

Schmerzen im linken Unterbauch

Der 53-jährige Patient berichtet über zunehmende, zuletzt starke Schmerzen im linken Unterbauch seit drei Tagen. Seither flüssigbreiiger Stuhlgang in geringer Menge, nach der Entleerung vorübergehend Besserung der Schmerzen. Bisher hatte der Patient noch keine vergleichbaren Beschwerden. Bei der körperlichen Untersuchung wird umschrieben im mittleren bis linken Unterbauch ein hochgradiger Druckschmerz mit mäßiggradigem Los-

lassschmerz festgestellt. Bei der Untersuchung des Abdomens finden sich keine weiteren Auffälligkeiten, die Bauchdecken sind weich. Bei der anschließenden Ultraschalluntersuchung zeigt sich eine echoarme Wandverdickung des Colon sigmoideum. Die Entzündungsparameter sind erhöht: BKS 30/64 mm n. W., Leukozyten 12900/ μ l und CRP 13,0 mg/dl (n: bis 6,0 mg/dl).



Abbildung 1: Wandverdickung des Colon sigmoideum.



Abbildung 2: Querschnitt durch das Colon sigmoideum.

Diagnose

Die sonographische Untersuchung (Konvexschallkopf/5 MHz) zeigt im linken Unterbauch, entsprechend dem Hauptdruckschmerz, eine sieben Zentimeter lange, echoarme Verdickung der Darmwand, die aufgrund des Verlaufes dem Colon sigmoideum zuzuordnen ist (Abbildung 1). Über eine Distanz von dreieinhalb Zentimeter ist die Wandverdickung besonders deutlich, umschrieben bis zu neun Millimeter. Die Wandschichtung ist erhalten bzw. betont. Abbildung 2 zeigt den Querschnitt durch das Sigma mit einem Divertikel mit Luftblase (1) und Schallschatten. Die Divertikelwand ist entzündlich infiltriert. An der gegenüberliegenden Wand zeigt sich ein echoarmer Bezirk (2), welcher die Darmkontur überragt, entsprechend einem weiteren entzündlich infiltrierten Divertikel. Die unregelmäßige Wandverdickung in Abbildung 2 ist für die Divertikulitis charakteristisch. Freie Luft ist sonographisch nicht nachweisbar.

Der Fall zeigt ein typisches sonographisches Bild einer Sigma-Divertikulitis, das bei entspre-

chender Klinik und erhöhten Entzündungsparametern nahezu beweisend für die Diagnose ist. Unter Antibiose und weitgehender Nahrungskarenz kam es nach zwei Tagen zu einer deutlichen Schmerzreduktion. Bei der sonographischen Verlaufskontrolle fand sich eine rückläufige Wandverdickung, die nach neun Tagen vollständig abgeklungen war. Die Antibiose wurde nach zehn Tagen beendet. Nach vier Wochen zeigte die Koloskopie eine leichte Divertikulose, endoskopische Zeichen einer Divertikulitis lagen nicht mehr vor. Bei einem späteren Kontakt nach über drei Jahren berichtete der Patient über keinen weiteren Schub der Divertikulitis.

Die Divertikulitis ist die häufigste Komplikation der Divertikulose. Ihre Inzidenz steigt wie die Prävalenz der Divertikulose mit zunehmendem Alter an. In der Regel ist das Sigma betroffen, nur ausnahmsweise das rechte Hemikolon. Die Sonographie ist in der Primärdiagnostik die Methode der ersten Wahl. CT oder MR kommen zum Einsatz, wenn bei der Sonographie keine

ausreichende Diagnosesicherung gelingt. Bei Komplikationen, fehlendem Ansprechen auf die konservative Therapie und bei Rezidiven ist eine Operation erforderlich.

Literatur:

Hollerweger A., Macheiner P., Hübner E., Brunner W., Gritzmann N.: Kolondivertikulose: Sonographie und Endoskopie: Ein Vergleich. *Ultraschall in Med* 2002; 23: 41–46.
Ripollés T., Agramunt M., Martínez M.J., Costa S., Gómez-Abril S.A., Richart J.: The role of ultrasound in the diagnosis, management and evolutive prognosis of acute left-sided colonic diverticulitis: a review of 208 patients. *Eur Radiol* 2003; 13: 2587–95

Dr. Hans Worliceck, Internist, Gastroenterologe, DEGUM-Seminarleiter, Internistische Praxis – Gastroenterologie, Facharztzentrum Regensburg, Hildegard-von-Bingen-Straße 1, 93053 Regensburg, Telefon 0941 200003-0, Fax 0941 200003-90, E-Mail: worliceck@gifr.de