

ITEM 284 : DIVERTICULOSE COLIQUE ET DIVERTICULITE SIGMOÏDIENNE AIGÜE

Diverticulose non compliquée		= Asymptomatique , découverte fortuite sur une coloscopie ou un TDM TAP → Aucun TTT Complications de la diverticulose : Diverticulite, Hémorragie diverticulaire	
DIVERTICULITE		= Rare < 30 ans, risque maximal entre 60 et 70 ans - Aucun traitement ou mesure diététique préventive connue	
Forme habituelle		SF - Douleur en fosse iliaque gauche +++ - Trouble du transit : constipation plutôt que diarrhée - Fièvre	SP - Défense en fosse iliaque gauche - Douleur à la décompression abdominale brutale (= irritation péritonéale)
Forme habituelle		Bio - Syndrome inflammatoire biologique : ↑ CRP, hyperleucocytose (>10 000/mm ³) à PNN	
Forme habituelle		PC TDM abdomino-pelvienne avec injection	- En urgence, sans opacification digestive basse - Confirme le diagnostic : épaissement de la paroi colique > 4 mm avec infiltration de la graisse péri-colique et présence locale de diverticules - Complications : - Perforation +++ : pneumopéritoine, fuite de PDC possible - Abcès péri-sigmoïdien +++ - Pyléphlébite = thrombose de la veine mésentérique inférieure
Forme habituelle		- Non indiqué : échographie, ASP, IRM, lavement opaque - Contre-indiqué en contexte aigu : lavement baryté, coloscopie conventionnelle, coloscopie virtuelle	
Forme habituelle		Critères d'hospitalisation Reco 2018 +++	- Mauvaise tolérance clinique : signe d'irritation péritonéale, hydratation orale impossible, absence d'amélioration après 48-72h de traitement - Contexte social : impossibilité de surveillance ambulatoire - Gravité : signes de complication TDM
Forme habituelle		TTT Antibiothérapie Reco 2018 +++	= Actif sur les bactéries coliques aérobies (BGN, entérocoque) et anaérobies Pas d'ATB si : Hinchey Ia, pas de comorbidité, bon contexte social, pas d'immunosuppression, score ASA < 4, pas de grossesse, TAS > 100 mmHg, FR < 22
Forme habituelle		Ambulatoire	- Augmentin® en 1 ^{ère} intention pendant 7 jours - Si allergie : Fluoroquinolone + métronidazole pendant 7 jours
Forme habituelle		Hospitalier	- Par voie IV : Augmentin® ou C3G + métronidazole - Si allergie : - Fluoroquinolone + métronidazole (IV) ou Aminoside + métronidazole ou lincosamide (IV) - Relai oral : Augmentin® ou Fluoroquinolone + métronidazole
Forme habituelle		Mesure associée	- Régime alimentaire non restrictif, sans résidu pendant la phase aigue
Complications		Classification de Hinchey	- Stade Ia : phlegmon péricolique Ib : abcès péricolique - Stade II : abcès pelvien, abdominal, rétropéritonéal (péritonite localisée) - Stade III : péritonite généralisée purulente - Stade IV : péritonite stercorale (perforation)
Complications		Abcès Ib et II	= Complique 30% des diverticulites sigmoïdiennes. Hospitalisation systématique. - ATB IV seule 7 jours : - Abcès de petite taille (<3cm) ou stade Ib - Abcès non drainable sous scanner (localisation) - Drainage percutané : - Abcès accessible, de taille suffisante > 3 cm, de stade 2, score ASA≥3 - Echec d'antibiothérapie → Après drainage efficace d'un gros abcès : sigmoïdectomie élective recommandée à distance - Chirurgie = résection-anastomose ± stomie d'amont : si impossibilité / échec du drainage
Complications		Péritonite III et IV	= Péritonite purulente ou fécale : fuite extra-digestive d'air/produit de contraste à la TDM → Urgence chirurgicale : hospitalisation en SI/réanimation et mise en conditions - Antibiothérapie probabiliste IV par C3G + métronidazole ou Augmentin + Gentamicine - Hartmann si haut risque de complication ou instabilité hémodynamique - ou Résection-anastomose en 1 temps +/- iléostomie de protection Si forme perforée sans péritonite = perforée-bouchée : surveillance rapprochée + ATB + repos dig

DIVERTICULITE		Fistule	<ul style="list-style-type: none"> = Rare (< 10% des cas) : vers la vessie (homme) ou vers le vagin (femme hystérectomisée) - Fistule colo-vésicale : SFU (pollakiurie), pneumaturie, ou fécalurie (pathognomonique) et/ou infections urinaires à distance de l'accès de diverticulite → traitement chirurgical - TDM : air dans la vessie, fuite du PDC digestif dans la vessie - TTT chirurgical : résection anastomose en 1 temps par coelioscopie. - Fistule colo-vaginale (rare) : infections vaginales récidivantes, émission de gaz/matière 	
	Complication	Sténose	Sténose inflammatoire	<ul style="list-style-type: none"> = Sténose sigmoïdienne : - Régression habituellement sous antibiothérapie
			Pseudo-tumeur inflammatoire	<ul style="list-style-type: none"> - Sténose symptomatique : sub-occlusion - TDM : sténose typiquement centrée, progressive, à bords réguliers → Parfois très difficile à différencier d'un cancer : sténose excentrée à bords irréguliers, raccordée au colon en angle aigu - Coloscopie généralement non contributive en aigu (sténose non franchissable) : réalisée à distance après refroidissement médical de la poussée - Diagnostic souvent réalisé par le chirurgien ou anatomo-pathologique après sigmoïdectomie pour suspicion de tumeur
			Sténose sigmoïdienne sèche, fibreuse	<ul style="list-style-type: none"> = A distance de poussées itératives de diverticulite : plus rare - Occlusion incomplète (syndrome de Koenig) puis occlusion complète - TDM : diagnostic différentiel avec un cancer colique - TTT : intervention chirurgicale → anapath élimine le cancer
	Prise en charge après diverticulite	Diverticulite aiguë d'évolution favorable : Pas de surveillance (ni TDM, ni bio)		
		Coloscopie : dépistage de CCR, doute diagnostic au TDM, après un épisode de diverticulite compliqué		
		Pas de TTT médical	→ Aucune mesure diététique ou médicale (antiseptique intestinaux, 5-ASA, probiotiques) n'a fait la preuve de son efficacité	- Corticoïdes et AINS déconseillés : aggrave le risque de lésions infectieuses sévères
	TTC chirurgical Reco 2018 +++	Résection élective sigmoïdienne prophylactique , recommandé si :		
		<ul style="list-style-type: none"> - Diverticulite compliqué (abcès, fistule, sténose) - Patient immunodéprimé ou insuffisant rénal chronique - Symptômes persistants ou récurrences fréquentes : impact sur la qualité de vie 		!/ N'est plus recommandée !/
			<ul style="list-style-type: none"> - Après plusieurs poussées non compliquées - Chez le sujet < 50 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Coloscopie pré-opératoire systématique pour éliminer un CCR synchrone - Modalités : ≥ 2 mois après un épisode de diverticulite, au mieux sous coelioscopie - Résection limitée au sigmoïde en emportant la charnière recto-sigmoïdienne - Iléostomie de protection si péritonite ou patient instable ou à risque de complications
HEMORRAGIE DIVERTICULAIRE	<ul style="list-style-type: none"> = Hémorragie souvent brutale, par érosion d'artérioles du collet ou du fond du diverticule - Représente 1/3 des hémorragies basses soudaines de sang rouge - Survenue indépendante d'une poussée de diverticulite - Cesse spontanément dans 80% des cas - Récidive = 15% après 1 épisode et 50% après 2 épisodes → chirurgie prophylactique en cas d'épisode récidivant 			
	Hémorragie basse abondante/ mal tolérée	Diagnostic étiologique difficile	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche d'autres causes en urgence : endoscopie haute, rectoscopie ± Coloscopie totale en urgence (après lavage intensif au polyéthylène glycol) ± Angioscanner 	
		Stratégie thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> = Dépend du retentissement hémodynamique et des besoins transfusionnels - Hémostase : électrocoagulation, injection adréalinée et/ou clip lors de la coloscopie si saignement actif - Embolisation radiologique si état hémodynamique instable ou dépendance transfusionnelle (> 6 culots) - Chirurgie si échec/impossibilité et nécessité de transfusion massive ou répétées : colectomie segmentaire (si localisation connue) ou colectomie totale (si localisation inconnue et diverticules coliques diffus) 	