

Diverticulite

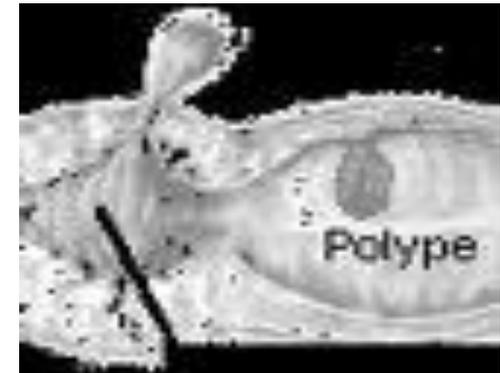
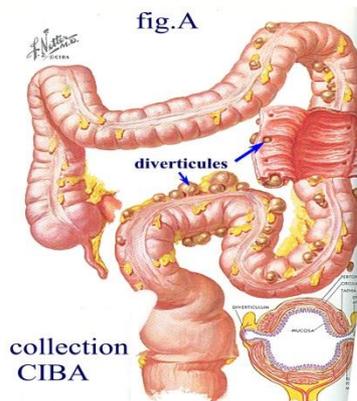
Modalité thérapeutiques

Pr Yann PARC

**Service de Chirurgie Générale et Digestive
Hôpital Saint-Antoine**

Qu'est ce qu'une diverticulite ?

- Définition= inflammation d'un diverticule du colon
- Diverticulose =
 - type I= hernie de l'ensemble de la paroi colique
 - type II= une hernie acquise de la muqueuse et de la sous-muqueuse, à travers la zone de faiblesse de la paroi musculaire du côlon



Valeur de l'examen clinique seul :

VPP : 0,65

VPN : 0,98

Modification du diagnostic par l'apport de l'imagerie dans 37 % des cas.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne: Examen clinique et biologie

Taux de CRP à l'admission > 170 mg/l :

- prise en charge chirurgicale
- drainage per-cutané en urgence

Taux de CRP > 150 mg/l :

- augmentation du risque de mortalité

Taux de CRP significativement associé au caractère compliqué :

- CRP < 25 mg/l 15%
- CRP > 100 mg/l 23%
- CRP > 250 mg/l 47%

van de Wall BJ et al. Colorectal Dis 2013;15(5):621-6.

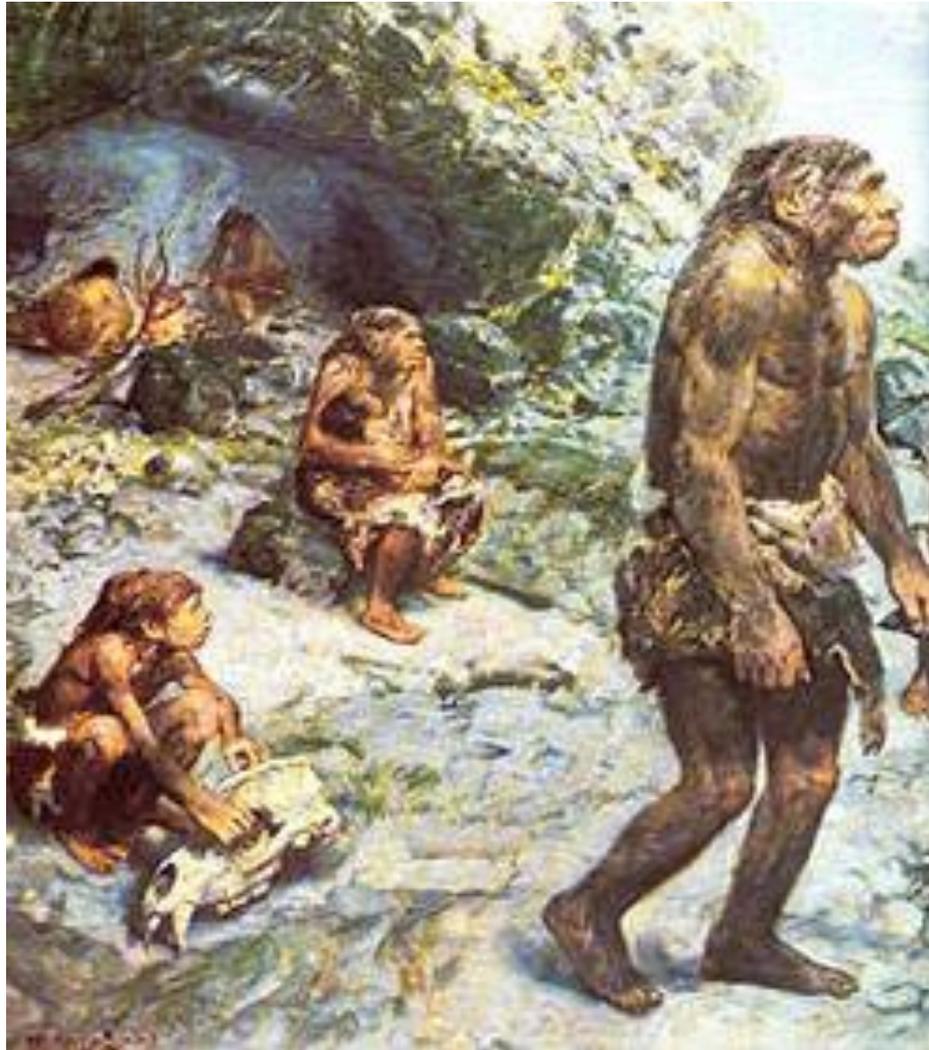
Kechagias A et al. Am Surg 2014;80(4):391-5.

Mäkelä JT et al. Scand J Gastroenterol 2015;50(5):536-41.

Mais ce n'est pas utile.

Si CRP > 5ng/ml et clinique en faveur : Imagerie

Diverticulite aiguë sigmoïdienne: ASP et lavement opaque



Diverticulite aiguë sigmoïdienne: Echographie

Méta-analyse : Echo vs. Scan

Sensibilité : 90% vs. 95% (p=0.86)

Spécificité: 90% vs. 96% (p=0.04)

Performances limitées:

Obèse

Abcès

OPTIMA

93% des complications diagnostiquées

seulement 49% des patients avaient un scanner

Pour zone où scanner difficile d'accès

Andeweg CS et al. Scand J Gastroenterol 2014;49(7):775-84.

van Randen A et al. Eur Radiol 2011;21(7):1535-45.

Puylaert JB et al. Dig Dis 2012;30(1):56-9.

Lameris W et al. BMJ 2009;338:b2431.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne: Scanner

Examen de référence :

Sensibilité et spécificité > 95%

Les 3 signes les plus fréquemment observés :

- présence de diverticules
- infiltration de la graisse péri-colique
- épaissement de la paroi colique

Injection intra-veineuse justifiée par la recherche de complications

L'opacification digestive aux hydrosolubles n'est le plus nécessaire.

Ambrosetti P et al. Dis Colon Rectum 2000;43(10):1363-7.

Kircher MF et al. AJR Am J Roentgenol 2002;178(6):1313-8.

Tack D et al. Radiology 2005;237(1):189-96.

Sessa B et al. Semin Ultrasound CT MR 2016;37(1):37-48.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne: Scanner

Valeur pronostique :

- (perforation, abcès, péritonite) Aiguë
- (sténose ou fistule) Chronique

•Classification de Hinchey

- 0 : pas de complication
- 1 : abcès péri-colique
- 2a : abcès à distance accessible à un drainage
- 2b abcès à distance complexe
- 3 : péritonite purulente
- 4 : péritonite stercorale

Hinchey EJ et al. Adv Surg 1978;12:85-109.

Sher ME et al. Surg Endosc 1997;11(3):264-7.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne: IRM

Sensibilité	94%
Spécificité	88%

Pas des radiations ionisantes

Pas facilement accessible en urgence.

Heverhagen JT et al. Dis Colon Rectum 2008;51(12):1810-5.
Schreyer AG et al. Int J Colorectal Dis 2004;19(5):474-80.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne: Diagnostic

C	Le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne aiguë, y compris chez les patients avec antécédents de diverticulite connu ne peut pas être affirmé sur les seules données cliniques et biologiques (CRP et hémogramme). Un examen d'imagerie est nécessaire à chaque épisode.
AE	Il est recommandé de réaliser comme bilan biologique un hémogramme, une CRP et la créatinine.
B	Le lavement aux hydrosolubles n'est pas recommandé chez un patient cliniquement suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
B	Le scanner abdomino-pelvien est recommandé en première intention pour le diagnostic et la recherche de complications chez un patient suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
C	Une injection intra-veineuse de produit de contraste systématique est recommandée en l'absence de contre-indication. L'opacification digestive basse n'est pas recommandée systématiquement dans la prise en charge initiale de la diverticulite aiguë
B	L'échographie abdominale n'est pas recommandée comme le premier examen d'imagerie à réaliser chez les patients suspects de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
C	L'imagerie par résonance magnétique n'est pas recommandée chez un patient suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
AE	Il est recommandé de ne pas réaliser de coloscopie ou de coloscopie virtuelle pour le diagnostic de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
C	Il n'est pas recommandé de pratiquer de coloscopie précoce (c'est-à-dire pendant la phase aiguë) après diagnostic de diverticulite aiguë sigmoïdienne.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

Hospitalisation ou traitement ambulatoire pour antibiothérapie

Une étude randomisée (DIVER trial)

- Phlegmon péricolique la Hinchey
- une première dose d'antibiotique IV
 - amoxicilline + acide clavulanique (1g-125 mg/8h) ou ciprofloxacine (500mg/12h) + métronidazole (500mg/ 8h)
 - 10 jours
- Taux d'échec :
 - 6,5% (groupe 1) et 4,5% (groupe 2), $p=0,619$.
 - Gain moyen de 1124,70 € par épisode

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

Traitement de la diverticulite non compliquée sans antibiothérapie

Deux premières études randomisées

- AVOD study
 - Groupe sans antibiotique
 - Céphalosporine+métronidazole ou carbapénème ou pipéracilline-tazobactam relayé par ciprofloxacine + métronidazole pour un total minimum de 7 jours.
 - Suivi minimum de 12 mois.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

Traitement de la diverticulite non compliquée sans antibiothérapie

Deux premières études randomisées

- AVOD study

- Groupe sans ATBio 6 patients (1,9 %) ont présenté des complications : 3 patients une perforation et 3 patients un abcès. Un patient opéré en urgence.
- Dans le groupe avec ATBio, 3 patients (1%) ont présenté une complication : 3 perforations toutes traitées par chirurgie en urgence.
- Pas différence significative:
 - Taux de complication (p=0,302)
 - Taux de chirurgie en urgence (p=0,324)
 - Durée de séjour (2,9 vs 2,9, p=0,717)
 - Résultats à moyen terme : identique
- Dans le groupe sans ATBio, 10 patients ont reçu finalement une antibiothérapie

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

Traitement de la diverticulite non compliquée sans antibiothérapie

Deux premières études randomisées

DIABOLO

- Hinchey modifiée 1a ou 1b
- Sans antibiotique
- Amoxicilline-acide clavulanique IV (1200mg x4/24h) 48h en hospi puis relais per-os (625mgx3/24h) à domicile pour un total de 10 jours.
- Suivi de 6 mois

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

Traitement de la diverticulite non compliquée sans antibiothérapie

Deux premières études randomisées

DIABOLO

- La durée de récupération complète était respectivement de 14 (6-35) et 12 (7-30) jours pour les groupes sans et avec ATBio.
- Dans cette étude 13% en ambulatoire uniquement.
- Les taux de réadmissions étaient comparables dans les 2 groupes 17,6% (sans ATBio) vs 12,0% (avec ATBio) ($p=0,148$).
- Il n'y avait pas de différence entre 2 groupes :
 - Taux de progression vers une forme compliquée (1,1 % vs 2,3%, $p=0,390$)
 - Survenue d'une forme compliquée dans les 6 mois (3,8%, vs 2,6%, $p=0,377$).
 - Taux de colectomies en urgence (0,8% vs 1,1%, $p=0,553$)
 - ou à froid (3,1% vs 1,1%, $p=0,254$)

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

Régime alimentaire durant la crise

Une seule étude sur régime alimentaire durant la crise de diverticulite

Les restrictions alimentaires étaient associées significativement à :

- Allongement de la durée de séjour
 - même après ajustement en analyse multivariée sur
 - l'âge
 - le sexe
 - les complications
 - le type d'ATBio
 - le stade Hinchey
 - la présentation initiale (CRP, leucocytes, température)

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

A	Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite non compliquée, en l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable.
A	<p>Le traitement symptomatique sans antibiotique des diverticulites non compliquées confirmées par le scanner est recommandé en l'absence de signes de sepsis sévère, d'immunodépression*, de score ASA>3** ou de grossesse.</p> <p>*immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale terminale</p> <p>** Classification ASA. 1 : patient normal, 2 : patient avec anomalie systémique modérée, 3 : patient avec anomalie systémique sévère, 4 : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante, 5 : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention, 6 : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe</p>
C	En l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable, la réalisation de ce traitement est recommandée en ambulatoire.
AE	Dans cette situation, une surveillance clinique est recommandée.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite non compliquée

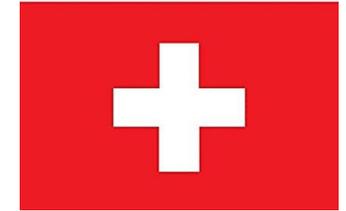
B	<p>Si une antibiothérapie est indiquée (sepsis sévère, grossesse, immunodépression, score ASA>3, échec du traitement symptomatique), l'antibiothérapie per-os est recommandée en première intention pour le traitement de la diverticulite non compliquée.</p> <p>Il est recommandé de proposer une antibiothérapie associant amoxicilline et acide clavulanique, ou en cas d'allergie une fluoroquinolone (lévofloxacine ou ciprofloxacine) associé au métronidazole, pour le traitement de la diverticulite non compliquée.</p>
AE	<p>Il est recommandé que la durée de l'antibiothérapie pour le traitement de la diverticulite non compliquée chez le patient immuno-compétent ne dépasse pas 7 jours</p>
C	<p>Une alimentation non restrictive est recommandée au cours du traitement de la diverticulite non perforée si elle est tolérée.</p>

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite compliquée

Forme abcédée (Hinchey Ib et II)



Comparaison ATB vs ATB + Drainage radiologique

ATB : imipénème / ceftriaxone+métronidazole / ciprofloxacine+métronidazole pour 10 j

ATB seul :

- 1) difficulté ou d'impossibilité technique du drainage radiologique
- 2) refus du patient du drainage
- 3) amélioration clinique rapide du patient après l'admission

Echec du traitement :

- 1) aggravation clinique du sepsis
- 2) récurrence de l'abcès
- 3) apparition d'une fistule dans les 4 semaines
- 4) recours à une chirurgie en urgence.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite compliquée

Forme abcédée (Hinchey Ib et II)

Nombre de patients :	32	vs	34	
Taille abcès :	4cm	vs	6cm	p=0.002
Echec du traitement :	32,3%	vs	18,7%	p=0.26
Mortalité:	8,8%	vs	3.1%	p=0,61
Chirurgie en urgence :	29,4%	vs	15,6%	p=0.24

Si chirurgie en urgence 4 décès (26,6%) (3/10 groupe drainage et 1/5 groupe ATBio seul)

Attention longue durée d'étude (1993-2005).

On peut toutefois en tirer comme conclusion que l'antibiothérapie seule est efficace dans plus de 80% des patients Hinchey II avec abcès ≥ 3 cm

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise
Diverticulite compliquée

Forme abcédée (Hinchey Ib et II)

Toutefois, il en a été tiré comme conclusion que l'antibiothérapie seule est efficace dans plus de 80% des patients Hinchey II avec abcès ≥ 3 cm.



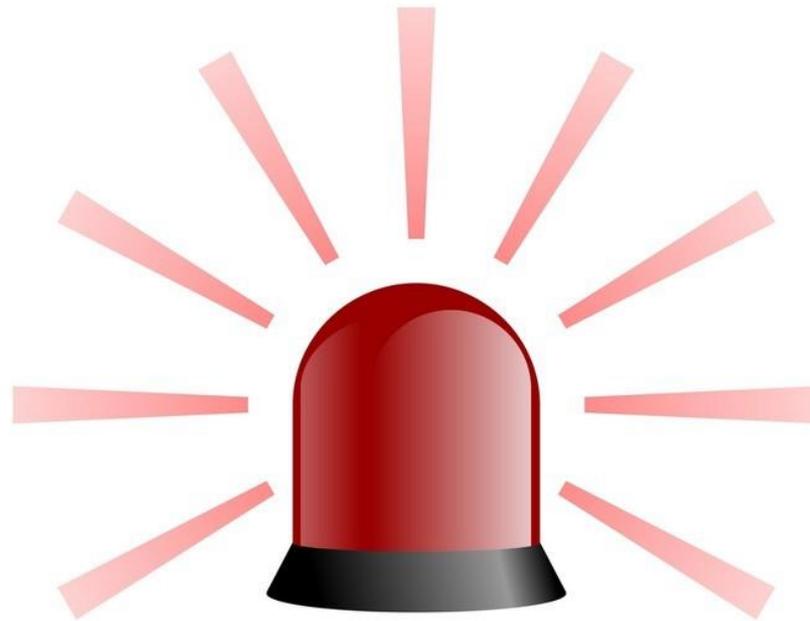
Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise
Diverticulite compliquée

Forme abcédée (Hinchey Ib et II)

Cela ne veut pas dire qu'il ne faut pas drainé les abcès de moins de 3 cm :

- A) 20 % d'échec avec ATB seul
- B) Cela permet une résolution plus rapide



Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite compliquée

Forme abcédée (Hinchey Ib et II)



Comparaison rétrospective

Entre 1994 et 2012

Abcès diverticulaire ≥ 3 cm

Echec : pas d'amélioration clinique dans les 48h justifiant le recours à un traitement chirurgical.

ATBio seul car :

A) Drainage pas techniquement faisable n=15

B) choix du médecin n= 17

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite compliquée

Forme abcédée (Hinchey Ib et II)

	ATBio seul	vs	drainage radiologique	
Nombre de patients:	32		114	
Taille abcès:	4cm		6,7cm	p=0,001
Hinchey I/II	48%/52%		35%/65%	p=0,16
taux d'échec	25%		18%	p=0,21

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite compliquée

Forme abcédée (Hinchey Ib et II)

Une revue de littérature en 2016

42 études observationnelles

Taux d'échec ATBio avec ou sans drainage 20%

Le traitement par ATBio seul des abcès de plus de 3 cm semblent moins efficace avec des taux d'échec de 18,8% à 34,4%.

Taux de complications (fistule entérocutanée, plaie du grêle, ...) 0 % à 12,5%

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite compliquée

Forme perforée

- Traitement conservateur

- 132 patients avec air extra-digestif

- bulles d'air péricoliques sans abcès 99%
- pneumopéritoine à distance 62%
- pneumopéritoine abondant et/ou du liquide dans le cul de sac de Douglas et/ou un retropneumopéritoine 40%

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements médicaux pendant la crise

Diverticulite compliquée

AE	<p>Il est recommandé de proposer une antibiothérapie associant amoxicilline-acide clavulanique et gentamicine, ou céfotaxime et métronidazole, ou ceftriaxone et métronidazole. En cas d'allergie, une association lévofloxacine, gentamicine et métronidazole.</p>
	<p>En l'absence d'argument scientifique, la durée de l'antibiothérapie ne peut pas faire l'objet de recommandations.</p>
	<p>Il est recommandé de drainer radiologiquement les abcès diverticulaires lorsque cela est techniquement faisable.</p>
C	<p>Une antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique, est recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine péricolique et en l'absence de signe clinique de péritonite.</p>
AE	<p>Une antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique, est recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine à distance et en l'absence de signe clinique de péritonite.</p>

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements chirurgicaux pendant la crise
Place du lavage péritonéale (LPL)

LADIES trial, groupe LOLA

LPL vs. sigmoïdectomie (HP ou résection-anastomose +/- protégée)

Péritonites Hinchey III

Interrompu prématurément

Sur-morbidité à 30 jours dans le groupe LPL 39% vs. 19% p=0,043

Taux de réintervention 39% vs. 5% p=0,011

Taux de drainage d'abcès 20% vs. 0% p=0,0027

Mortalité a 30 jours 4% vs. 2% p=0,64

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements chirurgicaux pendant la crise

Place du lavage péritonéale (LPL)

SCANDIV trial

LPL vs. Sigmoidectomie (HP ou RA+/-P)

Péritonite diverticulaire purulente

Inclus 199 pts sur 21 centres.

A 90 jours

Taux de complications majeures	30,7% vs. 26%	p=0,53
Mortalité	13,9% vs. 11,5%	p=0,67
Taux de réintervention à 90 jours	20,3% vs. 5,7%	p=0,01
Taux de péritonite secondaire	12% vs. 0%	p=0,03

Schultz JK et al. JAMA 2015;314(13):1364-75.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements chirurgicaux pendant la crise

Place du lavage péritonéale (LPL)

DILALA trial

Hinchey III

LPL vs. HP

Taux de réintervention à 1 an

Taux de réintervention à 1 an	28%	vs.	63%	p=0,004
Morbidité selon Dindo	13,2%	vs.	17,1%	p=0,63
Réadmission	0 %	vs.	5,7%	p=0,14

Très critiquable :

- HP systématique
- Rétablissements de continuité « attendus »
- Après LPL réinterventions « inattendues »
- ASA I/II vs. ASA III/IV 21,6% vs. 36,7%

Angenete E et al. Ann Surg 2016;263(1):117-22.

Thornell A et al. Ann Intern Med 2016;164(3):137-45.

Gehrman J et al. Br J Surg 2016;103(11):1539-47.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements chirurgicaux pendant la crise

Résection sigmoïdienne : résection anastomose (+/- protégée) ou Hartmann

2 essais randomisés

Hinchey III et IV

RAP vs. HP

Binda et al

Interrompu pour défaut d'inclusion (90/600)

Mortalité	2,9%	vs.	10,7%	p=0,25
Rétablissement de continuité	5,9%	vs.	12,5%	p=0,47
Morbidité	35,3%	vs.	46,4%	p=0,38)

Oberkofler et al

Interrompue pour obtention de résultats significatifs en analyse intermédiaire et difficultés d'inclusion 62/ 136

Morbidité	84%	vs.	80%	p=0,81
Mortalité	9%	vs.	13%	p=0,70
Taux de rétablissement	90%	vs.	57%	p=0,005

Binda Ga et al. Colorectal Dis 2012;14(11):1403-10.

Oberkofler CE et al. Ann Surg 2012;256(5):819-26.

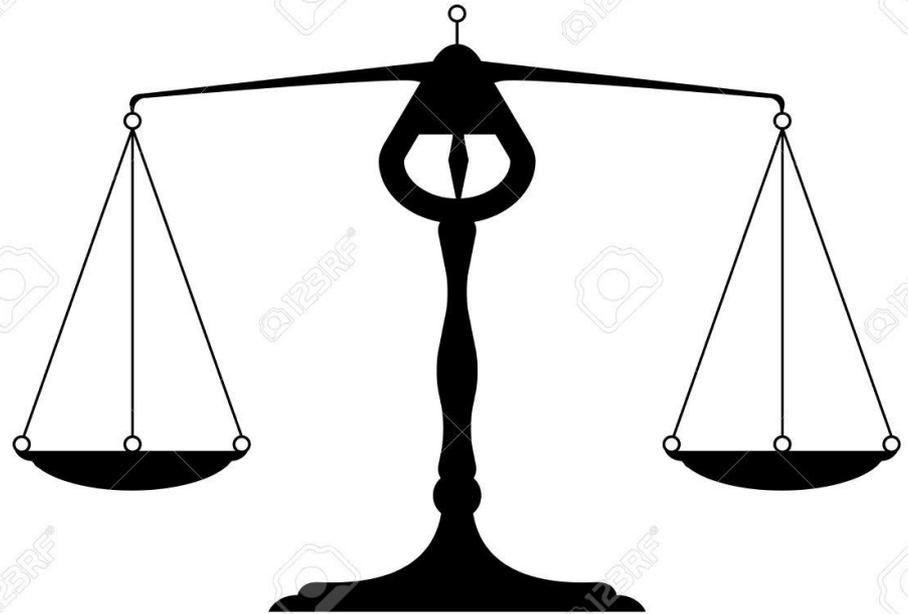
Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements chirurgicaux pendant la crise

AE	Dans les diverticulites Hinchey* I ou II d'évolution défavorable après échec ou impossibilité de drainage, le LPL n'est pas recommandé.
A	Dans les péritonites diverticulaires Hinchey III, le LPL n'est pas recommandé.
AE	Dans les péritonites diverticulaires Hinchey IV, Il est recommandé de ne pas pratiquer le LPL.
AE	L'intervention de Hartmann est recommandée quel que soit le stade de Hinchey dans deux situations : patients à haut risque de complications*, instabilité hémodynamique.
C	Dans les stades Hinchey I et II en échec du traitement médical, il est recommandé de réaliser une résection anastomose plus ou moins protégée.
AE	Dans les stades Hinchey III et IV, il n'est pas recommandé de réaliser une résection anastomose non protégée.
AE	Dans les péritonites Hinchey III et IV, en l'absence de données probantes, aucune recommandation ne peut être établie quant à la voie d'abord. La laparotomie reste la voie d'abord de référence dans cette situation.
C	Dans les stades Hinchey I et II en échec du traitement médical, la laparoscopie est une alternative à la laparotomie.
AE	Les indications de résection chirurgicale en urgence dans la diverticulite aiguë droite sont superposables à celles de la diverticulite sigmoïdienne. La résection-anastomose en un temps (résection iléo-caecale ou colectomie droite) est la procédure de référence, mais une résection sans anastomose peut être réalisée si elle est jugée nécessaire.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Indications et modalités des traitements chirurgicaux pendant la crise



Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Explorations au décours d'une diverticulite aiguë sigmoïdienne traitée

Bilan biologique

Aucune étude.

Scanner au décours de l'épisode aigu

Aucune étude.

En l'absence de symptômes persistants, aucun intérêt.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Explorations au décours d'une diverticulite aiguë sigmoïdienne traitée

Recherche d'un adénocarcinome sigmoïdien

Recherche d'une néoplasie ailleurs si sigmoïdectomie prophylactique.

Méta-analyse

Après un épisode de diverticulite non compliquée

- Un cancer colorectal 1,16%
- Un adénome en DBG 6,1%
- Un adénome en DHG 2,2%

- Identique chez des patients asymptomatiques

Après un épisode de diverticulite compliquée

- Un cancer colorectal 10,8%

Daniels L et al. Surg Endosc 2015;29(9):2605-13.

Sharma PV et al. Ann Surg 2014;259(2):263-72.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Prévention des récurrences

Alimentation / activité physique

- Fibres Pas de conclusion
- Certains types d'aliments Rien
- Activité physique ?!?

Probiotiques

- Une étude contestable
- Depuis l'étude du probiote surprenant

Rifaxamine

- Conflits d'intérêts des auteurs avec le laboratoire

Mésalamine

- 4 études négatives

Carabotti M et al. Nutrients 2017;9(2).

Strate LL et al. JAMA 2008;300(8):907-14.

Strate LL et al. Am J Gastroenterol 2009;104(5):1221-30.

Stollman N et al. J Clin Gastroenterol 2013;47(7):621-9.

Raskin JB et al. Gastroenterology 2014;147(4):793-802.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Prévention des récurrences

Histoire naturelle de la diverticulose après poussée de diverticulite

210 268 malades dont 85% ont bénéficié d'un traitement conservateur.

- Taux de récurrence 16,3%
- Facteurs de risque indépendants de mortalité lors de la récurrence:
 - Age > 50 ans (HR=5,19, IC95%=[3,05-8,29])
 - Tabagisme (HR=1,5, IC95%=[1,21-1,78])
 - Poussée initiale compliquée d'un abcès (HR=2,01 IC95%=[1,39-2,91])
- **14 124 malades sur 5 ans**
 - Taux de réadmission 8%
 - Taux de chirurgie en urgence 1,9%
 - Si drainage d'abcès
 - Réadmission 12% vs. 8,2% p<0,001
 - Chirurgie en urgence 4,3% vs. 1,4% p<0,001
 - Risque décroissait avec le temps
 - Equivalent à 2 ans.

Li D et al. Ann Surg 2014;260(3):423-30.

Lidor AO et al. Surgery 2011;150(2):146-53.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Prévention des récurrences

Risque des complications de la chirurgie prophylactique

Mortalité / 2 bases de données nationales

US :

- 0,4%
- > à celle pour cancer colorectal

France :

- 0,7%
- < à celle pour cancer colorectal

Van Arendonk KJ et al. JAMA Surg 2013;148(4):316-21.
Parc Y et al. Colorectal Dis 2016;18(2):205-13.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Prévention des récurrences

Risque des complications de la chirurgie prophylactique

Morbidité

Très nombreuses études

Type de complication varie considérablement

Stomie

Arguments majeurs

7,55%

Mortalité

En urgences

7,4% (0,15%)

vs.

Elective

0,8%

Morbidité

29% (0,58%)

vs.

14,9% et 5,7%

Taux de stomie

48,9% (0,99%)

vs.

5,7%

Mais en urgences, seulement 2% des patients

/50

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Prévention des récurrences

Risque des complications de la chirurgie prophylactique

Symptômes et qualité de vie après colectomie prophylactique.

- Meilleure qualité de vie après résection prophylactique
mais si celle-ci est altérée par des crises de diverticulites
- Taux de patients restant symptomatique de 5 à 22%
- Taux de douleurs chroniques de 11% vs. 38%

Risque de récurrence après colectomie prophylactique.

- Risque à 5 ans à 8%
- Risque à 10 ans à 12,5%

Levack MM et al. Dis Colon Rectum 2012;55(1):10-7.
Andeweg C et al. World J Surg 2008;32(7):1501-6.

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Prévention des récurrences

Risque des complications de la chirurgie prophylactique

B	La sigmoïdectomie élective systématique après poussée de diverticulite aiguë n'est pas recommandée si le patient est asymptomatique, s'il n'est pas immunodéprimé ou insuffisant rénal chronique et si les poussées n'impactent pas sa qualité de vie.
C	<p>Il est recommandé de discuter une sigmoïdectomie élective dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- Au décours d'une diverticulite aiguë compliquée, particulièrement en cas d'abcès,- Chez le patient immuno-déprimé ou insuffisant rénal chronique, en intégrant les facteurs de risque opératoire suivants : âge supérieur à 75 ans et comorbidités, en particulier cardiopathie et BPCO.
A	Chez le patient asymptomatique, l'âge inférieur à 50 ans ne constitue pas une indication opératoire en soi.
B	<p>Il est recommandé de proposer une sigmoïdectomie élective en cas de symptômes persistants après une poussée (incluant la « smoldering diverticulitis » ou diverticulite subintrante)) ou de récurrences fréquentes impactant la qualité de vie.</p> <p>Le nombre de poussées n'est pas une indication en soi.</p>
C	<p>La sigmoïdectomie élective est recommandée en cas de fistule, selon le terrain et le type de symptômes.</p> <p>La sigmoïdectomie élective est recommandée en cas de sténose symptomatique.</p>

Diverticulite aiguë sigmoïdienne:

Chirurgie Règles

C	Si l'indication d'une sigmoïdectomie éleative est retenue, il est recommandé de la réaliser au moins deux mois après la dernière poussée.
A	Il est recommandé un abord laparoscopique pour la réalisation d'une sigmoïdectomie éleative pour pathologie diverticulaire.
AE	Il est recommandé de réaliser une anastomose sans tension, au mieux avec décrochage de l'angle gauche.
C	Il est recommandé de sectionner les artères sigmoïdiennes au moins après leur division du tronc des sigmoïdiennes.
AE	La résection de la charnière recto-sigmoïdienne est recommandée en cas de colectomie gauche prophylactique pour pathologie diverticulaire.
C	<p>La résection doit emporter la zone siège de la ou des poussées inflammatoires.</p> <p>L'ensemble du côlon sigmoïde doit être réséqué de façon systématique.</p> <p>Il est recommandé de ne pas étendre la résection colique au-delà du côlon sigmoïde de façon systématique même en présence d'une diverticulose en amont.</p>
AE	Il n'existe pas de données dans la littérature permettant d'émettre une recommandation sur le type d'anastomose colorectale (manuelle ou mécanique) après colectomie prophylactique pour pathologie diverticulaire.
A	La réhabilitation améliorée est recommandée dans la sigmoïdectomie éleative pour diverticulite à l'instar des autres indications en chirurgie colorectale.

Diverticulite

Modalité thérapeutiques

Pr Yann PARC

**Service de Chirurgie Générale et Digestive
Hôpital Saint-Antoine**