

# Traitement des diverticulites sigmoïdiennes compliquées par laparoscopie

Expérience de Tours  
DESC-SCVO juin 2006  
Darquiès julien


# Introduction

## ● La diverticulose colique en quelques chiffres...

- 60% population de plus de 75 ans.
- 20 à 30 % symptomatique;

## ● Traitement médical efficace mais ...

- Chirurgical dans 10% des cas

 intervention de Hartman .  
résection-anastomose protégée  
(lavage colique per-opératoire).

# traitement chirurgical des diverticulites compliquées

## Référentiel AFC

### ● Intervention de Hartman:

#### ■ Intérêt :

- Intervention de référence : supprime l'agent causal et permet le drainage de la péritonite.
- Intervention de sauvetage ( patient moribond , état de choc septique , péritonite Hinchey IV).

#### ■ Mais:

- Grevée d'une morbi-mortalité importante à la phase aigüe.
- Rétablissement de la continuité digestive difficile.

Le Néel Ann Chir 2000

# Référentiel AFC 2005

● Résection-anastomose avec iléostomie de protection et lavage colique per-opératoire:

■ Intérêt :

● supprime l'agent causal.

● Morbidité plus faible si dérivation digestive.

● rétabli la continuité digestive colo-colique.

■ mais :

● Stomie temporaire : rétablissement secondaire.

● Inaccessible à un traitement par coelioscopie .

# Coelioscopie et diverticulite compliquée en théorie...

## ● Avantages:

- abord mini-invasif .
- durée d'hospitalisation , consommation d'antalgique reprise d'activité ...
- **Absence de dérivation digestive**
- permet un traitement à froid avec les mêmes avantages.

## ● Inconvénients :

- Ne supprime pas le foyer infectieux (morbidité).
- Peut méconnaître un cancer perforé.

# Dans la littérature...

- Peu d'études , souvent anecdotiques
- O'sullivan GC AMJ Surg 1996
  - 8 patients; mortalité nulle , morbidité nulle, absence de traitement secondaire.
- Faranda C Surg Endosc 2001
  - 18 patients ; mortalité nulle , morbidité 15%
  - 14 traitements à froid. 1 conversion .
- DA Rold AR Chir Ital 2004
  - 7 patients ; faisabilité des techniques d'encollage des perforations diverticulaires .

# Expérience de Tours

- De 1997 à 2005.
- Étude rétrospective .
- **But** : faisabilité et intérêt d'un traitement laparoscopique en deux temps dans la prise en charge des diverticulites sigmoïdiennes compliquées.
- Patients : 21
- Critères d'inclusion:
  - Tout patient suspect de diverticulite sigmoïdienne compliquée clinique , biologique et radiologique traitée en urgence par laparoscopie.

# Patients

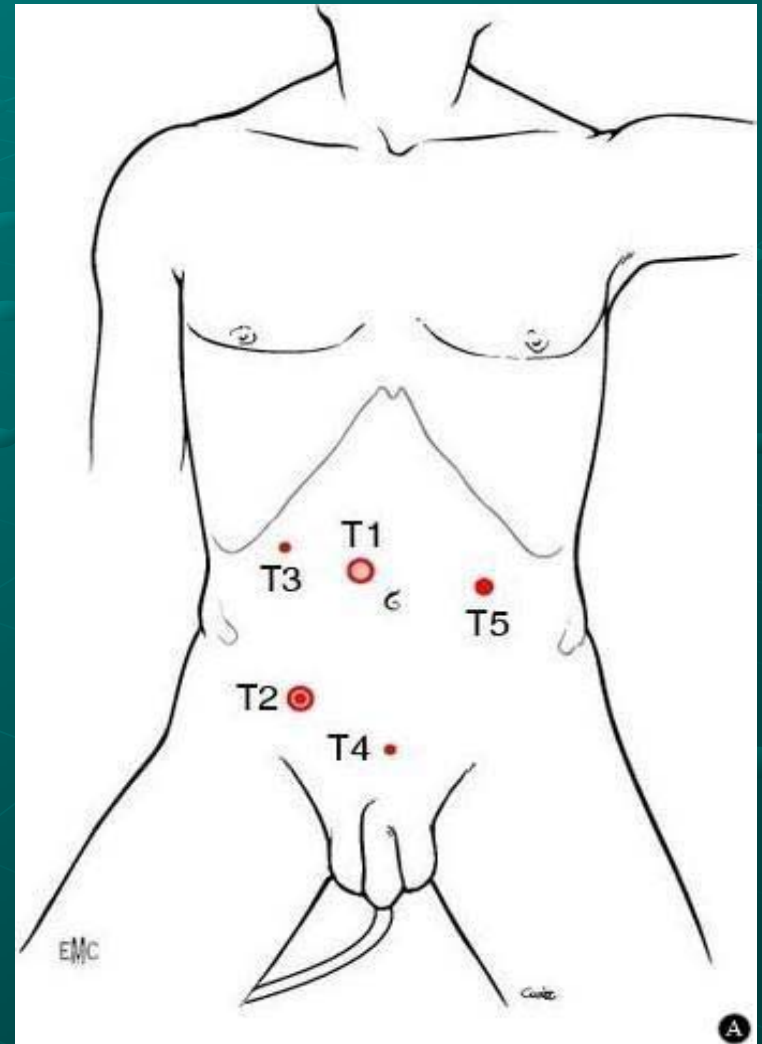
age	Médiane <b>52 ans</b> (33-80)
Sexe	10 F/ 11 H
ASA I	11/21
ASA II	10/21
BMI	26,5 (17-45)
Facteur déclenchant (AINS , Immunosup)	2/21 (10%)
Poussée antérieure	2/21 (10%)

# Présentation clinique/radiologique

<b><u>Présentation clinique:</u></b>		
Défense localisée ( FIG)	13 / 21	62%
Défense =ou > 2 quadrants	4 / 21	19%
<b><u>Pneumopéritoine à l' ASP</u></b>	5/21	<b>23%</b>
<b><u>TDM AP réalisé:</u></b>	16 / 21	76%
TDM:Abcès péricolique (inaccessible à un traitement radiologique ou symptomatique+++)	7/16	45%
TDM: pneumopéritoine	8/16	<b>50%</b>
TDM: épanchement intrapéritonéal	6/16	37%
TDM: bulles extra-digestives	10/16	62%

# Prise en charge médico-chirurgicale

- Biantibiothérapie IV et PO pour un total de 21 jours.
- Intervention par laparoscopie:
  - Installation en double équipe.
  - Trocarts en position de colectomie gauche.



# Résultats per-opératoires

<u>Lésions observées</u>	
Hinchey II	6/21 ( 29%)
Hinchey III	15/21 (71%)
<u>Gestes effectués</u>	
Lavage-drainage	21/21
+suture	2/21 ( 9,5%)
conversion	0/22

# Résultats

## ● Résultats post-opératoires:

- Taux de mortalité : 0%
- Complications : 9,5%
  - 1 Récidive d'abcès de 9 cm : ponction percutanée.
  - 1 fistules colique simple drainée et cicatrisée.

## ● Hospitalisation:

- Durée moyenne d'hospitalisation: 11,5j ( 7-24)

# Colectomie prophylactique

## ● Evaluation pré-opératoire:

- Coloscopie pré-opératoire: 85% (18/21)
- Intervalle épisode aiguë-coloscopie : 42,4 jours (33-100)

## ● Colectomie prophylactique:

- 20/21(1 refus )
- Traitement par laparoscopie : 19 / 20
- Intervalle épisode aiguë-chirurgie: 92 j ( 32 – 175)
- Préparation colique: 100% des cas

# Colectomie prophylactique résultats

Intervention décidée par laparoscopie	19 / 20 ( 95% )
Conversion	4 / 19 ( 21 %)
Causes de conversion	-3 / 4 boucle sigmoïdienne fixée -1 / 4 sigmoïdite toujours active
Durée opératoire	237 min (170 – 300)
Drainage pelvien	8 / 19 ( 42 % )

# Résultats : suites post-opératoires

- Résultats post-opératoires:
  - Taux de mortalité : nulle.
  - Taux de complication : **10,5%** (2/19)
    - 1 patient transfusé.
    - 1 patient : abcès du Douglas ( drainer par TDM associé à un abcès de la voie du Mc Burney).
  - Durée d'hospitalisation : **7,4 jours** ( 4 – 19)
- Evaluation à distance:
  - 1 éventration Mc Burney.
  - 1 sténose anastomotique (traitée par caecostomie en urgence).

# Conclusion

- La prise en charge en deux temps des diverticulites sigmoïdienne compliquées par laparoscopie est faisable.
- La morbi-mortalité du geste à la phase aiguë apparaît acceptable (9,5% de morbidité).
- Le taux de conversion n'est pas supérieur dans le deuxième temps de la prise en charge (21%) par rapport à une intervention classique.
- La laparoscopie dans les diverticulites compliquées chez les sujets jeunes constitue une alternative qui peut -être prise en compte.