

D.E.S.C de Chirurgie  
Viscérale et Digestive.

Diagnostic et traitement  
de l'hémorragie diverticulaire colique.

Séminaire inter-régional, les 5 et 6 juin 2003, à Tours.

Sandrine ETIENNE.

# INTRODUCTION

. Diverticulose colique : pathologie fréquente

10 % avant 40 ans-30 % à partir de 60 ans-50 à 60 % à 80 ans

.Complications : 20 % des cas

infectieuses

formes pseudo-tumorales et sténosantes

occlusions

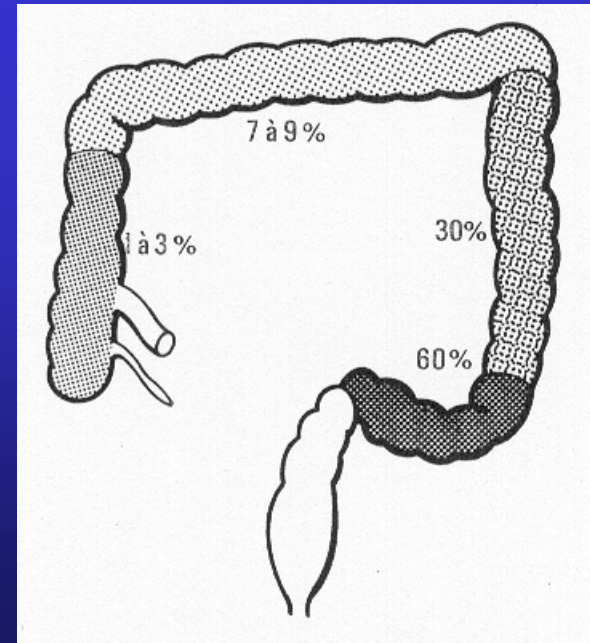
fistules

hémorragie

# PHYSIOPATHOLOGIE

- . Lésion = érosion artérielle au niveau d'une ulcération
- . Facteur mécanique = **stercolithe intra-diverticulaire**
- . Hémorragie en dehors de tout épisode infectieux ou inflammatoire
- . Rupture du vaisseau dans la lumière digestive et non dans la cavité péritonéale

## Répartition topographique :



→ 2/3 des cas = colon droit ou transverse

# TABLEAU CLINIQUE

- . Diverticulose hémorragique concerne 2 à 7 % des patients porteurs
- . Gravité dans 2 à 5 % des cas
- . âge moyen = 66 ans

1ère cause d'hémorragie digestive basse, soit 30 %

Facteurs favorisants : HTA, cardiopathie ischémique,  
anti-coagulants, AINS, diabète

Évolution imprévisible :

- 80 % cèdent spontanément
- 20 à 25 % récidivent
- 35 % nécessitent une transfusion
- 5% nécessitent une chirurgie en urgence

# DIAGNOSTIQUES DIFFERENTIELS

Proctologie 10 %

Etiologies recto-coliques: angiodysplasie 2ème cause  
tumeurs bénignes / malignes  
colites inflammatoires  
colites ischémiques

Grêle : angiodysplasie, cancer, entérites ischémiques,  
< 5 % radiques ou infectieuses, iatrogènes, Meckel

Tube digestif haut : gastrite, UGD, VO, cancer

10 %

# MOYENS DIAGNOSTIQUES

## 1- endoscopie

- \* Anuscopie et recto-sigmoïdoscopie

- \* **Coloscopie**

  - But = visualiser la lésion

  - Peu de complications = perforation de diverticules

  - Difficile si hémorragie abondante

Préparation colique : 5-6 litres, 6 à 12 heures avant

Visualise alors le site hémorragique dans > 75 % des cas

→ *Examen de 1ère intention après préparation colique*

Peut permettre un traitement

## 2- artériographie coelio-mésentérique sélective

Buts : visualiser la lésion

orienter et limiter la résection colique

Signe direct : extravasation de produit de contraste

Signes indirects / angiodyplasie, tumeur

Condition : en période hémorragique et débit  $> 0,5 - 1 \text{ ml / min}$

**Scintigraphie** : détecte des débits  $= 0,1 \text{ ml / min}$

. aux colloïdes marqués au Tc 99 m

. aux globules rouges marqués au Tc 99 m - Se = 80-98 %

Se = 80 %

Complications  $< 5 \%$  : hématome, thrombose A fémorale  
IMI, allergie, I rénale

————→ *Hémorragie active importante dont la coloscopie n'est pas réalisable ou n'a pas révélé le site hémorragique*

Peut permettre un traitement

### 3- angioscanner hélicoïdal

Progrès techniques:  
↘ épaisseur des coupes  
↗ rapidité d'acquisition

Signe direct : extravasation de produit de contraste

Signes indirects : hyperdensité spontanée de la paroi digestive  
prise de contraste de la paroi du diverticule

Détecte un débit = 0,07 ml / min

Rentabilité = 70 - 80 % si réalisé en période hémorragique

# MOYENS THERAPEUTIQUES

1- ttt conservateur = uniquement médical de réanimation

hospitalisation en USI

arrêt des anticoagulants et AINS

remplissage vasculaire, SNG

bilan de coagulation, bilan pré-transfusionnel

transfusion si besoin

Indication : sujet âgé avec ttt anticoagulant ou AINS

et avec une perte sanguine modérée et transfusion < 4 culots

43 % de récives

→ Prévoir coloscopie complète à but diagnostique  
et discuter chirurgie secondaire

## 2- siège de l'hémorragie précisé

\* ttt au cours de la coloscopie :

- . utilisation de sondes thermiques
- . injection d'épinéphrine
- . coagulation bipolaire
- . clips endoscopiques

peu de récurrences

\* ttt au cours de l'artériographie :

- embolisation de micro-coils

complication = infarctus, risque minimisé de nécrose digestive

efficacité = 90-100 %

- injection intra-artérielle de vasopressine

complications : IDM, HTA, arythmie, hyponatrémie,  
thromboses mésentériques, infarctus  
mésentériques, décès

récidives = 20 - 70 %

### 3- chirurgie en urgence

instabilité hémodynamique

#### Indications :

transfusion massive > 6-8 culots / 24 heures

persistance d'une hémorragie au-delà de 72 heures

récidive hémorragique en moins d'1 semaine

*Quel geste?*

Si le site est localisé : résection segmentaire

récidive hémorragique = 0 - 15 %

mortalité = 0 - 10 %

Si site non localisé : **Jamais de colectomie segmentaire « à l'aveugle »**

forts taux de mortalité = 30 - 50 % et de morbidité

expose à un taux de récurrence hémorragique important > 70 %

*Rappel historique : iléostomie et colostomies étagées temporaires*

*peu efficaces, risques septiques, récurrences. Donc non recommandés*

Idéal = **coloscopie per-opératoire +/- FOGD +/- entérocopie**  
mais techniquement difficile à mettre en place

. Si localisation : résection segmentaire

. Sinon : **Colectomie totale avec anastomose iléo-rectale**

Récurrences < 8 %

Mortalité = 0 - 40 %

# DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

*La REANIMATION prime sur les examens diagnostiques*

1- si le patient est stable :

Recto-sigmoïdoscopie

Coloscopie après préparation colique, dans les 6 à 12 heures

Chirurgie « à froid » de résection segmentaire :

sigmoïdienne / colectomie droite

plutôt indiquée au 2ème épisode mais absence de consensus

2- si le patient est instable :

Artériographie +/- embolisation ou vasopressine

Ou TDM

Chirurgie d'hémostase après TDM ou si échec de l'artériographie

# CONCLUSION

Pathologie non exceptionnelle

Potentiellement grave

Dont l'évolution spontanée est fréquemment favorable

Prise en charge diagnostique et thérapeutique difficile

*Se hâter d'opérer, c'est risquer une colectomie segmentaire inutile ou une colectomie totale démesurée*

# BIBLIOGRAPHIE

\* Rôle de l'imagerie dans les hémorragies digestives basses

Errera. Feuillet de radiologie , 2002

\* Diagnosis and treatment of bleeding colonic diverticula

Koperna. Hepatogastroenterology, 2001

\* Endoscopic therapy of acute diverticular hemorrhage

Bloomfeld. Am J Gastroenterol, 2001

\* Urgent colonoscopy for the diagnosis and treatment of severe diverticular hemorrhage

Jensen. N Engl J Med, 2000

\* Journées francophones de pathologie digestive

Lesage. Mars 1999

\* Lower gastrointestinal bleeding

Venerva. Dis colon rectum, 1997