

# Complications de la diverticulose sigmoïdienne: place la chirurgie

Pr. Antoine Hamy

# Le diverticule ...

- Hernie muqueuse du «dd vers le dh»
- Sigmoidite 90%
- Diverticulose  $\neq$  maladie
- Complications
  - Sigmoidite
  - Hémorragie
  - Pseudo-tumeur inflammatoire
  - Fistules (vessie, vagin, utérus)

# Quelques données

- Anomalie *occidentale* (modes alimentaires)
  - Hyperpression colique
  - Fibres alimentaires
  - Flore intestinale
- Rare < 30 ans / 50 à 60% > 70 ans
- Asymptomatique
- **Diagnostic fortuit** (coloscopie) **[pas de chir]**
- **Maladie diverticulaire = complications**

# Dossier

- H de 65 ans
- IdM (10 ans) Sintrom (1cp/j)
- DA de la FIG et du flanc G depuis 3 jours
- Fièvre 38°7, frissons, « constipation »,  
méléna  $\emptyset$ , rectorragie  $\emptyset$
- Nausée, dysurie avec brûlures mictionnelles
- Défense de la FIG, pas d'AEG, TR NI, TA 12/8
- GB 19700 (84% PN), CRP 254, TP 37%,  
TCA 32/33, Plaqu 257000, ECBU  $\emptyset$ , creat 87

# Dossier

- Quels diagnostics principaux envisager ?
- Quel est celui le plus probable ?
- Comment expliquez-vous les symptômes urinaires ?

# Dossier

- Quels diagnostics principaux envisager ?
  - Cancer du colon G
  - Sigmoidite
  - Colite ischémique
  - Pyélonéphrite
- Quel est celui le plus probable ?
  - Sigmoidite
- Symptômes urinaires ?
  - Inflammation contiguïté
- H de 55 ans
- IdM (10 ans) Sintrom (1cp/j)
- DA de la FIG et du flanc G depuis 3 jours
- Fièvre 38°7, frissons, « constipation », méléna 0, rectorragie 0
- Nausée, dysurie avec brûlures mictionnelles
- Défense de la FIG, pas d'AEG, TR NI, TA 12/8
- GB 19700 (84% PN), CRP 254, TP 37%, TCA 32/33, Plaqu 257000, ECBU -, creat 87

# Dossier

- Quel(s) examens(s) complémentaires vous semble(ent) nécessaire(s) à but diagnostique et thérapeutique ?

# Dossier

- Quel(s) examens(s) complémentaires vous semble(ent) nécessaire(s) à buts diagnostique et thérapeutique ?
  - Scanner abdomino-pelvien avec et sans IV (en l'absence de CI ...)

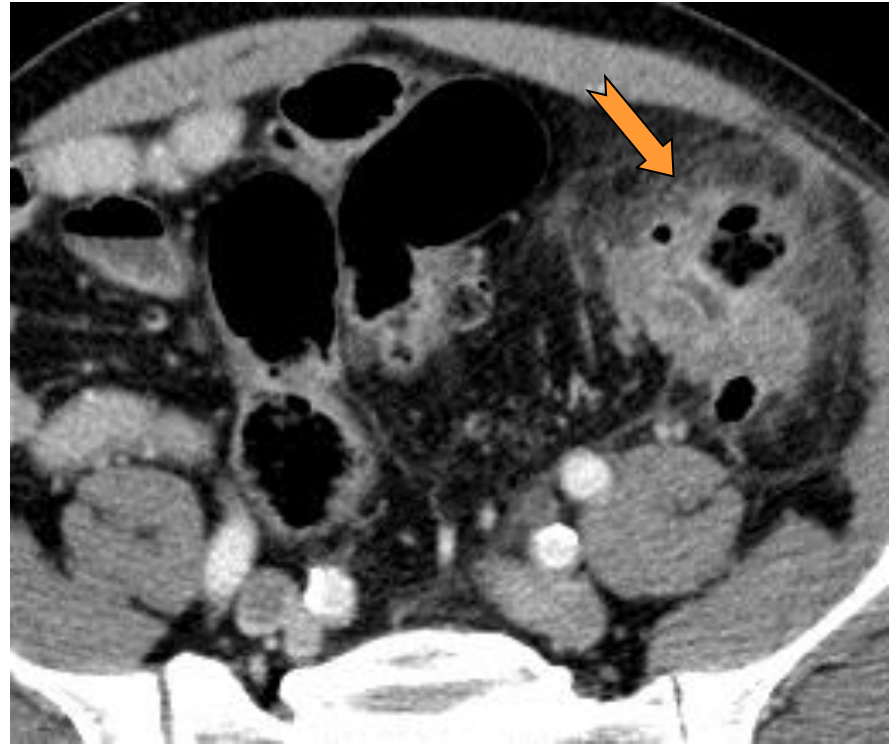


# Démarche diagnostique

## IMAGERIE

Diagnostic positif

- ☛ diverticules
- paroi colique épaisse
- graisse péri-colique infiltrée

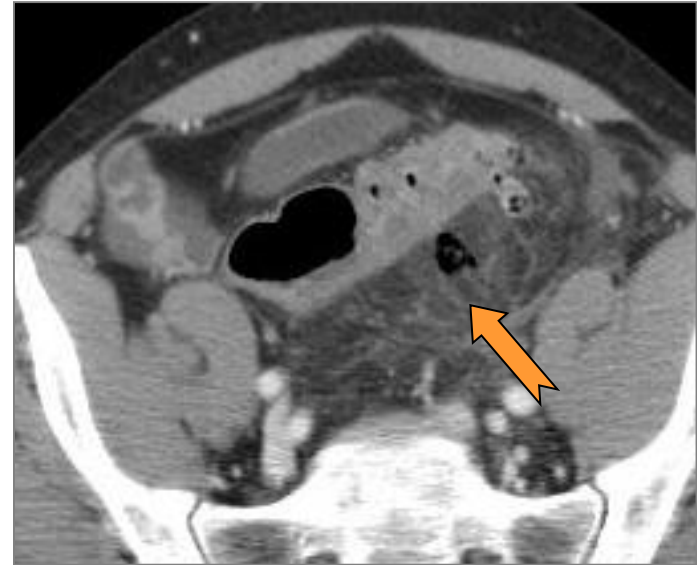
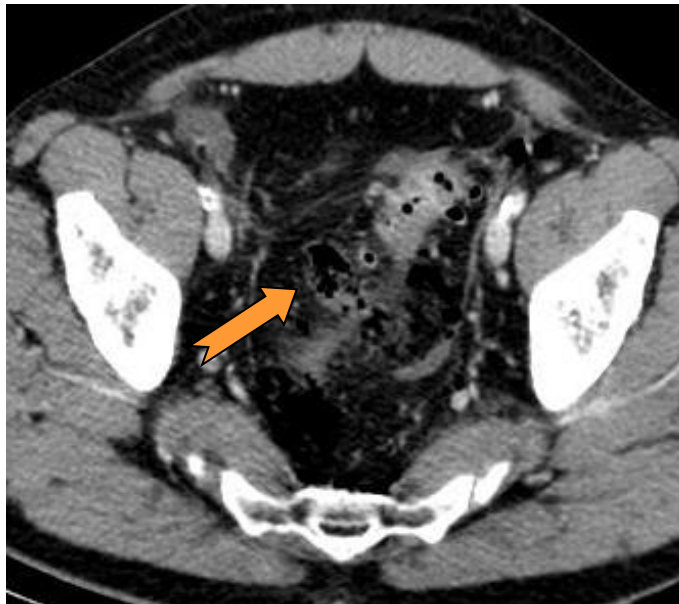


# Démarche diagnostique

# IMAGERIE

Diagnostic **complications**

☛ perforation focale

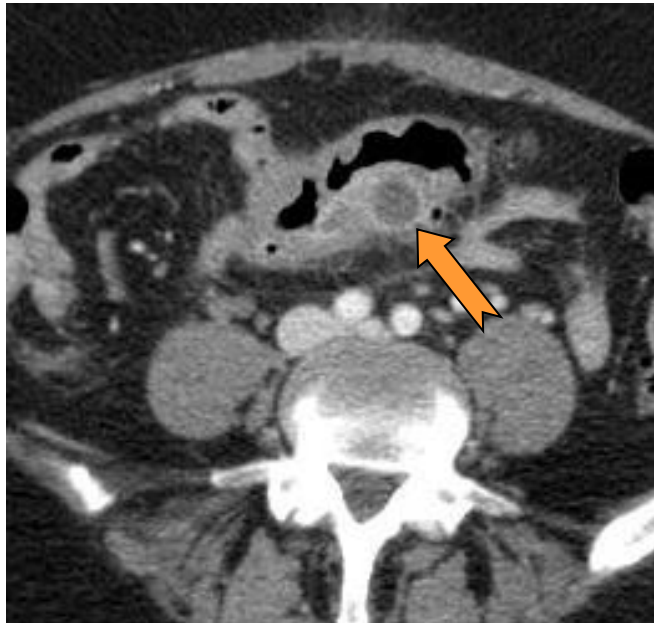


# Démarche diagnostique

# IMAGERIE

## Diagnostic complications

☞ abcès

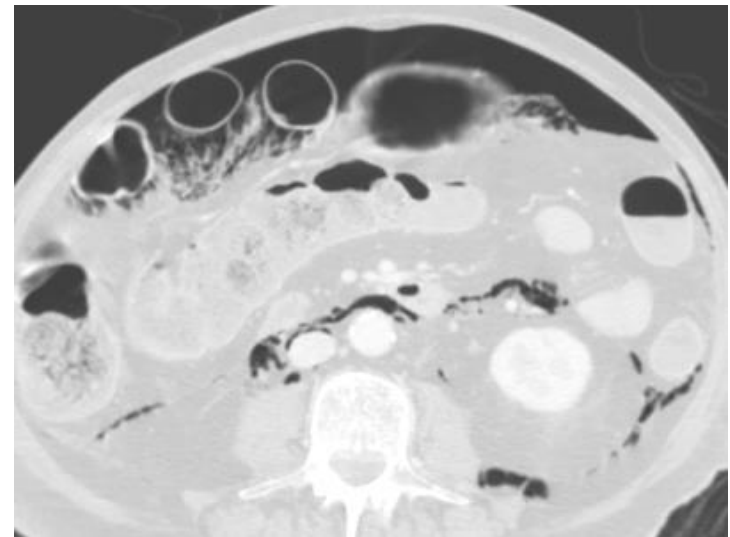
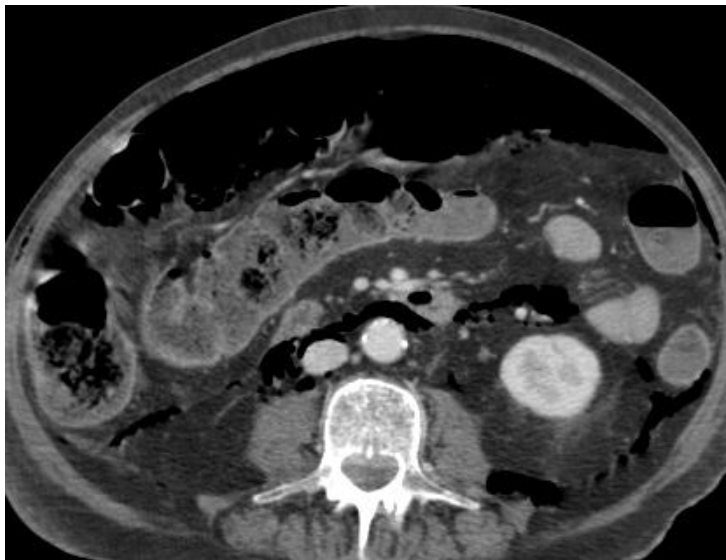


# Démarche diagnostique

# IMAGERIE

Diagnostic **complications**

☞ perforation « libre »



# Dossier

- Au terme de cet épisode, vous le revoyez en Cs à 2 mois de recul, quelle prise en charge lui proposez-vous ?
  - Résection rectosigmoïdienne (poussée grave)
  - Coloscopie pré-opératoire (âge > 50 ans)

# Recommandations 90's ... état des lieux !

- Sociétés savantes (ACGE, ASCRS, EAES)
  - 1ère poussée « grave » (TDM) ou âge < 50 ans
  - 2ème poussée « documentée »
  - 1ère poussée (FdR)
    - Corticoïdes, AINS
    - Immunosuppresseurs
    - BPCO, IRC, vascularite
    - ...
  - CCR ne peut être formellement éliminé (sténose)

*Am J Gastroenterol 1999*  
*DCR 1995*  
*Surg Endosc 1999*  
*Ann Surg 2010*

# Terrain / Comorbidités

- Facteurs reconnus comme prédictifs de poussées / complications graves (H III et IV) / morbi-mortalité

- Corticoïdes

*Chapman Ann Surg 2005*

- SIDA (HIV+)

*Lorimer Am J Surg 2007*

- Greffé rein (cœur, poumons, foie)

*Qasabian J Heart Lung Transplant 2004*

- BPCO, Diabète ID, vascularite (collagène)

*Yoo Am J Surg 2008*

- SSEco

*Csikesz J Gastrointest Surg 2009*

- Tabac

*Turunen Scand J Surg 2010*

# âge – Rationnel « pour »

- Mortalité chir prophylactique < 0,5%  
Mortalité chir en urgence 2,5% *Maggiore Colon Rect 2009*
- Risque de récurrence (1ère poussée)
  - 27% < 50 ans / 17% > 50 *Anaya Arch Surg 2005*
  - 20% < 50 ans / 5% > 50 *Guzzo DCR 2004*
  - 32% à 9 ans (54% si les 2) *Chautems DCR 2002*
    - Gravité au scanner
    - Âge < 50 ans



# âge – Rationnel « contre »

- Poussées significativement moins graves
  - 513 clin+tdm ... dns qqsoit les critères f(40 ans)

*Lehmann J Gastrointest surg 2011*

- 236 tdm / 2 vs 12% [ $p < 0,02$ ] f(50ans)

*Hjern BJS 2008*

- % plus élevé de formes « graves » est lié aux retards et erreurs diagnostiques
  - 40% âge < 40ans / 14% > 60 ans

*Janes BMJ 2006*

*Schauer Am J Surg 1992*

# âge – Rationnel « indifférent »

- Risque de stomie chir prophylactique 6%  
Risque de stomie chir urgente 7,5%
- Persistance de symptômes 26% (non opr)  
Ré-apparition symptômes 22 à 25% (opr)  
à QV identique

# Conclusion ... âge (< > 50 ans) ?

- « ... la chirurgie prophylactique peut être proposée ... mais son bénéfice reste discuté. »  
HAS 12/2006
- « ... il apparaît donc licite de proposer une sigmoïdectomie ... d'emblée chez le patient de moins de 50 ans même en cas de 1ère poussée non compliquée. » Maggiori *Colon Rectum* 2009
- « ... we recommend that diverticulitis management should be based on severity of the disease and not on the age of the patient. »  
Faria *World J Gastroenterol* 2011

	Surveillance (%)	Chirurgie (%)	choix
Récidive	20 à 50	8 à 12	chirurgie (++)
Mortalité	2,5	< 1	chirurgie (+)
Symptôme	26	22 à 25	??
Stomie	7,5	6	??
QV	idem	idem	??

Résultats patients < 50 ans

# Nombre de poussées

8,6 à 26%

**Tableau I.** – Taux d'interventions en urgence en fonction du nombre de poussées.

Référence	Date	Effectif	Suivi	1 <sup>re</sup> poussée		2 <sup>e</sup> poussée	
				Opérations (Total)	Opérations en urgence	Récidive (%)	Opérations en urgence (%)
Parks [1]	1969	455	1-16 ans	158	NC	78(26)	20(25)
Larson [5]	1976	132	9,2 ans	33	18(13,6)	13(13)	+ 9(31)
Haglund [6]	1979	392	6 ans	97	97(24)	73(25)	0
Ambrosetti [7]	1994	226	25 mois	66	NC	42(26)	8(19)
Ambrosetti [8]	1997	423	46 mois	112	33(7,8)	27(8,6)	NC
Makela [9]	1998	366	10 ans	101	55(15)	57(15,6)	19(33)
Biondo [10]	2002	327	24-90 mois	103	78(24)	52(16)	- 4(7,6)

Pas d'augmentation du % de chir en urgence entre 1ère et 2ème poussée

Shaik *Br J Surg* 2007

Frileux *Colorectal dis* 2009

232 pts / 191 non opr / 16% opr U / R 18,6% / 4,5% opr U

222 pts / 162 non opr / 25% opr U / R 13% / 15% opr U

# Nombre de poussées

**Tableau II.** – Antécédents de diverticulite chez les patients opérés en urgence.

Référence	Date	Effectif	Suivi (année)	Chirurgie en urgence	
				Opérations (%)	Antécédent de diverticulite (%)
Alexander [12]	1983	673	10	80(11,8)	≤ 30(38) <b>(62)</b>
Nylamo [13]	1990	113	10	48(42)	2(4) <b>(96)</b>
Lorimer [14]	1997	392	8	126(32)	15(12) <b>(88)</b>
Somasekar [15]	2002	108	5	104(96)	28(27) <b>(73)</b>

% de poussée « grave » > lors de la 1ère poussée / 2ème

Shaik *Br J Surg* 2007

232 pts / 16% atcd **(84%)**

Frileux *Colorectal dis* 2009

222 pts / 25% atcd **(75%)**

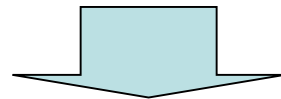
# Nombre de poussées

**TABLE 2.** Presentation of Diverticular Complication and Operative Management

	<b>Group A (1 or 2 Episodes) [No. (%)]</b>	<b>Group B (&gt;2 Episodes) [No. (%)]</b>	<b>P</b>
Abscess	48 (41)	13 (41)	0.97
Phlegmon	33 (28)	12 (38)	0.31
Obstruction	27 (23)	11 (34)	0.18
Fistula	24 (21)	3 (9)	0.15
Bleed	4 (3)	1 (3)	>0.99
Perforation	20 (17)	0 (0)	<0.001*
Diversion/ostomy rate	43 (37)	1 (3)	<0.001*
Resection and 1° anastomosis rate	74 (63)	31 (97)	<0.001*

# Conclusion ... Nb de poussées ?

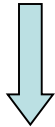
- Un ATCD de diverticulite n'est pas un FdR de complication grave (lors d'une 2ème crise)
- Une poussée « grave » nécessitant un geste chirurgical en urgence est la plus souvent inaugurale (> 75-85%) [perforation]



- Remise en question du principe de la chirurgie prophylactique après 2 poussées non « graves » ?

# Conclusion: Bénéfices / Risques

- Règles générales



- Cas particulier

- Recherche de facteurs prédictifs de récurrence
- Recherche de facteurs prédictifs de Mt<sup>té</sup> et Mb<sup>té</sup>

« The decision to recommend elective surgery...  
should be made on a case-by-case basis. »

Rafferty *DCR* 2006

Collins *World J Surg* 2008



# Résultats de la chirurgie prophylactique

- Mortalité < 2%
- Morbidité 15%
  - Stomie 15%
  - Fistules 3 à 20%

Chapman *Ann Surg* 2006
- Sténoses anastomotiques 32%

Ambrosetti *DCR* 2008
- Symptômes persistants 25%

Ferzoco *NEJM* 1998  
Egger *DCR* 2009
- Récidive sigmoïdite de 6 à 10-12%
  - Défaut d'exérèse de la charnière

Collins *World J Surg* 2008  
Thaler *DCR* 2003

# Chirurgie réglée de la DC compliquée... où en est-on des recommandations ?

