



DIVERTICULOSE SIGMOÏDIENNE

INTRODUCTION

La diverticulose est une anomalie fréquente du gros intestin et sa fréquence augmente avec l'âge. Elle concerne plus d'un tiers des patients âgés de plus de 60 ans et près de la moitié des patients après 90 ans. Il est classiquement admis que dans 70% des cas, la diverticulose ne produit aucune gêne alors que dans 30% des cas, elle aura une traduction clinique (appelée diverticulite sigmoïdienne) avec un risque de complications (hémorragie, abcès, perforation et péritonite). Après un premier épisode de plainte, un tiers des personnes vont récidiver. Le risque de récurrence est lié à deux critères : un âge de moins de 50 ans et la sévérité des lésions au scanner.

QU'EST CE QUE LA DIVERTICULOSE SIGMOÏDIENNE ?

Un diverticule est une petite hernie de la paroi du côlon (Figure 1). La diverticulose colique est définie par la présence de plusieurs diverticules dont le nombre est très variable. Leur siège est généralement situé au niveau du côlon sigmoïde, parfois étendu à tout le cadre colique mais jamais au niveau du rectum (Figure 2). Plusieurs facteurs semblent favoriser leur survenue tels que l'âge ainsi qu'une alimentation pauvre en fibres.



Figure 1: Vue endoscopique d'un diverticule

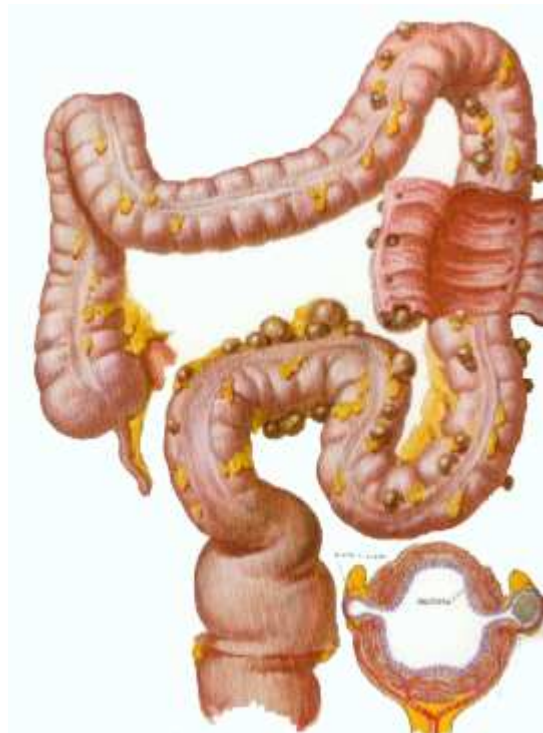


Figure 2: Schéma d'un colon diverticulaire

Chaque diverticule constitue une poche où les selles vont pénétrer, stagner et parfois se dessécher en formant un calcul stercoral (ou coprolithe) qui est susceptible de provoquer des érosions traumatiques ou des "bouchons". Ainsi, peut se faire progressivement le passage



d'une forme simple à un forme compliquée de diverticulose soit de type hémorragique (concerne plutôt les diverticules situés au niveau du colon droit) ou soit de type inflammatoire avec le risque de perforation, d'abcès ou de péritonite (concerne seulement ceux situés au niveau du colon gauche).

QUELLES DIFFERENCES ENTRE DIVERTICULOSE ET DIVERTICULITE ?

Le diagnostic de diverticulose est le plus souvent fortuit (diagnostic radiologique au lavement ou au scanner) car ces anomalies sont fréquentes et elles ne produisent le plus souvent aucune plainte. Ainsi la diverticulose n'est pas une maladie mais une anomalie anatomique, et ne nécessite donc aucun traitement. Il peut coexister parfois un tableau de colopathie fonctionnelle avec des douleurs abdominales et/ou des troubles du transit (constipation - diarrhée), mais alors, les diverticules ne sont pas responsables des plaintes.

La diverticulite sigmoïdienne a une traduction clinique peu spécifique et associe des douleurs abdominales de la fosse iliaque gauche et/ou de l'hypogastre, de la fièvre, des troubles du transit. Le bilan biologique montre un syndrome inflammatoire (CRP élevée) et infectieux (hyperleucocytose).

En fait, seule l'imagerie permet d'affirmer la complication infectieuse de la diverticulose. Ni le cliché d'abdomen sans préparation (ASP), ni le lavement ne sont utiles en première intention chez un patient cliniquement suspect de diverticulite. Seule le scanner est l'examen de référence. Il permettra d'une part de confirmer le diagnostic en objectivant à la fois des diverticules mais également leurs complications (épaississement de la paroi du colon, modification de la graisse qui entoure le colon, abcès et d'autre part, d'établir la gravité (présence d'un abcès péri-colique et/ou présence de d'air ou de produit de contraste en dehors du colon) (Figure 3).

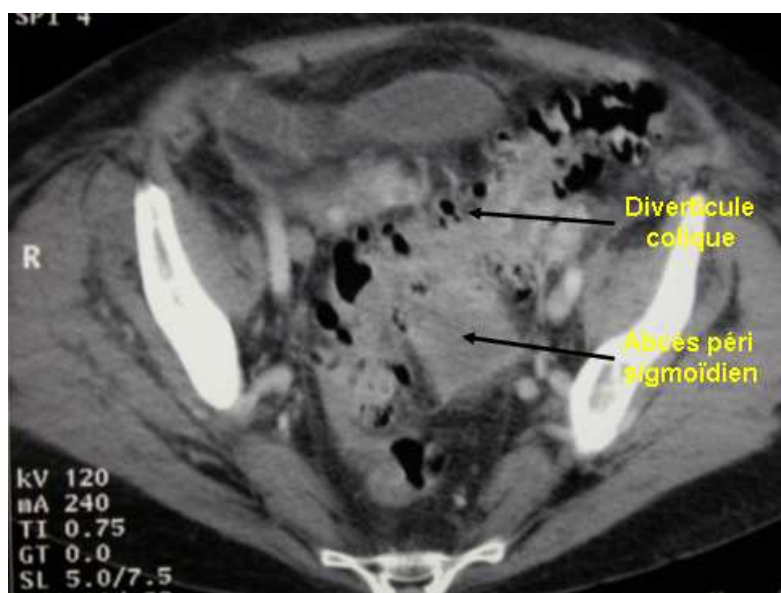


Figure 3: Aspect lors du scanner d'une diverticulite sigmoïdienne compliquée d'un abcès péri colique

QUELS TRAITEMENTS EN URGENCE DE LA DIVERTICULITE SIGMOÏDIENNE ?

Le traitement de la diverticulite (traitement de la crise et traitement électif) est sujet à controverses et a fait l'objet de récentes Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) en 2006. Les complications de la diverticulite sigmoïdienne sont infectieuses dans 95% des cas. Leur prise en charge thérapeutique est conditionnée par l'état général du patient et par la gravité de l'infection évaluée en 4 stades (classification de Hinchey). De plus, cette prise en charge s'est modifiée du fait de la place croissante de la laparoscopie (coelioscopie) en chirurgie colorectale bénigne mais aussi des progrès de la radiologie interventionnelle.

Schématiquement :

1/ En cas de stade I et II de Hinchey (abcès péri colique et pelvien) la ponction +/- drainage de l'abcès sous contrôle radiologique (ponction et mise en place d'un drain dans la cavité de l'abcès sans intervention) avec antibiothérapie doit être proposée en première intention. Néanmoins, en cas d'échec ou d'impossibilité de celui-ci, une ablation de la zone de colon intéressé par l'inflammation avec rétablissement immédiat de la continuité digestive (éventuellement protégée par un anus artificiel temporaire) par laparoscopie peut être réalisée.

2/ En cas de péritonite généralisée (stade III ou IV de Hinchey), le traitement chirurgical de référence est consisté à enlever chirurgicalement la portion de colon malade, de fermer la partie basse du colon qui est dans la continuité de l'anus (rectum) et de mettre l'autre extrémité du colon à la peau (colostomie ou anus artificiel). Le principal risque est de ne jamais rétablir la continuité digestive, notamment chez les sujets âgés et à haut risque chirurgical. Ainsi, actuellement, il est préférable, si les conditions locales le permettent, de proposer d'emblée une résection-anastomose avec stomie temporaire de protection (comme l'approche proposée ci-dessus).

QUE FAIRE UNE FOIS QUE L'EPISODE D'INFECTION A ETE CONTROLE ?

Le traitement chirurgical "à froid" (sigmoïdectomie prophylactique), dont l'objectif est de prévenir les poussées ultérieures de diverticulite, et surtout leurs complications éventuelles est sujet à controverses. L'essor récent de la chirurgie colorectale par coelioscopie a favorisé l'attitude "agressive" chirurgicale de colectomie prophylactique sans que celle-ci ne soit forcément justifiée. Le préambule indispensable à cette discussion est d'avoir la preuve formelle de chaque crise de diverticulite (prouvée par TDM) et d'éviter de porter une indication chirurgicale chez un patient souffrant d'un autre trouble digestif comme une colopathie fonctionnelle.

La colectomie sigmoïdienne est indiquée quel que soit le nombre de poussées et quel que soit l'âge, chez les patients à haut risque de récurrence, c'est-à-dire ceux présentant une forme compliquée clinique et/ou radiologique, c'est-à-dire avec fistule et/ou abcès. Il n'existe pas de consensus concernant les patients âgés de moins de 50 ans, aussi à risque plus élevé de récurrence, ayant eu une première crise non compliquée. De plus, le bénéfice réel de la chirurgie prophylactique, même après deux ou trois poussées, chez tous les autres patients (c'est-à-dire de plus de 50 ans, et/ou avec poussée non sévère au scanner) n'est pas clairement démontré.

En effet, chez ces patients, le risque de présenter une poussée ultérieure grave est très faible (inférieur à 5%).

L'examen endoscopique pré opératoire du colon (ou coloscopie) est recommandé, en particulier chez les patients de plus de 50 ans, et chez les patients à risque élevé de cancer recto-colique (antécédents familiaux).

Enfin, le bénéfice de l'abord coelioscopique (comparé à la chirurgie conventionnelle par laparotomie) est clairement montré en terme de complications post opératoires (plus faibles) et d'une durée d'hospitalisation (plus courte).

QUE FAIRE LORSQUE LES DIVERTICULES SE COMPLIQUENT DE SAIGNEMENTS ?

La place du traitement chirurgical s'est considérablement réduite du fait des progrès des traitements médicaux, radiologiques et endoscopiques. Une origine diverticulaire est retrouvée dans 25 à 40% des causes d'hémorragie digestive basse. Plus de 80% des épisodes hémorragiques vont s'arrêter spontanément mais le taux de récurrence est élevé (25% des cas). L'indication chirurgicale peut être posée d'emblée chez des patients qui présentent soit d'emblée une hémorragie abondante avec un retentissement hémodynamique sévère. La chirurgie peut également être indiquée lorsque le saignement récidive précocement après un premier épisode ou lorsqu'il persiste après échec des procédés thérapeutiques radiologiques (artériographie) ou endoscopiques. Lorsqu'il faut traiter un saignement d'origine diverticulaire, la grande difficulté que rencontrent les médecins est celle d'identifier précisément le site du saignement. Deux examens sont proposés pour essayer de localiser la cause du saignement : la coloscopie totale (avec éventuellement un geste endoscopique du traitement du saignement dans le même temps) et le scanner avec injection iodée intraveineuse.