

Zakkaartje Diverticulitis

1. Wat is diverticulitis? • Divertikel: uitstulping van de darmwand, meestal in het sigmoïd • Diverticulose = divertikels zonder klachten; diverticulitis = ontsteking van ≥ 1 divertikel • Incidentie + prevalentie samen 1,6 resp. 23,5 per 1000 patiënten/jaar; vaker > 50 jaar, maar toenemend bij jongeren • 15-25% van de mensen met diverticulose ontwikkelt ooit diverticulitis • Rechtszijdige diverticulitis is zeldzaam en klinisch niet te onderscheiden van appendicitis; zelfde beleid aanhouden	2. Anamnese • Ernst, locatie, patroon (aanhoudend of in aanvallen) en duur van de buikpijn • Invloed van bewegen op de pijn, of vervoerspijn (peritoneale prikkeling) • Koorts, misselijkheid, braken • Veranderd defecatiepatroon: diarree, obstipatie, bloed of slijm bij de ontlasting • Mictieklachten • Voorgeschiedenis: diverticulitis/-ose, buikoperaties, eerdere episodes buikpijn • Comorbiditeit (IBD, immuungecompromitteerd); voedingspatroon en vochtinname	3. Lichamelijk onderzoek • Inschatting ernst van het ziek-zijn: algemene indruk, bloeddruk en pols, temperatuur • Onderzoek de buik op: locatie van de pijn, palpabele weerstanden • Tekenen van peritoneale prikkeling: percussiepijn, loslaatpijn, défense musculaire • Let op operatie littekens en breukpoorten • Overweeg vaginaal toucher (gynaecologische pathologie) of rectaal toucher (proctologisch of rectaal bloedverlies)
4. Gecompliceerde diverticulitis • Tekenen van peritoneale prikkeling, vooral défense musculaire • Lokaal palpabele weerstand (infiltraat, abces) • Tekenen van ileus: braken, hoogklinkende peristaltiek met gootsteengeruis • Rectaal bloedverlies (divertikelbloeding) • Extra alert bij sterk verhoogd CRP (> 100 mg/L) of een immuungecompromitteerd patiënt • ABCDE-instabiel → bel ambulance met directe inzet (A0/A1)	5. Aanvullend onderzoek • Niet noodzakelijk voor het stellen van de diagnose diverticulitis • Overweeg een CRP-bepaling (indien beschikbaar) bij twijfel over een gecompliceerde diverticulitis • CRP > 100 mg/L (arbitrair): wees alert op een gecompliceerde diverticulitis; kan nog stijgen; bij Immunegecompromitteerden minder betrouwbaar • Echografie niet aanbevolen bij een sterk vermoeden van diverticulitis (geen meerwaarde voor het beleid) • Overweeg beeldvormend onderzoek alleen om een andere diagnose uit te sluiten	6. Diagnose & differentiaal • Ongecompliceerd: scherpe, stekende pijn links onderin de buik, ontstaan binnen enkele dagen • + druk- en/of loslaatpijn alléén links onderin de buik, én geen kenmerken van complicatie • Koorts (≥ 38°C) kan de diagnose ondersteunen • DD: PDS, appendicitis (let op: rechtszijdige diverticulitis is hiervan klinisch niet te onderscheiden), colorectaal carcinoom • DD vervolg: gastro-enteritis, obstipatie, inflammatoire darmziekte, urineweginfectie, nierstenen, PID/ovariumcysttorsie
7. Voorlichting & advies • Leg uit: diverticulitis is een ontsteking van uitstulpingen van de dikke darm, die meestal spontaan geneest • Na genezing kan opnieuw een ontsteking optreden, omdat de divertikels blijven bestaan • Adviseer activiteiten aan te passen aan hoe de patiënt zich voelt; bedrust is niet noodzakelijk • Instrueer: direct (ook buiten praktijken) contact opnemen bij toename van pijn, koorts, braken en/of rectaal bloedverlies. Verwijs naar huisarts.nl	8. Niet-medicamenteus • Geen specifieke dieetbeperkingen nodig in de acute fase • Patiënt kan eten en drinken wat goed verdragen wordt • Na de acute fase: adviseer de Richtlijnen goede voeding van de Gezondheidsraad • Bedrust is niet noodzakelijk	9. Medicamenteuze behandeling • Pijn: adviseer zo nodig paracetamol • Wees terughoudend met NSAID's: verhoogd risico op een gecompliceerd beloop • Laxantia: alleen bij obstipatie (zie NHG-Standaard Obstipatie); geen bewijs voor gunstig effect zonder obstipatie • Antibiotica worden niet aanbevolen bij ongecompliceerde diverticulitis
10. Controles • Controleer de patiënt afhankelijk van de ernst van de klachten; overweeg zo nodig herbeoordeling de volgende dag • Beoordeel of er aanwijzingen zijn voor een gecompliceerde diverticulitis en stem het beleid daarop af • De kans op een gecompliceerd beloop is in de eerste weken het grootst • Instrueer direct (ook buiten praktijken) contact op te nemen bij: toename van pijn, koorts, braken, rectaal bloedverlies	11. Verwijzen • Vermoeden gecompliceerde diverticulitis → verwijs direct naar een (gastro-intestinaal) chirurg of SEH-arts • MDL-arts (coloscopie): bij onzekerheid over de diagnose, of bij persisterende klachten na een ongecompliceerde diverticulitis • (Gastro-intestinaal) chirurg: bij recidiverende diverticulitis of langdurig persisterende klachten met een mogelijke wens tot chirurgische behandeling • Bespreek altijd de verwachtingen en het doel van de verwijzing met de patiënt	12. Beloop, risicofactoren & preventie • Risicofactoren: obesitas (BMI ≥ 30), verminderde lichamelijke activiteit, roken, westers voedingspatroon (veel rood/bewerkt vlees, weinig vezels/groente/fruit) • Ongecompliceerde diverticulitis herstelt meestal binnen 1-2 weken • Ongeveer 1-2% ontwikkelt een gecompliceerde diverticulitis • Ongeveer 1 op de 4 patiënten krijgt een recidief; meerdere recidieven verhogen het risico op complicaties niet • Immunegecompromitteerde patiënten hebben een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop