

# Patienteninformation

## Dickdarm Divertikulitis



Klinik für  
Allgemein- und  
Viszeralchirurgie  
Kompetenzzentrum  
für minimal-invasive  
Chirurgie (CAMIC)



---

## Ihr ärztliches Team:



**Dr. med. Jan H. Herrfurth**  
Chefarzt  
Facharzt für Chirurgie und Viszeral-  
chirurgie  
Spezielle Viszeralchirurgie  
Ernährungsmedizin, Sportmedizin



**Matthias Weiß**  
Oberarzt  
Facharzt für Chirurgie



**Frederike Löhr**  
Oberärztin  
Fachärztin für Viszeralchirurgie  
Spezielle Viszeralchirurgie

---



## Liebe Patientinnen und Patienten,

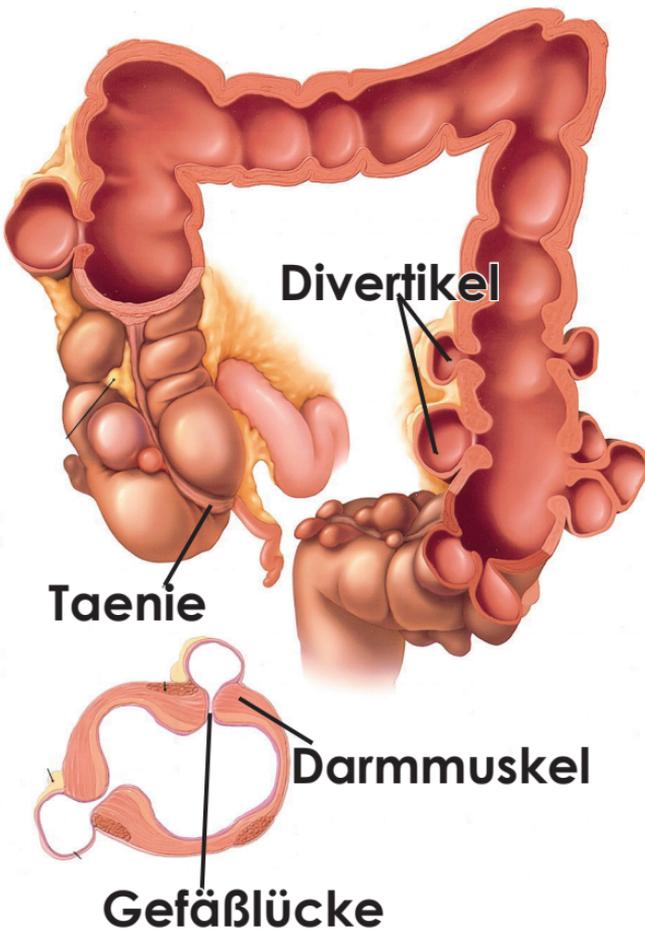
bei Ihnen wurde eine operationspflichtige Entzündung der Divertikel im Dickdarm diagnostiziert. Die Divertikelkrankheit des Dickdarmes zählt in Deutschland inzwischen zu den sogenannten Volkskrankheiten. Fast 50 % der über 65-Jährigen in Deutschland haben Divertikel im Dickdarm. Bei wiederholter Entzündung muss der betroffene Dickdarmabschnitt operativ entfernt werden, damit es nicht zu lebensbedrohlichen Komplikationen kommt. Seit mehr als 20 Jahren werden diese Operationen auch minimalinvasiv durch die sog. Schlüssellochmethode durchgeführt. Bei der Aufnahme im Krankenhaus wird der Chirurg mit Ihnen ausführlich über die Krankheit, die Operationstechnik und den Verlauf nach der Operation sprechen. Sie sind mit großer Hoffnung und viel Vertrauen in das St. Bernhard-Hospital gekommen. Das Ärzteteam und das Pflegepersonal der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie werden Sie in den nächsten Tagen nach bestem Wissen und Gewissen behandeln und betreuen. Wir werden alles dafür tun, dass Sie geheilt und zufrieden unser Krankenhaus verlassen können. Wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen und wünschen Ihnen einen angenehmen Aufenthalt. Wir danken Ihnen für das uns entgegengebrachte Vertrauen.

## Dickdarmdivertikel

---

### Dickdarmdivertikel

sind Aussackungen der Darmschleimhaut, die durch Muskellücken nach außen gelangen. Am häufigsten entstehen sie im sog. S-Darm (lateinisch Sigma), einem Abschnitt des Dickdarmes im linken Unterbauch.



Dickdarm-Divertikel sind nicht angeboren. Sie treten mit zunehmendem Alter immer häufiger auf.

Bei der Mehrzahl der Menschen (75 %) verursachen die Dickdarm-Divertikel keine Beschwerden.

Altersbedingte Veränderungen der Darmwand, ballaststoffarme Kost sowie Drucksteigerung im Darm (Verstopfung) werden als Ursachen vermutet.

### **Die Entzündung der Divertikel**

Durch Verschmutzung der Divertikel, z. B. durch Kot, kommt es zur Entzündung (Divertikulitis). Im Laufe ihres Lebens sind ca. 25 % der Divertikel-Träger davon betroffen.

Die Divertikulitis gehört weltweit zu den sog. Zivilisationskrankheiten und in Deutschland inzwischen zu den Volkskrankheiten.

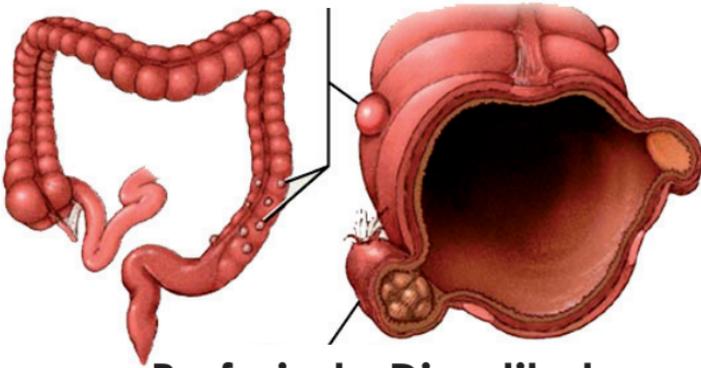
## Verschiedene OP- Techniken

---

### Komplikationen

Im Rahmen der Divertikulitis kann es zu Komplikationen kommen, z. B. zum Darm-Durchbruch (Perforation) und dadurch zu Eiteransammlungen oder zum Austritt von Stuhl in den Bauchraum. Die Folge: Eine lebensbedrohliche Bauchfellentzündung (Peritonitis). Blutung aus den kleinen Gefäßen in den Divertikeln können heftige Darmblutungen verursachen. Die Entzündungen können zur narbigen Verengung des Darmes (Stenose) und damit zum Darmverschluss führen. Außerdem können zwischen Darm und anderen Organen, z. B. Harnblase oder Vagina, Fisteln entstehen.

### Normale Divertikel

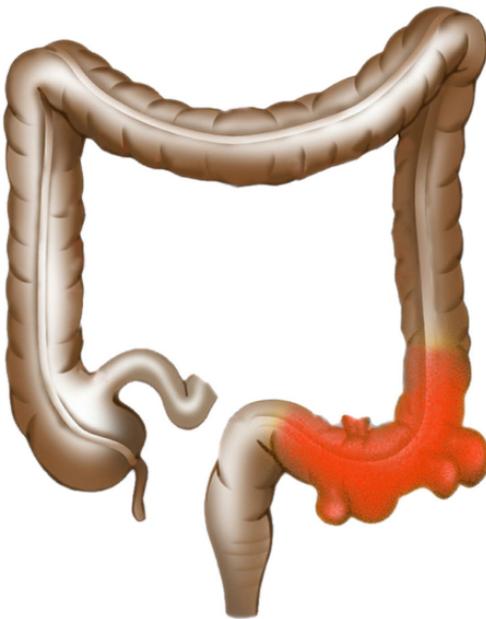


### Perforierte Divertikel

## Die Operation

kann je nach Entzündungsstadium in offener herkömmlicher Technik oder minimalinvasiv in der Schlüssellochtechnik erfolgen.

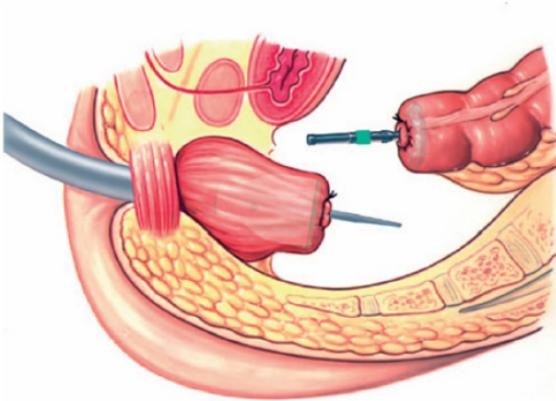
Dabei wird der Divertikel tragende, entzündete Dickdarmteil entfernt. Dies betrifft meistens den S-förmigen Dickdarm (Sigma) auf der linken Seite, der durch Schleifenbildung zum Kotstau führt. Diese sog. Hochdruckzone begünstigt die Entzündung.



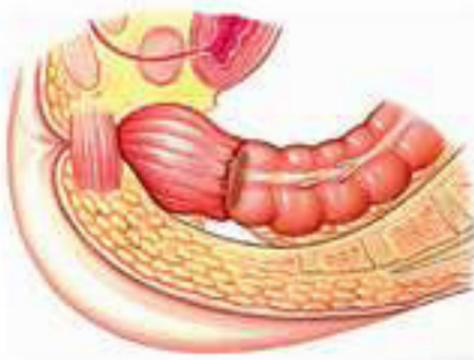
Der zu entfernende Dickdarmabschnitt  
(in Rot dargestellt)

---

Nach der Entfernung des kranken Darmes werden die beiden verbleibenden Darmenden durch Hand-Naht oder mit modernen Nahtgeräten wieder miteinander verbunden.

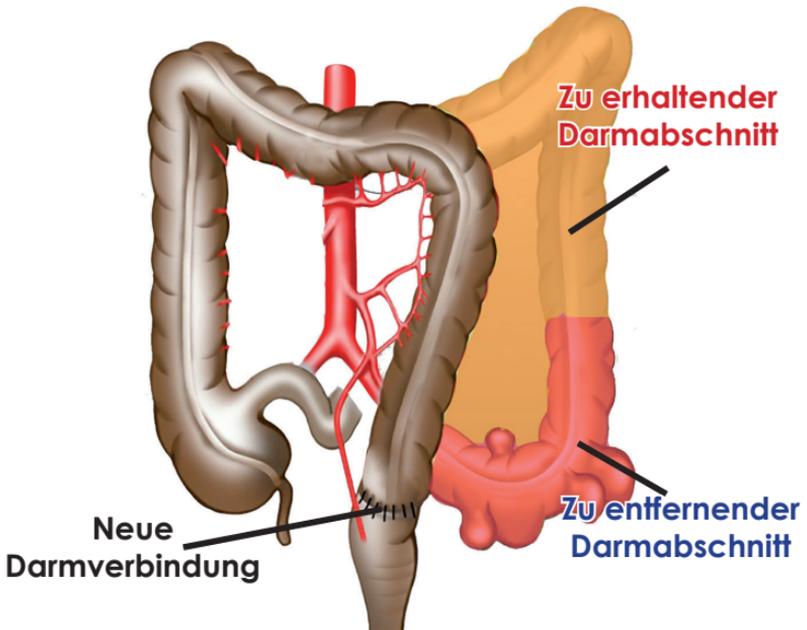


Vorbereitung für die neue Darmverbindung  
mit modernen Nahtgeräten



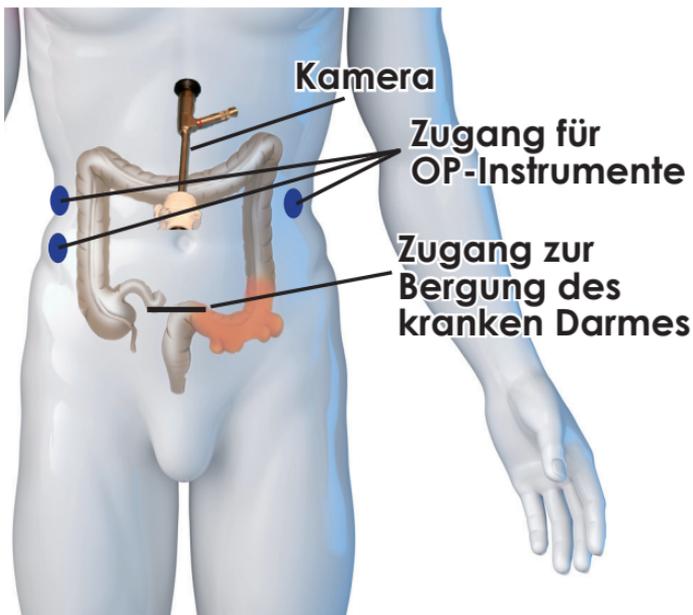
Die neue Darmverbindung ist fertiggestellt

Der Darm wird dabei sozusagen gestreckt, so dass es nicht mehr zum Stau von Stuhl kommen kann. Gelegentlich muss zum Schutz der neuen Darmverbindung (Anastomose) vorübergehend ein künstlicher Darmausgang angelegt werden, der nach kurzer Zeit wieder zurückverlagert wird.



## **Minimalinvasive Chirurgie (MIC) Schlüssellochtechnik**

Ein großer Teil der Operationen kann heute minimalinvasiv (Schlüssellochtechnik) durchgeführt werden.



Dabei werden 4 kleine ca. 5 – 10 mm große Schnitte für die Kamera und die dünnen Arbeitsinstrumente gelegt.

Der größere Schnitt im Unterbauch ist ca. 5 cm lang, um den erkrankten Darm aus der Bauchhöhle zu bergen.

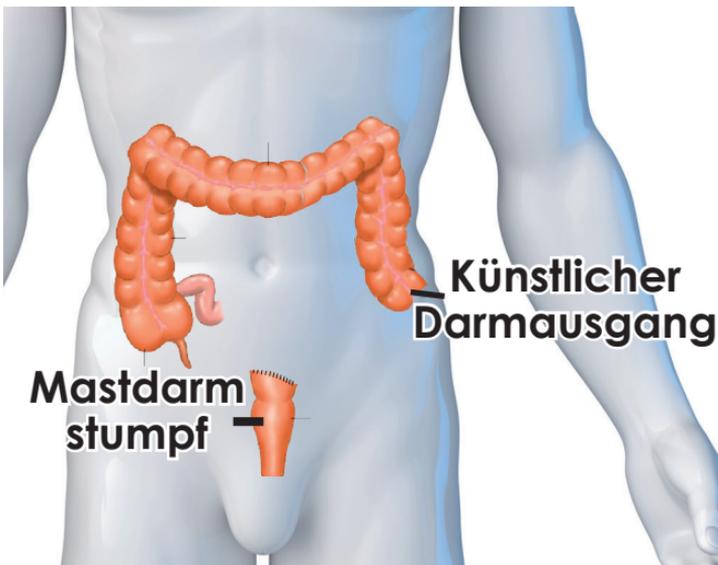
Es bedeutet für den Patienten weniger Schmerzen, einen kürzeren Krankenhausaufenthalt, kleine Narben, kaum Verwachsungen in der Bauchhöhle und später weniger Narbenher-

nien. Neben dem günstigen postoperativen Verlauf ist das kosmetische Ergebnis sehr gut.

Wenn es zu einer ausgedehnten entzündlichen Reaktion im Bauchraum gekommen ist, muss häufig offen in herkömmlicher Technik mit einem größeren Schnitt weiteroperiert werden.

### **Notfall**

Im Notfall bei freiem Darmdurchbruch (Perforation) mit schwerer Bauchfellentzündung (Peritonitis) oder Darmverschluss (Ileus) muss nach Entfernung des erkrankten geplatzten Darmabschnittes oft ein künstlicher Darmausgang angelegt werden (Hartmann Operation), der je nach weiterem Verlauf nach einiger Zeit zurückverlagert werden kann.



Hartmann Operation

## Hinweise und Verhaltensregeln nach der Operation

---

### **Wie geht es nach der Operation weiter?**

Sie können das Krankenhaus in der Regel 8 – 10 Tage nach der Operation verlassen.

Bei schweren Entzündungen kann der Aufenthalt im Krankenhaus etwas länger dauern.

Grundsätzlich sollten Sie das Rauchen abstellen, denn das Rauchen kann die Wundheilung negativ beeinflussen und Hustenreiz auslösen. Nach der Operation erfolgt ein stufenweiser Kostaufbau. Sie können ab dem 2. Tag trinken.

### **Kurzfristige Beschwerden**

Unmittelbar nach der Operation können Bewegung, Lagewechsel, Husten oder Pressen Schmerzen im OP-Gebiet verursachen. Umschriebene Schwellungen, Blutergüsse können auftreten. Diese Beschwerden bilden sich in der Regel in den folgenden Tagen zurück. Es kann zu Verdauungsstörungen und Veränderungen der Stuhlgewohnheiten kommen mit z. B. Blähungen und häufigen Stuhlgängen.

**Bei Rötungen, starken Schmerzen im OP-Gebiet und Fieber bitte sofort den Arzt aufsuchen!**

### **Langfristige Beschwerden**

Es können Verwachsungen in der Bauchhöhle entstehen. Narbenbeschwerden sowie Narbenbrüche können auftreten. Ca. 2 % der operierten Patienten entwickeln später erneut eine operationspflichtige Entzündung.

### **Gesunde Ernährung**

Nach Abschluss der Behandlung sollten Sie sich ballaststoffreich ernähren. Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr (pro Tag 2 – 2,5 Liter) ist zu empfehlen. Dadurch wird die Darmtätigkeit angeregt und für eine regelmäßige Darmentleerung gesorgt.

### **Körperliche Belastung**

In den ersten 2 Wochen sind in der Regel leichte Belastungen, Heben und Tragen bis max. 5 kg erlaubt. Bei laparoskopisch operierten Patienten ist nach 8 Wochen eine Belastbarkeit ohne Einschränkung möglich. Bei offener Operation mit einem größeren Schnitt ist eine längere Schonphase bis 12 Wochen zur Vermeidung einer Narbenhernie erforderlich.

### **Nahtmaterialien**

Die Fäden oder Metallklammern können 12 -14 Tage nach der Operation entfernt werden.

### **Duschen/Baden**

Nach Entfernung der Wundmaterialien. Mit wasserabweisendem Wundpflaster schon eher.

### **Heparinspritzen**

Im Regelfall können sie etwa 14 Tage nach der OP abgesetzt werden. Wenn Sie nach der OP sehr mobil und ohne Thromboserisiko sind, auch schon eher.

### **Blutverdünnungsmedikamente, z.B. ASS oder Marcumar**

ASS können Sie sofort wieder einnehmen, oder ASS wird heutzutage vor der OP kaum noch abgesetzt. Für „Marcumar-Patienten“ kann es besondere Therapieempfehlungen geben.

### **Arbeitsausfall**

In der Regel bis 4 Wochen.

Das Gespräch zwischen Arzt und Patient ist für alle Beteiligten wichtig.

Bitte fragen Sie das ärztliche Team nach allen Unklarheiten. Ihr Hausarzt erhält einen Brief über Ihre Operation, den Verlauf Ihres Krankenhausaufenthaltes und mit Hinweisen für die Nachsorge.

## So finden Sie uns

---

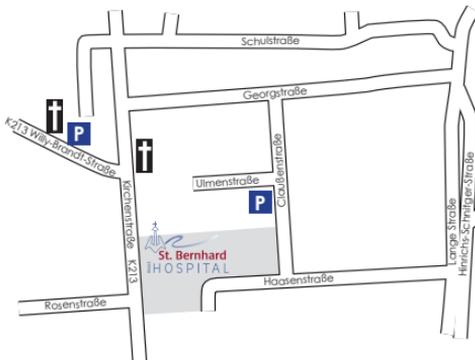
### St. Bernhard-Hospital gGmbH Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie

Claußenstr. 3  
26919 Brake

Telefon: 0 44 01 / 105 154  
Telefax: 0 44 01 / 105 178

[www.krankenhaus-brake.de](http://www.krankenhaus-brake.de)  
[info@krankenhaus-brake.de](mailto:info@krankenhaus-brake.de)

### Anfahrt:





---

Eine Einrichtung der

**HOSPITAL**  
**GESELLSCHAFT**  
JADE • WESER 

## Ihr ärztliches Team:



**Dr. Jan H. Herrfurth**  
Chefarzt

Facharzt für Chirurgie  
und Viszeralchirurgie  
Spez. Viszeralchirurgie  
Ernährungsmedizin  
Sportmedizin



**Matthias Weiß**  
Oberarzt

Facharzt für Chirurgie



**Frederike Löhr**  
Oberärztin

Fachärztin für  
Viszeralchirurgie  
Spez. Viszeralchirurgie



### **St. Bernhard-Hospital gemeinnützige GmbH** **Allgemein- und Viszeralchirurgie**

Claußenstraße 3  
26919 Brake

Chefarzt:  
[dr.jan.herrfurth@krankenhaus-brake.de](mailto:dr.jan.herrfurth@krankenhaus-brake.de)

Telefon: 0 44 01 / 105 154  
(Mo. – Fr. 07.30 – 16.00 Uhr)  
Telefax: 0 44 01 / 105 178

### **Sekretariat**

Frau Beha, Frau Stenuß oder  
Frau Wiechmann

### **Sprechstunden**

Mo. 13.00 bis 15.30 Uhr  
Mi. 10.00 bis 12.00 Uhr  
und nach Vereinbarung

### **Notfallambulanz**

Unsere chirurgische Notfall-ambulanz ist für Notfälle 24 Stunden geöffnet.

Fotos: fotolia, Dr. K. Raab, W. Grotelüschen