



# Diverticulite aiguë: Quelles indications ?

**Mahaut Leconte**

Service de Chirurgie Digestive Hépatobiliaire et Endocrinienne  
Hôpital Cochin



## Conférence de consensus de décembre 2006

Mise à jour

## Incidence de la diverticulite

### Incidence de la diverticulose

- Incidence **33%** pour les plus de **45 ans**
- Augmentation de l'incidence avec l'âge atteignant **66 %** chez les plus de **85 ans**

**Incidence de la diverticulite 10 à 25%**

## Examen de référence

**Scanner abdomino-pelvien** avec injection de produit de contraste iodé  
± opacification digestive

**Diagnostic positif** (Se et Sp > 95%)

1. infiltration de la graisse péri-colique
2. épaissement pariétal
3. diverticules

**Diagnostic différentiel** pour les formes frustes ou atypiques

**Décision thérapeutique**

- En urgence (drainage d'un abcès, chirurgie en urgence)
- A distance (nombre de poussées inflammatoires)

**A chaque épisode**

Kircher et al. *Am J Roentgenol* 2002

# Prévention de la maladie diverticulaire

## Prévention primaire

La modification de **la teneur en fibre de l'alimentation** et la **décontamination bactérienne** n'ont **pas d'effet préventif**

## Prévention secondaire

La modification de **la teneur en fibre de l'alimentation** n'a **pas d'effet préventif**. La **décontamination bactérienne**, les **aminosalicylés** et les **probiotiques** ont été évalués dans des études rétrospectives aux qualités méthodologiques insuffisantes



**Non recommandés**

Les traitements à base de corticoïdes ou d'AINS **doivent être discutés**

- effet délétère sur **l'évolution** et les **complications** de la diverticulite

## Prise en charge immédiate d'une poussée de diverticulite aiguë

- Traitement instauré **en urgence** après **confirmation diagnostique** par le scanner
- Hospitalisation systématique ?



Indiquée si

### 1. mauvaise tolérance clinique

- signe d'irritation péritonéale
- impossibilité de maintenir une hydratation orale
- absence d'amélioration après 48 à 72 heures de traitement ambulatoire
- impossibilité de surveillance ambulatoire, terrain fragilisé

### 2. et/ou signes de gravité au scanner

## Antibiothérapie

### • En ambulatoire

- Antibiothérapie orale 7 à 10 jours
- Pénicilline A + inhibiteur  $\beta$  lactamase **Augmentin<sup>®</sup>**
- *En cas d'allergie* Fluoroquinolones + nitro-imidazolés **Ciflox<sup>®</sup> + Flagyl<sup>®</sup>**

### • En hospitalisation

- Antibiothérapie débutée en IV, 7 à 10 jours au total
- Pénicilline A + inhibiteur  $\beta$  lactamase **Augmentin<sup>®</sup>** ou
- Céphalosporine III + nitro-imidazolés **Claforan<sup>®</sup> + Flagyl<sup>®</sup>**
- *En cas d'allergie*
  - Fluoroquinolones + nitro-imidazolés **Ciflox<sup>®</sup> + Flagyl<sup>®</sup>** ou
  - nitro-imidazolés + aminosides ou
  - Lincosamide + aminosides
- Relais oral
  - **Augmentin<sup>®</sup>** ou
  - **Ciflox<sup>®</sup> + Flagyl<sup>®</sup>**

## Formes compliquées

Stades de Hinchey	
Stade I	<b>Phlégmon ou abcès péri-colique</b>
Stade II	<b>Péritonite localisée (abcès abdominal, rétropéritonéal ou pelvien)</b>
Stade III	<b>Péritonite purulente généralisé</b>
Stade IV	<b>Péritonite stercorale</b>

- Drainage percutané d'un abcès
- Drainage chirurgical d'un abcès ou d'une péritonite
- Résection sigmoïdienne avec anastomose immédiate ou différée avec ou sans stomie de protection



Stade I de Hinchey (phlegmon ou abcès péricolique < 5 cm)

Traitement médical

↓ échec

Drainage percutané

↓ échec

Traitement chirurgical

**Résection-anastomose ± protégée par une stomie**

La voie laparoscopique est possible

Stade II de Hinchey (abcès  $\geq 5$  cm)

Drainage percutané  
(+ bactériologie)

Guérison

Échec

Résection sigmoïdienne à distance

⇒ Traitement chirurgical en urgence  
Résection-anastomose +/- protégée

## Stade III de Hinchey (Péritonite purulente généralisée)

Traitement chirurgical en urgence  
**Résection-anastomose +/- protégée à préférer**  
à l'intervention de Hartmann

## Stade IV de Hinchey (Péritonite stercorale)

Traitement chirurgical en urgence  
**Intervention de Hartmann référence**  
**Résection-anastomose +/- protégée possible**

**En cas de fistule sigmoïdo-vésicale Traitement chirurgical d'emblée**

# Place du traitement interventionnel

DISEASES OF THE COLON & RECTUM VOLUME 52: 7 (2009)

## Acute Complicated Diverticulitis Managed by Laparoscopic Lavage

Mahdi Alamili, M.S. • Ismail Gögenur, M.D. • Jacob Rosenberg, M.D., D.Sc.

8 études non randomisées

Authors	Year	Country	No. of patients	Age mean	Hinchey classification			ASA
					2	3	4	
O'Sullivan <i>et al.</i> <sup>18</sup>	1996	Ireland	8	57	–	8	–	–
Faranda <i>et al.</i> <sup>11</sup>	2000	France	18	54	–	16	2	2–3
Da Rold <i>et al.</i> <sup>12</sup>	2004	Italy	7	65	1	6	–	–
Mutter <i>et al.</i> <sup>13</sup>	2006	France	10	60	(5) <sup>a</sup>	(5) <sup>a</sup>	–	1–3
Taylor <i>et al.</i> <sup>14</sup>	2006	Australia	14	57	2	10	2	3–5
Myers <i>et al.</i> <sup>16</sup>	2008	Ireland	92	63	25	67	–	2–5
Franklin <i>et al.</i> <sup>15</sup>	2008	USA	40	60	5	32	3	1–4
Bretagnol <i>et al.</i> <sup>17</sup>	2008	France	24	55	5	18	1	2–3
Total	–	–	213	59	43	162	8	–



Le lavage péritonéal laparoscopique représente une alternative séduisante pour le traitement des **péritonites purulentes par perforation diverticulaire**

# Place du traitement interventionnel

Original article

*British Journal of Surgery* 2008; **95**: 97–101

## Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis

E. Myers<sup>1</sup>, M. Hurley<sup>2</sup>, G. C. O'Sullivan<sup>3</sup>, D. Kavanagh<sup>1</sup>, I. Wilson<sup>2</sup> and D. C. Winter<sup>1</sup>

### Analyse prospective

**92** péritonites purulentes par perforation diverticulaire

Lavage péritonéal laparoscopique + drainage

**2** abcès pelviens (1 drainage percutané, 1 intervention de Hartmann)

Mortalité **3%**

**2** récurrences traitées par ATB avec un suivi médian **de 36 mois (12-84)**

## Place de la chirurgie prophylactique

### Type de chirurgie

- **Exérèse sigmoïdienne** emportant la charnière recto-sigmoïdienne
- **Laparoscopie** privilégiée y compris chez des patients > 75 ans ou obèses
- L'extension de la colectomie en amont du sigmoïde n'est pas justifiée même en présence d'une diverticulose étendue au colon car elle ne diminue pas le risque de récurrence
- De même, l'extension de la diverticulose sur le côlon ne modifie pas l'indication opératoire de sigmoïdectomie

# Place de la chirurgie prophylactique

## Type de chirurgie

Laparoscopic Sigmoid Resection for Diverticulitis Decreases Major Morbidity Rates: A Randomized Control Trial *(Ann Surg 2009;249: 39–44)*

*Short-term Results of the Sigma Trial*

*Bastiaan R. Klarenbeek, MD,\* Alexander A. Veenhof, MD,\* Roberto Bergamaschi, MD, PhD, FRCS,†  
Donald L. van der Peet, MD, PhD,\* Wim T. van den Broek, MD, PhD,\* Elly S. de Lange, PhD,\*  
Willem A. Bemelman, MD, PhD,‡ Piet Heres, MD,§ Antonio M. Lacy, MD, PhD,¶  
Alexander F. Engel, MD, PhD,|| and Miguel A. Cuesta, MD, PhD\**



	LSR (n = 52)	OSR (n = 52)	P
Operating time (min)	183 (85–271)	127 (75–243)	0.0001
Blood loss (mL)	100 (0–2000)	200 (10–2500)	0.033
Transfusion requirement	2 (3.8%)	6 (11.5%)	0.374
Conversions	<b>19.2%</b>		
Hand-assisted	5 (9.6%)		
Laparotomy	5 (9.6%)		
Splenic flexure mobilization	31 (59.6%)	36 (69.2%)	0.432
Loop ileostomy	2 (3.8%)	1 (1.9%)	0.558
Specimen length (cm)	19 (11–50)	19 (8–37)	0.949
Hospital stay (d)	5 (3–66)	7 (3–128)	0.046
Systemic analgesia (d)	2 (0–5)	2 (0–5)	0.029

Overall morbidity	22 (42.3%)	28 (53.8%)	0.239
Minor complications	19 (36.5%)	20 (38.5%)	0.839
Major complications	5 (9.6%)	13 (25.0%)	0.038
Anastomotic leakage*	3	5	
Intra-abdominal bleeding <sup>†</sup>	0	2	
Intra-abdominal abscess <sup>‡</sup>	1	2	
Evisceration*	0	1	
Small bowel perforation*	0	1	
Richter hernia*	1	0	
Myocardial infarction	0	1	
Pulmonary embolism	0	1	
Death	0 (0.0%)	1 (1.9%)	0.315

Qualité de vie (SF-36) significativement meilleure dans le groupe laparoscopie

## Délai de la chirurgie

- Un délai d'environ **deux mois** est recommandé après la dernière poussée de diverticulite
- Avant cette intervention, la **coloscopie** est recommandée, en particulier chez les patients de plus de 50 ans, et chez les patients à risque élevé de cancer colorectal



## Influence du nombre de poussées

- La chirurgie prophylactique est recommandée **après une poussée de diverticulite compliquée**
- Dans le cas contraire, le bénéfice réel de la chirurgie reste à évaluer, même après **2 poussées**

## Influence de l'âge

Chez les **moins de 50 ans** la chirurgie peut être proposée après une première poussée en raison d'un **risque plus élevé de récurrence** même en l'absence de signes de gravité

# Place de la chirurgie prophylactique

## Complicated Diverticulitis *Is It Time to Rethink the Rules?*

Jennifer Chapman, MD,\* Michael Davies, MBBS,\* Bruce Wolff, MD,\* Eric Dozois, MD,\*  
Deron Tessier, MD,‡ Jeffrey Harrington, MA,† and Dirk Larson, MS†

(*Ann Surg* 2005;242: 576–583)

## Diverticulitis: A Progressive Disease? *Do Multiple Recurrences Predict Less Favorable Outcomes?*

Jennifer R. Chapman, MD,\* Eric J. Dozois, MD,\* Bruce G. Wolff, MD,\* Rachel E. Gullerud, BS,†  
and Dirk R. Larson, MS†

(*Ann Surg* 2006;243: 876–883)

### 1. Le risque de complications graves est maximal à la première poussée



Sur une série rétrospective de **339 diverticulites compliquées**  
Mortalité **6.5%** liée à une **perforation** dans **86%** des cas  
Parmi lesquelles **89% de première poussée**

### 2. Le nombre de poussées (>2) n'augmente pas le risque de faire une nouvelle poussée plus sévère et n'influence pas la morbidité opératoire

### 3. Le risque d'une nouvelle poussée diminue au fur et à mesure de celles-ci

Janes et al. *Br J Surg* 2005

Mäkelä et al. *Dis Colon Rectum* 1998

Salem et al. *J Am Coll Surg* 2004

# Place de la chirurgie prophylactique

## Influence du terrain

Chez les patients **immunodéprimés (diabète, maladie de système, maladie immune, corticoïdes)** la chirurgie doit être discutée **après une première poussée** en raison d'une **mortalité plus élevée** en cas de poussée compliquée

Chapman et al. *Ann Surg* 2005

Chez les patients sous **AINS** la chirurgie doit être discutée **après une première poussée** en raison d'une **augmentation de la prévalence des formes compliquées**

## Conclusion

### Restriction des indications chirurgicales+++

#### Plus de chirurgie prophylactique systématique

- après **2 poussées non compliquées**
- après **1 poussée non compliquée** pour les **patients < 50 ans**
- après **1 poussé inaugurale compliquée** bien traitée
  
- **Discuter une chirurgie prophylactique après 1 poussée** pour les patients **immunodéprimés**

#### Indications formelles

- pour les **formes aiguës compliquées** (privilégier la **résection-anastomose** mais l'**intervention de Hartmann** reste une intervention de sauvetage)
- **Fistules sigmoïdo-vésicales**
- **sténoses**

Indications élargies de la **laparoscopie** même en cas de péritonite purulente