

Diverticulite sigmoïdienne

A propos d'un cas...



LEROUX Geoffroy
Université de Brest
Service de Chirurgie viscérale
CHRU Brest

PRESENTATION

- Mr O. 57 ans
- Pas d'antécédent
- Depuis 48H:
 - Douleurs suspubienne d'apparition brutale
 - Dysurie
 - Mis sous OFLOCET devant suspicion prostatite
- Service des **Urgences** devant accentuation douleurs + syndrome fébrile

Examen clinique

- Fébrile 38,2°, hémodynamique stable
- Pas de nausées-vomissements / transit normal
- Défense FID / sus-pubien
- Pas de SFU, TR normal
- Bio:
 - Hyperleucocytose à **PNN: 26G/L**
 - **CRP 328**
 - Fibrinogène 8g/L
 - Reste du bilan dans les limites de la normale
 - BU: absence leuco/nitrites/sang

Hypothèses

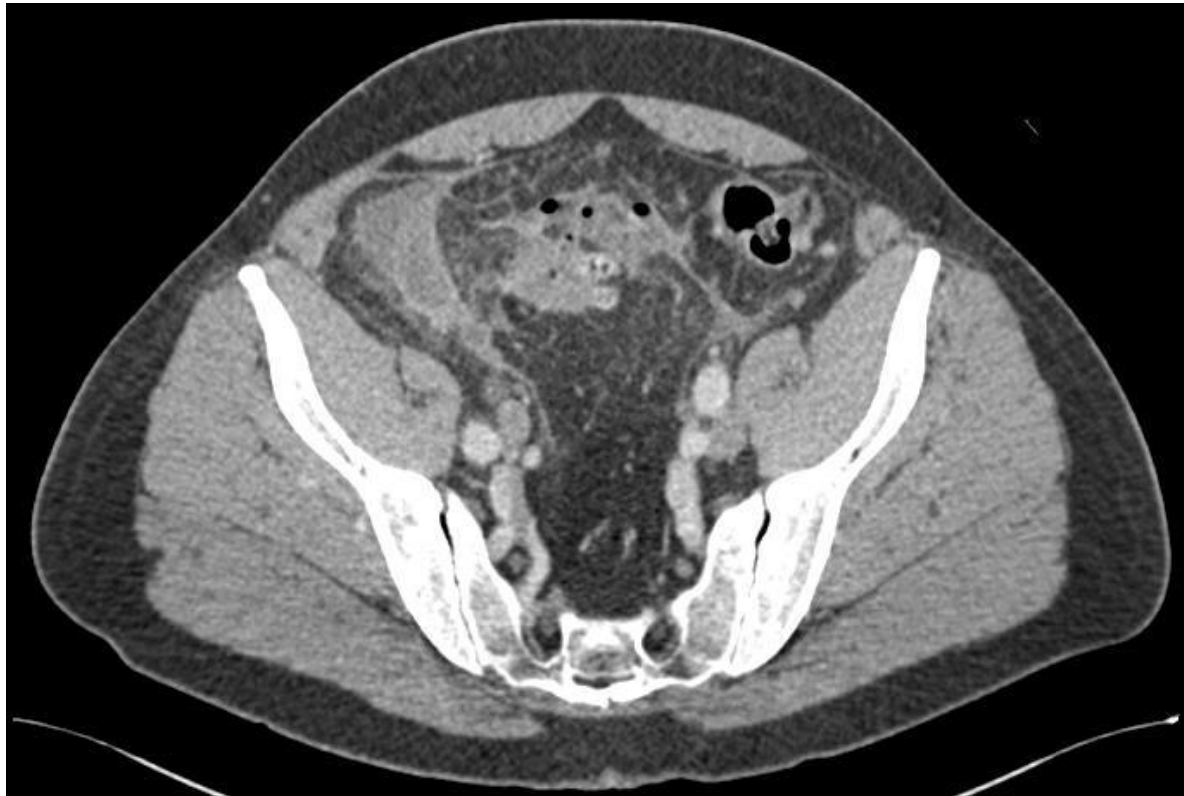
- Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques?
 - Appendicite aiguë +/- péritonite
 - Diverticulite +/- compliquée

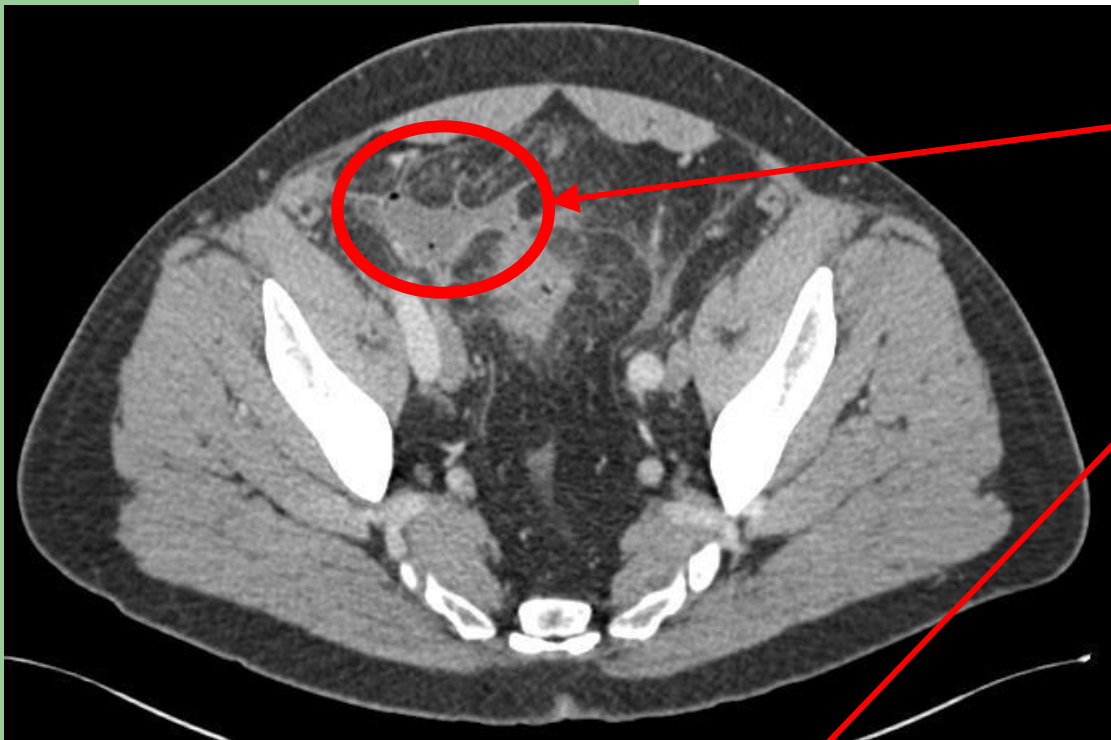
Examens complémentaires

- Quel examen d'imagerie feriez vous?
 - Aucun
 - ASP
 - Echographie abdominale
 - TDM abdominopelvienne

Examens complémentaires

- **TDM abdomino-pelvienne**

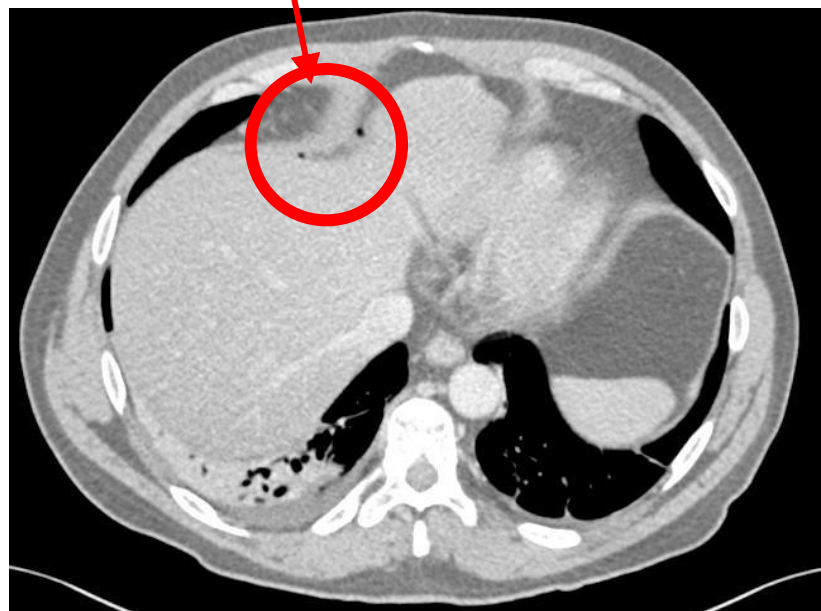
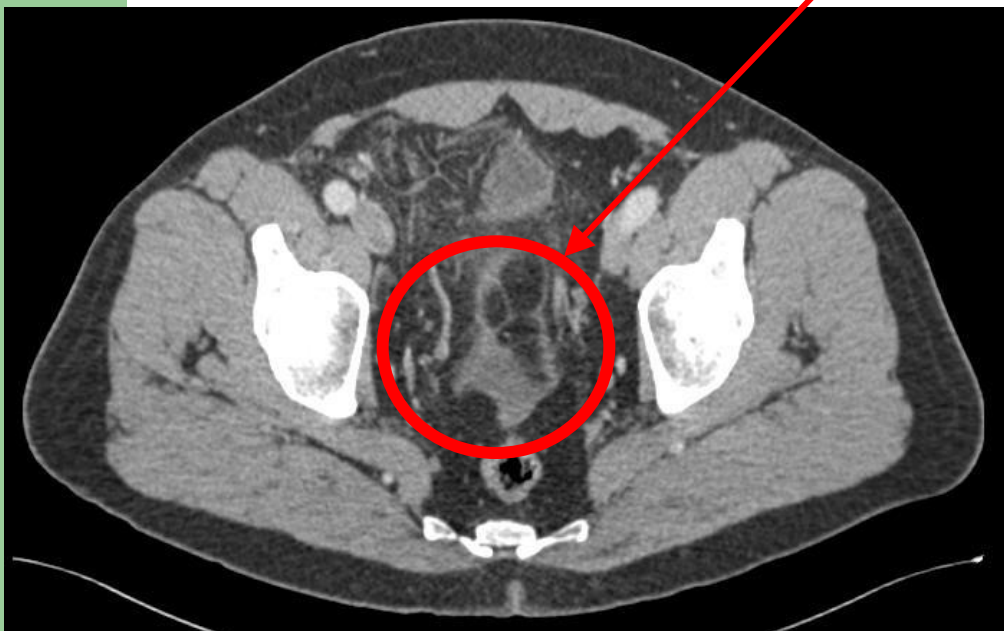




1- collection paracolique

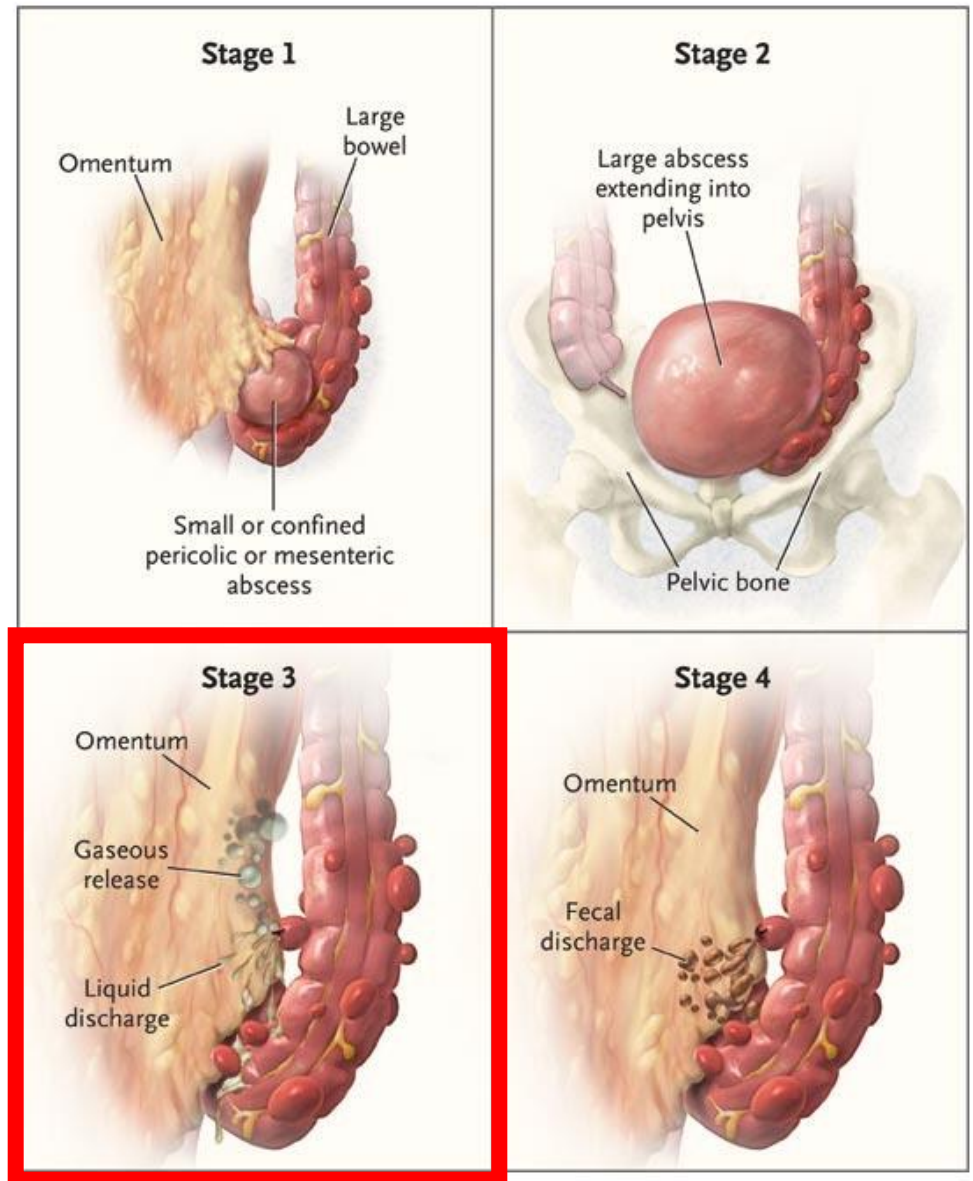
2- épanchement minime
cul de sac de Douglas

3- pneumopéritoine



Au total:

- Diverticulite sigmoïdienne compliquée
- Perforation avec pneumopéritoine
- Abscès parasigmoïdien
- Epanchement douglas
- Classée HINCHEY 3



Prise en charge?

- Prise en charge chirurgicale:
 - Lavage-drainage
 - Hartmann, resection-anastomose protégée
- Drainage radiologique percutané
- Traitement médical avec réévaluation selon clinique

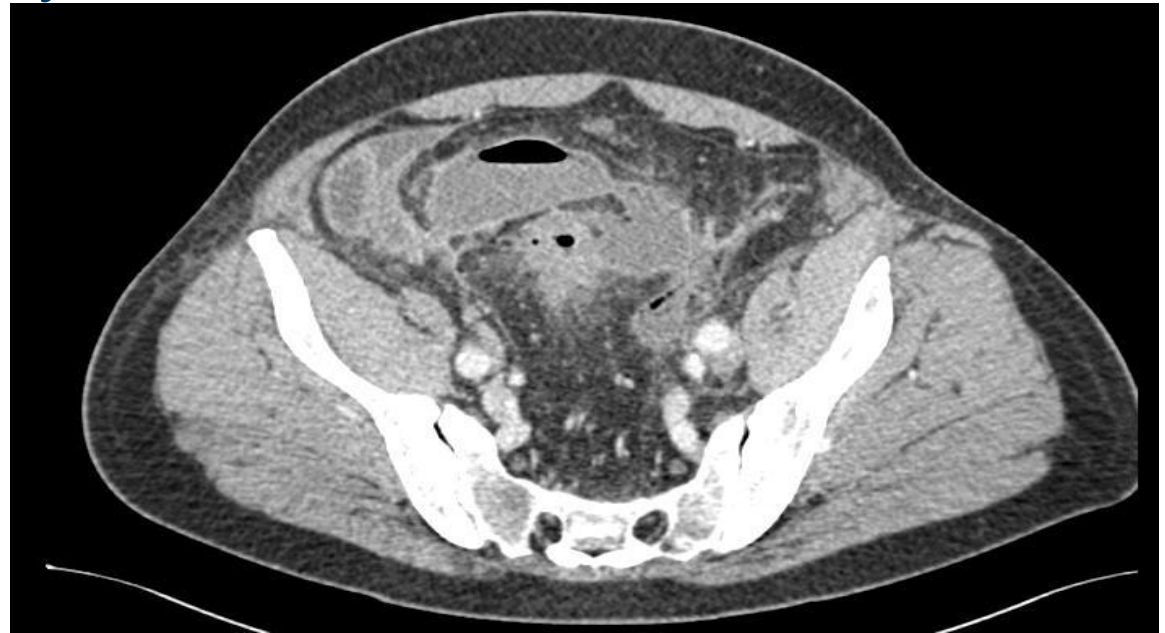
Prise en charge...

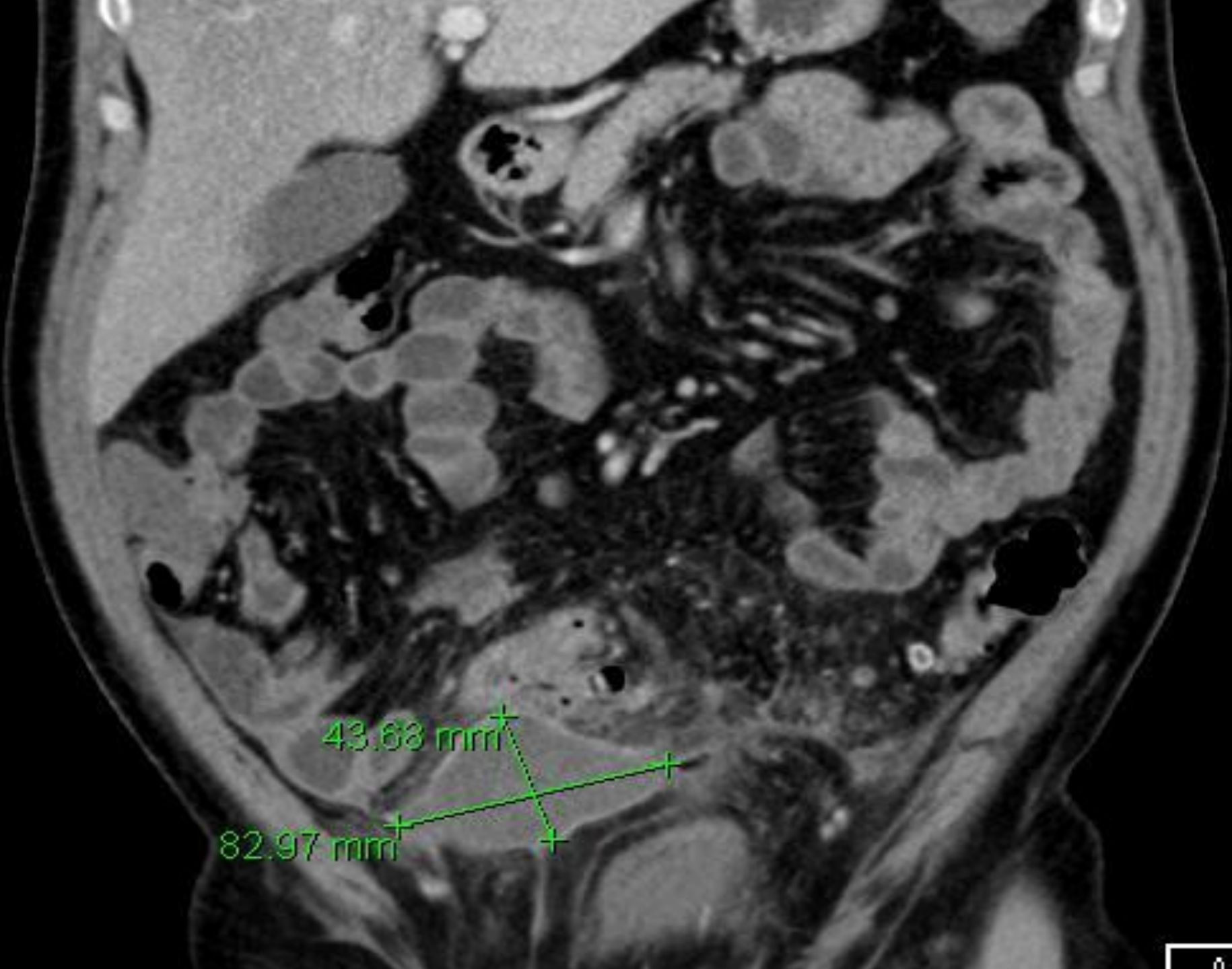
- Hospitalisation en milieu chirurgical
- Biantibiothérapie IV: C3G + Nitroimidazolé
- Mise à jeun
- surveillance

Evolution

- persistance douleur abdominale
- Réapparition syndrome fébrile J4
- Persistance syndrome inflammatoire

**Scanner de
contrôle à J5**





43.68 mm

82.97 mm



Prise en charge?

- Prise en charge chirurgicale:
 - Lavage-drainage
 - Hartmann, résection-anastomose protégée
- Drainage radiologique percutané
- Traitement médical avec adaptation de l'antibiothérapie

Drainage radiologique

- Réalisé sous contrôle scannographique et sous AL
- Mise en place drain de 10 FRENCH



Suites...

- Amélioration clinique et biologique
 - Drain donne 120cc de liquide sale par jour
 - Mais...
-
- Chute du drain à J5 de sa pose
 - Bonne tolérance clinicobiologique
 - 10cc par jour liquide purulent par orifice

Scanner de contrôle J5 chute drain



Prise en charge?

- Prise en charge chirurgicale:
 - Lavage-drainage
 - Hartmann, résection-anastomose protégée
- Drainage radiologique
- Traitement médical avec adaptation de l'antibiothérapie

Drainage radiologique

- Drain 10 french dans collection



Suites...

- Bonne évolution avec reprise alimentation sans résidus
- Drain productif 20cc liquide stercoral /jr
- Arrêt de l'antibiotherapie à J25

- **Retour à domicile à J25**

Suites...

- Pas de récurrence des collections profondes sur scanner M1 et M2
- Drain reste productif 20cc/jr stercoral: persistance fistule

Prise en charge?

- Prise en charge chirurgicale:
 - Hartmann
 - résection-anastomose +/- protégée
- Traitement médical avec reprise de l'antibiothérapie

Suites...

- BO à M3 du début des symptômes
- Résection anastomose sans stomie de protection par laparotomie
- Suites simples
- RAD à J10
- Anapath: absence de lésion tumorale

discussion

- Points forts de cette prise en charge versus chirurgie d'emblée:
 - Pas de stomie temporaire
 - Intervention programmée
 - 1 seule AG
- Points faibles:
 - Longue durée d'hospitalisation
 - Drainages itératifs
 - Nombreuses TDM

Merci de votre attention....

