

## Item284-Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde

Objectifs CNCI		
- Diagnostiquer une diverticulose colique et une sigmoïdite. - Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge. - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- CC SNFGE 2007 - Polycopié national: <a href="#">item 234</a>	- Douleur fébrile en FIG - Iléus réflexe / défense / sepsis - Epaissement / réhaussement / infiltration - Coloscopie au décours pour CCR - Abscès / péritonite / pneumopéritoine - Augmentin 3g IV puis PO 7 à 10J - Lavage-drainage coelioscopique si Hinchey III - Hartmann à chaud si iléus/Hinchey IV - A distance si âge < 50ans ou SdG - Abscès: drainage si < 5cm / chirurgie sinon	- TR et orifices herniaires- Heure dernier repas / à jeun - TDM AP injectée opacifiée - Hémocultures / ECBU - Coloscopie: CI aigu / tj après - Envoi en anapath. si pièce - MHD: fibres et ex. physique - Transit / fièvre / cicatrice

### Généralités

#### Définitions

- **Diverticule**: hernie de la muqueuse/sous-muqueuse à travers la paroi colique
- **Diverticulose**: présence **asymptomatique** de diverticules dans le colon
- **Diverticulite**: inflammation +/- infection d'un diverticule
- **!! Remarques**
  - « Sigmoïdite » = diverticulite du sigmoïde / !! dénomination obsolète
  - Topographie = possible dans l'ensemble du colon mais sigmoïde +++ (90%)

#### Epidémiologie

- Diverticulose concerne les pays développés surtout (patient âgés)
- Fréquent: 20-35% de la population / Augmentation avec l'âge: 50% des > 70ans
- 80% des diverticuloses ne sont découvertes qu'au stade de la diverticulite
- **Facteurs protecteurs**: alimentation riche en fibres / activité physique régulière
- **Facteurs favorisants**: **âge élevé** (> 50ans): en pratique le seul vrai FdR +++
- **Remarque**: !! AINS = non favorisants mais aggravent les diverticulites

### Diagnostic (diverticulite)

#### !! Remarque

- Diverticulose non compliquée = asymptomatique → On ne parle ici que de diverticulite

#### Examen clinique

- **Interrogatoire**
  - **Terrain**: âge > 50ans / régime pauvre en fibres / diverticulose connue
  - **Prises médicamenteuses**: **AINS** ++ / aspirine-AVK (aggravants)
  - **Anamnèse** tableau aigu / !! heure du dernier repas (cf pré-op)
  - **Signes fonctionnels**
    - **Douleur**: en **FIG** si sigmoïde +++ (en FID si colon droit: patient asiatiques)
    - **Fièvre**: quasi-constante / modérée (38°C) à élevée (39°C) si complications
    - **Signes digestifs**: nausées / vomissements / transit (!! normal dans 50% des cas)
    - **Iléus réflexe**: inconstant / tableau de syndrome occlusif aigu (cf [Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte.](#))
    - **Signes urinaires** (d'irritation) pollakiurie / dysurie (donc BU systématique)
- **Examen physique**

- **Prise des constantes:** température / PA-FC / FR-SpO2
- **Examen abdominal**
  - **Palpation:** douleur / **défense** / contracture / vérifier orifices herniaires (**A savoir !**)
  - **TR +++ :** recherche épanchement dans Douglas / **masse** palpable (abcès..)
- **Retentissement: recherche de complications (A savoir !)**
  - **Abcès péri-diverticulaire:** masse à la palpation / fièvre persistante sous ABT
  - **Perforation-péritonite:** contracture / matité / cri de Douglas +/- pneumopéritoine
  - **Fistule sigmoïdo-vésicale:** aspect des urines (troubles = fécès) / ECBU
  - **Occlusion intestinale (iléus):** arrêt des matières et des gaz / météorisme
  - **Hémorragie:** rectorragies +/- syndrome anémique (asthénie / pâleur)

#### Examens complémentaires

- **TDM abdomino-pelvienne injectée +/- opacification par voie basse**
  - En urgence: examen de référence en 1ère intention devant toute suspicion clinique
  - **Pour diagnostic positif (4)**
    - Présence de **diverticules** (opacifiés) = diverticulose
    - **Epaississement** pariétal (> 5mm) (et mésos) / contours flous
    - **Infiltration** (densification) de la graisse péri-diverticulaire +++
    - **Réhaussement:** prise de contraste de la paroi du diverticule = inflammation
  - **Pour recherche de complications (3)**
    - **Abcès** périsigmoïdien = masse liquidienne +/- bulles avec paroi se réhaussant
    - **Perforation** colique: bulle d'air extra-digestive d'air ou fuite de produit de contraste
    - **Fistule** colo-vésicale: air dans la vessie et opacification de la fistule puis vessie
  - **Pour éliminer des diagnostics différentiels:** pathologies uro/gynéco
- **Pour évaluation du retentissement**
  - NFS-CRP: syndrome inflammatoire / hyperleucocytose PNN
  - **Hémocultures:** rechercher une bactériémie (**A savoir !**)
  - BU-ECBU / iono-urée-créatinine
- **Bilan pré-thérapeutique**
  - Bilan pré-op: Cs anesthésie / Gpe-Rh-RAI / ECG-RTx / TP-TCA
  - !! NPO bilan du terrain: cf patient souvent âgé (diabète, CV, etc)
- **Remarque: autres examens d'imagerie**
  - **ASP:** non recommandé / rechercherait pneumopéritoine
  - **Echographie abdominale:** non recommandée en 1ère intention sauf femme jeune
  - **Coloscopie +++**
    - Formellement contre-indiquée à la phase aiguë (cf risque de perforation: **A savoir !**)
    - Mais toujours indiquée à **+6S** d'une 1ère diverticulite pour bilan étiologique

#### Diagnostiques différentiels

- **Causes digestives**
  - **CCR** surinfecté +++ (!! forme « pseudo-tumorale » sténosante de diverticulite)
  - **Colite ischémique** +++
  - Colite infectieuse (bactérienne)
  - Colite inflammatoire (MICI)
- **Causes extra-digestives de douleur abdominale**
  - **Uro-néphro:** PNA / colique néphrétique
  - **Gynéco:** torsion d'annexe / GEU / kyste

## Complications

### Abcès péri-diverticulaire

- **Clinique:**
  - Défense et douleur intense / **masse** à la palpation et au TR
  - Persistance ou aggravation du syndrome infectieux sous ABT +++
- **Paraclinique: TDM abdomino-pelvienne**
  - collection hypodense / !! non opacifiée par voie basse
  - réhaussement de la paroi après injection (coque)
  - !! si présence de bulles gazeuses = germes anaérobies

### Péritonite généralisée (cf Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.)

- **4 stades (classification de Hinchey)**
  - [diverticulite non compliquée] / I (abcès péri-colique) / II (abcès pelvien) / III (généralisée purulente) / IV (stercorale)
  - !! péritonite stercorale = complication la plus grave de la diverticulite (M = 22%)
- **Clinique: contracture** abdominale et syndrome infectieux sévère
- **Paraclinique:** pneumopéritoine + épanchement au TDM (et ASP)

### Fistule diverticulaire

- = Fistule sigmoïdo-vésicale +++ (drainage spontané du diverticule dans la vessie)
- **Clinique:** IU polymicrobiennes récidivantes / pneumaturie ou fécalurie / dysurie
- **Paraclinique:** TDM = pneumocystie (air dans vessie) / hydrosoluble dans la vessie

### Sténose et occlusion colique

- « forme pseudo-tumorale » de la diverticulite / !! rechercher le CCR quand même
- **Clinique:** syndrome occlusif progressif / masse sigmoïdienne à la palpation
- **Paraclinique:** sténose au scanner / au décours: coloscopie pour éliminer un CCR (**A savoir !**)

### Hémorragies diverticulaires (cf Hémorragie digestive.)

- cf diverticules = 1ère causes d'HD par voie basse après 50ans

### Récidives +++

- Risque de 30% à 5 ans si épisode de diverticulite non compliqué
- Si pas de récurrence à +5 ans: peu de risque de récurrence au-delà

## Traitement

### Mise en condition

- **Hospitalisation** "le plus souvent" (KB) vs "non systématique" (collège HGE)/ en urgence / en chirurgie
- Maintenir patient à **jeun** / repos strict au lit / pose VVP +/- SNG
- Arrêt médicaments (AINS, metformine..) (**A savoir !**) / Cs anesthésie

### Antibiothérapie

- Probabiliste / active contre entérobactéries et anaérobies / en parentéral / Il adapté à l'ABG
- → **Augmentin®** 3g/I en IV (ou C3G-Flagyl®) / allergie: ciprofloxacine + métronidazole
- Relais PO après 48h d'apyrexie pour **7 à 10 jours** au total

### Traitement symptomatique

- Rééquilibrage hydro-électrolytique: réhydratation NaCl 9‰ IV
- Antalgique-antipyrétique: paracétamol 4x1g IV (!! pas d'AINS)
- Antispasmodiques: spasfon PO ou IV / anti-émétiques ou SNG
- **Régime sans résidu** 1 mois à la reprise alimentaire si pas de chirurgie initiale

### Traitement chirurgical

- **En urgence** (« à chaud »):
  - **Indications: complication aiguë** : Hinchey IV, Hinchey III, Hinchey II avec abcès non drainable, occlusion
  - **Modalités:**
    - Hinchey III : lavage-drainage sous coelioscopie
    - Hinchey IV : opération de **Hartmann** par laparotomie ; en **2 temps**:
      - 1. sigmoïdectomie puis colostomie iliaque terminale avec moignon rectal laissé libre (!! NPO anapath)
      - 2. puis rétablissement de la continuité à + 3 à 6 mois
    - (ou anastomose-résection +/- stomie en 1 temps: selon conditions locales)
- **A distance** (« à froid »): à +2/3 mois
  - Pour prévention des récurrences (chirurgie prophylactique)
  - **Indications (formelles = 2)** (CC SNFGE 2007)
    - Après une poussée chez un sujet < **50ans**
    - Après une poussée avec des **SdG TDM** (abcès / fuite d'air-PdC / fistule)
    - Pas systématique même après une 2ème poussée sinon
  - **Modalités**
    - !! NPO **coloscopie** totale préalable pour rechercher un cancer colorectal (**A savoir !**)
    - coelioscopie ++ / sigmoïdectomie emportant la charnière recto-sigmoïdienne
    - NPO envoi en anapath / rétablissement par anastomose colo-rectale en **1 temps**

### Traitement des complications

- **Abcès péri-sigmoïdien**
  - **Si < 5cm:** traitement médicamenteux (ABT) suffit
  - **Si > 5cm (ou résistance à l'ABT)**
    - **Drainage** percutané sous guidage TDM (ou écho)
    - Si inefficace ou impossible: drainage chirurgical (+/- sigmoïdectomie)
- **Péritonite généralisée** (cf Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.)
  - **ABT + traitement chirurgical en urgence:**
  - **Modalités:**
    - Hinchey III : lavage-drainage sous coelioscopie
    - Hinchey IV : opération de **Hartmann** par laparotomie ; en **2 temps**:
      - 1. sigmoïdectomie puis colostomie iliaque terminale avec moignon rectal laissé libre (!! NPO anapath)
      - 2. puis rétablissement de la continuité à + 3 à 6 mois

▪ (ou anastomose-résection +/- stomie en 1 temps: selon conditions locales)

- **Fistules diverticulaires**
  - Traitement médicamenteux par ABT à chaud
  - Traitement chirurgical en 1 temps à distance (sigmoïdectomie + **excision** de la fistule)
- **Sténose colique**
  - Sigmoïdectomie si symptomatique
  - Traitement médicamenteux si asymptomatique (régression spontané à contrôler)
- **Hémorragies digestives**
  - En général, résolution spontanée après traitement médical de la diverticulite
  - Si persistance: sclérose sous endoscopie ou embolisation sélective sous TDM
  - Si échec: traitement chirurgical (colectomie segmentaire ou totale d'hémostase)

**Prévention / diverticulose**

- **!! Pas de traitement spécifique (CC SNFGE 2007)**
  - **Aucun** n'a démontré son efficacité dans la prévention de la survenue de diverticulite
- **Seulement si troubles du transit (constipation +++)**
  - Régime alimentaire riche en **fibres** / examen **physique** régulier et adapté
  - Laxatif non irritant sur de courtes périodes: ex. laxatif osmotique (Forlax®)

**Mesures associées**

- Prévention des C° de décubitus: bas de contention + **HBPM**

**Surveillance**

- **Clinique:** **transit** / constantes (**fièvre**) / **cicatrice** / mollets / douleur
- **Paraclinique:** NFS-CRP / si persistance de la fièvre sous ABT: TDM pour abcès +++

## Synthèse pour questions fermées

Quel est l'examen à réaliser avant une sigmoïdectomie à froid pour diverticulite sigmoïdienne ?

- Coloscopie

Quelles sont les 4 complications d'une diverticulite ?

- Abscesses diverticulaires  
- Péritonite généralisée  
- Fistule diverticulaire  
- Sténose colique

Quelle est la première cause de leucocyturie à la BU au cours d'une diverticulite ?

- Leucocyturie aseptique d'irritation (proximité anatomique du sigmoïde et de la vessie)