

# Ttt de la poussée de diverticulite sigmoïdienne et évolution

Juin 2006, Tours

G. Decanter (C.H.U. Poitiers)

# La diverticulose

- Diverticule : 5 à 10mm jusqu' à 20mm
  - Localisation : Sigmoide
    - particularité Asie sud-est [Markham *Gut*1992]
  - Généralement multiples
    - Augmente avec l'âge
    - Régime pauvre en fibres [Floch,Bina *JClinGE*2004]
  - Pathologie occidentale
  - diagnostic : lavement > coloscopie [Brewster,Grieve *BrJS*1994]
  - 27% population occidentale (Âge>80ans = 60%)
- ⇒ En augmentation

# Évolution

- 80-85% asymptomatiques
- 15-20% symptomatiques [Stollman *JClinGE*1999-  
*Lancet*2004]
  - $\frac{3}{4}$  sans inflammation
  - $\frac{1}{4}$  (5%) diverticulite

ttt médical	ttt chirurgical
70%	30% [Parks <i>BrJS</i> 1970]
80%	20% [Broderick-Villa <i>ArchSurg</i> 2005]

# Poussée de diverticulite

- Tableau clinique :
  - Défense FIG
  - Transit normal (30-50%), diarrhée > constipation, sd occlusif (21%)
  - Fièvre (80%)
- Biologie : hyperleucocytose & CRP élevée (>VS)
- Anatomico-pathologique :
  - => Micro ou macro perforation d'un diverticule

# Diagnostic positif

## ■ Le scanner

⇒ Confirme :

- Présence de diverticules
- Densification ou infiltrat graisse péri-colique
- Infiltration des mésos
- +/- épaissement paroi colique

⇒ Recherche la présence d'une complication

⇒ Aide dans l'évaluation de la gravité de la poussée

# Traitement médical

# Ttt médical

⇒ Généralement hospitalier :

- Repos digestif
- Équilibration hydro-électrolytique
- Antalgiques
- Antispasmodiques
  
- Antibiothérapie IV

# Antibiothérapie

- Axée sur *E.Coli* & *Bacteroides fragilis* puis :
  - Anaérobie : *Clostridium spp*, *Peptococcus*
  - Aérobie : *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*, *Enterocoque spp*
- Rôle discuté de l' *Entérocoque faecalis* : effet synergique bactérien et résistance aux ATB (études expérimentales)
- Donc bi-antibiothérapie IV le plus souvent

# Antibiothérapie

	Anaérobies	Entérobactéries
Amox + IBL	S	I/R
Pipéra + IBL	S	S/I
Céfoxitine	S/I	S/I
C3G	R	S/I
Métronidazole	S	R
Carbapénème	S	S
FQ	R	S/I
Clindamycine	S/I	R
Gentamycine	R	S

# Évolution

# Évolution

⇒ Évolution favorable :

- 75 à 85% d'efficacité
- Patient apyrétique
- Reprise de l'alimentation progressive
- Disparition du sd inflammatoire

# Évolution

⇒ Évolution défavorable : 20%

- Présence de facteurs de gravité :

- ATCD du patient :

- \* ttt AINS [Campbell *BrJS*1991] ou immunosuppresseurs [Perkins *AmJS*1984]

- \* insuffisance rénale [Starnes *DisColonRectum*1985]

- Échec d'un drainage per-cutané

- (La récurrence : non)

- Arguments cliniques et/ou scannographiques prédictifs de l'échec du ttt médical

# Évolution

## Critères prédictifs de l'échec du ttt médical

- Cliniques : [Millat *JChir*1986] à 48 heures :  
persistance : défense, masse ou apparition : sd occlusif, pneumopéritoine

- Scannographiques : [Ambrosetti *BrJS*1997]

atteinte modérée	atteinte sévère
épaississement localisé paroi colique ( $\geq 5\text{mm}$ ) ou inflammation graisse péri-colique	abcès péri-colique ou pelvien air ou pdc extraluminal
<i>75% d'évolution favorable</i>	<i>76% d'évolution défavorable</i>

- Cliniques et scannographiques : ISW 2005

- symptômes $\geq 72\text{h}$ (risque x7)	- abcès (risque x9,6)
- corticothérapie (risque x6,6)	- liq intra-péritonéal (risque x4,9)
- T° $> 38,5^\circ$ (risque x4,1)	- localisation sigmoïde (risq x4,8)
	- ADP (risque x3,9)

# Évolution

Environ 20% des sigmoïdites nécessiteront une prise en charge chirurgicale

Cf sigmoïdite compliquée

# Traitement à long terme (la récidive...)

# La récurrence...

- Imprévisible
- Fréquence... (de 7 à 45% selon les auteurs...) :
  - 29% [Chautems, Ambrosetti *DisColonRectum2002*]
  - 30% [Elliott *BrJS1997*]
  - 13% (après en avoir opéré 7% à froid) [Broderick-Villa *ArchSurg2005*]
- 50% des récurrences la 1<sup>o</sup> année

# La récurrence...

## ■ Gravité

⇒ Contrairement aux premières études :

- [Parks *BrJS*1970] avec seulement 40% de réponse au ttt médical à la 2<sup>o</sup> poussée et 6% à la 3<sup>o</sup>
- [Farmakis *BrJS*1994] avec 40% de réhospitalisation et 24% de décès

⇒ Études récentes : gravité récurrence = 1<sup>o</sup> poussée :

- [Mueller *EurJGEHepato*2005] suivi à 13 ans de 252 patients traités médicalement : 35% récurrence, 8% opéré (curatif)(22%), 1% mortalité(3%)
- [Janes *BrJS*2005] <1/4 des diverticulites compliquées ont des ATCD de diverticulite.

# Chirurgie prophylactique

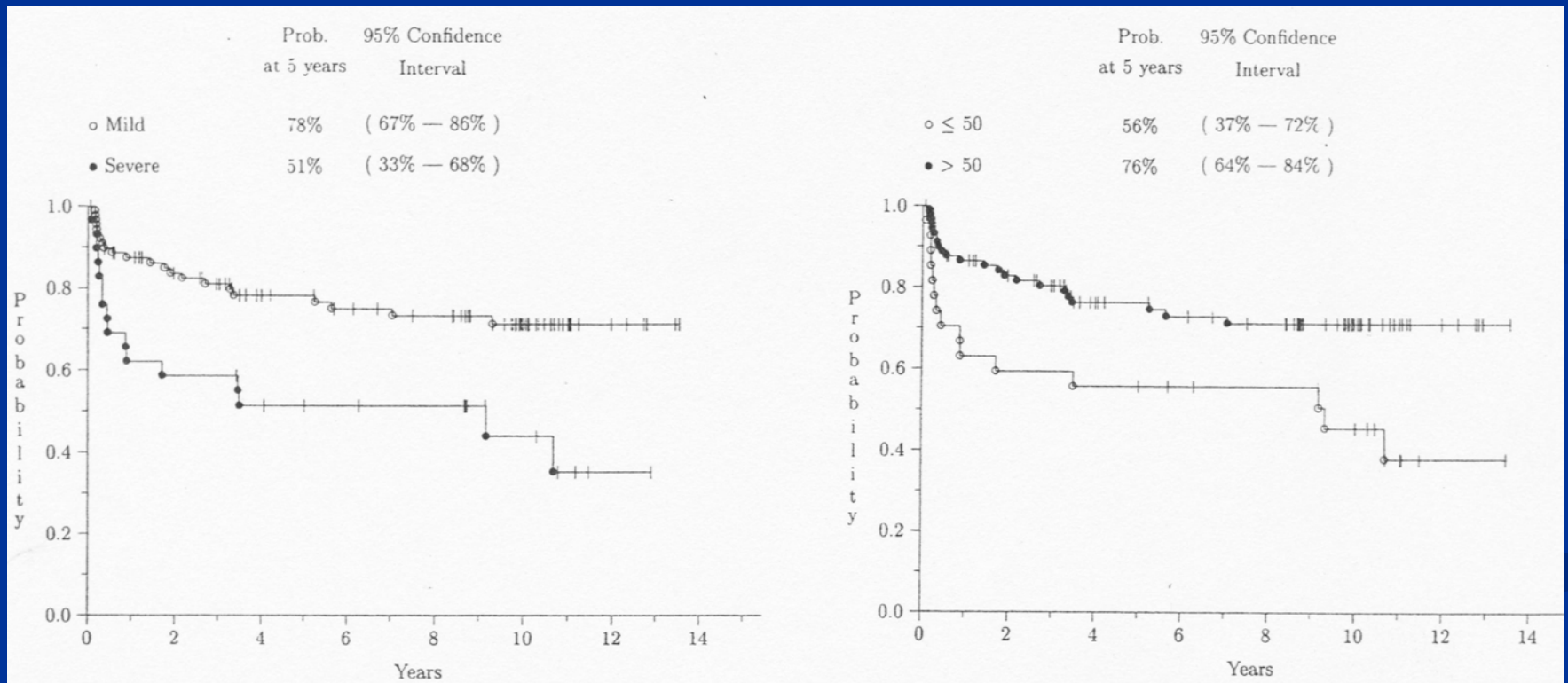
## indications

- Consensuelles :
  - 2 épisodes non compliqués documentés
  - 1 épisode compliqué traité médicalement
  
- Puis, plusieurs consensus...
  - European association for endoscopy surgery 1999 : 1° poussée si sous ttt immunosppresseur au long cours
  - American college of GE 1999 : 1° poussée si sujet jeune ou immunodeprimé
  - American society of colon 2000 : 1° poussée si sujet jeune
  
- Nouveaux critères : scanner et âge

# Chirurgie prophylactique

[Chautems-Ambrosetti *DisColonRectum*2002]

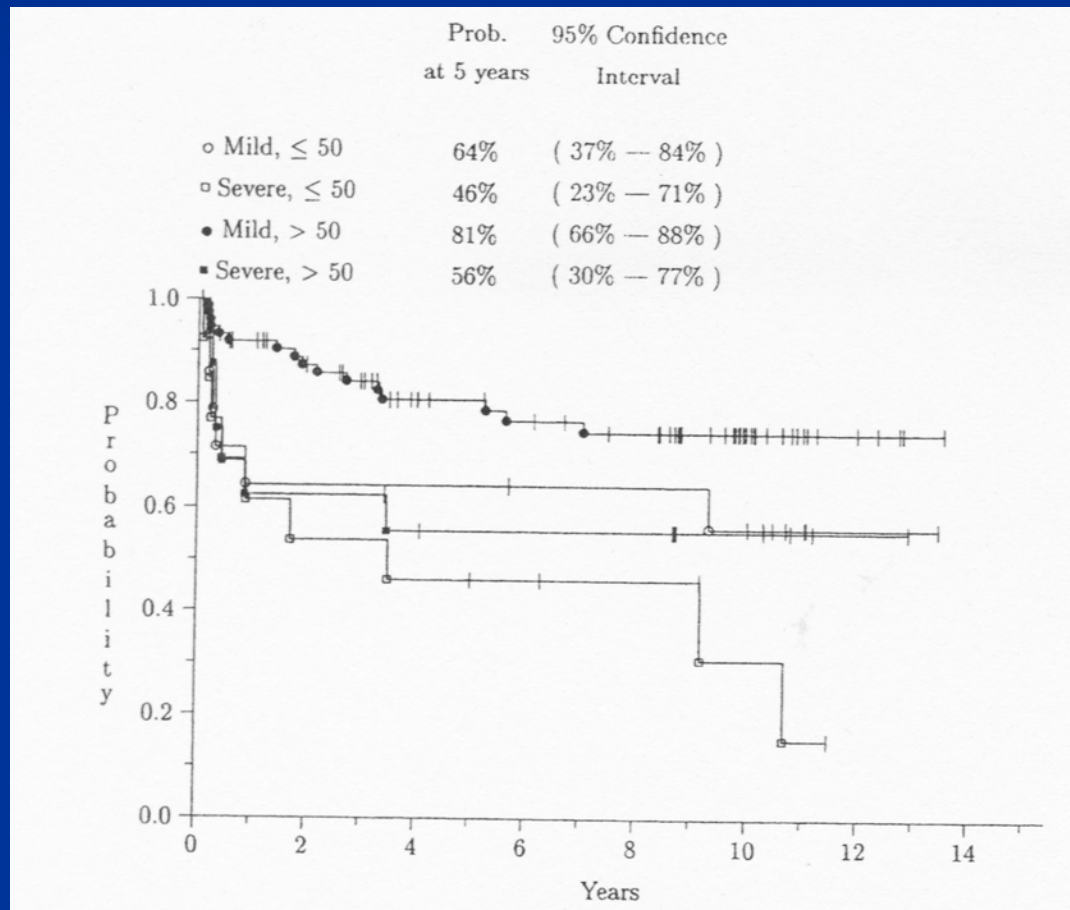
- Scanner
- Âge...



# Chirurgie prophylactique

[Chautems-Ambrosetti *DisColonRectum*2002]

- Scanner
- Âge... non significatif sur analyse multivariée...



# Quel bilan pré-op?

- Recherche de cancer [Boulos, Karmanolis *Lancet* 1984]
  - Fréquent : 6,6% cancer, 27% polypes
  - Coloscopie > lavements pour la recherche de polypes ou cancers sur diverticulose
- Intérêt du lavement : topographique

# Quel délai?

- Régime sans résidu :
  - 6 semaines
- Délai accepté :
  - 6 semaines à 3 mois

# Quelle voie d'abord?

Laparotomie vs laparoscopie (pas d'études randomisées)

## ■ Laparoscopie

nb de patients	60 cas	249 cas
chir prophylactique	[Boulez <i>AnnChir1999</i> ]	[Köckerling <i>SurgEndos1999</i> ]
Conversion	5%	4,8%
Réintervention	5%	1%
Complications	15%	14,8%
Temps opératoire	159 mn	non estimé
séjour post-op	9j(6,3j à partir de 98)	non estimé

## ■ Méta-analyse [Purkayastha *DisColonRectum2006*]

- Durée opératoire supérieure
- Durée hospitalisation inférieure
- Taux de complications inférieur

# Récidive post-opératoire

- 7-8% en moyenne
- Intérêt de la résection de la charnière recto-sigmoïdienne : anastomose colo-sigmoïdienne = récidive x4 ( $p=0,03$ ) [Thaler *DisColonRectum2003*]
- <5% avec anastomose colo-rectale
- Laparoscopique [Boulez *AnnChir1999*] 3,3%

# Ttt médical prophylactique

- Régime riche en fibres
- Supplémentation en fibres  
(pas de régime sans résidu)

Plusieurs essais sur ATB en séquentiel ou associés à un anti-inflammatoire au long cours

# Conclusion (1)

- Pathologie en augmentation
- Ttt médical efficace
- Ttt chirurgical prophylactique
  - 2° poussée
  - 1° poussée compliquée (favorable ss ttt médical)
  - 1° poussée sujets jeunes avec signes de gravité au scanner ou immunodéprimés
- Chirurgie prophylactique efficace

## Conclusion (2) *évolution du ttt à venir...*

- Ttt ambulatoire plus fréquent :
  - Patient stable, tolérant alimentation, sans signes d'irritation péritonéale
  - ATB(augmentin seul ou FQ + flagyl) et régime sans résidu
- Réduction des indications opératoires prophylactiques :
  - 2 poussées ne suffiront peut-être plus...

*... l'évolution du traitement des sigmoïdites compliquées modifiera les indications de ttt prophylactique...*

# *Bibliographie (1)*

- Floch MH, Bina I. The natural history of diverticulitis: fact and theory. *J Clin Gastroenterol* 2004 May-Jun; 38(5 Suppl): S2-7
- Markham NI, Li AK. Diverticulitis of the right colon--experience from Hong Kong. *Gut* 1992 Apr; 33(4): 547-9
- Brewster NT & al. Double-contrast barium enema and flexible sigmoidoscopy for routine colonic investigation. *Br J Surg.* 1994 Mar; 81(3): 445-7
- Stollman NH, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *J Clin Gastroenterol* 1999 Oct; 29(3): 241-52. Review.
- Stollman NH, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *Lancet.* 2004 Feb 21; 363(9409): 631-9. Review.
- Parks TG, Connell Am. The outcome in 455 patients admitted for treatment of diverticular disease of the colon. *Br J Surg.* 1970 Oct; 57(10): 775-8.
- Broderick-Villa G & al. Hospitalization for acute diverticulitis does not mandate routine elective colectomy. *Arch Surg.* 2005 Jun; 140(6): 576-81
- Campbell K, Steele RJ. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and complicated diverticular disease: a case-control study. *Br J Surg.* 1991 Feb; 78(2): 190-1
- Perkins JD & al. Acute diverticulitis. Comparison of treatment in immunocompromised and nonimmunocompromised patients. *Am J Surg.* 1984 Dec; 148(6): 745-8
- Starnes HF Jr & al. Surgery for diverticulitis in renal failure. *Dis Colon Rectum.* 1985 Nov; 28(11): 827-31
- Millat B & al. Infectious complications of diverticular sigmoiditis: can the failure of medical treatment be predicted? *J Chir (Paris).* 1986 Feb; 123(2): 79-82

# *Bibliographie (2)*

- Ambrosetti P & al. Computed tomography in acute left colonic diverticulitis. *BrJSurg*. 1997 Apr;84(4):532-4.
- Chautems RC & al. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: is surgery mandatory? Prospective study of 118 patients. *Dis Colon Rectum* 2002 Jul;45(7):962-6
- Elliott TB & al. Five-year audit of the acute complications of diverticular disease. *Br J Surg*. 1997 Apr;84(4):535-9
- Farmakis N & al. The 5-year natural history of complicated diverticular disease. *Br J Surg*. 1994 May;81(5):733-5
- Mueller MH & al. Long-term outcome of conservative treatment in patients with diverticulitis of the sigmoid colon. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2005 Jun;17(6):649-54
- Janes S & al. Elective surgery after acute diverticulitis. *BrJSurg* 2005 Feb;92(2):133-42. Review.
- Boulos PB & al. Is colonoscopy necessary in diverticular disease? *Lancet*. 1984 Jan 14;1(8368):95-6.
- Boulez J & al. Colonic diverticulosis and laparoscopy. Analysis of a series of 60 cases] *Ann Chir*. 1999;53(10):1033-8
- Köckerling F & al. Laparoscopic colorectal anastomosis: risk of postoperative leakage. Results of a multicenter study. Laparoscopic Colorectal Surgery Study Group (LCSSG). *Surg Endosc*. 1999 Jul;13(7):639-44
- Purkayastha S & al. Laparoscopic vs. open surgery for diverticular disease: a meta-analysis of nonrandomized studies. *Dis Colon Rectum*. 2006 Apr;49(4):446-63
- Thaler K & al. Determinants of recurrence after sigmoid resection for uncomplicated diverticulitis. *Dis Colon Rectum*. 2003 Mar;46(3):385-8.