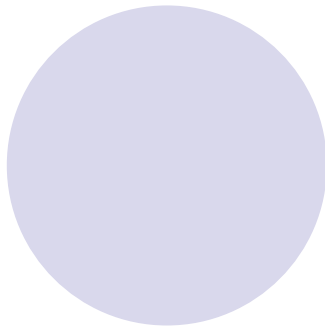
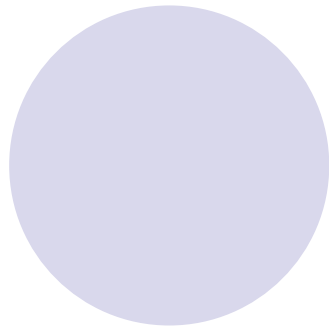


Traitement des complications aigues de la diverticulite



16-17/06/09

M.Soule

DESC Tours

Généralités

- Incidence

- Diverticulose en augmentation

↑ Espérance de vie, modif régime alimentaire, amélioration de l'imagerie

- Complications 95% infectieuses, 5% hémorragique

Abcès, péritonite, fistules

- Recommandations 2007 HAS-SNFGE

- Éléments clés

1. **Etat général** du patient: co morbidité

2. **Classification de Hinchey**

-Établie pour les péritonites diverticulaires en 1978

-Valeur pronostique de mortalité

Nespoli et Al Arch Surg 93

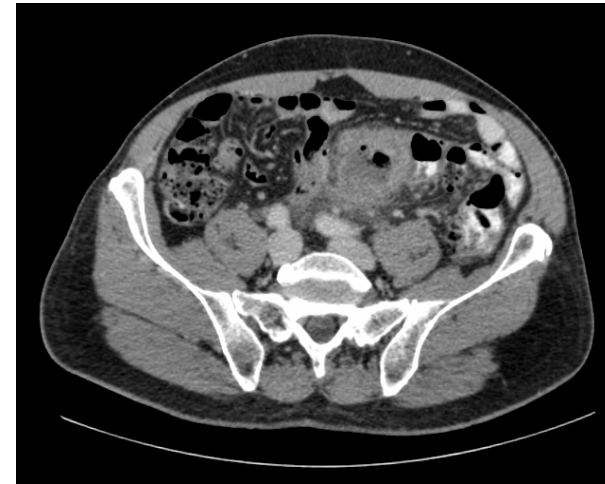
3. score de **Mannheim**: non spécifique

Classification de *Hinchey* (% mortalité)

- Stade I: Phlegmon ou abcès péricolique (0%)
- Stade II: Abcès abdominal, rétropéritonéal ou pelvien (4,1%)
- Stade III: péritonite purulente généralisée (20,3%)
- Stade IV: péritonite stercorale (45,1%)

Classification de *Hinchey* (% mortalité)

Stade I phlegmon ou abcès péricolique (0%)



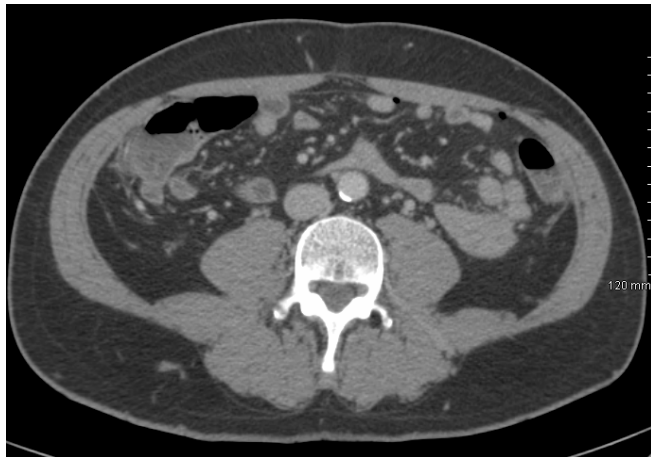
Classification de *Hinchey* (% mortalité)

Stade II abcès abdominal, rétropéritonéal ou pelvien (4.1%)



Classification de *Hinchey* (% mortalité)

Stade III péritonite purulente généralisée (20.3%)



Score de *Mannheim*

- Péritonite
 - Purulente 6 pts
 - Stercorale 12 pts
- Age >50 ans 12 pts
- Sexe féminin 5 pts
- Cancer 4 pts
- Péritonite généralisée 6 pts
- Péritonite >24h 4 pts
- Origine non colique sepsis 4 pts
- Epanchement péritonéal
 - Séreux 0 pts
 - Purulent 6 pts
 - Fécal 12 pts
- Défaillance d'organe 7 pts

Score établi en 1987

Prédictif de mortalité par
péritonite

Validé dans la diverticulite en
1994 sur 2003 patients

Mortalité significative **limite 21**

2,3% si <21

22,5% si entre 21 et 29

59,1% si >29

Diagnostic *complication infectieuse*

- Suspicion clinico-biologique
- TDM abdomino-pelvienne avec injection de PdC
 - Dg positif, de gravité, différentiel
 - ± opacification digestive basse
 - Sensibilité-Spécificité >95%

Possibilités thérapeutiques

- Médicale
 - ATB
 - Surveillance
- Radiologique *drainage percutané*
- Chirurgicale
 - *Drainage*: lavage drainage coelio
 - *Dérivation digestive*: stomie simple
 - *Résection sigmoïdienne*
 - Initale ou différée
 - Anastomose immédiate ou différée
 - Stomie de protection ou non

Fistule colique



- Histoire naturelle
 - Surviennent dans moins de 10% des cas
 - Le plus souvent colovésicale
- Recommandations en cas de fistule sigmoïdovésicale
 - Ttt chirurgical: résection-anastomose en 1 temps
 - Voie laparoscopique possible

Pas de recommandations spécifiques pour les autres types de fistules

Problématiques



- Péritonite localisée = abcès, Hinchey I et II
 - Traitement faiblement invasif efficace
 - Permettant un ttt chirurgical radical ultérieur
- Péritonite généralisée = Hinchey III et IV
 1. Résection sigmoïdienne délai par rapport à la péritonite
 2. Rétablissement de continuité
 - Anastomose: dans contexte septique
 - Hartmann: morbi-mortalité, difficulté technique
 3. Lavage drainage par coelio

Abcès: Hinchey I et II

- 25 % des diverticulites
- **Facteurs du choix thérapeutique** (série de 2000 N=420)
 1. Localisation: paroi colique ou mésocolon
 2. Taille <5 cm

Ttt médical uniquement

Ambrosetti 2000 Dis Colon Rectum

- **Drainage sous guidage d'imagerie** (écho,TDM)
 - Efficacité >80%
 - Indication: péritonite localisée (H I/II) abcès > 5cm
 - *Limite*: fistule colique observée dans 40% cas
 - Modalité de surveillance non établie

Recommandations HAS 2007

- Hinchey I

- Ttt médical
- Drainage sous guidage de l'imagerie
- *Si échec*: ttt chirurgical

Résection anastomose éventuellement protégée par une stomie
Voie laparoscopique possible

- Hinchey II

Drainage sous guidage d'imagerie *abcès >5cm* gd axe
avec prélèvement microbiologique

- Si efficace résection-anastomose à froid à distance
- Si échec ou impossibilité: ttt chirurgical immédiat
Résection-anastomose ± stomie de protection

Résection sigmoïdienne initiale ou différée ?



Laparotomie (2 études randomisées contradictoires)

- *Kronborg* 1993 unicentrique (N=64)
Suture perforation colique+ colostomie transverse Vs résection sigmoïdienne initiale
- *Zeitoun* 2000 multicentrique (N=105)
Résection initiale ↓° péritonite post op, nbre de réinterventions, nbre jours hospi

Résection sigmoïdienne

- initiale par laparotomie (démontrer)
- place lavage drainage par coelio

Résection initiale *Anastomose* ?

- Hartmann

- fermeture du moignon rectal, colostomie iliaque G
- rétablissement dans second temps
- Mortalité 20%, 1/3 jamais rétabli, 4% fistule

Salem Dis Colon Rectum 2004

- Anastomose

- dans un contexte septique
- Mortalité 10%, 14% fistule anastomotique
- Diminution du taux de fistules:
 - stomie de protection (fermeture par voie élective)
 - lavage colique per-op

péritonite purulente plutôt en faveur anastomose

péritonite stercorale ne permet pas de trancher

Lavage drainage par coelioscopie

- *Avantages*

- *Ttt conservateur alternatif (vs chirurgie radicale en urgence) durée moyenne de séjour 10 j*
- *Abord mini-invasif*
- *Efficacité tx échec <5%*
- *Morbidité 15%, mortalité 0%*
- *Ne complique pas le geste à froid*

Bretagnol 2008 J Am Coll Surg
Myers 2008 Br J Surg

- *Inconvénients*

- *Étude de faible puissance*
- *Peu de malade Hinchey IV*
- *Méconnaissance de tumeurs perforées*

Lavage drainage par coelioscopie

- *Technique*

- **Ne pas:** trop libérer les adhérences pelviennes, décroisonner le pelvis (en l'absence d'abcès), rechercher la perforation
- **Si** perforation visible: suture simple
- Drainage aspiratif dans le pelvis

- *Indications*

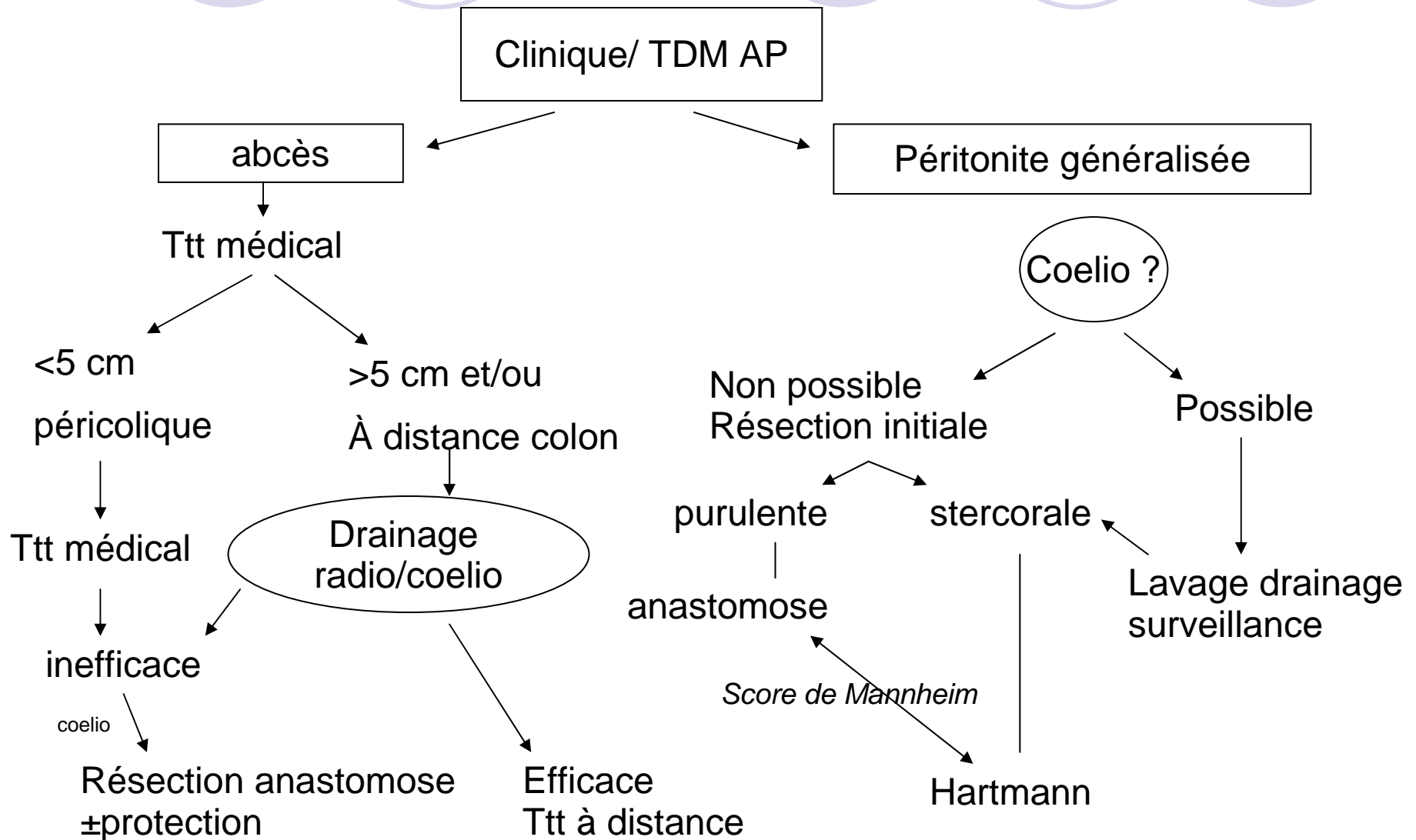
- Échec de drainage radio d'abcès pelvien
- Péritonite purulente généralisée

→ *Nécessité de confirmation des données par des études de forte puissance*

Recommandations HAS 2007

- Hinchey III: purulente
 - Réaliser une *résection sigmoïdienne* plutôt qu'une stomie de dérivation
 - Choix entre résection-anastomose Vs Hartmann selon les *conditions locales et générales* du patient
- Hinchey IV: stercorale Intérêt du *score de Mannheim*
Évaluation des *conditions locales et générales*
 - *Hartmann*=référence
 - Possibilité de résection-anastomose protégée par une stomie en fonction des *conditions locales et générales*
- Place de la coelioscopie
 - lavage drainage possible, en cas de péritonite purulente, permettant une résection-anastomose secondaire dans des conditions électives

Arbre décisionnel



Bibliographie

- *Hinchey et al* Treatment of perforated diverticular disease of the colon *Adv Surg* 1978;12:85-109
- *Mabrut et al* RPC Prise en charge thérapeutique des formes compliquées de la diverticulite sigmoïdienne *Gastroentrol Clin Biol* 2007;31:3S27-3S33
- *Nespoli et al* The choice of surgical procedure for peritonitis due to colonic perforation *Arch Surg* 1993;128:814-8
- *Kronborg* Treatment of perforated sigmoid diverticulitis: a prospective randomized trial *Br J Surg* 1993; 80:505-7
- *Zeitoun et al* Multicentre, randomized trial of primary versus secondary sigmoid resection in generalized peritonitis complicating sigmoid diverticulitis *Br J Surg* 2000;87:1366-1374
- *Abbas* Resection and primary anastomosis in acute complicated diverticulitis, a systematic review of the literature *Int J Colorectal Dis* 2007;22:351-357
- *Salem et al* Primary anastomosis or Hartmann's procedure for patient with diverticular peritonitis? A systematic review *Dis Colon Rectum* 2004;47:153-64
- *Ambrosetti et al* acute left colonic diverticulitis: compared performance of computed tomography and water-soluble contrast enema. Prospective evaluation of 420 patients *Dis Colon Rectum* 2000; 43:1363-7
- *Constantinides VA et al* Primary resection with anastomosis versus Hartmann's procedure in non-elective surgery for acute colonic diverticulitis: a systematic review *Dis colon rectum* 2006;49:966-981
- *Myers et al* Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis *Br J Surg* 2008;95:97-101
- *Bretagnol* Emergency laparoscopic management of perforated sigmoid diverticulitis: a promising alternative to more radical procedures *J Am Coll Surg* 2008;206:654-657
- *Franklin et al* Long-term experience with the laparoscopic approach to perforated diverticulitis plus generalized peritonitis *World J Surg* 2008;32:1507-1511