

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

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 ^{re} poussée		2 ^e 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) (62)
Nylamo [13]	1990	113	10	48(42)	2(4) (96)
Lorimer [14]	1997	392	8	126(32)	15(12) (88)
Somasekar [15]	2002	108	5	104(96)	28(27) (73)

% 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%)

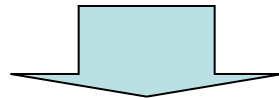
Nombre de poussées

TABLE 2. Presentation of Diverticular Complication and Operative Management

	Group A (1 or 2 Episodes) [No. (%)]	Group B (>2 Episodes) [No. (%)]	P
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 ?

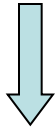
- Un ATCD de diverticulite n'est pas un FdR de complication grave (lors d'une 2ème crise)
- Une poussée « grave » nécessitant un geste chirurgical en urgence est la plus souvent inaugurale (> 75-85%) [perforation]



- 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^{té} et Mb^{té}

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

Rafferty *DCR* 2006

Collins *World J Surg* 2008

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

