

Divertikulitt

D53202

Utgave:
1.00

Gjelder fra:
05.04.2025

Side 1 av 2

Hensikt og omfang

Sikre at pasienter med divertikulitt får helhetlig diagnostikk, behandling og oppfølging i Sykehuset Innlandet (SI).

Ansvar/målgruppe

Leger som diagnostiserer, behandler og følger opp pasienter med divertikulitt.

Handling

Innledning - bakgrunn

Divertikulitt er hyppig årsak til innleggelse i kirurgiske avdelinger. Divertikulitt kan klassifiseres som ukomplisert eller komplisert. CT-diagnostikk er nødvendig for klassifiseringen. Divertikulitt betegnes som komplisert ved perforasjon av divertikkel, abscedering, fistulering og/eller obstruksjon. Hinchey's klassifisering grad 1-4 benyttes for å subgruppere divertikulitt utfra abscess, perforasjon og peritonitt:

- Hinchey grad 1: Divertikulitt med perikolisk abscess begrenset til mesocolon
- Hinchey grad 2: Divertikulitt med bekken- eller retroperitoneal abscess
- Hinchey grad 3: Divertikulitt med diffus purulent peritonitt
- Hinchey grad 4: Divertikulitt med fekal peritonitt

Diagnostikk - utredning

Klinikk

Divertikulitt kjennetegnes ved lave buksmerter, ofte av flere dagers varighet, ledsaget av kvalme og endrede avføringsvaner. Blødning pr. anum kan forekomme. Ved klinisk undersøkelse foreligger lokal ømhet og stramning, eventuelt palpabel oppfylning, som regel på venstre side. Moderat feber, leukocytose og forhøyet CRP er vanlig.

Bildedagnostikk

CT-abdomen er avklarende for diagnosen og påviser omfanget av divertikler, evt. perikolisk abscess, perforasjon, fistulering og fri gass. Ved repeterte innleggelser med samme symptomatologi er det ikke nødvendig å utføre CT hver gang.

Behandling

Konservativ behandling

Ved ukomplisert divertikulitt har antibiotika ingen plass i behandlingen. Ved uttalt klinikk (påvirket allmenntilstand, høy feber, peritonitt, sepsis), immunsuppresjon eller påvist kompliserende sykdom gis antibiotika, i henhold til [Legemidler - Antibiotikabruk i sykehus, nasjonal faglig retningslinje](#). Perikolisk abscess dreneres fortrinnsvis perkutant under antibiotikadekning. Vanskelig tilgjengelige abscesser < 5 cm kan behandles konservativt uten drenasje.

Operativ behandling

Indikasjon for kirurgisk behandling foreligger ved diffus peritonitt, fri luft eller sterke lokale symptomer som ikke responderer på konservativ behandling/perkutan drenasje. Den kirurgiske behandling vil avhenge av intraoperative funn og operatørens erfaring. Ved reseksjon foretas det også en individuell vurdering hvorvidt det skal anlegges anastomose eller stomi.

Elektiv operativ behandling

Faren for komplisert divertikulitt øker ikke ved gjentatte episoder. Elektiv operasjon er derfor kun indisert ved komplisert divertikulitt med obstruksjon, fistulering eller der cancer ikke kan utelukkes. Pasienter med hyppige betennelsesepisoder vil også være svært motiverte for kirurgi, men dette er å anse som en relativ operasjonsindikasjon.

Kontroll - oppfølging

Ukomplisert akutt divertikulitt som er diagnostisert ved grundig anamnese, klinisk us og fullverdig abdominal CT us, og som ikke påviser patologi utover divertikulitt forandringer, samt et ukkomplisert klinisk forløp uten behov for antibiotika eller intervensjons prosedyrer, trenger ikke radiologisk eller endoskopisk oppfølging. Hos pasienter med et avvikende forløp eller der den initiale CT us påviser forandringer utover hva som er forventet ved ukkomplisert divertikulitt, bør pasienten kontrolleres med skopi (med mindre det er gjort innenfor de siste 2 år) eller CT us.

Referanser

[SI/17.09-07](#)
[SI/21.01-44](#)

[Divertikulitt - Observasjon og tiltak](#)
[Legemidler - Antibiotikabruk i sykehus, nasjonal faglig retningslinje](#)

OUS ehåndbok. Gastrokirurgisk metodebok. [hentet 2025-02-06]. Tilgjengelig fra:
[eHåndbok - Divertikulitt](#)