

## Diverticulitis: A Literature Review

Andi Husnul Khotimah<sup>1\*</sup>, Nadine Aisyah Sultan Firdaus<sup>1</sup>, Muhammad Haikal<sup>1</sup>, Baiq Nurhandini Wulandari<sup>1</sup>, Alisha Chaerani Zubaedi<sup>1</sup>, Hanum Retno Hanifah<sup>1</sup>, I Nyoman Dio Yudha Prawira<sup>1</sup>, Nurhidayati<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Medical Education Study Program, Faculty of Medicine and Health Science, University of Mataram, Mataram, Indonesia

<sup>2</sup>Department of Pharmacology, Faculty of Medicine and Health Science, University of Mataram, Mataram, Indonesia

### Article History

Received : September 16<sup>th</sup>, 2025

Revised : October 23<sup>th</sup>, 2025

Accepted : November 10<sup>th</sup>, 2025

\*Corresponding Author:

**Andi Husnul Khotimah**,  
Medical Education Study  
Program, Faculty of Medicine  
and Health Science, University  
of Mataram, Mataram,  
Indonesia.

Email:

[andihusnul68@gmail.com](mailto:andihusnul68@gmail.com)

**Abstract:** Diverticulitis is an inflammatory disease of the intestinal wall that often occurs in the elderly and is commonly located in the sigmoid colon. Risk factors for diverticulitis include a low-fiber diet, obesity and smoking, while physical activity and a healthy diet can lower the risk. Treatment of diverticulitis includes the use of selective antibiotics, especially in patients with complications or high risk, and surgical intervention may be required in complicated cases. The prognosis of the disease depends on age, severity, and the presence of complications, with a significant risk of recurrence in some patients. This paper aims to provide a comprehensive explanation of the definition, classification, epidemiology, etiology, risk factors, pathophysiology, clinical manifestations, management, complications, prognosis, and prevention of diverticulitis. This literature review was conducted using a literature study method, with data sources obtained from online databases such as PubMed, ScienceDirect, ProQuest, and Google Scholar.

**Keywords:** Colorectal Cancer, Diverticulitis, Diverticulosis.

## Pendahuluan

Sistem pencernaan manusia memiliki peran penting dalam menjaga keseimbangan fisiologis tubuh. Gangguan pada sistem ini dapat berdampak luas terhadap kualitas hidup dan kesehatan seseorang. Salah satu penyakit gastrointestinal yang dapat terjadi adalah divertikulitis. Divertikulitis merupakan suatu penyakit peradangan yang terjadi pada divertikula atau cekungan kecil di dinding usus (Rezapour et al., 2018). Penyakit ini cukup umum terjadi, terutama pada orang lanjut usia. Insidensi di Amerika Serikat dilaporkan sekitar 180/100.000 orang per tahun dan terdapat lebih dari 1,9 juta kunjungan rawat jalan dan 208.000 penerimaan rawat inap (Peery et al., 2021). Beberapa faktor seperti obesitas, pola makan, dan kurangnya aktivitas fisik telah dikaitkan dalam peningkatan risiko terkena divertikulitis (Strate & Morris, 2019).

Divertikulitis biasanya terjadi di kolon

sigmoid, sehingga pasien sering kali mengalami nyeri tekan di kuadran kiri bawah disertai dengan perubahan dalam kebiasaan buang air besar, pendarahan rektal atau keluarnya lendir dari rectum (Nice Guidelines, 2019). Komplikasi jangka panjang dapat terjadi bila ada peradangan berulang atau berlangsung kronis. Peradangan pada divertikula yang berlangsung lama dapat meningkatkan risiko terjadinya kanker usus besar (kolon). Peningkatan risiko tersebut dapat muncul hingga enam bulan setelah didiagnosis divertikulitis (Mortensen et al., 2024). Divertikulitis dianggap sebagai penyakit yang bersifat progresif dengan risiko komplikasi yang meningkat seiring bertambahnya jumlah episode serangan (Strate & Morris, 2019). Tinjauan pustaka ini bertujuan untuk menjelaskan lebih lanjut mengenai definisi, klasifikasi, epidemiologi, etiologi dan faktor risiko, patofisiologi, manifestasi klinis, tatalaksana, komplikasi, prognosis, hingga pencegahan dari divertikulitis.

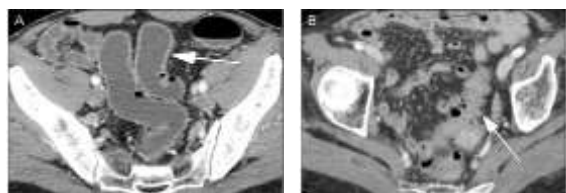
## Bahan dan Metode

Penulisan tinjauan pustaka ini menggunakan metode studi literatur (*literature review*). Metode ini dilakukan dengan mengumpulkan, menelaah, serta menganalisis berbagai sumber ilmiah yang relevan dengan topik divertikulitis. Data diperoleh dari artikel penelitian, laporan kasus, pedoman klinis, dan buku teks yang dipublikasikan antara tahun 2012–2024. Sumber data diakses melalui basis data daring seperti PubMed, ScienceDirect, Proquest, dan Google Scholar. Data dianalisis secara naratif dengan cara merangkum, membandingkan, dan mengintegrasikan hasil-hasil dari berbagai sumber. Analisis ini digunakan untuk memberikan gambaran menyeluruh mengenai definisi, epidemiologi, faktor risiko, patofisiologi, manifestasi klinis, tatalaksana, komplikasi, dan pencegahan divertikulitis.

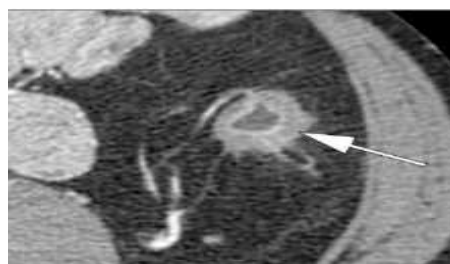
## Hasil dan Pembahasan

### Definisi dan Klasifikasi

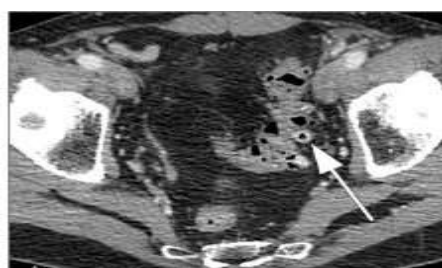
Divertikulitis adalah salah satu kategori penyakit yang dicirikan oleh adanya peradangan pada cekungan kecil di dinding usus atau yang disebut divertikular (Rezpour et al., 2018). Cekungan dan bekas luka ini dapat mendorong pembentukan sel kanker ketika berkontak dengan senyawa karsinogenik. Divertikulitis terjadi ketika makanan dan bakteri terperangkap di divertikulum sehingga menyebabkan infeksi dan peradangan yang dapat menyebabkan terbentuknya saluran drainase dan akhirnya terjadi perforasi dan pembentukan abses. Ukuran divertikula biasanya bervariasi dari 2-3 mm hingga 2 cm. Pada CT scan, divertikulosis muncul seperti kantung kecil yang berisi udara pada dinding kolon (Gambar 2 dan 3) (Minordi et al., 2020).



**Gambar 1.** Gambar CT kontras aksial menunjukkan bagaimana ketebalan dinding sigmoid dapat bervariasi (A) ketika lumen melebar dengan baik (B) ketika dinding berkontraksi atau lumen tidak melebar



**Gambar 2.** CT dengan kontras aksial menunjukkan submukosa sebagai lapisan yang vaskularisasi yang kurang karena edema submukosa dan hiperemia mukosa pada pasien dengan peradangan kolon



**Gambar 3.**

**Gambar 3.** CT dengan Kontras aksial menunjukkan adanya divertikulosis berupa kantung kecil berisi udara pada dinding kolon.

Klasifikasi divertikulitis akut kolon menggunakan klasifikasi Hinchey yang dimodifikasi yang mempertimbangkan ukuran dan cakupan pembentukan abses serta keparahan peritonitis berdasarkan hasil CT scan.

**Tabel 1.** Klasifikasi penyakit divertikular (Klarenbeek et al., 2012)

Klasifikasi Hinchey		Klasifikasi Hinchey yang dimodifikasi	
I	Abses perikolik atau phlegmon	I	Abses perikolik
II	Abses pelvis, intraabdominal, atau retroperitoneal	IIa	Abses jauh yang dapat diobati dengan drainase perkutan
		IIb	Abses kompleks yang berhubungan dengan fistula
III	Peritonitis purulent umum	III	Peritonitis purulent umum
IV	Peritonitis fekal umum	IV	Peritonitis tinja umum

Berikut adalah ringkasan klasifikasi:

1. Stadium 0: Divertikulitis ringan secara klinis, yang ditunjukkan oleh divertikula

- dengan atau tanpa ketebalan dinding kolon.
2. Stadium Ia: Inflamasi terbatas di sekitar kolon dan inflamasi flegmonosa, yang ditunjukkan oleh ketebalan dinding kolon dengan reaksi inflamasi dalam jaringan lemak perikolik.
  3. Stadium Ib: Formasi abses (<5 cm) di dekat proses inflamasi primer.
  4. Stadium II: Abses intra-abdominal, pelvis, atau retro pelvis yang terpisah dari proses inflamasi primer.
  5. Stadium III: Peritonitis purulen generalisata, ditunjukkan oleh adanya udara bebas dengan cairan bebas lokal atau generalisata dan mungkin ketebalan peritoneum.
  6. Stadium IV: Peritonitis feses generalisata, ditunjukkan oleh perforasi terbuka dengan komunikasi langsung dengan lumen usus.

Klasifikasi ini membantu dalam memutuskan strategi pengobatan yang sesuai untuk divertikulitis akut, yang bisa bervariasi dari pengobatan konservatif untuk kasus yang lebih ringan hingga operasi untuk kasus yang lebih parah.

### Epidemiologi

Divertikulitis merupakan suatu komplikasi dari diverkulososis yang banyak terjadi pada pasien usia lanjut dengan prevalensi sekitar 10-25% (Bhatia & Mattoo, 2023). Di Amerika Serikat tercatat bahwa terdapat sekitar 371.000 kasus divertikulitis pada unit gawat darurat dan 200.000 pasien rawat inap setiap tahunnya (Hawkins et al., 2020). Sementara itu, di Asia dilaporkan bahwa prevalensi penyakit divertikular, seperti divertikulitis adalah sebesar 8- 28,5% yang bervariasi tergantung pada lokasi dan etnis, dengan puncak pada dekade kelima kehidupan (Humphrey et al., 2024). Penyakit ini lebih sering terjadi di wilayah barat dibandingkan dengan di Asia dan hal ini dikaitkan dengan pola makanan masyarakatnya (Cristaudo et al., 2015). Selain itu, divertikulitis juga dilaporkan memiliki perjalanan penyakit yang lebih agresif pada pria, dengan komplikasi dan tingkat kekambuhan yang lebih tinggi (Violi et al., 2018).

Beberapa studi menunjukkan bahwa divertikulitis dapat meningkatkan risiko terkena

kanker kolon. Pasien dengan divertikulitis cenderung memiliki resiko lebih tinggi untuk menderita kanker kolon dibandingkan dengan yang tidak (Mortensen et al., 2017). Kanker kolon merupakan kanker paling umum ketiga di seluruh dunia. Pada tahun 2018, kanker kolon mewakili 8,1% dari perkiraan kasus kanker dan menyumbang 15,6% dari kematian akibat kanker di Amerika Serikat (Meyer et al., 2018). Pada tahun 2020, terdapat lebih dari 1,9 juta kasus kanker kolon di seluruh dunia dan diperkirakan sekitar 930.000 pasien mengalami kematian akibat kanker kolon (Morgan et al., 2023). Penderita divertikulitis dapat mengalami kanker kolon dalam rentang waktu satu tahun setelah diagnosis ditegakkan (Jin-Dominguez et al., 2021).

### Etiologi dan Faktor Risiko

**Tabel 2.** Faktor ekstrinsik penyakit divertikular (Humphrey et al., 2024)

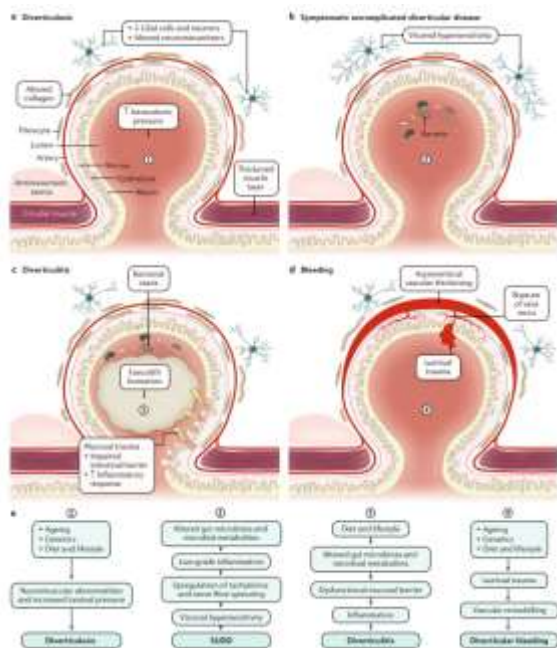
<b>Faktor Risiko</b>	<b>Faktor Risiko Potensial</b>	<b>Faktor Potensial Protektif</b>	<b>Tidak ada efek</b>
Usia	Hipertensi	Vegetarian	Jenis kelamin
Obesitas	Diabetes mellitus tipe 2	Olahraga	
Merokok	NSAID (termasuk aspirin) Riwayat keluarga Konsumsi daging merah Kekurangan serat Alkohol	Kacang, jagung dan biji-bijian Kadar vitamin D yang tinggi Obat (statin dan probiotik)	

Etiologi divertikulitis diperkirakan berkaitan dengan faktor pola makan dan gaya hidup, perubahan mikrobiota, kelainan neuromuskular, dan kecenderungan genetic. Pola makan barat yang mengkonsumsi daging merah, lemak, dan biji-bijian olahan dalam jumlah yang banyak akan meningkatkan resiko terkena divertikulitis (Strate & Morris, 2019). Pola makan tidak sehat seperti kurangnya asupan serat ke dalam tubuh dapat menjadi salah satu faktor

resiko divertikulitis yang dapat memicu peningkatan tekanan intraluminal kolon sehingga mengakibatkan pembentukan divertikula (Tursi et al., 2020). Sementara itu, aktivitas fisik dapat menurunkan resiko divertikulitis karena olahraga menyebabkan perubahan hormon yang mempengaruhi motilitas dan sekresi sehingga dapat menurunkan tekanan intra kolon dan waktu transit (Strate & Morris, 2019; Talutis & Kuhnen, 2021).

### Patofisiologi

Perkembangan divertikulosis telah secara historis dikaitkan dengan kombinasi peningkatan tekanan intrakolonik dan kelemahan pada dinding usus besar. Tekanan intrakolon yang lebih tinggi telah dikaitkan dengan rendahnya asupan serat, sedangkan kelemahan pada dinding usus besar mungkin dikaitkan dengan penuaan (Tursi et al., 2020).



**Gambar 6.** Patofisiologi Divertikulitis (Tursi et al., 2020).

Faktor genetik juga berperan dalam perkembangan divertikulosis dengan mempengaruhi matriks ekstraseluler melalui Sindrom Ehlers–Danlos, yaitu sekelompok 13 kelainan jaringan ikat turunan genetik yang muncul melalui mutasi pada gen *COL5A1* atau *COL5A2* yang mengkode sebagian protein kolagen tipe V atau protein matriks ekstraseluler tenascin-X. Fungsi neuromuskular secara

intrinsik terkait dengan jalur pensinyalan dan efek hilir matriks ekstraseluler. Fungsi neuromuskular secara intrinsik terkait dengan jalur pensinyalan dan efek hilir matriks ekstraseluler. Matriks ekstraseluler mengandung kolagen, elastin, dan proteoglikan yang menjaga integritas dan fleksibilitas dinding kolon (Humphrey et al., 2024).

Pada pasien dengan *Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease* (SUDD), terjadi peningkatan ekspresi reseptor neuropeptida NK1 (tachykinin 1) yang berperan dalam kontraksi otot polos dan memicu peradangan, serta peningkatan kadar sitokin proinflamasi TNF. Kondisi ini mengindikasikan bahwa gejala pada SUDD kemungkinan besar dipengaruhi oleh adanya peradangan kronis tingkat rendah yang dimediasi oleh tachykinin. Selain itu, pasien dengan SUDD memiliki kepekaan yang lebih tinggi terhadap peregangan usus (distensi) pada segmen kolon maupun rektum yang mengalami divertikulosis. Hipersensitivitas visceral ini diduga berkaitan dengan adanya peradangan kronis ringan dan regulasi tachykinin yang meningkat. Penelitian juga menemukan adanya peningkatan jumlah serabut saraf pada daerah divertikula, yang turut memperkuat hipersensitivitas tersebut dan menjadi salah satu penyebab munculnya gejala klinis (Tursi et al., 2020).

Asupan serat makanan dapat meningkatkan keanekaragaman mikroba usus melalui produksi bakteri asam lemak rantai pendek yang meningkatkan penghalang mukosa dan fungsi kekebalan tubuh (Tursi et al., 2020). Perubahan mikrobiota feces dianggap sebagai mekanisme utama dalam patogenesis SUDD. Studi tentang mikrobiota pada pasien dengan SUDD telah menemukan penurunan bakteri yang menghasilkan asam lemak rantai pendek dan *Akkermansia muciniphila*, yaitu bakteri pengurai musin yang meningkatkan integritas penghalang epitel dan menekan peradangan. Perubahan komposisi mikrobiota inilah yang kemudian dianggap berkontribusi besar dalam timbulnya gejala pada SUDD (Calini et al., 2023).

### Manifestasi Klinis

Berdasarkan Nice Guidelines (2019), divertikulitis akut ditandai dengan nyeri perut konstan yang parah dan terlokalisasi di kuadran kiri bawah dan disertai dengan demam atau



perubahan dalam kebiasaan buang air besar, pendarahan rektal yang signifikan atau keluarnya lendir dari rektum.

Manifestasi klinis dari divertikulitis akut bervariasi tergantung pada tingkat keparahannya. Pasien dengan divertikulitis yang tidak mengalami komplikasi biasanya menunjukkan nyeri di kuadran bawah abdomen. Nyeri ini dapat bersifat konstan atau datang dan pergi. Perubahan dalam kebiasaan buang air besar, baik diare (35%) atau sembelit (50%) dapat timbul terkait dengan nyeri perut. Pasien juga mungkin mengalami mual dan muntah, yang mungkin disebabkan oleh obstruksi usus. Demam sering terjadi pada pasien dengan abses atau perforasi. Gejala seperti disuria, frekuensi, dan urgensi buang air kecil bisa muncul jika bagian usus yang meradang bersentuhan langsung dengan dinding kandung kemih, kondisi yang dikenal sebagai sistitis simpatik (Linzay and Pandit, 2021).

## Tatalaksana

### a). Farmakologi

Antibiotik, modifikasi diet, dan pengendalian nyeri telah menjadi pilar utama dalam pengobatan pasien dengan divertikulitis tidak terkomplikasi, sedangkan reseksi bedah merupakan terapi utama pada divertikulitis yang rumit maupun yang mengalami kekambuhan (Strate & Morris, 2019). American Gastroenterological Association (AGA) merekomendasikan untuk menggunakan antibiotik secara selektif pada pasien divertikulitis akut tanpa komplikasi. Pemberian antibiotik juga disarankan untuk pasien divertikulitis akut tanpa komplikasi yang memiliki komorbid, dengan CRP > 140 mg/L atau jumlah sel darah putih >  $15 \times 10^9$  sel/L.

Antibiotik wajib diberikan untuk pengobatan divertikulitis yang rumit dengan bukti adanya peradangan sistemik, abses, perforasi, atau obstruksi. Bila pengobatan antibiotik diperlukan, regimen biasanya mencakup agen spektrum luas dengan cakupan gram negatif dan anaerobik. Dalam pengaturan rawat jalan, pengobatan divertikulitis ringan tanpa komplikasi paling sering mencakup kombinasi fluoroquinolone oral dan metronidazole atau monoterapi dengan amoksisilin-klavulanat oral. Durasi pengobatan biasanya 4–7 hari atau bisa lebih lama (Peery et al., 2021). Akan tetapi, berdasarkan temuan

terbaru serta meningkatnya kekhawatiran mengenai komplikasi akibat penggunaan antibiotik dan resistensi, beberapa pedoman Eropa tidak lagi merekomendasikan pemberian antibiotik pada divertikulitis tidak terkomplikasi. Namun demikian, keamanan jangka panjang dari tidak menggunakan antibiotik pada pasien dengan divertikulitis tidak terkomplikasi masih belum pasti, sehingga diperlukan studi lanjutan dengan tindak lanjut jangka panjang dalam skala besar sebelum dapat dibuat pedoman terapi dengan konsensus yang kuat (Strate & Morris, 2019).

### b). Non Farmakologi

Pada pasien divertikulitis dengan abses kecil (Hinchey I–II), dapat ditangani dengan istirahat usus, antibiotik, dan drainase perkutan bila perlu. Tindakan operasi jarang diperlukan karena peluang untuk mencegah kekambuhan atau perforasi sangat kecil. Sementara itu, pada divertikulitis yang rumit atau dengan komplikasi (Hinchey III–IV, perforasi, fistula, obstruksi, peritonitis) dapat dilakukan reseksi dengan anastomosis primer pada pasien yang stabil. Pasien yang tidak stabil secara hemodinamik dengan sepsis berat dan/atau peritonitis dapat memerlukan prosedur Hartmann darurat (sigmoid kolektomi dengan kolostomi ujung) (Strate & Morris, 2019).

## Komplikasi

Komplikasi divertikulitis dapat sangat bervariasi dan sering kali sulit untuk menegakkan diagnosis divertikulitis sebagai penyebab dasar dari komplikasi yang berat. Perforasi berukuran kecil dan terlokalisasi dengan baik merupakan hal yang umum dalam perjalanan penyakit ini, dan sebagian besar kasus dapat ditangani secara konservatif dengan antibiotik dan terapi medis suportif. Komplikasi yang dapat muncul pada divertikulitis diantaranya adalah perforasi, phlegmon dan abses, pileflebitis, obstruksi usus, perdarahan, serta fistula. Kondisi-kondisi ini harus segera dikenali dan ditangani untuk mencegah peningkatan angka morbiditas dan mortalitas (Onur et al., 2017).

## Prognosis

Prognosis pasien divertikulitis biasanya bergantung pada usia saat timbulnya penyakit,

adanya penyakit penyerta, adanya komplikasi, dan juga tingkat keparahan penyakit. Secara umum, orang yang lebih muda cenderung lebih rentan untuk memiliki angka morbiditas yang tinggi. Hal ini disebabkan karena mereka tidak pernah curiga bahwa mereka mengidap penyakit tersebut dan sering kali datang terlambat untuk memeriksa. Selain itu, pasien dengan gangguan imun atau *immunocompromised* cenderung memiliki angka morbiditas dan mortalitas yang tinggi akibat divertikulitis sigmoid (Linzay and Pandit, 2023). Setelah kejadian divertikulitis akut pertama, diperkirakan sekitar 20% mengalami tingkat kekambuhan dalam 5 tahun. Selain itu, ada beberapa penelitian yang menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara peningkatan BMI (*Body Mass Index*) dan risiko berkembangnya divertikulitis (Carr and Velasco, 2024).

### Pencegahan

Untuk mengurangi kekambuhan, pasien dengan riwayat divertikulitis sebaiknya mengonsumsi makanan yang bergizi serta menjaga indeks massa tubuh normal (Peery et al., 2021). Mengonsumsi makanan tinggi serat dan menghindari konsumsi daging merah yang terlalu banyak dapat membantu mengurangi risiko terkena divertikulitis (Deery & Hodin, 2017). Selain itu, Beraktivitas fisik secara rutin dapat menurunkan risiko divertikulitis. Sementara obesitas, merokok, dan mengonsumsi alkohol dapat meningkatkan risiko divertikulitis (Peery et al., 2021).

### Kesimpulan

Divertikulitis merupakan salah satu penyakit divertikular yang dicirikan oleh adanya peradangan pada kantong-kantong kecil di dinding usus dan dapat diklasifikasikan menjadi divertikulitis stadium 0, Ia, Ib, II, III, dan IV tergantung dari tingkat keparahannya. Kondisi ini dapat disebabkan oleh faktor pola makan, gaya hidup, perubahan mikrobiota, kelainan neuromuskular, dan kecenderungan genetik. Penderita divertikulitis dapat merasakan nyeri perut yang hebat dan perubahan pada kebiasaan buang air besarnya. Tatalaksana divertikulitis dapat dilakukan dengan terapi farmakologis maupun non farmakologis dengan tindakan pembedahan. Risiko mortalitas dapat meningkat

seiring dengan tingginya tingkat keparahan divertikulitis yang diderita pasien. Untuk mencegah terjadinya kekambuhan pada pasien divertikulitis, sangat penting untuk selalu memperhatikan pola makan dan menjaga pola hidup sehat, seperti beraktivitas rutin dan menghindari rokok.

### Ucapan Terima Kasih

Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah berpartisipasi dan berkontribusi dalam penyusunan artikel ini. Terima kasih pula kepada Dr. dr. Nurhidayati, M.Kes atas bimbingan yang telah diberikan selama proses penyusunan artikel ini.

### Referensi

- Bhatia, M., & Mattoo, A. (2023). Diverticulosis and Diverticulitis: Epidemiology, Pathophysiology, and Current Treatment Trends. *Cureus*, 15(8), e43158. <https://doi.org/10.7759/cureus.43158>
- Calini, G., Abd El Aziz, M. A., Paolini, L., Abdalla, S., Rottoli, M., Mari, G., & Larson, D. W. (2023). Symptomatic Uncomplicated Diverticular Disease (SUDD): Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. *Clinical and Experimental Gastroenterology, Volume 16*, 29–43. <https://doi.org/10.2147/CEG.S340929>
- Carr, S., Velasco, A, L. (2024). Colon Diverticulitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541110/>
- Cristaudo, A., Pillay, P., & Naidu, S. (2015). Caecal diverticulitis: Presentation and management. *Annals of Medicine & Surgery*, 4(1), 72–75. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2015.02.002>
- Deery, S. E., & Hodin, R. A. (2017). Management of Diverticulitis in 2017. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 21(10), 1732–1741. <https://doi.org/10.1007/s11605-017-3404-3>
- Hawkins, A. T., Wise, P. E., Chan, T., Lee, J. T.,

- Glyn, T., Wood, V., Eglinton, T., Frizelle, F., Khan, A., Hall, J., Ilyas, M. I. M., Michailidou, M., Nfonsam, V. N., Cowan, M. L., Williams, J., Steele, S. R., Alavi, K., Ellis, C. T., Collins, D., ... Lightner, A. L. (2020). Diverticulitis: An Update From the Age Old Paradigm. *Current Problems in Surgery*, 57(10), 100862. <https://doi.org/10.1016/j.cpsurg.2020.100862>
- Humphrey, H. N., Sibley, P., Walker, E. T., Keller, D. S., Pata, F., Vimalachandran, D., Daniels, I. R., & McDermott, F. D. (2024). Genetic, epigenetic and environmental factors in diverticular disease: systematic review. *BJS Open*, 8(3). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae032>
- Jin-Dominguez, F., Mansoor, E., Panhwar, M. S., Abou-Saleh, M., Isenberg, G., Wong, R. C. K., & Cooper, G. S. (2021). Epidemiology of Diverticulitis and Prevalence of First-Ever Colorectal Cancer Postdiverticulitis in Adults in the United States. *Diseases of the Colon & Rectum*, 64(2), 181–189. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001837>
- Klarenbeek, B. R., de Korte, N., van der Peet, D. L., & Cuesta, M. A. (2012). Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. *International Journal of Colorectal Disease*, 27(2), 207–214. <https://doi.org/10.1007/s00384-011-1314-5>
- Linzay, C. D., Pandit S. (2023). Acute Diverticulitis. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459316/>
- Meyer, J., Buchs, N. C., & Ris, F. (2018). Risk of colorectal cancer in patients with diverticular disease. *World Journal of Clinical Oncology*, 9(6), 119–122. <https://doi.org/10.5306/wjco.v9.i6.119>
- Minordi, L. M., Larosa, L., Berte, G., Pecere, S., & Manfredi, R. (2020). CT of the acute colonic diverticulitis: a pictorial essay. *Diagnostic and Interventional Radiology*, 26(6), 546–551. <https://doi.org/10.5152/dir.2020.19645>
- Morgan, E., Arnold, M., Gini, A., Lorenzoni, V., Cabasag, C. J., Laversanne, M., Vignat, J., Ferlay, J., Murphy, N., & Bray, F. (2023). Global burden of colorectal cancer in 2020 and 2040: incidence and mortality estimates from GLOBOCAN. *Gut*, 72(2), 338–344. <https://doi.org/10.1136/gutjnl-2022-327736>
- Mortensen, L. Q., Andresen, K., Thygesen, L., Pommergaard, H.-C., & Rosenberg, J. (2024). Diverticulitis Is Associated with Increased Risk of Colon Cancer—A Nationwide Register-Based Cohort Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(9), 2503. <https://doi.org/10.3390/jcm13092503>
- Mortensen, L. Q., Burcharth, J., Andresen, K., Pommergaard, H.-C., & Rosenberg, J. (2017). An 18-Year Nationwide Cohort Study on The Association Between Diverticulitis and Colon Cancer. *Annals of Surgery*, 265(5), 954–959. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001794>
- Nice Guidelines. (2019). Diverticular disease: diagnosis and management. *Nice*, 85(11), 1–60.
- Onur, M. R., Akpınar, E., Karaosmanoglu, A. D., Isayev, C., & Karcaaltincaba, M. (2017). Diverticulitis: a comprehensive review with usual and unusual complications. *Insights into Imaging*, 8(1), 19–27. <https://doi.org/10.1007/s13244-016-0532-3>
- Peery, A. F., Shaukat, A., & Strate, L. L. (2021). AGA Clinical Practice Update on Medical Management of Colonic Diverticulitis: Expert Review. *Gastroenterology*, 160(3), 906-911.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.09.059>
- Rezapour, M., Ali, S., & Stollman, N. (2018). Diverticular Disease: An Update on Pathogenesis and Management. *Gut and Liver*, 12(2), 125–132. <https://doi.org/10.5009/gnl16552>
- Schieffer, K. M., Kline, B. P., Yochum, G. S., & Koltun, W. A. (2018). Pathophysiology of diverticular disease. *Expert Review of Gastroenterology & Hepatology*, 12(7), 683–692. <https://doi.org/10.1080/17474124.2018.1>

481746

- Strate, L. L., & Morris, A. M. (2019). Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. *Gastroenterology*, 156(5), 1282-1298.e1. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2018.12.033>
- Talutis, S. D., & Kuhnen, F. A. H. (2021). Pathophysiology and Epidemiology of Diverticular Disease. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 34(02), 081–085. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716698>
- Tursi, A., Scarpignato, C., Strate, L. L., Lanas, A., Kruis, W., Lahat, A., & Danese, S. (2020). Colonic diverticular disease. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 20. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-0153-5>
- Violi, A., Cambiè, G., Miraglia, C., Barchi, A., Nouvenne, A., Capasso, M., Leandro, G., Meschi, T., De' Angelis, G. L., & Mario, F. Di. (2018). Epidemiology and risk factors for diverticular disease. *Acta Biomedica*, 89(3), 107–112. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i9-S.7924>