertikulit där kolon tidigare undersökts:

- Ingen undersökning om fullt tillfrisknande. Telefonuppföljning enligt ovan efter 3-4 veckor.

3. Konservativt behandlad komplicerad divertikulit (perforation och/eller abscess, Hinchey Ib-IV) eller patienter som opererats akut:

- Koloskopi 6-8 veckor efter utskrivning.

4. Patienter med alarmsymtom:

Exempelvis anemi, blod i avföring, palpabel resistens höger sida, avsaknad av DT-buk som stöd för diagnos vid akuta vårdtillfället, divertikulit ej belägen i descendens/sigmoideum eller atypisk radiologi: Koloskopi 6-8 veckor efter utskrivning

5. Förstagångsdivertikulit hos patienter > 65 år

Koloskopi 6-8 veckor efter utskrivning oavsett allvarlighetsgrad.

DT-kolon erbjuds patienter som inte tolererar koloskopi.

ALLMÄNNA RÅD

Samtliga patienter bör informeras allmänt om sjukdomen samt tillrådas äta fiberhaltig kost. Det finns ingen evidens för kostrestriktioner vid divertikulit. Fri kost är att föredra, om patienten tolererar detta.

RUTINER FÖR PATIENTER SOM SKA TELEFONUPPFÖLJAS

Vid telefonuppföljning och journalgenomgång ska följande uppgifter tillfrågas och granskas:

- ☐ Ändrade avföringsvanor före och efter akut okomplicerad divertikulit
- ☐ Blödning från rektum
- ☐ Ofrivillig viktnedgång
- ☐ Anemi
- ☐ Radiologi

Vid eftergranskning av DT-buk kommer radiolog att utesluta komplicerad divertikulit (abscess, perforation) samt bedöma ev metastas eller uppenbar tumörmisstanke.



REFERENSER

1. SCHULTZ, J. K.; AZHAR, N.; BINDA, G. A.; BARBARA, G. *et al.* European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon. **Colorectal Dis**, 22 Suppl 2, p. 5-28, Sep 2020.
2. MEYER, J.; ORCI, L. A.; COMBESURE, C.; BALAPHAS, A. *et al.* Risk of Colorectal Cancer in Patients With Acute Diverticulitis: A Systematic Review and Meta-analysis of Observational Studies. **Clin Gastroenterol Hepatol**, 17, n. 8, p. 1448-1456.e1417, Jul 2019.
3. ROTTIER, S. J.; VAN DIJK, S. T.; VAN GELOVEN, A. A. W.; SCHREURS, W. H. *et al.* Meta-analysis of the role of colonoscopy after an episode of left-sided acute diverticulitis. **Br J Surg**, 106, n. 8, p. 988-997, Jul 2019.
4. QUINTERO, E.; CASTELLS, A.; BUJANDA, L.; CUBIELLA, J. *et al.* Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. **N Engl J Med**, 366, n. 8, p. 697-706, Feb 23 2012.
5. STRATMANN, K.; CZERWINSKA, K.; FILMANN, N.; TACKE, W. *et al.* Prevalence of colorectal cancer and its precursor lesions in symptomatic patients under 55 years of age undergoing total colonoscopy: results of a large retrospective, multicenter, controlled endoscopy study. **Int J Colorectal Dis**, 36, n. 8, p. 1695-1700, Aug 2021.
6. KLARENBEEK, B. R.; DE KORTE, N.; VAN DER PEET, D. L.; CUESTA, M. A. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. **Int J Colorectal Dis**, 27, n. 2, p. 207-214, Feb 2012.
7. BRAR, M. S.; ROXIN, G.; YAFFE, P. B.; STANGER, J. *et al.* Colonoscopy following nonoperative management of uncomplicated diverticulitis may not be warranted. **Dis Colon Rectum**, 56, n. 11, p. 1259-1264, Nov 2013.
8. SHARMA, P. V.; EGLINTON, T.; HIDER, P.; FRIZELLE, F. Systematic review and meta-analysis of the role of routine colonic evaluation after radiologically confirmed acute diverticulitis. **Ann Surg**, 259, n. 2, p. 263-272, Feb 2014.