

## DIVERTICULOSE ET DIVERTICULITE

Cahier de charges du 28.11.2018

### Définition

Un diverticule colique é une hernie acquise de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers une zone de faiblesse de la paroi musculaire du colon généralement découverte fortuitement lors d'une coloscopie réalisée dans le cadre du dépistage précoce du cancer du côlon ou lors d'un examen tomodensitométrique. Peut être symptomatique ou asymptomatique.

La maladie diverticulaire est caractérisée par une diverticulose symptomatique ou cliniquement significative secondaire à une:

- **hémorragie diverticulaire** ;
- **diverticulite** (inflammation du diverticule), qui peut être aigue ou chronique, non compliquée et compliquée (abcès, sténose, fistule, perforation)
- **colite segmentaire/colite diverticulaire** (inflammation de la muqueuse entre les diverticules, sans atteinte de l'orifice diverticulaire)
- **maladie diverticulaire symptomatique non compliquée** (douleur abdominale attribué aux diverticules, sans diverticulite ni colite associée)

### Epidémiologie

Il s'agit d'une pathologie fréquente et avec l'âge, le nombre de diverticules du colon augmente. Ainsi, la prévalence des diverticules du colon chez les personnes de moins de 40 ans, est d'environ 10%. Chez les personnes de plus de 80 ans elle s'élève à 50-70%. Il est estimé qu'environ 15 à 25% des personnes ayant des diverticules vont présenter au moins un épisode de diverticulite. Sa localisation primordiale est au niveau du colon sigmoïde et colon descendant.

### Pathogenèse et facteurs de risque

La pathogenèse de la diverticulose semble être multifactorielle. L'obésité, le manque d'activité physique, la constipation et une alimentation pauvre en fibre, en conjugaison avec l'âge, semblent être des facteurs de risque pour le développement d'une diverticulose.

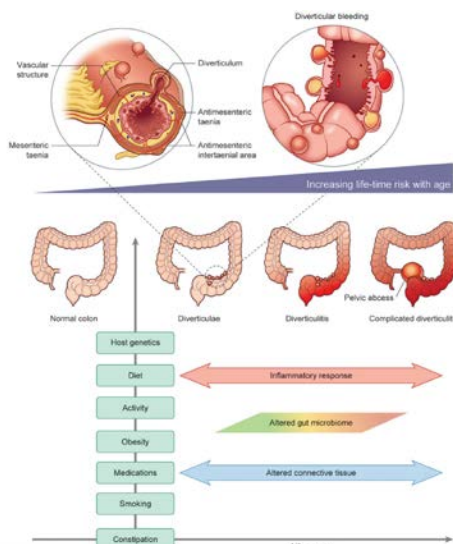


Figure 1.

Multiples facteurs qui participent dans le développement des diverticules et risque de progression au long du temps

Adapté de Soreid K, et al, Acute colonic diverticulitis : modern understanding of pathomechanisms, risk factors, disease burden ans severity. Scand J Gastroenterol 2016 Dec;51(12):1416-1422

## 1. Diverticulite

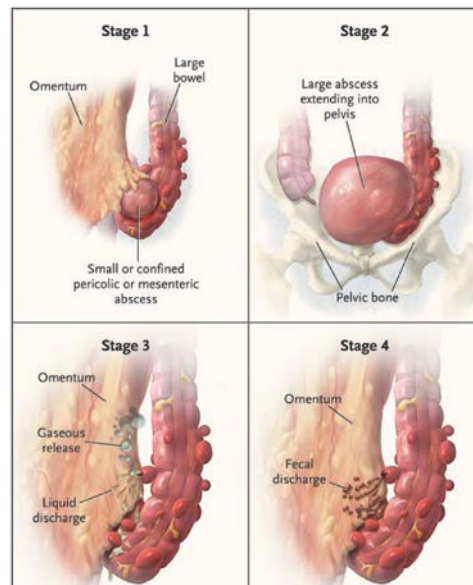
### Diagnostique clinique et classification

La présentation clinique dépend de la sévérité du processus sous-jacent et de la présence/absence de complications. Habituellement inclut un état fébrile couplé à des douleurs abdominales en fosse iliaque gauche, plus ou moins associées à un trouble du transit (diarrhée ou constipation). La présentation peut cependant être plus fruste chez les patients immunosupprimés ou les personnes âgées, rendant ainsi le diagnostic plus difficile. En plus d'une anamnèse bien étayée et d'un examen physique soigneux, la prise de sang met en évidence en général un syndrome inflammatoire plus ou moins important.

Le CT avec produit de contraste intraveineux est actuellement l'examen diagnostique de choix. Il permet de poser un diagnostic définitif, d'évaluer la sévérité de la diverticulite (présence de complications) et d'exclure d'autres diagnostics différentiels. L'ultrason reste opérateur-dépendant et peut être difficile à interpréter chez un patient avec un abdomen globuleux. En cas de péritonite sévère, un CT d'urgence est recommandé car il permet d'écartier les autres étiologies possibles. La colonoscopie n'a pas sa place lors d'une suspicion de diverticulite aiguë au vu du risque non négligeable de perforation de 1 à 2%. Elle doit être réalisée 4-6 semaines à distance du processus aigu.

### Classification de Hinchey (classification chirurgicale)

- Stage 1: abcès péricolique
- Stage 2: abcès pelvien
- Stage 3: péritonite généralisée purulente
- Stage 4: péritonite stercorale



Adapté de, Jacobs D, Diverticulitis, N Eng J Med 2007; 357:2057-66

## Prise en charge thérapeutique

### A. Diverticulite non compliquée

Une diverticulite non compliquée ne nécessite plus forcément d'une hospitalisation pour antibiothérapie intraveineuse. En effet, plusieurs études ont montré que le traitement ambulatoire était sûr et faisable. Une hospitalisation est recommandée en présence d'un ou plus des critères suivants : sepsis, microperforation, immunosuppression, EF > 39°, leucocytose significative, douleur abdominal sévère ou signes de péritonisme, âge avancée, comorbidités, ingestion per os non possible, mauvaise compliance, échec traitement en ambulatoire.

### Antibiothérapie

Le traitement habituel de la diverticulite aiguë non compliquée repose sur l'antibiothérapie afin de prévenir les complications septiques. De nouvelles études ont cependant démontré que cette dernière n'était pas forcément nécessaire (AVOD trial et DIABOLO trial) et qu'en des cas sélectionnées un traitement conservateur pourrait être adopté.

Nous préconisons un avis chirurgical en tous les cas de diverticule aiguë, compliquée et non compliquée, afin de définir la stratégie thérapeutique avec l'équipe de chirurgie viscérale.

En cas d'antibiothérapie, les schémas suivants sont recommandés :

Drug Regimen	Dosage
<b>Oral regimens for outpatients</b>	
Metronidazole and a quinolone	Metronidazole — 500 mg every 6 to 8 hr Quinolone (e.g., ciprofloxacin — 500–750 mg every 12 hr)†
Metronidazole and trimethoprim–sulfamethoxazole	Metronidazole — 500 mg every 6 to 8 hr Trimethoprim–sulfamethoxazole — 160 mg trimethoprim and 800 mg sulfamethoxazole every 12 hr†
Amoxicillin–clavulanate	Amoxicillin–clavulanate — 875 mg every 12 hr†
<b>Intravenous regimens for inpatients</b>	
Metronidazole and a quinolone	Metronidazole — 500 mg every 6 to 8 hr Quinolone (e.g., ciprofloxacin — 400 mg every 12 hr)†
Metronidazole and a third-generation cephalosporin	Metronidazole — 500 mg every 6 to 8 hr Third-generation cephalosporin (e.g., ceftriaxone — 1–2 g every 24 hr)
Beta-lactam with a beta-lactamase inhibitor	Beta-lactam with a beta-lactamase inhibitor (e.g., ampicillin–sulbactam — 3 g every 6 hr)†

\* All doses are for adults. This list is not exhaustive.

† Dose adjustment may be needed, depending on the presence and degree of renal failure.

Adapté de, Jacobs D, *Diverticulitis*, *N Eng J Med* 2007; 357:2057-66

### Prévention de la récurrence

Un régime supplémenté en fibres est recommandé comme prophylaxie de la récurrence. Concernant l'utilisation de la mesalazine, rifaximine et probiotiques, ceci n'est pas recommandé.

### Récurrence

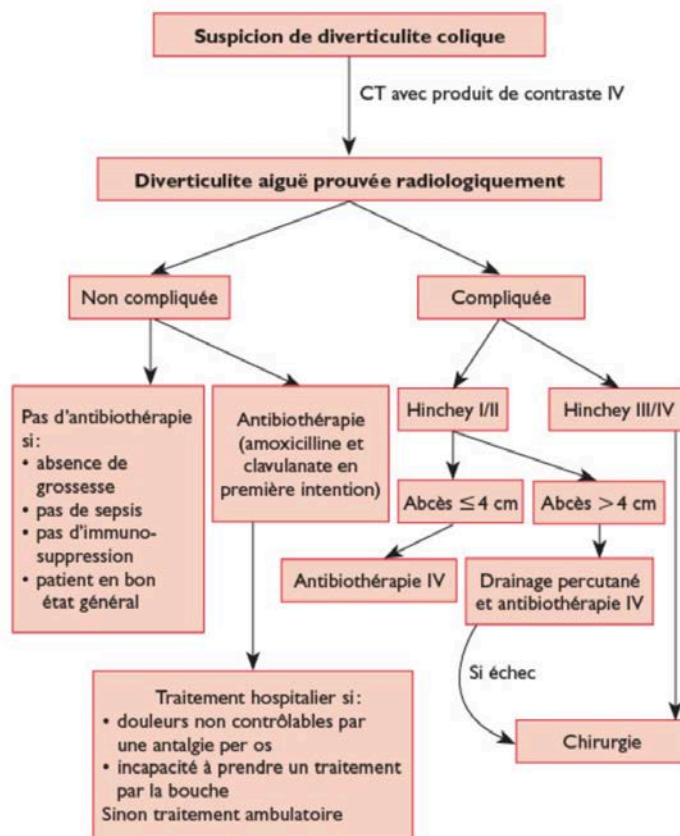
L'indication pour une résection sigmoïdienne élective doit être déterminée individuellement et avec précaution. L'intervention chirurgicale doit être évoquée chez les patients avec des symptômes digestifs

secondaires aux diverticulites récurrentes, ce qui ont plus de risque de présenter des complications ou de décéder en conséquence d'un épisode de diverticulite.

### Coloscopie de contrôle

Il est recommandé de réaliser une coloscopie 4-6 semaines de distance de l'épisode aigu afin d'écartier une néoplasie sous-jacente.

## B. Diverticulite compliquée



*Adapté de Gaetan-Romain Joliat, et al. Diverticulites sigmoïdiennes aiguës : vers un traitement de plus en plus conservateur. Rev Med Suisse 2015; Volume 11, 1717-1720*

### Fistules diverticulaires

Surviennent en < 10% des cas, le plus fréquent colo-vésicale (colo-vaginale chez les patients hystérectomisés). Le traitement est chirurgical.

### Sténoses diverticules

Régressent habituellement sous traitement antibiotique. Difficile à différencier d'une néoplasie par CT scan. Coloscopie à faire à distance de l'épisode aigu.

## 2. Hémorragie diverticulaire

La cause la plus fréquente d'hémorragie digestive basse. Souvent brutale, provoquée par érosion d'artérioles du collet ou du fond du diverticule. Cessent spontanément dans > 80% des cas. Le taux de récurrence après un 1<sup>er</sup> épisode est de 15% et après un 2<sup>ème</sup> épisode et de 50%.

Si patient instable : privilégier traitement endovasculaire avec embolisation

Si patient stable et capable de boire préparation colique : traitement endoscopique envisageable. A savoir que l'identification d'une source hémorragique reste difficile (multiples diverticules ; saignement par intermittence)

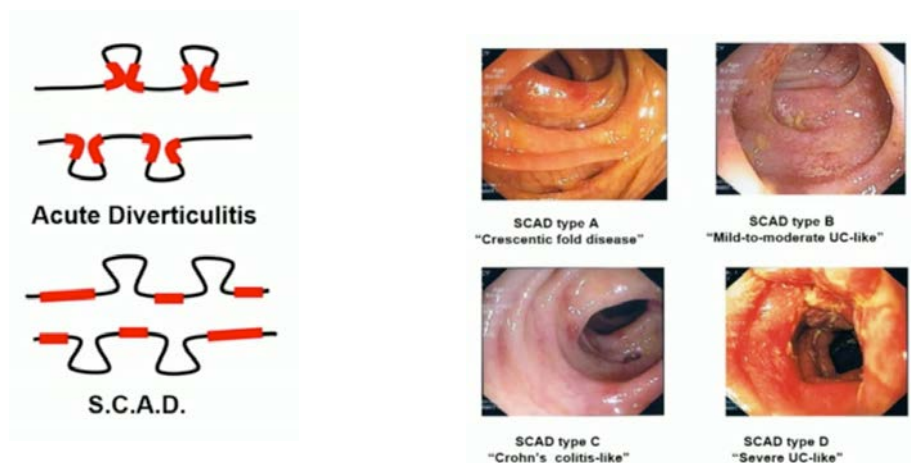
En cas d'échec, discuter prise en charge chirurgicale.

## 3. Colite segmentaire associée à la diverticulose (SCAD)

Processus inflammatoire chronique localisé au niveau de la muqueuse interdiverticulaire. Atteinte surtout des patients > 60 ans. Prévalence pas connue, estimée entre 0.26 – 3.8 % des patients avec diverticulose.

Cliniquement : hématochezie, douleurs abdominales, troubles du transit intestinal

Pas de traitement définitif (antibiotique, corticoïdes, 5-ASA)



## 4. Maladie diverticulaire symptomatique non compliquée (SUDD)

Les patients présentent des douleurs abdominales récurrentes, ballonnements et une modification du transit intestinal. Il reste difficile de faire la différence entre la SUDD et un syndrome côlon irritable. Normalement, dans la SUDD, la douleur abdominale est localisée à la FIG et est plus prolongée dans le temps (mois ou années). Le traitement reste controversé avec peu de données en faveur de l'utilisation des probiotiques, rifaximine ou mesalazine.

**Bibliographie:**

1. Sarah E Deery et al, Management of diverticulitis in 2017, J Gastrointest Surg 2017, 21 (10): 1732-1741
2. A Chabok, L Pählman, F Hjern, S Haapaniemi, K Smedh, Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. 2012 Br J Surg.
3. L Daniels Ç Ünlü N de Korte Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. Br J Surg 2017
4. Neil Stollman et al. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Management of Acute Diverticulitis. Gastroenterology 2015, Volume 149, 1944-1949
5. Gaetan-Romain Joliat, Olivier Pittet, Nicolas Demartines, Dieter Hahnloser. Diverticulites sigmoïdiennes aiguës : vers un traitement de plus en plus conservateur. Rev Med Suisse 2015; Volume 11, 1717-1720

Joana Vieira Barbosa, Médecin assistante

Maxime Robert, Chef de clinique

28.11.2018