

Traitement de la diverticulite sigmoïdienne et évolution

Olivier Bréhant

CHU ANGERS

Réunion DESC-SCVO Tours 5-6 juin 2003

Diverticulite sigmoïdienne

- Infection d'un ou plusieurs diverticules sigmoïdiens
- 10 à 25% des diverticuloses

Parks et al, *Clin Gastroenterol* 1975 ; 4 : 53-69

- Définition clinique, biologique, imagerie

Traitement

- OBJECTIFS

- Court terme
- Moyen et long termes

- PRINCIPES

- Médical
- Chirurgical

Traitement médical

- Ambulatoire ou hospitalisation
- Repos digestif
- Équilibration hydro-électrolytique
- Antalgiques
- ANTIBIOTHERAPIE

Traitement médical

- Ambulatoire ou hospitalisation
- Repos digestif
- Équilibration hydro-électrolytique
- Antalgiques
- ANTIBIOTHERAPIE

Traitement médical

- Ambulatoire
 - Signes cliniques peu inquiétants
 - Pas d'irritation péritonéale
 - Possibilité d'équilibration hydro-électrolytique
- Hospitalisation
 - Tous les autres cas

Traitement médical

- Ambulatoire ou hospitalisation
- Repos digestif
- Équilibration hydro-électrolytique
- Antalgiques
- ANTIBIOTHERAPIE

Traitement médical

- Ambulatoire ou hospitalisation
- Repos digestif
- Équilibration hydro-électrolytique
- **Antalgiques**
- ANTIBIOTHERAPIE

Traitement médical

- Ambulatoire ou hospitalisation
- Repos digestif
- Équilibration hydro-électrolytique
- Antalgiques
- **ANTIBIOTHERAPIE**

Antibiothérapie

- À large spectre
- Adaptée à l'écologie bactérienne du sigmoïde
 - Gram négatifs : *E. Coli*
 - Anaérobies : *B. Fragilis*
- IV 3 jours puis relais per os
- Durée totale 7 à 10 jours
- Variabilité des choix selon médecins

Antibiothérapie

	Anaérobies	Entérobactéries
Amox + IBL	S	IS/R
Pipéra + IBL	S	S/IS
Céfoxitine	S/IS	S/IS
C3G	R	S/IS
Métronidazole	S	R
Carbapénème	S	S
Fluroquinolones	R	S/IS
Clindamycine	S/IS	R
Gentamycine	R	S

D'après les données du Comité de l'antibiogramme, 1999

Antibiothérapie

	Anaérobies	Entérobactéries
Amox + IBL	S	IS/R
Pipéra + IBL	S	S/IS
Céfoxitine	S/IS	S/IS
C3G	R	S/IS
Métronidazole	S	R
Carbapénème	S	S
Fluroquinolones	R	S/IS
Clindamycine	S/IS	R
Gentamycine	R	S

Antibiothérapie

	Anaérobies	Entérobactéries
Amox + IBL	S	IS/R
Pipéra + IBL	S	S/IS
Céfoxitine	S/IS	S/IS
C3G	R	S/IS
Métronidazole	S	R
Carbapénème	S	S
Fluroquinolones	R	S/IS
Clindamycine	S/IS	R
Gentamycine	R	S

Evolution



Evolution

- Complications
 - Abscès 39%
 - Perforation 36%
 - Sténose 14%
 - Hémorragie 8%
 - Fistule 3%

Evolution

- Récidive après 1 poussée : 7 à 45%
- Complications plus fréquentes : 60%

Farmakis et al, *Br J Surg* 1994 ; 81 : 733-735

- Diminution de la réponse au traitement

Parks et al, *Br J Surg* 1970 ; 57 : 775-778

- Recommandation d'un traitement chirurgical après 2 poussées non compliquées

Wong et al, *Dis Colon Rectum* 2000 ; 43(3) : 290-295

Traitement chirurgical

RESECTION SIGMOÏDIENNE AVEC
RETABLISSEMENT DE LA
CONTINUITE EN UN TEMPS

Traitement chirurgical

CONSENSUS

- Résection segment pathologique
- Emportant charnière rectosigmoïdienne

Traitement chirurgical

- LAPAROTOMIE ou LAPAROSCOPIE ?
 - Pas d'étude prospective randomisée publiée
 - Etudes actuelles comparables

Cas particuliers

- SUJETS JEUNES < 40 ANS
 - 2-5% des patients
 - Complications et récurrence plus fréquentes
 - Chir après 1 poussée
 - Discuté...

Ambrosetti et al, *Surgery* 1994 ; 115 : 546-550

Farmakis et al, *Br J Surg* 1994 ; 81 : 733-735

Vignati et al, *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 627-629

Cas particuliers

DIVERTICULITE APRES RESECTION

– 4-12% selon les séries

Benn et al, *Am J Surg* 1986 ; 151 : 269-271

Intérêt de la
résection de la charnière recto-sigmoïdienne

Thaler et al, *Dis Colon Rectum* 2003 ; 46(3) : 385-388

Conclusion

- Le traitement initial de la diverticulite non compliquée est médical avec essentiellement une antibiothérapie contre les entérobactéries Gram négatif et les anaérobies.
- Après une poussée non compliquée, l'indication opératoire électorale n'est retenue que chez les jeunes de moins de 40 ans et les immunodéprimés.
- Après deux poussées non compliquées documentées, l'indication opératoire est formelle.

Conclusion

- La sigmoïdectomie éleative a une mortalité de 1% et une morbidité de 10% environ. La récive survient dans plus de 5% des cas et est essentiellement liée à une résection insuffisante.
- La voie laparoscopique est une option séduisante cependant sa validité définitive reste à démontrer par des études prospectives randomisées.

Bibliographie

- Parks et al, The outcome of 455 patients admitted for treatment of diverticular disease, *Br J Surg* 1970 ; 57 : 775-778
- Parks et al, Natural history of diverticular disease of the colon, a 20th century problem, *Clin Gastroenterol* 1975 ; 4 : 53-69
- Benn et al, Level of anastomosis and recurrent colonic diverticulitis, *Am J Surg* 1986 ; 151 : 269-271
- Farmakis et al, The 5 year natural history of complicated diverticular disease, *Br J Surg* 1994 ; 81 : 733-735
- Ambrosetti et al, Acute left colonic diverticulitis : a prospective analysis of 226 consecutive cases, *Surgery* 1994 ; 115 : 546-550
- Roberts et al, The standard task force, ASCRS, *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 125-132
- Vignati et al, Long-term management of diverticulitis in young patients, *Dis Colon Rectum* 1995 ; 38 : 627-629

Bibliographie

- Makela et al, Natural history of diverticular disease : when to operate?, *Dis Colon Rectum* 1998 ; 41 : 1523-1528
- Köhler et al, Diagnosis and treatment of diverticular disease, *Surg Endosc* 1999 ; 13 : 430-436
- Schechter et al, Management of uncomplicated acute diverticulitis. Results of a survey , *Dis Colon Rectum* 1999
- Lehur et al, Sigmöidite diverticulaire : coelio or not coelio?, *Gastroenterol Clin Biol* 2000 ; 24 : 187-188
- Wong et al, Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis, *Dis Colon Rectum* 2000 ; 43(3) : 290-295
- Thaler et al, Determinants of recurrence after sigmoid resection for uncomplicated diverticulitis, *Dis Colon Rectum* 2003 ; 46(3) : 385-388