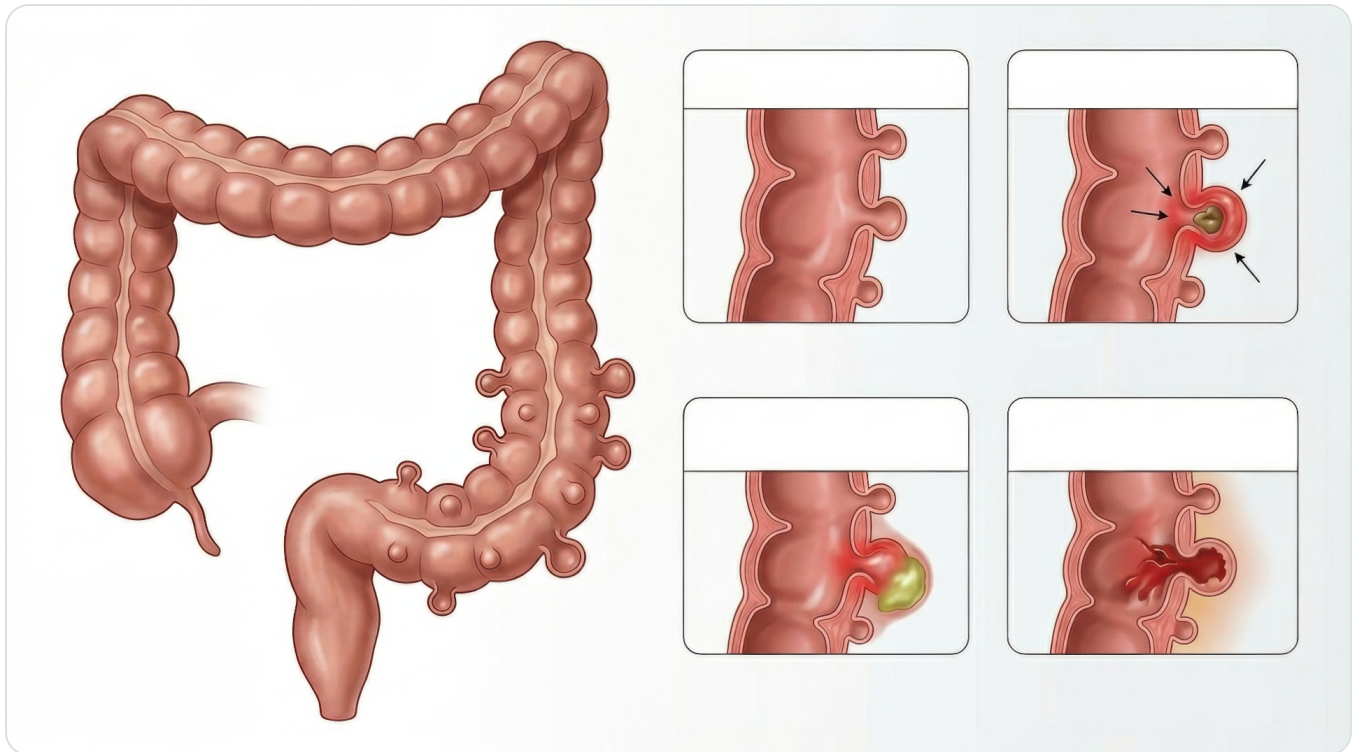


Divertikulitis vs. divertikulose: Hvad er forskellen, og hvornår er det farligt?



Mange forveksler divertikulose og **divertikulitis** – men forskellen er afgørende. Det første er en hyppig, oftest harmløs tilstand. Det andet er en akut betændelse, der kan kræve hospitalsindlæggelse eller operation.

Divertikulose: Små udposninger i tyktarmen

Divertikler er små udposninger (typisk 5–10 mm) i tarmvæggen, som dannes på svage punkter hvor blodkar trænger igennem muskellaget. De ses fortrinsvis i sigmoideum (S-formet del af tyktarmen).

Forekomsten stiger markant med alderen: <10 % under 40 år, men 50–70 % af alle over 70 år [1]. De fleste opdages tilfældigt ved koloskopi eller CT.

Risikofaktorer omfatter:

- Lavt fiberindtag og vestlig kost [2]

- Overvægt og fysisk inaktivitet [3]
- Rygning og NSAID-brug [4]
- Genetisk disposition (40–50 % arvelig komponent) [5]

Læs også vores artikel om [divertikulose](#).

Divertikulitis: Når en udposning bliver betændt

Ca. 4–15 % af personer med divertikulose udvikler i løbet af livet **divertikulitis** – akut inflammation eller mikroperforation af en divertikel [6]. Tilstanden inddeles i:

- **Ukompliceret divertikulitis** (~80 %): Lokal betændelse uden absces, perforation eller fistel
 - **Kompliceret divertikulitis** (~20 %): Absces, fri perforation, obstruktion eller fistel
-

Symptomer

- Vedvarende smerter i venstre nedre del af maven ("venstresidig appendicitis")
- Feber og forhøjet CRP
- Ændret afføringsmønster ([forstoppelse](#) eller diarré)
- Kvalme, oppustethed
- Ved komplikationer: kraftig smerte, peritonitis-tegn, urinvejssymptomer (fistel til blæren)

Diagnosen bekræftes med **CT-scanning** af abdomen, som også klassificerer sværhedsgraden (Hinchey-klassifikationen) [7].

Behandling af ukompliceret divertikulitis

Tidligere blev næsten alle behandlet med antibiotika og indlæggelse. Moderne danske og europæiske retningslinjer anbefaler nu:

- **Ambulant behandling uden antibiotika** hos udvalgte patienter (immunkompetente, uden komplikationer, CRP <140, ingen feber) [8]

- Hvile, klar væske gradvist op til normal kost
- Smertestillende (paracetamol; undgå NSAID)

Det skelsættende **AVOD-studie** (Sverige) og det hollandske **DIABOLO-studie** har dokumenteret at antibiotika ikke fremskynder heling eller reducerer komplikationer ved ukompliceret divertikulitis [9,10].

Behandling af kompliceret divertikulitis

- **Absces <4 cm:** Antibiotika alene er ofte tilstrækkeligt
- **Absces ≥4 cm:** Perkutan drænage + antibiotika
- **Fri perforation/peritonitis:** Akut kirurgi, typisk Hartmann-operation eller resektion med primær anastomose [11]
- **Recidiverende eller komplicerede tilfælde:** Planlagt elektiv sigmoideumresektion overvejes – men IKKE rutinemæssigt efter 2 angreb som tidligere; beslutningen er individuel [12]

Forebyggelse

- **Fiberrig kost** (25–30 g/dag): Reducerer risikoen for symptomatisk divertikelsygdom [13]
- **Fysisk aktivitet** og normal vægt
- **Undgå rygning** og hyppig NSAID-brug
- Tidligere anbefalede man at undgå nødder, kerner og popcorn – dette er nu modbevist og frarådes ikke længere [14]

Hvornår skal du kontakte læge?

Søg læge ved:

- Vedvarende smerter i venstre nedre mave i mere end 24 timer
- Feber sammen med mavesmerter
- Kraftig blødning fra endetarmen

- Tegn på peritonitis (hård mave, kraftig smerte, almenpåvirkning) → ring 112
-

Referencer

1. Peery AF, et al. *Burden and cost of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States*. Gastroenterology 2019;156(1):254–72.
2. Aune D, et al. *Dietary fibre intake and the risk of diverticular disease: a systematic review and meta-analysis*. Eur J Nutr 2020;59(2):421–32.
3. Strate LL, et al. *Obesity increases the risks of diverticulitis and diverticular bleeding*. Gastroenterology 2009;136(1):115–22.
4. Humes DJ, et al. *Smoking and the risk of diverticular disease*. Aliment Pharmacol Ther 2011;34(8):988–94.
5. Granlund J, et al. *The genetic influence on diverticular disease – a twin study*. Aliment Pharmacol Ther 2012;35(9):1103–7.
6. Shahedi K, et al. *Long-term risk of acute diverticulitis among patients with incidental diverticulosis*. Clin Gastroenterol Hepatol 2013;11(12):1609–13.
7. Hinchey EJ, et al. *Treatment of perforated diverticular disease of the colon*. Adv Surg 1978;12:85–109.
8. Schultz JK, et al. *European Society of Coloproctology: guidelines for the management of diverticular disease of the colon*. Colorectal Dis 2020;22(Suppl 2):5–28.
9. Chabok A, et al. *Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis (AVOD)*. Br J Surg 2012;99(4):532–9.
10. Daniels L, et al. *Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis (DIABOLO)*. Br J Surg 2017;104(1):52–61.
11. Sartelli M, et al. *2020 update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting*. World J Emerg Surg 2020;15:32.
12. Hall J, et al. *The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Left-Sided Colonic Diverticulitis*. Dis Colon Rectum 2020;63(6):728–47.

- .3. Crowe FL, et al. *Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of EPIC*. BMJ 2011;343:d4131.
 - .4. Strate LL, et al. *Nut, corn, and popcorn consumption and the incidence of diverticular disease*. JAMA 2008;300(8):907–14.
-

Læs også

[Divertikler i tarmen – samlet oversigt](#)