

# PRISE EN CHARGE DE LA DIVERTICULITE COLIQUE

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

HAS

Novembre 2017

# Définitions

- **Diverticulose:** état asymptomatique, anomalie anatomique acquise caractérisée par la présence de diverticules
- **Maladie diverticulaire:** Diverticulite et ses complications, ainsi que l'hémorragie d'origine diverticulaire
- **Diverticulite:** inflammation/infection d'origine diverticulaire
- **Diverticulite compliquée:** complications locales telles que les abcès, fistules, péritonites et sténoses.

# Introduction

Recommandations datant de 2006.

Enrichissement très important de la littérature mondiale depuis, nombreuses attitudes ne sont plus d'actualité (chirurgie prophylactique)

France: 11850 colectomies prophylactiques/an

Mortalité de 7/1000 (80 patients);

Taux de complications de 25%, et taux de ré interventions avec stomie de 6%.

Indications retenues pour la chirurgie prophylactique en 2006 basées sur des données épidémiologiques de faible puissance et anciennes.

Risque de récurrence après une 1<sup>ère</sup> poussée avec un recul de 10 ans varie entre 9 et 32%.

Nombreuses études depuis 2006 pour rechercher les critères pronostiques de récurrence. Au total, la gravité de la poussée est un facteur prédictif indépendant de récurrence. L'âge inférieur à 50ans augmente aussi ce risque mais moins que la gravité de la poussée.

# Objectifs

- ▶ Améliorer la prise en charge par une meilleure pertinence des actes chirurgicaux
- ▶ Harmoniser les pratiques professionnelles

# Recommandations de 2006 (Rappel)

## ▶ Prévention:

- ▶ Modification de la teneur en fibres de l'alimentation inutile dans la prévention primaire ou secondaire
- ▶ Eviter les corticoïdes et les AINS chez les patients avec ATCD de diverticulite

## ▶ Diagnostic: Nécessiter du scanner pour le diagnostic positif

## ▶ Traitement médical:

- ▶ Hospitalisation si critères de gravité ou mauvaise tolérance clinique
- ▶ Antibiothérapie (Pénicilline A + Béta lactamase ou Fluoroquinolone + Nitroimidazolé)

# Rappel (suite)

## ▶ Chirurgie en urgence:

- ▶ Hinchey 1 : (Phlegmon ou abcès péri colique) si échec du traitement médical ou du drainage radiologique, Résection-anastomose +/- stomie
- ▶ Hinchey 2 (abcès pelvien, abdo ou rétropéritonéal): drainage des abcès > 5cm, résection-anastomose à distance, ou immédiatement si échec du drainage
- ▶ Hinchey 3 (péritonite purulente): résection sigmoïdienne plutôt que stomie de dérivation
- ▶ Hinchey 4 (péritonite stercorale): Hartmann
- ▶ Fistule sigmoïdovésicale: chirurgie, privilégiant la résection-anastomose en 1 temps

## ▶ Chirurgie prophylactique:

- ▶ Signes de gravité scannographiques
- ▶ Proposée si 1<sup>ère</sup> poussée < 50ans
- ▶ Bénéfice après 2 poussées non évalué
- ▶ Coloscopie pré-op si > 50ans ou risque élevé de CCR

# Recommandations 2017

The image features a white background with abstract, overlapping geometric shapes in various shades of blue (dark blue, medium blue, and light blue) on the right side. The shapes are angular and layered, creating a modern, dynamic feel. The text 'Recommandations 2017' is positioned on the left side of the page.

# Modalités diagnostiques

- ▶ Examen d'imagerie nécessaire à chaque épisode, données cliniques et biologiques insuffisantes au diagnostic positif.
- ▶ **Bilan bio minimum:** NFS, CRP, Créatinine
- ▶ **TDM AP en première intention** pour le Dg positif et recherche de complications (classification de Hinchey), avec injection d'iode systématique:
  - Se et Sp > 95%
  - 3 signes principaux: Présence de diverticules, infiltration de la graisse péricolique et épaissement pariétal
  - Mauvaise corrélations du TDM avec les constatations per-op (Gielens et al. 2012: 43% des péritonites Hinchey 3 per-op classées 1 ou 2 au TDM sur 75 patients, et de plus, impossible de distinguer un stade 3 ou 4)
- ▶ **Echo abdo pas recommandée** en première intention
  - étude OPTIMA: stratégie conditionnelle avec réalisation d'un TDM si écho 1<sup>ère</sup> négative chez patients suspects de diverticulite.
  - Résultats encourageants, Dg 93% des complications, et réalisation TDM dans 49% des cas
  - Utilité pour zones avec accès limité au TDM
- ▶ ASP, lavement aux hydrosolubles pas recommandés
- ▶ **IRM pas recommandée** mais performances prometteuses (Se 94% Sp 88% Heverhagen et al. Sur 55 patients, avec reproductibilité inter-opérateurs) mais nécessité d'une validation dans une étude de grande ampleur



# Classification de Hinchey

- ▶ 6 stades
- ▶ 0: pas de complication
- ▶ 1: abcès péri-colique
- ▶ 2a: abcès à distance accessible à un drainage
- ▶ 2b: abcès à distance complexe
- ▶ 3: péritonite purulente
- ▶ 4: péritonite stercorale.

# Examens au décours d'une diverticulite traitée

- ▶ Surveillance biologique non recommandée systématiquement si évolution clinique favorable
- ▶ TDM de contrôle systématique non recommandé, quel que soit le stade initial.
- ▶ **Coloscopie:**
  - Non recommandée pour le Dg positif ni de manière précoce (phase aiguë)
  - Non Recommandée au décours d'une diverticulite non compliquée en dehors des indications de dépistage du CCR appliquées à la population générale (âge >50ans, ATCD personnels ou familiaux) (probabilité de 0,7% de trouver un CCR)
  - En revanche, recommandée au décours d'une diverticulite compliquée (Risque de 11% environ après une poussée compliquée dans une méta analyse récente)
  - Coloscopie pré-op si chirurgie prophylactique indiquée non systématique (cf. recommandations ci-dessus)

# Traitement médical de la diverticulite

- ▶ Traitement ambulatoire recommandé si diverticulite non compliquée, en l'absence de comorbidités significative ou de contexte social défavorable
  - Etude DIVER; comparaison traitement hospitalier (Gr. 1) vs ambulatoire (Gr. 2)
  - Pas de différence significative sur le taux d'échec du traitement (6,5% vs 4,5%)
  - Différence de coût jusqu'à 1600€/patient/épisode
- ▶ Traitement symptomatique **SANS** antibiotique des diverticulites non compliquées confirmées par TDM recommandé, en l'absence de signes de signes de gravité (Pas  $\leq 100$  mm Hg, FR  $\geq 22$ /mn ou confusion), d'immunodépression, de score ASA $>3^{**}$  ou de grossesse.
- ▶ Réalisation du traitement symptomatique en ambulatoire recommandé

# Traitement médical (suite)

- ▶ En cas de non réponse au traitement symptomatique, antibiothérapie par voie orale alors recommandée: amoxicilline et acide clavulanique, ou en cas d'allergie, une fluoroquinolone (lévofloxacine ou ciprofloxacine) + métronidazole, pour le traitement de la diverticulite non compliquée.
- ▶ En cas de signe de gravité, grossesse, score ASA > 3 ou immunodépression, antibiothérapie par voie IV, identique à celle proposée dans la diverticulite compliquée, est recommandée.
- ▶ Durée de traitement recommandée de 7 jours (patient immunocompétent)
- ▶ Pas de différence significative entre ATB orale et ATB IV courte puis relais PO
- ▶ Pas de restriction alimentaire recommandée (1 seule étude sur le sujet, sans analyse du risque de survenue d'une complication)

# Diverticulite compliquée

## ▶ Formes abcédées (Hinchey 1b et 2):

- Pas d'étude avec fort niveau de preuve, pas d'étude randomisée
- Antibiothérapie IV recommandée associant amoxicilline-acide clavulanique et gentamicine, ou céfotaxime et métronidazole, ou ceftriaxone et métronidazole.
- En cas d'allergie prouvée, une association lévofloxacine, gentamicine et métronidazole.
- En l'absence d'argument scientifique, la durée de l'antibiothérapie ne peut pas faire l'objet de recommandations.
- Drainage radiologique des abcès diverticulaires recommandé lorsque cela est faisable (>3-5cm).

## ▶ Formes perforées:

- Pas d'étude de bonne qualité
- Antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique, recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine **péricolique** et en l'absence de signe clinique de péritonite (Taux de réussite de 99% dans 1 étude de 132 patients)
- Antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique, recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine à distance et en l'absence de signe clinique de péritonite (Taux de réussite de 62% dans la même étude).

# Prévention des récurrences

- ▶ Pas de régime alimentaire particulier recommandé (régime riche en fibres) devant une hétérogénéité des études.
- ▶ Activité physique serait bénéfique, mais là encore pas de preuve scientifique établie
- ▶ Pas d'argument scientifique en faveur d'un bénéfice des probiotiques ou de la Rifaximine (conflit d'intérêt pour cette dernière)
- ▶ La Mésalamine (5-ASA) n'est pas recommandée pour la prévention des récurrences de diverticulite.

# Traitement chirurgical de la diverticulite aiguë

## ▶ Place du lavage péritonéal laparoscopique:

- Son utilisation n'est pas recommandée dans les stades Hinchey 1/2 après échec du traitement médical, et n'est pas recommandée dans les stades Hinchey 3
- Il est recommandé de ne pas le réaliser dans les stades Hinchey 4

## ▶ Type d'intervention:

- Stades Hinchey 1 et 2 en échec de traitement médical: il est recommandé de réaliser une résection-anastomose +/- protégée
- Stades 3 et 4: il n'est pas recommandé de réaliser une résection anastomose NON protégée.
- L'intervention de Hartmann est recommandée dans 2 situations:
  - Patients à haut risque de complications (immunosuppression, ASA>3)
  - Instabilité hémodynamique
  - Pour les autres patients, pas de différence significative entre Hartmann et résection-anastomose protégée sur la mortalité et les morbidités à court terme, mais qualité de vie plus impactée après Hartmann, et plus de stomies définitives.

# Traitement chirurgical (suite)

## ▶ Voie d'abord:

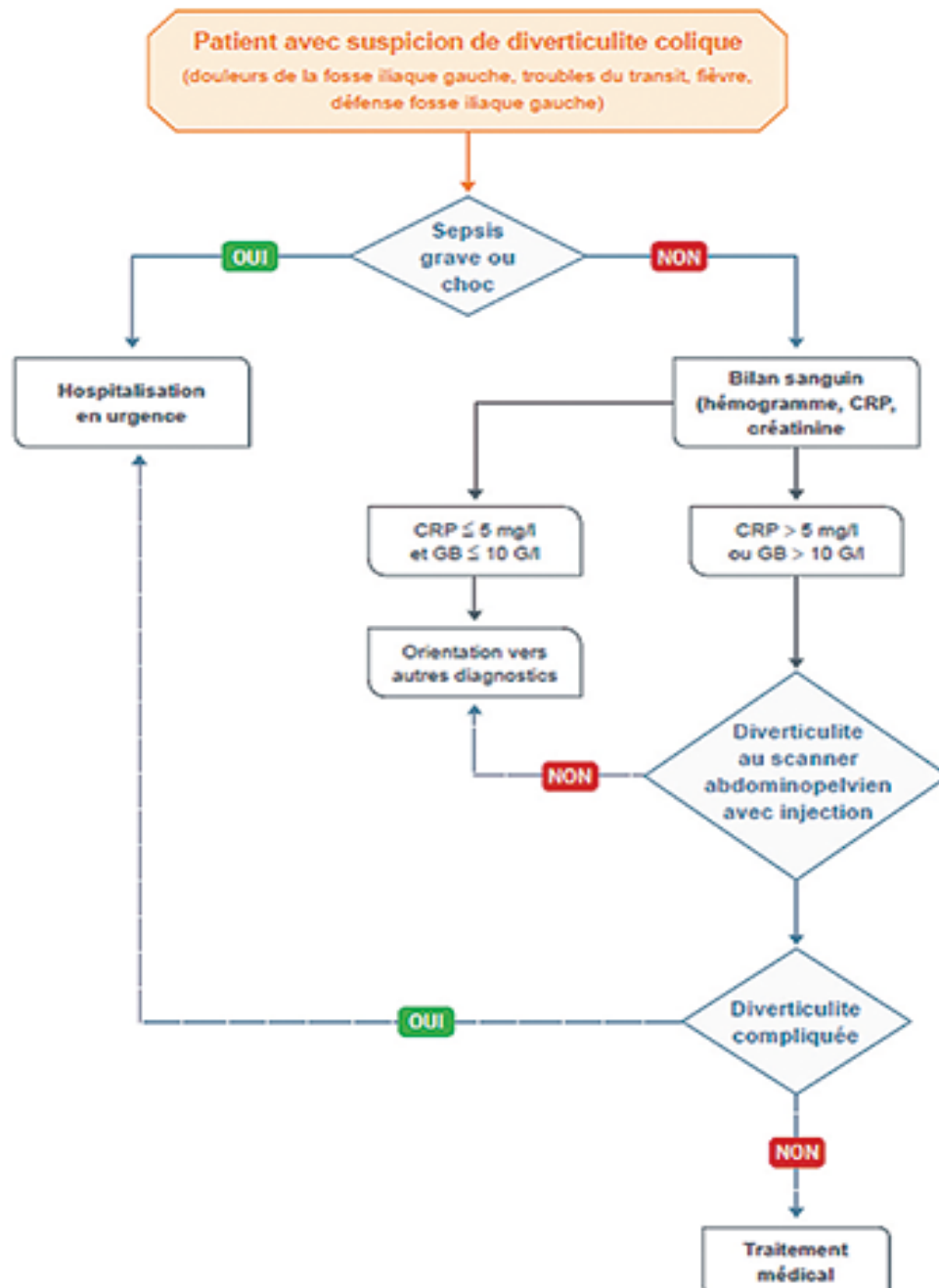
- Dans les péritonites Hinchey III et IV, en l'absence de données probantes, aucune recommandation ne peut être établie quant à la voie d'abord.
- La laparotomie reste la voie d'abord de référence dans cette situation.
- Dans les stades Hinchey I et II en échec du traitement médical, la laparoscopie est une alternative à la laparotomie (chirurgiens expérimentés).

## ▶ Cas de la diverticulite du colon Droit:

- grande proportion de patients opérés sur diagnostic initial d'appendicite aiguë (diagnostic différentiel qui doit être évoqué chez l'adulte, en particulier d'origine asiatique).
- Les indications de résection chirurgicale en urgence sont superposables à celles de la diverticulite sigmoïdienne.
- La résection-anastomose en un temps (résection iléo-caecale ou colectomie droite) est la procédure de référence, mais une résection sans anastomose peut être réalisée si elle est jugée nécessaire.

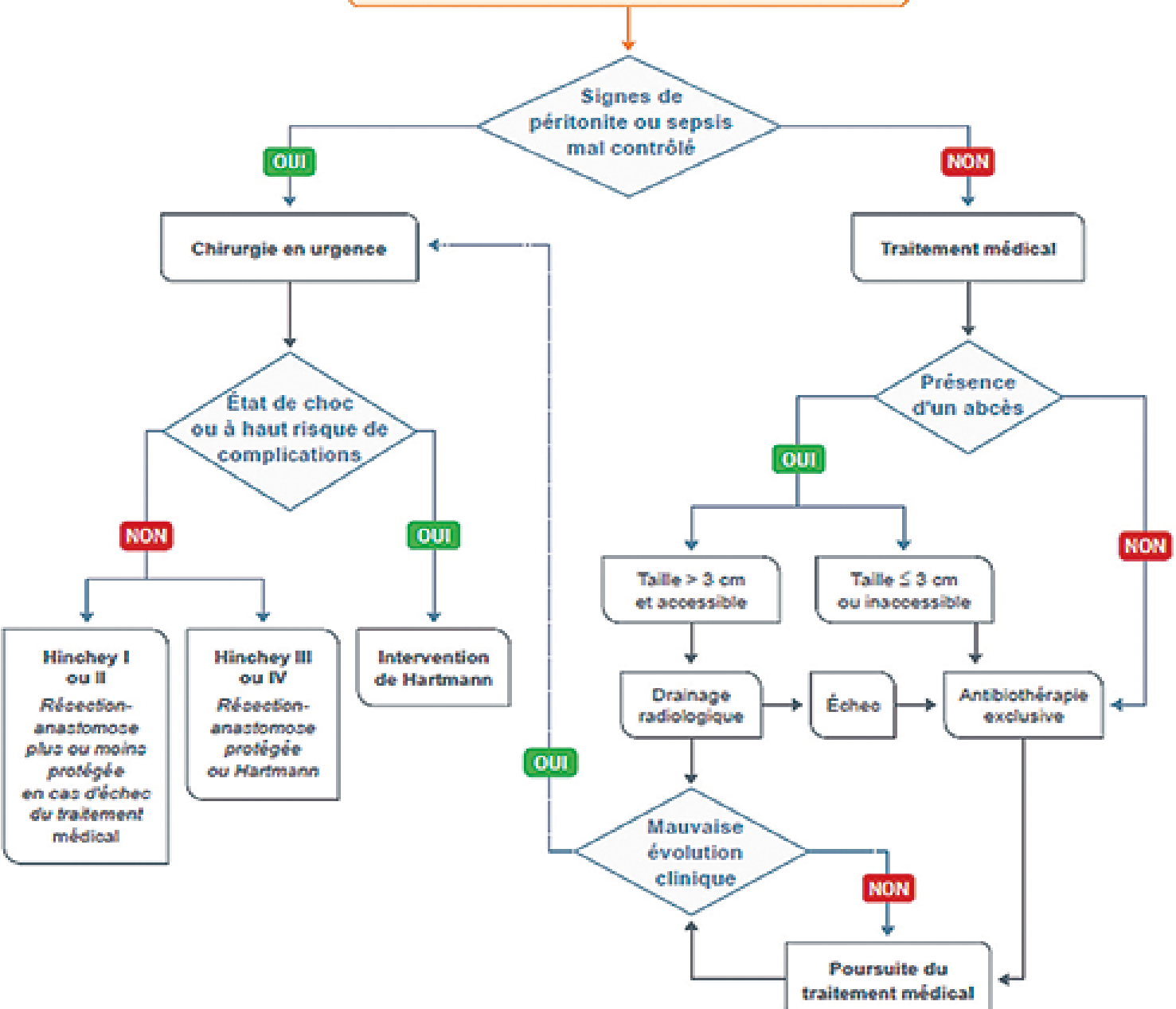


# DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE



**Patient avec diverticulite compliquée**  
(abcès, fistules, péritonites d'origine diverticulaire, sténoses)

Hospitalisation en urgence



# Chirurgie Prophylactique

## ▶ Histoire naturelle de la diverticulose:

- Plusieurs études de grande ampleur: taux de récurrence aux environs de 16%
- Récurrence accrue si âge <50ans et si forme compliquée (notamment abcès drainé)
- FdR de mortalité lors de la récurrence : âge >50 ans, tabagisme et caractère compliqué de la poussée initiale (abcès, mais surtout péritonite ou fistule).
- FdR de récurrence compliquée: sepsis, perforation, et occlusion lors de la première poussée.
- L'âge <50 ans n'est cependant pas associé à un risque de récurrence nécessitant une chirurgie en urgence (1,4% - 2%)
- Seuls une diverticulite compliquée (abcès drainé), un traitement immunosuppresseur et une insuffisance rénale chronique sont prédictifs de chirurgie en urgence lors d'une poussée ultérieure.
- Enfin, les données récentes semblent confirmer que les récurrences compliquées sont moins sévères que les poussées inaugurales compliquées, mais niveau de preuve faible

## ▶ Risques de la chirurgie prophylactique:

- Mortalité évaluée entre 0,4 et 0,7% (supérieure à la colectomie pour CCR)
- Risque de stomie de 6%
- Risque septique élevé (supérieur aux colectomies pour CCR)
- Au long terme, si elle permet d'obtenir une meilleure qualité de vie, elle peut être responsable de troubles digestifs (douleurs 12%, troubles du transit 25%).
- La chirurgie prophylactique diminue le risque de récurrence de diverticulite mais ne l'élimine pas complètement (8% à 5 ans et 12,5% à 10 ans)

# Recommandations

- ▶ La sigmoïdectomie prophylactique après poussée de diverticulite n'est pas recommandée si le patient est asymptomatique, s'il n'est pas immunodéprimé (dont insuffisance rénale chronique) et si les poussées n'impactent pas sa qualité de vie.
- ▶ Recommandé de discuter une sigmoïdectomie électorive dans les situations suivantes :
  - ▶ au décours d'une diverticulite aiguë compliquée, particulièrement en cas d'abcès
  - ▶ chez le patient immuno-déprimé ou insuffisant rénal chronique (risque accru de récurrence avec augmentation du risque de chirurgie en urgence), en intégrant les facteurs de risque opératoire suivants : âge supérieur à 75 ans et comorbidités, en particulier cardiopathie et BPCO.
- ▶ Chez le patient asymptomatique, l'âge inférieur à 50 ans ne constitue pas une indication opératoire en soi (risque accru de récurrence mais pas d'augmentation du risque de chirurgie en urgence lors d'une récurrence)

# Recommandations (suite)

- ▶ Recommandé de proposer une sigmoïdectomie en cas de symptômes persistants après une poussée ou de récurrences fréquentes impactant la qualité de vie. Le nombre de poussées n'est pas une indication en soi.
- ▶ La sigmoïdectomie électorale est recommandée en cas de fistule, selon le terrain et le type de symptômes.
- ▶ La sigmoïdectomie électorale est recommandée en cas de sténose symptomatique.

# Critères de qualité chirurgicale

- ▶ Si l'indication d'une sigmoïdectomie élective est retenue, il est recommandé de la réaliser au moins deux mois après la dernière poussée (diminution de la durée de séjour, de la durée opératoire et du taux de conversion)
- ▶ L'abord laparoscopique est recommandé pour la réalisation d'une sigmoïdectomie élective pour pathologie diverticulaire.
- ▶ Il est recommandé de réaliser une anastomose sans tension, au mieux avec décrochage de l'angle gauche.
- ▶ Il est recommandé de sectionner les artères sigmoïdiennes au moins après leur division du tronc des sigmoïdiennes.
- ▶ La résection de la charnière recto-sigmoïdienne est recommandée. La résection doit emporter la zone siège de la ou des poussée(s) inflammatoire(s). L'ensemble du côlon sigmoïde doit être réséqué de façon systématique. Il est recommandé de ne pas étendre la résection colique au-delà du côlon sigmoïde de façon systématique même en présence d'une diverticulose en amont.
- ▶ Pas de données permettant d'émettre une recommandation sur le type d'anastomose colorectale (manuelle ou mécanique) après colectomie prophylactique pour pathologie diverticulaire.
- ▶ La réhabilitation améliorée est recommandée dans la sigmoïdectomie élective pour diverticulite.
  
- ▶ Après diverticulite aiguë droite non compliquée, la colectomie droite élective n'est pas recommandée.
- ▶ Après diverticulite aiguë droite compliquée, aucune recommandation ne peut être établie en l'absence de données probantes.

**Merci de votre attention !**

The slide features a white background with abstract, overlapping geometric shapes in various shades of blue (dark blue, medium blue, and light blue) on the right side. The shapes are angular and layered, creating a modern, dynamic look.