

**LA COLOSCOPIE PRÉ-OPÉRATOIRE
DANS LA DIVERTICULITE SIGMOÏDIENNE**

**MÉMOIRE
du
D.E.S.C. de CHIRURGIE VISCÉRALE**

Docteur Sandrine ETIENNE

Présenté et soutenu le 23 juin 2006

INTRODUCTION

Les recommandations existent :

Rapports de l'Association Française de Chirurgie - 2000

American Society of Colon and Rectal Surgeons - 2000

European Association for Endoscopic Surgery - 1999

Et ont été rappelées :

Recommandations pour la Pratique Clinique - 20 mars 2006

Mais ... ne sont pas toujours suivies

ENQUÊTE RÉGIONALE

- Questionnaire nominatif de relevé des pratiques
- 54 chirurgiens hospitalo-universitaires de l'inter-région ouest :
 - 16 PU-PH
 - 28 PH
 - 10 CCA
- 36 réponses = 66,7%
- Analyse non stratifiée selon la fonction ni l'expérience

	ANGERS	BREST	NANTES	POITIERS	RENNES	TOURS	Total
nombre de réponses / nombre de chirurgiens	9/9	3/6	9/13	1/6	3/9	11/11	36/54
Coloscopie pré-opératoire systématique NON	6	1	0	1	0	2	10
- non utile au diagnostic	1	-	-	1	-	2	4
- absence de modification de la prise en charge	-	-	-	-	-	1	4
- absence d'association diverticulose-cancer	4	-	-	-	-	1	5
- examen invasif	2	1	-	-	-	1	4
- SAUF signes d'appel (rectorragie, antécédents familiaux, Polyadénomatoose Familiale)	4	1	-	-	-	1	6
- SAUF si doute diagnostic scannographique	2	1	-	-	-	1	4
- place du colo-scanner : diagnostic de polype et cancer	2	-	-	-	-	-	2
Coloscopie pré-opératoire systématique OUI	3	2	9	0	3	9	26
- dépistage d'un cancer associé	2	2	8	-	2	-	14
- dépistage d'un polype et/ou cancer associé	1	-	1	-	-	9	11
- prévoir une exérèse colique plus étendue	1	1	-	-	-	1	3
- éliminer une sténose	-	-	2	-	1	1	4
- confirmer le diagnostic et préciser l'étendue	-	-	2	-	2	2	6
Si coloscopie antérieure, renouvellement systématique : OUI	0	1	0	-	0	1	2
Si coloscopie antérieure, renouvellement systématique : NON	3	1	9	-	3	8	24
Si NON, antériorité acceptée :							
- < 3 mois	-	-	1	-	1	-	2
- < 1 an	-	-	4	-	-	2	6
- < 2 ans	1	-	1	-	2	3	5
- < 3 ans	1	-	1	-	-	1	3
- < 5 ans	-	1	1	-	-	-	2
- < 3 ans si ablation de polype et < 5 ans si normale	1	-	1	-	-	2	4
- < 2 ans si ablation de polype et < 5 ans si normale	-	-	-	-	-	1	1

PROBLÉMATIQUE

- 25 / 26 = 96%

Recherche d'un polype et/ou d'un cancer colo-rectal associé

- 5 / 10

Absence d'association entre cancer et diverticulose colique

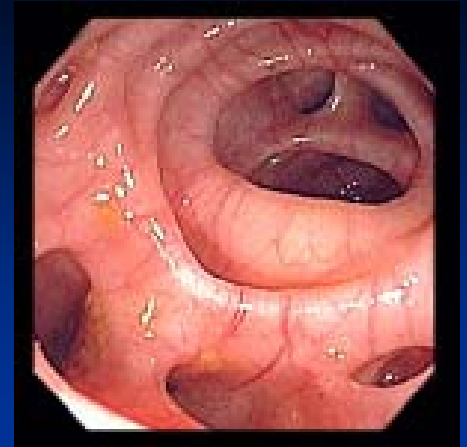
Ère de la médecine factuelle
Aucune étude dans la littérature

PROBLÉMATIQUE



Polype adénomateux

Cancer



Diverticulose

Diverticulite



NOTRE ÉTUDE

But de l'étude =

évaluer le bénéfice de la coloscopie pré-opératoire systématique avant de réaliser une sigmoïdectomie dans la prise en charge de la diverticulite sigmoïdienne

Définition du bénéfice =

- modification de l'acte chirurgical étendu au-delà de la sigmoïdectomie
- découverte de polype adénomateux et/ou de cancer colo-rectaux permettant alors d'instaurer une prise en charge thérapeutique et une surveillance

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Étude rétrospective unicentrique

Incluant tous les patients opérés « à froid » d'une diverticulite sigmoïdienne entre janvier et décembre 2005

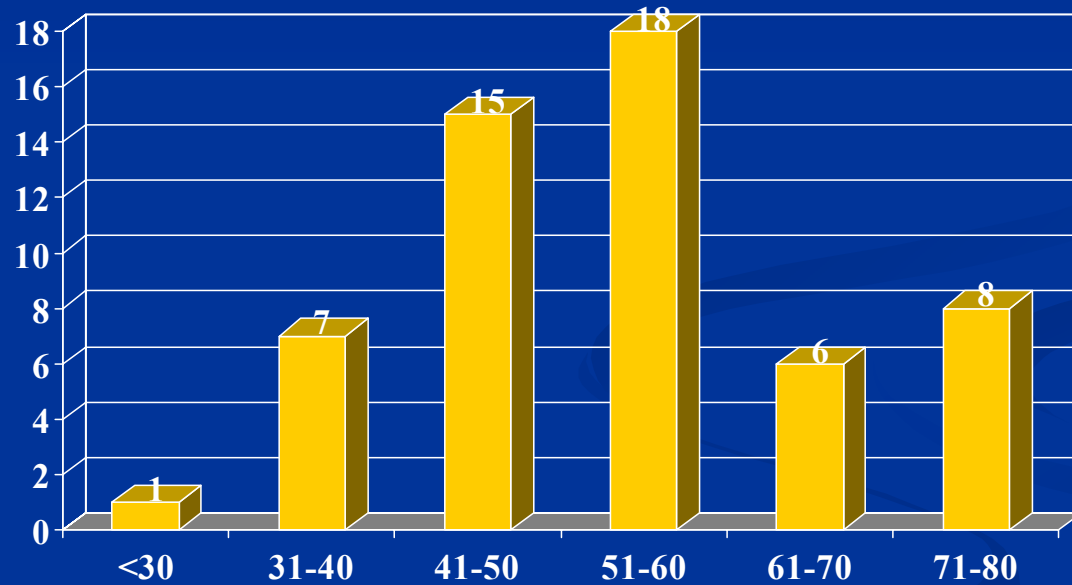
Ayant tous eu une coloscopie pré-opératoire

55 patients

ANALYSE DESCRIPTIVE

I - LE PATIENT

- 32 hommes (58,2%) - 23 femmes (41,8%)
- Âge moyen = 53,6 ans \pm 12,4



- 23 patients = 41,8% < 50 ans

- Antécédents personnel et/ou familial de polype et/ou de cancer colo-rectaux

5 patients = 9,1%

- polypes coliques chez le père d'une patiente de 54 ans
- cancer colique chez le père de deux patients de 32 et 53 ans
- cancer colique chez la mère et une tante maternelle d'une patiente de 53 ans
- cancer colique chez le père d'un patient de 54 ans ayant eu l'exérèse de polypes coliques hyperplasiques en 2001 et de polypes en dysplasie de bas grade en 2003

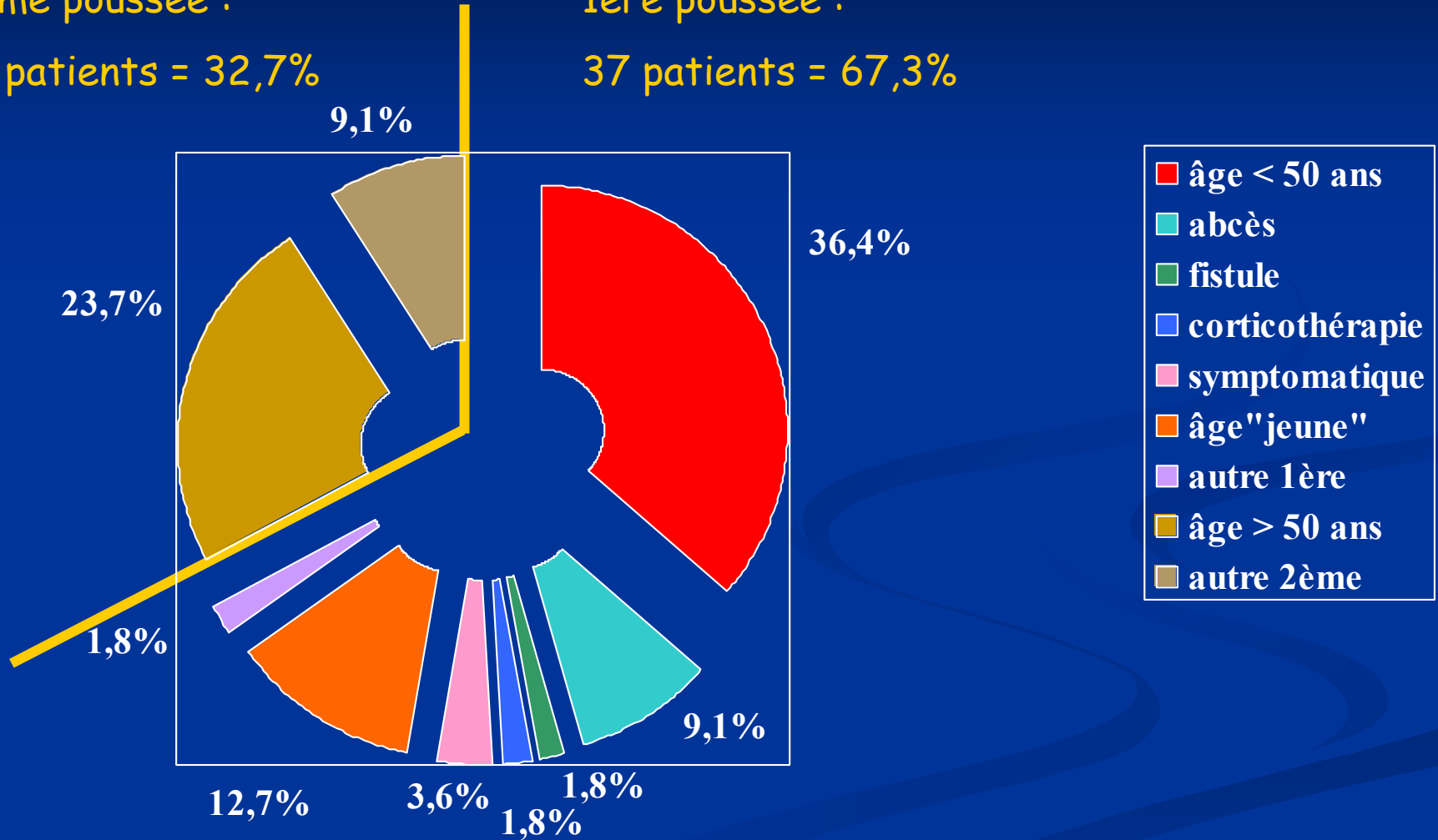
II - L'INDICATION CHIRURGICALE

2ème poussée :

18 patients = 32,7%

1ère poussée :

37 patients = 67,3%



III - LA COLOSCOPIE

- Délai moyen entre la coloscopie et l'intervention chirurgicale
9,5 mois \pm 19,3
- 46 patients = 83,6%
Coloscopie au décours de la poussée, délai moyen = 2,8 mois \pm 2,4
- Coloscopie complète chez 52 patients = 96,3%
- Préparation colique satisfaisante chez 47 patients = 90,4%
- Aucune complication
- Résultats de la coloscopie :
existence de polypes colo-rectaux chez 15 patients = 27,3%

RÉSULTATS DE LA COLOSCOPIE

Sexe âge	ATCD / degré de parenté	nombre	Localisation	Geste	hyperplasie	adénome	DBG								
♀ 54 ans	polypes / père	1	sigmoïde	E	NON	OUI	NON								
♀ 50 ans	aucun	1	sigmoïde	E	OUI	NON	NON								
♂ 74 ans	aucun	2	colon droit	B	NON	NON	OUI								
♂ 43 ans	aucun	2	rectum	E	OUI	NON	NON								
		2	colon gauche	B	OUI	NON	NON								
♂ 49 ans	aucun	2	colon gauche	E	OUI	NON	NON								
♀ 56 ans	aucun	1	rectum	E	NON	OUI	NON								
♂ 52 ans	aucun	1	sigmoïde	B	NON	NON	OUI								
		2	colon transverse	E	NON	NON	OUI								
♂ 40 ans	aucun	1	colon droit	E	NON	OUI	NON								
♀ 80 ans	aucun	1	sigmoïde	E	NON	NON	OUI								
♂ 54 ans	aucun	1	sigmoïde	E	NON	OUI	NON								
♂ 66 ans	aucun	?	rectum	B	OUI	NON	NON								
								♂ 54 ans	. CCR / père . polypes hyperplasiques et en DBG	3	rectum	B	OUI	NON	NON
										1	sigmoïde	E	OUI	NON	NON
										7	colon gauche	B	OUI	NON	NON
2	colon transverse	B + E	NON	NON	OUI										
♂ 53 ans	CCR / père	1	sigmoïde	B	OUI	NON	NON								
♀ 71 ans	aucun	1	sigmoïde	B	NON	NON	OUI								
		1	colon gauche	B	NON	OUI	NON								
♂ 41 ans	aucun	1	rectum	B	OUI	NON	NON								
		1	colon transverse	B	OUI	NON	NON								

Sexe âge	Résultats de la coloscopie				Histologie définitive de la pièce opératoire
	nombre	type	localisation	acte	
♀ 50 ans	1 polype	hyperplasie	sigmoïde	exérèse	Absence de polype
♂ 74 ans	2 polypes	DBG	colon droit	biopsie	Absence de polype
♂ 43 ans	2 polypes 2 polypes	hyperplasie hyperplasie	rectum colon gauche	exérèse biopsie	1 polype hyperplasique
♂ 49 ans	2 polypes	hyperplasie	colon gauche	exérèse	Absence de polype
♀ 56 ans	1 polype	adénome	rectum	exérèse	Absence de polype
♂ 52 ans	1 polype 2 polypes	DBG DBG	sigmoïde colon transverse	biopsie exérèse	Absence de polype
♂ 40 ans	1 polype	adénome	colon droit	exérèse	Absence de polype
♀ 80 ans	1 polype	DBG	sigmoïde	exérèse	Absence de polype
♂ 46 ans	1 polype	adénome	sigmoïde	exérèse	Absence de polype
♂ 66 ans	plusieurs polypes	hyperplasie	rectum	biopsie	Absence de polype
♀ 71 ans	1 polype 1 polype	DBG adénome	sigmoïde colon gauche	biopsie biopsie	Absence de polype
♂ 41 ans	1 polype 1 polype	hyperplasie hyperplasie	rectum colon transverse	biopsie biopsie	Absence de polype

BÉNÉFICE DE LA COLOSCOPIE

50 patients ne répondant pas aux critères de dépistage

❖ Bénéfice en terme de modification de l'acte chirurgical

= 0 / 50

❖ Bénéfice en terme de découverte de polype adénomateux et/ou en dysplasie

= 7 / 50 soit 14%

Bénéfice en terme de découverte de polype adénomateux et/ou en dysplasie et de prise en charge thérapeutique

= 4 / 50 soit 8%

3 patients > 50 ans

Bénéfice en terme de découverte de polype adénomateux et/ou en dysplasie et de surveillance

= 2 / 3 soit 66%

3 patients > 50 ans

1 / 50 dépisté mais ni traité ni surveillé

- ❖ Chez les 43 autres patients, le bénéfice en terme de modification de l'acte chirurgical et/ou de découverte de polype adénomateux et/ou en dysplasie = 0 / 50 soit dans 86% des cas

Ces patients avaient en moyenne 52 ans
et la moitié d'entre eux avaient 50 ans ou moins.

DISCUSSION

DIVERTICULITE SIGMOÏDIENNE ET BILAN PRÉ-OPÉRATOIRE

1) Aucune étude publiée évaluant l'intérêt de la coloscopie systématique dans le bilan pré-opératoire

Poster : Rétrospective - 184 patients

Fréquence des tumeurs colo-rectales

Patients opérés « à froid » après diverticulite sigmoïdienne

Groupe contrôle de patients asymptomatiques ayant une coloscopie de dépistage

	< 50 ans	> 50 ans
Prévalence du cancer colo-rectal	p = 0,9	p = 0,2
Nombre de polypes	p = 0,37	p = 0,7

2) RCP : délai de 2 mois entre la dernière poussée et l'intervention chirurgicale

Ce délai doit être utilisé pour compléter les explorations

Notre étude : délai moyen = 2,8 mois \pm 2,4

Enquête de l'AFC de 2000 : Association avec un cancer colo-rectal dans 3% des cas de la série rétrospective et dans 2% de la série prospective

Benchimol - Monographie de l'AFC 2000

Wong - Dis Colon Rectum 2000

Notre étude : aucun cancer colo-rectal détecté

Si la coloscopie est faite à moins de 6 semaines de la poussée,

elle est moins souvent complète (82% vs 100%)

et plus à risque de perforation (1/93 vs 0/76)

Sakhinini - Endoscopy 2004

Notre étude : complète dans 96 % des cas

3) Tomodensitométrie avec contraste à l'eau

Crainte de perforation

Caractère anguleux du sigmoïde

Patients âgés

Tumeurs supra-centimétriques

Prospective - 40 patients

Se = 90%

Sp = 73%

VPP = 90%

VPN = 73%

Rétrospective - 128 patients

Se = 95,5%

Sp = 93,5%

VPP = 77,8%

VPN = 98,8%

DISCUSSION

COLOSCOPIE ET MORBIDITÉ

- La morbi-mortalité de la coloscopie réalisée à but diagnostique est connue :
morbidity globale = 0,2 à 1,3%
hémorragie = 0,004 à 1% - perforation = 0,008 à 0,2%
mortalité = 0 à 0,009%
- Mais il n'existe pas d'évaluation des complications dans le cadre de la diverticulite.
Le risque de perforation ne peut pas être évalué.

Dans notre étude :

0 complication

Histologie définitive :
diverticulose non compliquée = 54,5%
diverticulite sigmoïdienne, parfois abcédée = 45,5%

DISCUSSION

LA DIVERTICULOSE EST-ELLE ASSOCIÉE AU CANCER COLO-RECTAL?

- Niveau de risque moyen = risque moyen de la population dans son ensemble
Sujets de 50 ans ou plus dans les 2 sexes

- Niveau de risque élevé
 - . Antécédents personnel et/ou familial d'adénome et/ou de cancer colo-rectaux
 - . MICI
 - . Cancer de l'ovaire, de l'endomètre, du sein

- Niveau de risque très élevé = cancers à transmission héréditaire
 - . PAF
 - . HNPCC
 - . Polypose juvénile, Sd de Peutz-Jeghers, Sd de Muir-Torre, Sd de Turcot

Recherche de facteurs de risque communs aux 2 pathologies

❖ Rétrospective - 630 patients

La diverticulose est un FDR de polype adénomateux, 64,1% vs 41,8% $p < 0,05$

La diverticulose n'est pas un FDR de cancer, 8,3% vs 7,1%, $p = NS$

Morini - Dig Liver Dis 2002

❖ Rétrospective - 9086 patients - Coloscopie de dépistage

Chez les patients ayant une diverticulose :

Incidence diminuée du cancer colo-rectal, 3,9% vs 5,7% p < 0,001

Incidence augmentée des polypes, 26,2% vs 17% p < 0,001

Loffeld - Colorectal Dis 2002

❖ Rétrospective - 1838 patients - Résultats histologiques après sigmoïdectomie comparés à des études épidémiologiques européennes

Patients opérés d'un cancer colo-rectal présentent moins souvent de diverticulose

Patients opérés après diverticulite présentent moins souvent des lésions dégénératives

Krones - Int J Colorectal 2006

→ 2 populations distinctes

DISCUSSION

COLOSCOPIE ET BÉNÉFICE

1) Bénéfice de la coloscopie dans la population générale est difficile à connaître car ce n'est pas un examen de dépistage

Prospective - 1 million de patients

Étude de coût d'un dépistage de masse

Âge à partir duquel la prévalence du cancer colo-rectal augmente

= 55 ans dans les 2 sexes

Ness - Am J Gastroenterol 2000

Dans notre étude :

âge moyen = 53,6 ans

22 patients > 55 ans

2) Appréhender la prévalence des adénomes colo-rectaux par l'étude des populations témoins, dites à risque moyen, des études évaluant les moyens diagnostiques de dépistage

❖ 1463 coloscopies complètes chez des femmes

1233 sans antécédent

- 1161 coloscopies normales = 79,4% de la population totale

- 72 cancers = 4,9% 40-49 ans : 4 = 0,3%

50-59 ans : 26 = 1,7%

60-69 ans : 23 = 1,6%

70-79 ans : 19 = 1,3%

25 cancers localisés sur le colon gauche

→ Une coloscopie courte aurait méconnu 47 localisations = 3,2%

→ Acceptable en terme de dépistage de masse

Schoenfeld - N Engl J Med 2005

Dans notre étude : 7 patients sans antécédent

3 femmes avaient des polypes, tous sur sigmoïde et rectum

3) Coloscopie courte ?

❖ 1994 patients > 50 ans

Lésions distales nature	nombre de patients (%)		DHG ou CC proximal		Risque relatif
	nombre	%	nombre	%	
absence de polype	1564	(78,4)	23	1,5 %	1,0
polype hyperplasique	201	(10,1)	8	4 %	2,6
adénome tubuleux	168	(8,4)	12	7,1 %	4,0
polype en DHG	61	(3,1)	7	11,5 %	6,7

→ risque significativement plus élevé de DHG ou cancer sur le colon proximal si existe au minimum DHG sur le colon distal

Imperiale - N Engl J Med 2000

Dans notre étude : chez les patients sans antécédent

3 adénomes ou DBG sur colon proximal dont 1 DBG associée sur sigmoïde

4 adénomes ou DBG sur colon gauche sans aucune lésion sur colon proximal

❖ 2357 patients dont 2188 > 50 ans

Lésions distales nombre de patients (%)	Cancer colique proximal	Risque relatif	Polypes proximaux en dysplasie	Risque relatif
absence de polype 1755 (80,21%)	163 (9%)	1,0	37 (2%)	1,0
polype hyperplasique 225 (10,28%)	28 (12%) p=0,2	1,3	4 (2%) p=0,7	0,9
polype en dysplasie 208 (9,51%)	62 (30%) p<0,0001	3,2	9 (4%) p=0,13	1,9

→ absence de risque significatif de cancer proximal si polypes hyperplasiques distaux

Lin - Am J Med 2005

❖ 6196 patients - mêmes conclusions

Okamoto - World J Gastroenterol 2005

CONCLUSION

But de l'étude :

Évaluer le bénéfice de la coloscopie pré-opératoire systématique avant sigmoïdectomie dans la prise en charge de la diverticulite sigmoïdienne

Critères de jugement du bénéfice :

- modification de l'acte chirurgical
- découverte de polype et/ou cancer colo-rectal associé, pour en instaurer le traitement et la surveillance

Recommandations pour la Pratique Clinique - 20 mars 2006 - SFCD :

La coloscopie est recommandée
pour explorer l'ensemble du cadre colique,
en particulier chez les sujets de plus de 50 ans,
et chez les patients à risque élevé de cancer colo-rectal.

- Ère de la médecine factuelle -
- Aucune étude dans la littérature -

Enquête régionale : Différence de pratiques

❖ Indication de la coloscopie n'est pas remise en cause chez les patients ayant des antécédents personnel et/ou familial d'adénome et/ou de cancer colo-rectaux.

5 patients dans notre étude.

❖ Si l'argument justifiant la coloscopie = confirmation du diagnostic

La tomodensitométrie abdomino-pelvienne avec injection intra-veineuse et intra-rectale de produit de contraste est un examen non invasif permettant de lever le doute du diagnostic différentiel avec le cancer colo-rectal.

Dans notre étude : diagnostic de diverticulite sigmoïdienne posé grâce à la TDM dans 100% des cas.

❖ Si l'argument justifiant la coloscopie = préciser l'étendue de la diverticulose

Ce critère ne modifie pas les principes chirurgicaux de résection sigmoïdienne devant emporter la charnière recto-sigmoïdienne.

❖ Si l'argument justifiant la coloscopie = élimination d'une sténose sigmoïdienne

Jamais retrouvée dans notre étude.

Jamais le geste n'a été modifié ni sur la longueur de résection, ni dans le choix de la voie d'abord, ni dans la technique chirurgicale.

❖ Si l'argument justifiant la coloscopie = recherche de cancer colo-rectal associé

Aucun des patients de notre étude.

Les études de dépistage du cancer colo-rectal, européennes ou américaines, n'ont jamais retrouvé d'association entre les deux pathologies.

❖ Si l'argument justifiant la coloscopie = recherche de polypes colo-rectaux

Il faut que le patient en tire un bénéfice direct de dépistage, c'est-à-dire la prise en charge thérapeutique et la surveillance.

Dans notre étude, découverte de polypes adénomateux ou en dysplasie de bas grade chez 7 patients / 50 sans antécédent

4 de ces patients ont été traités endoscopiquement

3 patients non traités dont 1 non surveillé

Au total, nous pensons que l'utilité et le bénéfice de la coloscopie à titre systématique ne sont pas établis.

Se poser la question de la réaliser après la chirurgie sur un colon moins tortueux, moins long, moins inflammatoire, moins à risque de perforation, permettant une exploration plus facile et plus complète.

- ❖ Étude multicentrique et prospective - SCVO
- ❖ Étude comparant le bénéfice de la tomodensitométrie avec contraste à l'eau et celui de la coloscopie .