

Item 234 - Diverticulose colique et sigmoïdite

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

* Introduction	1
1 Définitions - Anatomie.....	1
2 Epidémiologie - Physiopathologie.....	2
3 Prise en charge de la diverticulose non compliquée.....	3
4 Complications de la diverticulose.....	4
4 . 1 Diverticulites.....	1
4 . 1 . 1 Forme habituelle.....	1
4 . 1 . 2 Abscesses – péritonites – fistules.....	1
4 . 1 . 3 Sténoses.....	1
4 . 1 . 4 Prise en charge thérapeutique après une diverticulite sigmoïdienne.....	1
4 . 2 Hémorragies.....	1

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une diverticulose colique et une sigmoïdite.
- Identifier les situations d'urgence et planifier le suivi du patient.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

INTRODUCTION

*Ce chapitre est conforme aux recommandations françaises pour la pratique clinique (HAS 2006).
(Recommandation : (1) Haute Autorité de Santé. Complications de la diverticulose colique.
Décembre 2006.) (1)Complications de la diverticulose colique.*

I DÉFINITIONS - ANATOMIE

Les diverticules coliques font suite le plus souvent à une hernie acquise de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers une zone de faiblesse de la paroi musculaire du côlon, à l'endroit où pénètrent les vaisseaux coliques. Ils touchent avec prédilection le côlon sigmoïde (90 % des cas) et jamais le rectum. La diverticulose non compliquée n'est pas une maladie mais une anomalie anatomique définie comme un état asymptomatique correspondant à la présence de plusieurs diverticules dans le côlon.

La sigmoïdite correspond à l'inflammation d'un ou plusieurs diverticules sigmoïdiens. Ce terme impropre, car il existe d'autres causes de « sigmoïdite » (maladie de Crohn, infection, etc.) doit être remplacé par celui de « diverticulite sigmoïdienne ».

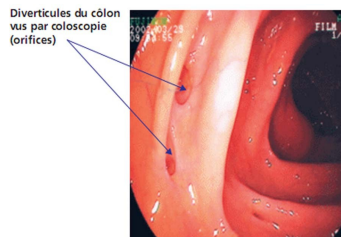
II EPIDÉMIOLOGIE - PHYSIOPATHOLOGIE

La diverticulose colique est observée surtout dans les pays développés ayant un mode de vie (en particulier alimentaire) de type occidental. La diverticulose, très rare avant 30 ans, augmente en fréquence avec l'âge ; elle est observée chez plus de 50 % des sujets de plus de 70 ans. La pathogénie de la diverticulose est encore mal connue. Elle ferait intervenir des troubles moteurs aboutissant à une hyperpression colique, la pauvreté du bol fécal en fibres alimentaires, et peut-être un rôle de la flore.

III PRISE EN CHARGE DE LA DIVERTICULOSE NON COMPLIQUÉE

La diverticulose colique non compliquée est par définition asymptomatique. Elle est souvent épidémiologiquement associée à des troubles digestifs fonctionnels tels que des douleurs spasmodiques abdominales, un ballonnement, une instabilité du transit intestinal (**voir chapitre 20**). Ces symptômes ne doivent pas abusivement être considérés comme en rapport avec la diverticulose. Celle-ci est alors découverte le plus souvent lors d'une coloscopie (**fig. 21.1**), elle-même indiquée pour la détection de lésions néoplasiques (**voir chapitre 9**) ou des symptômes digestifs divers.

Fig. 21.1. Diverticules du côlon



IV

V COMPLICATIONS DE LA DIVERTICULOSE

La maladie diverticulaire correspond à la diverticulite (inflammation/infection d'origine diverticulaire) et ses complications (péritonite, abcès, fistules, sténoses), et à l'hémorragie diverticulaire. La maladie diverticulaire touche une minorité des personnes qui ont une diverticulose.

V.1 DIVERTICULITES

On ne connaît pas la fréquence de survenue d'une diverticulite chez un patient ayant une diverticulose. La diverticulite apparaît rarement avant 30 ans, puis le risque augmente pour être maximal entre 60 et 70 ans. En cas de diverticulose connue, il n'est pas démontré que la modification de la proportion en fibres du régime alimentaire et/ou la décontamination bactérienne du tube digestif modifient le risque de survenue d'un premier épisode de diverticulite.

V.1.1 Forme habituelle

Elle se traduit par :

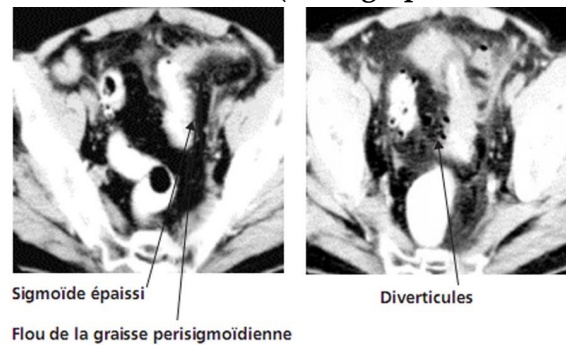
- des douleurs abdominales, le plus souvent en fosse iliaque gauche ;
- des troubles du transit (plutôt une constipation qu'une diarrhée) ;
- de la fièvre.

À l'examen physique, on note une défense de la fosse iliaque gauche et on cherche une douleur à la décompression abdominale brutale traduisant une irritation péritonéale.

Biologiquement, il existe une élévation du taux sérique de la protéine C réactive (Protéine C réactive) et habituellement une hyperleucocytose avec polynucléose neutrophile. Les signes cliniques et biologiques de la diverticulite seuls ne permettent pas une prise en charge thérapeutique adéquate. La réalisation en urgence d'une tomodensitométrie abdomino-pelvienne est recommandée chez tous les patients, à chaque épisode, afin d'asseoir le diagnostic de diverticulite, d'éliminer les diagnostics différentiels, de chercher une complication (fuite extra-digestive d'air ou de produit de contraste traduisant une perforation, abcès) et de guider les choix thérapeutiques de la poussée et à distance de la poussée. L'infiltration péri-colique, associée à la présence locale de diverticules, est un signe sensible et spécifique de diverticulite non compliquée (**fig. 21.2**). L'échographie n'est pas recommandée en dehors de situations particulières (suspicion d'affection utéroannexielle). Le cliché d'abdomen sans préparation et l'Imagerie par résonance magnétique ne sont pas recommandés. Le lavement opaque aux hydrosolubles n'est pas recommandé de première intention car il

ne permet le diagnostic de diverticulite qu'en cas de perforation ou de fistule. Le lavement baryté est absolument contre-indiqué. La coloscopie conventionnelle et la coloscopie virtuelle en urgence sont contre indiquées.

Fig. 21.2. Sigmoidite diverticulaire (scanographie avec lavement opaque)



Une fois le diagnostic de diverticulite non compliquée porté par tomodensitométrie, l'hospitalisation ne s'impose que dans les cas suivants : mauvaise tolérance clinique (signes d'irritation péritonéale, impossibilité de maintenir une hydratation orale, absence d'amélioration après 48-72 heures de traitement ambulatoire, impossibilité de surveillance ambulatoire, terrain fragilisé) et/ou signes de gravité tomodensitométriques (fuite extra-digestive d'air ou de produit de contraste, abcès).

Le traitement curatif de la diverticulite repose sur les antibiotiques actifs sur les bactéries aérobies (bacilles gram négatif et entérocoques) et anaérobies du côlon. En ambulatoire, l'antibiothérapie orale de première intention associe une pénicilline A et un inhibiteur de bêta-lactamase (type amoxicilline-acide clavulanique), ou, en cas d'allergie, l'association d'une fluoroquinolone (type ofloxacine) et un dérivé nitroimidazolé (type métronidazole), pendant une durée prévisionnelle de 7 à 10 jours, à adapter en fonction de l'évolution et d'un éventuel antibiogramme si des germes sont isolés.

En hospitalisation, l'antibiothérapie, qui doit être initialement intraveineuse, peut être :

- en l'absence de contre-indication aux bêta-lactamines, l'association pénicilline A/inhibiteur de bêta-lactamase, ou l'association d'une céphalosporine de 3e génération (type céfotaxime ou ceftriaxone) à un nitroimidazolé ;
- en cas d'allergie aux bêta-lactamines, une association fluoroquinolone/nitroimidazolé ou une association aminoside et (nitroimidazolé ou lincosamide).

Lors du relais oral, on peut utiliser soit une pénicilline A/inhibiteur de bêta-lactamase, soit l'association fluoroquinolone et nitroimidazolé.

Un régime alimentaire d'épargne colique (c'est-à-dire sans résidu) est justifié pendant l'épisode de diverticulite.

V.1.1 Abscès - péritonites - fistules

Leur prise en charge est conditionnée par l'état général du patient et par la gravité de l'infection péritonéale évaluée dans la classification de Hinchey (**tableau 21.I**).

Tableau 21.I. Classification des infections intrapéritonéales au cours des diverticulites selon Hinchey

Stade I	Phlegmon ou abcès péri-colique
Stade II	Abscès pelvien, abdominal ou rétropéritonéal (péritonite localisée)
Stade III	Péritonite généralisée purulente
Stade IV	Péritonite fécale

Jusqu'à un tiers des diverticulites sigmoïdiennes se compliquent d'abcès (**fig. 21.3**). Si l'abcès est de petite taille, ou non drainable par scanner du fait de sa localisation, seul un traitement antibiotique intraveineux sera prescrit. En cas d'échec du traitement antibiotique, ou si l'abcès est accessible et de taille suffisante (habituellement plus de 5 cm), le drainage par voie radiologique des abcès est indiqué.

Fig. 21.3. Abscès compliquant une sigmoïdite diverticulaire



En cas d'impossibilité ou d'échec du drainage, une résection-anastomose, éventuellement protégée par une stomie d'amont, est indiquée. Après le drainage efficace d'un gros abcès, une sigmoïdectomie élective (à froid) à distance est recommandée.

En cas de péritonite purulente ou fécale, une résection sigmoïdienne est indiquée. Le choix entre une résection anastomose (+/- stomie de protection) et une intervention de Hartmann (fermeture du moignon rectal et colostomie iliaque gauche) dépend des conditions locales et générales du patient.

Les fistules après poussée de diverticulite surviennent dans moins de 10 % des cas. Les plus fréquentes sont les fistules vers la vessie chez un homme ou dans le vagin chez une femme hystérectomisée. Les fistules correspondent au drainage spontané d'un abcès ou d'un diverticule inflammatoire. Elles sont révélées, le plus souvent au décours de l'accès de diverticulite, par des signes fonctionnels urinaires (pollakiurie, parfois pneumaturie ou fécalurie pathognomoniques) et/ou des infections urinaires

polymicrobiennes récidivantes. L'examen tomodensitométrique révèle la présence d'air dans la vessie, parfois la fuite du produit de contraste digestif dans la vessie. Le traitement chirurgical recommandé est une résection anastomose en un temps, la voie laparoscopique étant envisageable.

Les fistules colovaginales sont plus rares, provoquant des infections vaginales récidivantes et/ou l'émission de gaz/matières par le vagin.

(En savoir plus : (1) DUMONT F., VIBERT E. et al. Morbimortalité de l'intervention de Hartmann pour péritonite diverticulaire. Étude rétrospective multicentrique à propos de 85 patients. Annales de Chirurgie [en ligne]. Juillet-Août 2005, Vol. 130, Issues 6-7, 391-399 p.)

(1) Morbimortalité de l'intervention de Hartmann pour péritonite diverticulaire.

V.1.1 Sténoses

Les sténoses inflammatoires sigmoïdiennes asymptomatiques au cours des poussées de diverticulite régressent habituellement sous antibiotiques. D'autres diverticulites sigmoïdiennes se présentent sous la forme de pseudo-tumeurs inflammatoires réalisant des sténoses symptomatiques (subocclusion) qu'il est parfois très difficile de différencier par examen tomodensitométrique d'un cancer. Typiquement la sténose de la diverticulite sigmoïdienne est centrée, progressive, à bords réguliers, s'opposant à la sténose cancéreuse, excentrée et à bords irréguliers, se raccordant à angle aigu avec le côlon sain. Si une coloscopie est tentée, la réalisation de biopsies est souvent difficile ou impossible en raison du caractère non franchissable de la sténose ; il ne faut pas forcer en raison du risque de perforation. Le diagnostic n'est redressé qu'en salle d'opération, après ouverture de la pièce de sigmoïdectomie : en cas de pseudo-tumeur inflammatoire, l'examen de la muqueuse ne montre pas de tumeur.

Plus rarement peut se développer, et ce, à distance de poussées itératives de diverticulite, de véritables sténoses sigmoïdiennes « sèches », responsable d'une occlusion d'abord incomplète (syndrome de Koenig), qui peut ensuite devenir complète.

Le diagnostic différentiel est celui du cancer colique en occlusion, mais l'aspect au scanner (et la coloscopie si celle-ci est possible, en l'absence d'occlusion complète) permet habituellement de redresser le diagnostic. Si ce n'est pas le cas, de toutes les façons, l'intervention chirurgicale est indiquée et redressera le diagnostic.

(En savoir plus : (2) VIJAYARAGHAVAN SB. High-resolution sonographic spectrum of diverticulosis, diverticulitis, and their complications. Journal of Ultrasound Medicine [en ligne].

2006 Vol. 25, 75-85 p.) (2) High-resolution sonographic spectrum of diverticulosis, diverticulitis, and their complications.

V.1.1 Prise en charge thérapeutique après une diverticulite sigmoïdienne

La résection élective sigmoïdienne, destinée à supprimer les risques de récurrence (risque moyen de 30 % à 5 ans), est recommandée après une poussée de diverticulite avec signes de gravité tomodensitométriques (abcès, fuite extradigestive d'air et/ou de produit de contraste). Dans les autres cas, du fait de données épidémiologiques récentes contradictoires, l'indication d'une chirurgie élective doit être discutée au cas par cas, même après 2 poussées et chez les personnes de moins de 50 ans (l'âge jeune augmentant le risque de récurrence de la diverticulite).

Lorsqu'elle est décidée, la sigmoïdectomie prophylactique doit être réalisée au moins deux mois après l'épisode de diverticulite le plus récent, et précédée si possible d'une coloscopie chez les patients de plus de 50 ans. Elle est réalisée au mieux sous laparoscopie par un opérateur entraîné. La charnière rectosigmoïdienne doit être emportée avec la résection.

Après une poussée de diverticulite, aucune mesure diététique (régime riche en fibres) ou thérapeutique médicale (antiseptiques intestinaux, dérivés 5-amino-salicylés, probiotiques) n'a fait la preuve de son efficacité préventive sur le risque de poussée ultérieure, et ne doit donc être recommandée. L'utilisation de corticoïdes et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est globalement déconseillée, car elle aggrave le risque de lésions infectieuses sévères si un épisode de diverticulite survient sous traitement.

V.2 HÉMORRAGIES

Les hémorragies d'origine diverticulaire ne sont pas chroniques et distillantes, mais brutales, par érosion d'artérioles du diverticule, rendant compte d'un tiers environ des hémorragies basses soudaines de sang rouge. Habituellement, elles ne surviennent pas pendant une poussée de diverticulite. Elles cessent spontanément dans plus de 80 % des cas, et un tiers des patients seulement doivent être transfusés. Après un premier épisode hémorragique, le risque de récurrence est de l'ordre de 15 %, mais passe à 50 % après un second épisode, justifiant alors une chirurgie prophylactique.

En cas d'hémorragie basse abondante et/ou mal tolérée, il faut réaliser en urgence une endoscopie digestive haute (10 à 15 % des rectorragies brutales abondantes sont d'origine digestive haute) et une anoscopie (afin d'éliminer une cause basse évidente telle qu'une fissure anale, une hémorragie hémorroïdaire, une ulcération thermométrique, ou une tumeur ano-rectale hémorragique). La stratégie dépend

ensuite du retentissement hémodynamique et des besoins transfusionnels du patient (plus ou moins de 6 culots dans les 24 dernières heures). En fonction de la disponibilité et des habitudes des équipes, peuvent être réalisées :

- une coloscopie totale, après lavage intensif du côlon par Polyéthylène glycol , pour tenter de préciser le siège et la cause de l'hémorragie ; en cas de saignement actif d'un diverticule, un geste d'hémostase par injection adrénalinée est souhaitable ;
- une tomodensitométrie avec injection iodée intraveineuse, qui peut permettre de localiser le saignement sur le cadre colique.

En cas d'état hémodynamique instable ou de dépendance transfusionnelle, un traitement actif est recommandé par tentative d'hémostase endoscopique et, à défaut et lorsqu'elle est possible, par embolisation radiologique. Le traitement chirurgical en urgence est réservé à l'impossibilité et/ou l'inefficacité des autres traitements, et à la nécessité de transfusions massives ou répétées. Il s'agit si possible d'une colectomie segmentaire après localisation pré-opératoire du site hémorragique. Si le siège de l'hémorragie n'est pas connu, et s'il existe des diverticules coliques diffus, une colectomie totale sera réalisée.

(Recommandation : (2) Société Nationale Française de Gastroentérologie. Référentiels en hépato-gastroentérologie. Côlon et intestin grêle. Synthèse des recommandations pour la pratique clinique.) (2)Côlon et intestin grêle.

VI ANNEXES

EN SAVOIR PLUS

- (1) DUMONT F., VIBERT E. et al. Morbimortalité de l'intervention de Hartmann pour péritonite diverticulaire. Étude rétrospective multicentrique à propos de 85 patients. Annales de Chirurgie [en ligne]. Juillet-Août 2005, Vol. 130, Issues 6-7, 391-399 p. : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PublicationURL&_tokey=%23TOC%236662%232005%23998699993%23601790%23FLA%23&_cdi=6662&_pubType=J&_auth=y&_acct=C000030418&_version=1&_urlVersion=0&_userid=592857&md5=9dea4b30bf8146d0b81cda633fe413a5
- (2) VIJAYARAGHAVAN SB. High-resolution sonographic spectrum of diverticulosis, diverticulitis, and their complications. Journal of Ultrasound Medicine [en ligne]. 2006 Vol. 25, 75-85 p. : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16371557?dopt=Abstract>

RECOMMANDATION

- (1) Haute Autorité de Santé. Complications de la diverticulose colique. Décembre 2006. : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_684792/complications-de-la-diverticulose-colique
- (2) Société Nationale Française de Gastroentérologie. Référentiels en hépatogastroentérologie. Côlon et intestin grêle. Synthèse des recommandations pour la pratique clinique. : <http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0D-Pratiques-cliniques/referentiels.asp>

ABRÉVIATIONS

- CRP : Protéine C réactive
- IRM : Imagerie par résonance magnétique
- PEG : Polyéthylène glycol