

## SIGMOÏDITE DIVERTICULAIRE AIGUË

**Pr. G. Champault,**

Chef du Service de Chirurgie Viscérale Hôpital Jean Verdier (Bondy)

Séance du 9 janvier 2003

### 1. Généralités

La maladie diverticulaire est

- ▶ rare avant 40 ans,
- ▶ touche 30 % des sujets après 60 ans, et 50 % des sujets de 80 ans.

Comme l'espérance de vie augmente (74 ans pour les hommes, 82 ans pour les femmes), le praticien est fréquemment en présence de problèmes liés à la maladie diverticulaire ou de ses complications.

#### 1.1. Histoire naturelle de la maladie diverticulaire

La maladie diverticulaire peut aller de la latence la plus complète aux complications les plus graves dont la péritonite stercorale (mortalité de 50 % encore actuellement).

- ▶ Le plus souvent il s'agit d'une pathologie latente (90% des sujets porteurs de diverticules) → l'apparition de diverticules est une sorte de vieillissement de l'intestin.
- ▶ Les complications sont relativement rares (10 à 20 % dans toutes ses formes) → diverticulites avec ses différentes manifestations (Inflammation, abcès, perforations, hémorragies, sténoses, fistules (vessie, vagin, ...))

#### 1.2. Quatre remarques concernant les complications

- ▶ **Les complications sont surtout liées à l'infection d'un diverticule** ou « diverticulite » et sont très souvent chirurgicales lorsque la maladie évolue. Pour le chirurgien c'est le problème de traiter des abcès, des péritonites, des sténoses, des hémorragies, des fistules. Ces complications sont quelquefois graves, et nécessitent une prise en charge assez rapide.
- ▶ **50 % des perforations diverticulaires sont inaugurales :**
  - Ainsi des patients porteurs de diverticules ne s'étant plaint auparavant d'aucun symptôme vont un jour ou l'autre faire une perforation. Celle-ci est extrêmement grave avec une mortalité de 15 à 20 % encore actuellement.
  - Il n'y a pas de prévention. Il faut s'attendre chez les patients porteurs de diverticules à une telle situation qui représente une urgence.
  - Le délai d'intervention constitue, parmi les éléments de pronostic, l'élément le plus important.
- ▶ La **grande fréquence d'une 2ème complication** après la 1ère ayant nécessité une hospitalisation :
  - 30 % des patients ont une nouvelle complication dans les 5 ans. La survenue d'une première crise doit enclencher un certain nombre d'attitudes thérapeutiques qui doivent éventuellement être agressives. La fréquence de nouvelles complications, dont on sait qu'elles sont d'autant plus graves qu'elles se répètent, doit amener à pratiquer un geste pour prévenir à froid la survenue de ces manifestations.
  - **25 % des patients décèdent de cette 2ème complication.**
- ▶ **Quand un patient rentre dans la maladie symptomatique, il reste exposé à un risque vital et d'autant plus que le patient est âgé.**

## 2. PHYSIOPATHOLOGIE DES DIVERTICULES

Une « révolution alimentaire » est à l'origine de l'augmentation de la maladie diverticulaire :

- ▶ Dans la littérature, pas ou peu de diverticules avant 1920
- ▶ La maladie diverticulaire est apparue avec les progrès de la minoterie du fait de la diminution des fibres alimentaires lors de la suppression du son dans la farine du pain.
- ▶ Parallèlement à cette diminution des fibres de l'alimentation, il y a eu une augmentation dans l'alimentation des produits carnés, des graisses, ...
- ▶ Entre 1920 et maintenant en France, l'apport en fibres alimentaires a été réduit dans l'alimentation des 9/10ème.

Une étude américaine permet d'étayer cette situation.:L'étude du poids des selles dans une population à alimentation riche en fibres (Ouganda), par rapport à celui d'une population à «alimentation occidentalisée » (US Navy) a montré une nette réduction du poids des selles dans le 2ème type de population :

- ▶ Ouganda : 270 g / 24 heures
- ▶ US Navy : 100 g / 24 heures

Ce rôle des fibres alimentaires est très important et en pratique un patient porteur de diverticules intestinaux doit avoir une alimentation supplémentée en fibres. De nombreuses études ont montré que les fibres alimentaires prévenaient ou retardaient l'apparition des diverticules, et même stabilisaient les diverticuloses constituées.

La maladie diverticulaire est une maladie moderne du 20ème siècle, qui augmente avec l'augmentation de l'âge moyen et celle de la durée de vie et elle est directement liée à des habitudes alimentaires qui vont toujours dans le sens d'une réduction des fibres.

Il existe des variations géographiques de la maladie en fonction du régime alimentaire :

- ▶ Elle est rarissime dans les pays en voie de développement, (Afrique 0,1 à 5 % de la population),
- ▶ Elle est fréquente dans les pays occidentaux (45 à 55 % de la population)

L'étude comparative entre les Japonais qui vivent au Japon et ceux qui vivent à Hawaï a montré :

- ▶ 8 % de diverticulose chez les Japonais du Japon
- ▶ 52 % chez les japonais qui vivent comme les Américains à Hawaï.

Il n'y a pas d'incidence raciale. Aux USA, le pourcentage de diverticulose est strictement identique chez les noirs américains et les blancs américains.

## 3. ANATOMOPATHOLOGIE DES DIVERTICULES

### 3.1. Anatomopathologie

Il s'agit de diverticules de pulsion, par hernie de la muqueuse, se situant sur la partie ante et mésentérique du gros intestin, entre les bandelettes, sur une zone de faiblesse.

De nombreuses études ont montré qu'il y avait des affaiblissements au niveau de la paroi et une hyperpression intra-luminale. Le processus est identique à celui des hernies de faiblesse.

C'est une maladie qui **prédomine sur le colon gauche essentiellement sur le sigmoïde (d'où la dénomination de sigmoïdite)**, et qui peut exister sur d'autres parties du colon, parfois sur tout le colon mais jamais sous la charnière recto-sigmoïdienne. Le nombre de diverticules va en décroissant de la gauche vers la droite :

- ▶ **Sigmoïde** 90%
- ▶ colique gauche 30 %
- ▶ Transverse 4 %
- ▶ Pancolique 14 %

Pour le chirurgien, il est important que la topographie de la maladie soit bien identifiée pour connaître la zone à réséquer devant comporter toute la zone pathologique.

### 3.2. La zone pathologique est-ce la zone infectée ou la zone avec diverticules ?

Actuellement, il n'y a pas de règle connue. En pratique on sectionne la zone infectée (inflammatoire) jusqu'à la zone non inflammatoire en laissant volontairement des diverticules dont leur exérèse serait disproportionnée et non justifiée.

Quand la maladie se complique d'infection, il s'agit d'une infection à l'intérieur du diverticule pouvant créer soit une micro-perforation, soit une pullulation microbienne en rapport avec la flore colique (avec son incidence sur le plan thérapeutique). Par réaction, l'épaississement de la paroi colique est une caractéristique importante de la sigmoïdite. Cette réaction inflammatoire est non spécifique, ce qui exclut toutes les autres maladies coliques granulomateuses ou colites ulcéreuses.

Souvent il existe un micro-abcès qui évolue comme dans l'appendicite (infiltrat, puis diffusion de l'infection). Quelques formes sont régressives soit spontanément soit sous traitement médical.

L'apparition d'une scléro-lipomatose (épaississement des tissus qui supportent l'intestin comme le méso-colon) ce qui peut rendre, pour le chirurgien, l'exérèse difficile (parfois plus grande que lors d'une exérèse d'un cancer du sigmoïde)

## 4. EVOLUTION DES PRINCIPES THERAPEUTIQUES

### 4.1. Historiquement trois périodes

- ▶ Jusque dans les années 1920, il n'y en avait pas beaucoup et seuls les patients avec complications étaient vus en urgences.
- ▶ Dans les années 1950, on a commencé à développer le principe d'une chirurgie préventive.
  - La mortalité lors d'intervention en urgence était de 50 %
  - La mortalité lors d'une intervention à froid était de 10 %
- ▶ Depuis une quinzaine d'année (1990), on s'oriente vers une prise en charge thérapeutique beaucoup plus précoce : le concept de la 2ème crise est remis en cause, on privilégie les interventions prophylactiques avant que les lésions n'évoluent et que les complications n'apparaissent. Un apport considérable est celui de l'intervention par voie coelioscopique simplifiant considérablement la qualité de vie après l'intervention et les suites de l'intervention.

### 4.2. Le classement en fonction de la situation

Les chirurgiens américains, les premiers, ont réparti les situations en trois groupes :

- ▶ **Situation d'urgence** nécessitant une intervention immédiate : la péritonite par perforation qu'elle soit stercorale (la plus grave), ou qu'elle soit purulente. La notion de délai joue ici énormément dans le pronostic. Pour sauver les patients on utilisait une chirurgie de sauvetage consistant à retirer la zone lésionnelle suivie d'une colostomie. Dans un 2ème temps, si l'évolution était favorable on rétablissait la continuité au minimum à 3 mois, souvent à 6 mois.
- ▶ **Situation de semi urgence** : situation qui permet d'avoir le temps d'explorer (scanner, ...) et de réfléchir à la stratégie d'intervention.
  - Masse inflammatoire
  - Fistule colo-vésicale ou colo-vaginale
  - Sténose
  - L'**abcès** essentiellement dans l'atmosphère péricolique, mais également dans la cavité abdominale.
    - Autrefois, l'intervention se faisait en 2 temps avec colostomie obligatoire.
    - Actuellement, la tendance est à la ponction drainage écho-scanner guidée. Elle permet une évolution beaucoup moins agressive.
- ▶ **Situation de chirurgie élective**  
Jusqu'à ces dernières années, la notion de crise de sigmoïdite ou de diverticulite était traitée par traitement médical entraînant une régression des symptômes en quelques jours. La règle était de dire : « on proposera un geste plus agressif (suppression chirurgicale de la lésion) qu'à partir de la 2ème crise. On s'est rendu compte qu'attendre la 2ème crise, dont on est presque sûr qu'elle va survenir à partir du moment où la maladie devient pathologique, c'est exposer le patient soit à l'opérer dans de mauvaises conditions, soit à l'exposer à des complications, soit à laisser une épée de Damoclès.

**A l'heure actuelle, il faut poser le problème chirurgical après la 1ère crise.** Il faut savoir si le patient peut tirer bénéfice d'une intervention qui serait faite de façon électorale, sur un patient préparé, avant que ne surviennent les crises itératives. **La situation de sécurité est d'intervenir après 3 à 4 mois de période silencieuse de tout symptôme.**

Si l'on attend la 2ème poussée, les crises ayant tendance à se rapprocher peuvent ne laisser entre elles que des périodes asymptomatiques inférieures en durée à celle qui correspond à la période de sécurité (d'où un cercle infernal dont on n'arrive pas à sortir).

L'idée de remettre en cause l'intervention après la 2ème crise pour la reporter à la 1ère crise doit être prise en compte pour pouvoir traiter les patients avant que ne surviennent les complications importantes. La chirurgie électorale après la 1ère crise s'accompagne d'un résultat excellent (mortalité à 1 % au lieu de 10 % à chaud).

#### **4.3. Les armes thérapeutiques se situent à 3 niveaux :**

**L'antibiothérapie est une arme majeure dans tous les cas**, car les complications sont presque toujours infectieuses. Elle est ciblée sur la flore colique (aérobie et anaérobie).

La réanimation lourde est nécessaire dans les formes les plus extrêmes et pour les sujets âgés.

**La chirurgie classique** part d'un principe très simple : il existe une zone pathologique → il faut en faire l'exérèse, quelle que soit l'importance de cette pathologie :

- ▶ Le sigmoïde globalement (en aval sous la charnière recto-sigmoïdienne, en amont là où les tuniques digestives sont non inflammatoires).
- ▶ Lorsque le sigmoïde est retiré, on se trouve devant des situations très variables liées à l'état du patient et à l'état local. Deux possibilités d'action suivant la situation
  - Le rétablissement immédiat de la continuité nécessitant l'accord du patient et du chirurgien
  - La colostomie quand l'infection est importante, chaque fois que l'anastomose immédiate est risquée (risque de désunion). Cette colostomie est pour le patient et son entourage lourde de conséquences avec pour perspective, dans un 2ème temps opératoire, d'un rétablissement de la continuité qui a sa propre mortalité.

Deux améliorations techniques chirurgicales importantes sont adoptées par la plupart des chirurgiens :

- ▶ Les sutures mécaniques permettent une plus grande rapidité et sécurité que la suture ancienne à l'aiguille
- ▶ La laparoscopie

## 5. LES SITUATIONS CLINIQUES & LEUR TRAITEMENTS

Au cours de la maladie diverticulaire, le médecin peut se trouver devant 5 tableaux cliniques :

- **Poussée de diverticulite** où le médecin doit se poser la question quand opérer ?
- **Complications septiques** qui concerne les radiologues et les chirurgiens : péritonites, abcès,
- **Sténoses** qui posent le problème est-ce une sténose cancéreuse, ou infectieuse ?...
- **Fistules** en règle facile à évoquer et à résoudre
- **Hémorragies digestives**. Les diverticules peuvent saigner, et parfois entraîner des hémorragies très importantes nécessitant un geste en urgence qui peut aller jusqu'à la colectomie totale d'hémostase.

### 5.1. La poussée de diverticulite

#### 5.1.2. Présentation

Il s'agit d'une infection d'un diverticule, base de la pathologie. Un jour ou l'autre sans que l'on sache pourquoi, dans le diverticule une pullulation microbienne survient et avec elle une microperforation qui permet au processus de s'enclencher vers une sigmoïdite où l'atteinte péri-sigmoïdienne est la complication la plus fréquente (10 à 25 % des diverticuloses)

Il existe une grande diversité clinique allant de :

- ▶ formes très graves dans le ventre et peu de signes cliniques
- ▶ à des formes avec des symptômes criants et des lésions peu importantes

La clinique est indispensable pour s'orienter vers la diverticulite. L'examen doit être soigneux car le diagnostic est souvent difficile comme lors d'une appendicite. Les signes sont ceux d'une appendicite à gauche (douleur à gauche, empâtement, défense, troubles du transit, fièvre, hyperleucocytose), parfois un syndrome de masse que le TR peut percevoir quand elle tombe dans le petit bassin, un météorisme, un syndrome infectieux pouvant aller jusqu'à un état de choc, une pneumaturie à rechercher car très évocatrice de fistule souvent précédée d'infections urinaires à répétition.

Les examens biologiques à demander pour évaluer le retentissement biologique de l'infection : NFS, CRP

#### 5.1.3. Le diagnostic repose sur l'imagerie :

- ▶ **L'ASP** peut donner des informations très importantes et 30 à 50 % des clichés sont anormaux : niveaux hydro-aériques, météorisme, un pneumopéritoine (11 %) sanctionné par un geste d'urgence, la clarté cœcale (diamètre > 10 cm) traduit la gêne au transit gazeux donc une sténose en aval.
- ▶ **Les lavements opaques** posent un problème difficile à régler. Cet examen permet de voir les diverticules, la sténose, la topographie des lésions et leur répartition. Il a ses dangers lors des poussées de diverticulite : risque de rupture de diverticule, et passage du produit de contraste dans le péritoine (ennuyeux avec les hydrosolubles, dramatique avec la baryte). Examen à prendre en compte mais à distance de la crise. Pour le chirurgien, c'est un examen important car il va donner l'image de la répartition des diverticules sur le cadre colique, permettre de déterminer la zone qu'il faut couper, évaluer la longueur de la boucle du sigmoïde, et prévoir la technique opératoire en fonction de la zone à enlever. **La sensibilité de l'examen est de 94 %.**
- ▶ **Le scanner** est un examen qui a beaucoup d'intérêt : image d'épaississement de la paroi colique, d'infiltration graisseuse, d'abcès péricoliques dans le méso ou pelviens. Ceux-ci traduisent l'extension de l'infection, et des gestes thérapeutiques de drainage doivent être pris immédiatement. Le scanner est actuellement l'examen demandé en 1ère intention. **Sa sensibilité et sa spécificité sont de l'ordre de 90 %.**
- ▶ **L'échographie** peut montrer des aspects spécifiques hypoéchogènes d'abcès. Sa sensibilité est de 84 %. Il est non invasif et peu coûteux. Il permet un suivi rapproché et peu coûteux. Mais, il est opérateur dépendant.
- ▶ **L'endoscopie** n'est jamais pratiquée en première intention à cause du risque de perforation, mais elle le sera à distance de la poussée.

#### 5.1.4. Hospitalisation ou traitement ambulatoire ?

Dans les formes peu sévères il peut être conduit en ambulatoire avec si besoin un avis chirurgical. Le traitement ambulatoire exige une amélioration rapide en 2 à 3 jours. Les formes peu sévères sont les plus fréquentes (idem à appendicite), certaines peuvent régresser spontanément

Dans les formes plus sévères ou sévères lorsqu'il existe un climat infectieux ou un terrain particulier (immunodéprimé, sujet âgé) le traitement sera entrepris en milieu hospitalier.

En cas de doute, il vaut mieux hospitaliser (antibiothérapie par voie veineuse, suivi des examens, scanne)

#### 5.1.5. Le traitement médical

Il consiste :

- ▶ Arrêt de l'alimentation orale en milieu hospitalier, ou régime sans résidu
- ▶ Antibiothérapie de 7 à 10 jours contre une flore aéro-anaérobie :
  - acide clavulanique d'amoxicilline (Augmentin ®) en première intention
  - sulfaméthoxazole-triméthoprimine,
  - quinolone + métronidazole

L'évolution sous traitement médical

- ▶ En cas d'échec du traitement médical, se pose le problème d'une complication ?
- ▶ **85 à 90 % des diverticulites se résolvent sous traitement médical en 2 à 4 jours** (douleurs, fièvre, leucocytose).

Après la résolution de la crise, quelle conduite tenir ?

**Le risque de survenue d'une nouvelle poussée après la 1ère crise est de 33 %**, (50 % dans l'année, 90 % dans les 5 ans). Les récurrences répondent moins bien au traitement conservateur et exposent à des complications avec une mortalité accrue. Ce risque pose le problème de la chirurgie après la première crise ?

### 5.1.6. Le traitement chirurgical électif

Il doit être pratiqué à distance de l'épisode aigu (2 mois minimum) en ayant continué un traitement antibiotique au long cours. Avant d'opérer, la maladie doit être réévaluée par scanner à la recherche d'abcès évoluant à bas bruit, cette découverte nécessitant une autre attitude.

L'intervention par laparotomie nécessite une incision longue pubo-xyphoïdienne pour décoller l'angle gauche du colon et l'abaisser pour la suture au rectum)

Depuis 10 ans l'intervention par laparoscopie se développe :

- l'objectif initial était de décoller l'angle gauche sous laparoscopie et de faire ensuite une résection par une plus petite incision.
- Avec l'expérience, on arrive à faire l'intervention totalement sous laparoscopie avec une durée opératoire et une sécurité identique à la chirurgie classique, avec un confort postopératoire très amélioré (dès le réveil pas de sonde naso-gastrique, ni urinaire, pas de drain, levée à J1).

Mais, tous les patients ne peuvent pas être opérés par laparoscopie (terrains). Cette technique nécessite une formation des équipes et une expérience en chirurgie colo-rectale et laparoscopique

Paramètres	Laparotomie	Laparoscopie
Durée opératoire	2 heures	2 heures (expérience)
Conversion		5 – 30 % (expérience)
Incision	22 - 25 cm	5 – 6 cm
Reprise du transit	3 - 4ème jour	1 – 2ème jour
Reprise de l'alimentation	4 – 5ème jour	2 – 3ème jour
Durée du séjour	9 – 10 jours	4 – 6 jours
Douleurs	+++	±
Mortalité	1 – 3 %	1 %
Morbidité	15 – 20 %	5 – 10 %

### 5.2. Traitement des formes compliquées

Les formes compliquées nécessitent souvent une chirurgie en urgence qui est une chirurgie en 2 temps avec une dérivation ( 2 interventions avec chacune un lot de mortalité)

#### 5.2.1. Les complications septiques

Dans un esprit de simplification Hinckey a proposé une classification. Elle est reconnue par tous :

Hinckey I Hinckey II	Abcès péri-colique Abcès pelvien
Hinckey III Hinckey IV	Péritonites généralisées Péritonites stercorales

### 5.2.1.1. Les abcès (stade Hinchey I ou II)

Ils correspondent à un stade précoce dans cette classification.

Leur diagnostic repose sur l'imagerie (échographie, scanner) précisant la taille, la situation, le nombre et l'évolution

**Il existe une symptomatologie infectieuse, un syndrome de masse et des signes d'accompagnement urinaire ou occlusif.** Ils peuvent se constituer à bas bruit avec une période de latence clinique.

#### Leur traitement

Il repose sur deux principes : le traitement antibiotique et l'évacuation drainage de l'abcès

- ▶ La meilleure option, qui peut être réalisée dans 80 % des cas, quand l'abcès est unique, bien collecté, situé dans une zone d'accès facile, consiste en :
  - Une évacuation per-cutané associée à l'antibiothérapie
  - Suivie d'une résection élective dans un 2ème temps à froid et à distance.
- ▶ Quand l'abcès est au milieu des anses intestinales, non accessibles ou avec risque digestif et qu'il ne peut être évacué sous contrôle de l'imagerie, il est nécessaire d'intervenir. L'attitude sera de type classique et consistera en :
  - Une évacuation chirurgicale de l'abcès avec résection lésionnelle sans rétablissement de la continuité dans un 1er temps.
  - Le rétablissement secondaire de la continuité n'étant envisagé qu'après 3 à 6 mois.

### 5.2.1.2. Les péritonites (stade Hinchey III et IV)

Le diagnostic est essentiellement clinique :

- ▶ Syndrome douloureux intense de la FIG à début brutal, avec des signes infectieux ± choc, un état subocclusif, une contracture abdominale, une douleur au TR.
- ▶ Le pronostic est étroitement lié au délai d'intervention et au terrain +++

L'imagerie

- ▶ L'ASP est important : pneumopéritoine dans 15 à 40 % des cas. Sa constatation nécessite sans délai une intervention.
- ▶ Le scanner ne sera pratiqué que si on peut l'avoir rapidement, sinon il est un facteur de retardement. Il montre des images d'épanchement.

Le traitement est un traitement d'urgence

- ▶ Le traitement classique est encore actuelle et réalisée une fois sur deux. Il associe :
  - Antibiothérapie adaptée et une réanimation
  - Chirurgie : une toilette péritonéale, puis une résection de la zone lésionnelle sans rétablissement de la continuité digestive pour éviter le risque de désunion en milieu septique et enfin un drainage.
- ▶ L'option thérapeutique moderne du geste chirurgical est mini-invasive :
  - Abord laparoscopique +++ qui permet la toilette péritonéale, la suture ou l'encollage de la perforation,
  - Le drainage. Elle évite la dérivation.
  - La résection lésionnelle se fera à distance (3 – 4 mois) par laparoscopie.
  - Ainsi une fois sur deux, on peut par laparoscopie vérifier le diagnostic de péritonite, sa cause, voir la perforation et l'obturer.
  - Le recours à cette option nécessite :
    - ▶ une sélection des patients (50%) tenant compte de l'âge, du terrain mais surtout que le délai écoulé depuis le début de la symptomatologie bruyante soit court.
    - ▶ une équipe chirurgicale experte en laparoscopie.



Temps opératoires	Chirurgie classique	Option par laparoscopie
<b>1er temps</b> Mortalité Morbidity Durée de séjour Coût élevé (réanimation) complications – réintervention Qualité de vie	toilette péritonéale + exérèse lésion + colostomie 15 à 50 % 50 à 70 % 21 à 30 jours +++ ++ stomie	Toilette péritonéale + suture ou encollage perforation 0 % 15 % 7 jours
<b>2ème temps</b> Délai entre les 2 temps Mortalité Morbidity Durée de séjour	rétablissement de la continuité 4 à 6 mois 5 à 10 %	Résection lésionnelle / laparoscopie 3 à 4 mois 0 % 10 % 5 – 7 jours

Etude du Pr. Champault de 18 interventions par laparoscopie pour péritonite diverticulaire

### 5.2.2. Les hémorragie

Les hémorragies concernent de 3 à 5% des diverticuloses correspondant à 30 – 50% des hémorragies digestives basses (rectorragies).

**A partir d'un certain âge, la maladie diverticulaire est la 1ère cause de saignement colique, essentiellement à partir de diverticules du colon droit. Il y a un rôle favorisant des AINS.**

Le diagnostic est difficile pour la localisation.

A l'endoscopie, il est difficile de savoir d'où vient le saignement soit qu'il soit tari, soit qu'il y a du sang partout.

L'angiographie est utile quand il y a un débit suffisant (0,5 ml/minute) mais d'autres causes sont possibles (dysplasie vasculaire) ;

Souvent l'épisode de saignement est unique. Une exploration est nécessaire pour éliminer une autre étiologie justifiant un geste chirurgical (cancer). Le saignement ne requiert que rarement un geste thérapeutique. Dans les formes graves d'hémorragie, une embolisation. ou une colectomie totale peut s'imposer.

### 5.2.3. Les sténoses diverticulaires

Elles sont souvent latentes et la conséquence d'une lésion inflammatoire diverticulaire qui évolue progressivement vers le rétrécissement.

Devant un tableau occlusif colique, il faut éliminer un cancer. Classiquement l'aspect de la sténose diverticulaire est différent de celui du cancer mais pas toujours aussi simple à discerner. On s'aidera de :

- ▶ l'endoscopie et de la biopsie ++
- ▶ du lavement opaque
- ▶ du scanner

Parfois seule la pièce opératoire apportera la preuve de la bénignité de la lésion.

Son traitement est la résection lésionnelle élective, avec colostomie

Certaines sténoses digestives peuvent être traitées par stent translésionnel pour permettre la reprise du transit et dans un 2ème temps faire la résection lésionnelle.

### 5.2.4. Les fistules

Les fistules se situent essentiellement à deux niveaux :

- ▶ Soit colo-vésicale avec comme signe une pneumaturie, une fécalurie
- ▶ Soit colo-vaginale avec émission matières par le vagin

Les explorations habituelles ne sont pas urgentes

L'intervention chirurgicale consiste à réséquer la lésion avec ou sans dérivation.

## 6. CONCLUSIONS

La maladie diverticulaire est une pathologie dont la fréquence augmente, touchant surtout les sujets âgés.

Elle était marquée par la gravité des formes compliquées, par la mortalité des péritonites (15 à 45 %)

La chirurgie classique

- ▶ élective (à un moment choisi, à froid) : laparotomie pour résection lésionnelle et rétablissement de la continuité après la 2ème poussée de diverticulite.
- ▶ en urgence : laparotomie, chirurgie en 2 temps, Hartman et colostomie.

Les évolutions actuelles :

- ▶ L'indication chirurgicale après la première poussée
- ▶ La résection par laparoscopie élective
- ▶ L'évacuation écho-scanno-guidée des collections
- ▶ Le « stent » dans les occlusions
- ▶ Le traitement laparoscopique des péritonites
- ▶ Traitements endoscopiques ou par angiographie (embol) des hémorragies.

Cette évolution a permis d'améliorer le pronostic par la précocité de la prise en charge, d'avoir recours à une chirurgie mini-invasive, avec pour conséquence une amélioration de la qualité de vie en évitant souvent la colostomie.

Elle nécessite une équipe chirurgicale entraînée à ce type de chirurgie.

