

Diverticulite aiguë: diagnostic et traitement

Akute Divertikulitis: Diagnostik und Behandlung

Vera F. Kessler^{a*}, Christian Mottet^{a*}, Sabine Popescu-Dutruit^b, Gian Dorta^a

^a Service de Gastroentérologie et d'Hépatologie, CHUV, Lausanne

^b Cabinet privé, FMH médecine générale, Verbier

* VFK et CM ont contribué de façon égale à l'élaboration de cet article.

Quintessence

- La présentation clinique typique est caractérisée par des douleurs abdominales en fosse iliaque gauche, accompagnées d'un état fébrile et de troubles du transit.
- La diverticulite peut se compliquer par un abcès, une fistule, une obstruction intestinale ou une perforation.
- Le diagnostic est clinique, le CT scan abdominal étant l'examen de choix pour confirmer le diagnostic et rechercher des complications.
- Un traitement antibiotique ambulatoire couvrant les germes aérobies et anaérobies peut être instauré si le patient est collaborant, capable de s'hydrater oralement et n'a pas de comorbidités importantes. Dans le cas contraire, si la douleur est si forte qu'elle nécessite un traitement antalgique, si les symptômes (douleurs, fièvre) ou les paramètres biologiques (leucocytose, CRP) ne s'amendent pas dans les 72 h malgré une thérapie ambulatoire adéquate, ainsi que lors de suspicion de complications, une hospitalisation est indiquée.
- Une coloscopie est indiquée après résolution d'une première poussée de diverticulite pour exclure une sténose ou une tumeur.
- Un tiers des patients avec diverticulite non compliquée présentera une récurrence.
- Une prise en charge chirurgicale à froid est indiquée après une deuxième poussée.

Quintessenz

- *Das typische klinische Erscheinungsbild der Divertikulitis ist charakterisiert durch linksseitige Unterbauchschmerzen, Fieber und einer Störung der Stuhlgewohnheiten.*
- *Mögliche Komplikationen einer Divertikulitis sind Abszess- und/oder Fistelbildung, mechanischer Ileus oder Perforation.*
- *Die Diagnose der akuten Divertikulitis wird klinisch gestellt. Das Abdominal-CT ist die Methode der Wahl zur Diagnosebestätigung und Abklärung von Komplikationen.*
- *Eine ambulante Therapie mit Antibiotika, die aerobe und anaerobe Bakterien abdecken, kann eingeleitet werden, sofern der Patient kollaborativ ist, oral Flüssigkeit zu sich nehmen kann und keine wesentlichen Komorbiditäten aufweist. Im Fall von starken Schmerzen, keiner Besserung der Symptome (Schmerzen, Fieber) oder der biologischen Parameter (Leukozytose, CRP) innert 72 Std. trotz adäquater ambulanter Therapie sowie bei Verdacht auf Komplikationen, ist die Hospitalisation des Patienten angezeigt.*
- *Nach Abklingen einer ersten Episode ist eine Koloskopie zum Ausschluss einer Stenose oder eines Karzinoms indiziert.*
- *Bei einem Drittel der Patienten mit einer komplikationsfreien Divertikulitis kommt es zu einem Rezidiv.*
- *Nach einem zweiten Entzündungsschub ist eine chirurgische Behandlung à froid, d.h. nach vollständigem Abklingen des entzündlichen Schubes, angezeigt.*

Übersetzung TranScript




Vous trouverez les questions à choix multiple concernant cet article à la page 230 ou sur internet sous www.smf-cme.ch

CME zu diesem Artikel finden Sie auf S. 230 oder im Internet unter www.smf-cme.ch

Introduction

La diverticulose est une maladie fréquente dont la prévalence augmente avec l'âge, touchant jusqu'à deux tiers des personnes de plus de 80 ans. Elle reste généralement asymptomatique, mais 15 à 25% des patients développeront une diverticulite. Sa prise en charge adéquate par le médecin de premier recours est indispensable pour éviter des complications potentiellement létales. La connaissance des signes de gravité permet de décider entre un traitement ambulatoire et la nécessité d'une hospitalisation. Le présent article résume l'épidémiologie, la physiopathologie, la clinique, l'évaluation diagnostique et le traitement de la diverticulite.

Epidémiologie [1, 2]

La diverticulose est une maladie fréquente des pays industrialisés. Sa prévalence est de 5% à 40 ans et augmente avec l'âge pour atteindre 40% à 60 ans et 65% à 85 ans, sans différence entre les sexes. Dans 70 à 80% des cas, la maladie diverticulaire reste asymptomatique, mais 15 à 25% des patients développeront une poussée inflammatoire, nommée diverticulite. Ce risque est proportionnel à l'extension colique, la durée de la maladie diverticulaire (particulièrement si celle-ci est présente depuis plus de 10 ans) et au nombre de diverticules. Suite à une poussée de diverticulite, 30% des patients présenteront des douleurs abdominales récurrentes sans diverticulite franche et 30% un nouvel épisode de diverticulite. 25% des diverticulites se compliquent par un abcès (complication la plus fréquente), par une fistule, une obstruction intestinale, une perforation ou une péritonite. La mortalité de ces complications est d'environ 8% (fig. 1 )

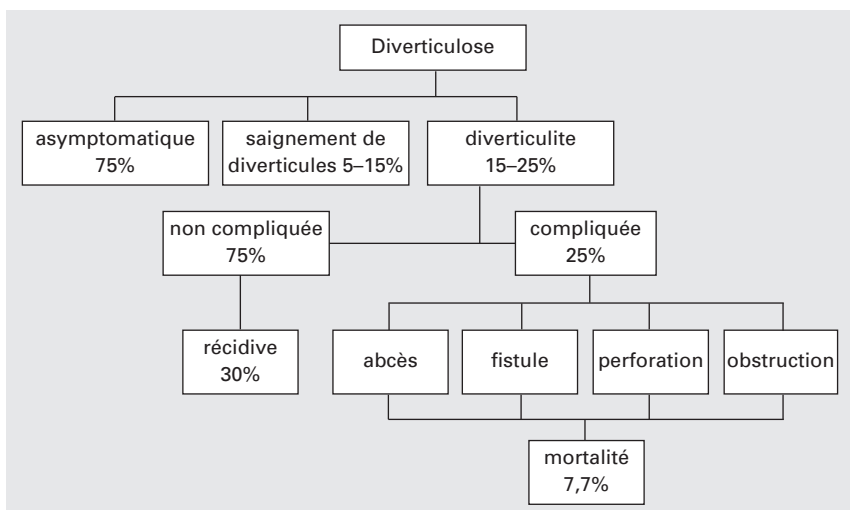



Figure 1.
Histoire naturelle de la diverticulite.

Physiopathologie [2, 3]

La diverticulose est caractérisée par des ectasies sacculaires à parois fines qui font saillie à travers la paroi affaiblie du côlon (fig. 2 )

. L'anatomie colique, la physiologie des contractions coliques ainsi que la loi de Laplace expliquent le dévelop-


Figure 2.
Image endoscopique d'une diverticulose sigmoïdienne. Multiples diverticules sigmoïdiens sans signes d'inflammation ou d'hémorragie.

pement du diverticule. Les segmentations du côlon, processus par lequel les contractions musculaires segmentaires assurent la progression du matériel fécal, séparent la lumière intestinale en «chambres». Ces contractions sont exagérées dans la maladie diverticulaire, fermant aux deux bouts la «chambre» durant la contraction musculaire. La loi de Laplace stipule que la pression est proportionnelle à la tension de la paroi et inversement proportionnelle au rayon. Comme le côlon sigmoïde est le segment du côlon avec le diamètre le plus petit, il est par conséquent le lieu des plus hautes pressions. Cette pression intraluminaire augmentée prédispose à une herniation de la muqueuse au locus minoris resistentiae i.e. là où les vaisseaux sanguins pénètrent dans la muscularis propria.

Le primum movens de la diverticulite était expliqué auparavant par l'obstruction du diverticule par un fécalithe et l'augmentation de la pression intradiverticulaire par fermentation bactérienne causant une perforation. On pense actuellement qu'un tel processus ne se produit que rarement et qu'une érosion de la paroi du diverticule, soit par ischémie en raison d'une augmentation de la pression de paroi, soit par frottement par des matières fécales, en est le facteur déclenchant. S'ensuivent inflammation et nécrose focales, causant une microperforation. L'inflammation et la nécrose sont fréquemment limitées, la petite perforation résultante étant couverte par du tissu adipeux péricolique ou mésentérique ou par de l'épiploon. Ceci peut conduire à un abcès local, à une obstruction colique ou, si des organes adjacents sont atteints, au développement d'une fistule. En présence d'une perforation ouverte, il se développe rapidement une péritonite purulente ou stercorale.

Diagnostic [4, 5]

La diverticulite peut présenter différents tableaux cliniques selon la gravité de l'inflammation et les complications associées. La présentation typique est caractérisée par une douleur en fosse iliaque gauche avec état subfébrile ou fébrile, associée à un trouble du transit tel que constipation (70%) ou diarrhées (30%). Nausées et vomissements (20–60%) accompagnent généralement la symptomatologie. 25% des patients ont un saignement occulte ou macroscopique. Des symptômes urinaires tels que dysurie, incontinence de stress et pollakiurie complètent parfois le tableau clinique. La palpation de l'abdomen et le toucher rectal sont douloureux en regard de la zone enflammée. Dans 20% des cas, une masse est palpable au niveau de la fosse iliaque gauche. Selon l'extension de l'inflammation et la présence de complications, des signes de péritonisme localisé ou diffus peuvent être présents.

Au niveau biologique, on observe une leucocytose avec neutrophilie. Une formule sanguine normale n'exclut cependant pas une diverticulite. Le sédiment urinaire peut montrer une pyurie stérile liée à une inflammation de l'uretère au contact du foyer de diverticulite (sans communication). Une bactériurie parle par contre en faveur d'une fistule colovésicale ou colourétérale. Le diagnostic différentiel est très vaste. Il comprend soit des pathologies intestinales (inflammatoires, infectieuses, tumorales), soit extra-intestinales (gynécologiques, urologiques, pancréatiques).

Le diagnostic est principalement clinique, des antécédents de diverticulite ou une diverticulose connue le renforcent. Comme lors de toute douleur abdominale aiguë, des radiographies standards du thorax et de l'abdomen sont indispensables afin d'exclure un pneumopéritoine (perforation), des niveaux hydroaériques (iléus), ou une pneumovessie (fistule).

Dans le doute, ou lors de suspicion de complications, des investigations radiologiques complémentaires sont indispensables. Le CT scan abdominal est l'examen de choix. Il peut aussi démontrer la présence d'une tumeur colique, de pathologies extra-intestinales ou de complications telles qu'abcès, fistule ou perforation. Les signes radiologiques classiques de diverticulite au CT scan abdominal comprennent un épaississement de la paroi (70%) et une infiltration de la graisse péricolique (98%).

Le lavement baryté, utilisé dans le passé, a été supplanté par le CT scan et n'a pratiquement plus de place aujourd'hui dans l'arsenal diagnostique vu sa faible performance pour découvrir les complications extraluminales de la diverticulite. L'ultrason abdominal par des mains expertes peut confirmer le diagnostic. Souvent, l'examen n'est pas concluant à cause de l'air dans l'intes-

tin. On peut l'utiliser en l'absence d'accès à un CT scan ou chez la femme enceinte.

Il n'y a généralement pas d'indication à une coloscopie «à chaud» vu le risque de perforation. Dans le doute (diagnostic incertain au CT scan) ou lors de suspicion de tumeur, une rectosigmoïdoscopie avec insufflation à minima peut se discuter.

Une coloscopie à froid, deux à six semaines après résolution de l'épisode aigu, est dans tous les cas indiquée pour le bilan d'extension de la diverticulose et pour exclure une néoplasie sous-jacente.

La résonance magnétique (IRM) ainsi que la coloscopie virtuelle par CT scan et IRM n'ont pas encore de place dans l'arsenal diagnostique pour cette indication. Il manque encore des études comparatives larges entre CT scan et IRM dans le diagnostic de la diverticulite. Les développements sont cependant rapides et il n'est par conséquent pas exclu que dans un avenir proche ce jugement soit révisé.

Traitement [5, 6]

Le choix de l'antibiothérapie est dicté par les pathogènes les plus souvent incriminés dans la diverticulite: les bâtonnets Gram négatif (e.g. *E. coli*) et les anaérobies (e.g. *Bacteroides fragilis*). Les quinolones telles que la ciprofloxacine, les céphalosporines de 3^e génération telle que la ceftriaxone, ainsi que le triméthoprime/sulfaméthoxazole couvrent bien les germes Gram négatif, mais nécessitent une association avec du métronidazole pour la couverture des germes anaérobies. L'amoxicilline/acide clavulanique, la pipéracilline/tazobactam ainsi que les carbapénèmes tels que l'imipénem et le mérépénem offrent par contre une bonne couverture des deux groupes de pathogènes.

Diverticulite non compliquée

Lors d'une première poussée de diverticulite d'intensité moyenne chez un patient collaborant pouvant s'hydrater oralement et sans comorbidité importante, un traitement ambulatoire consistant en une diète liquide sans fibre et des antibiotiques per os pour sept à dix jours (tab. 1) couvrant les pathogènes aérobies Gram négatif (e.g. *E. coli*) et anaérobies (e.g. *Bacteroides spp*) peut être initié. Il est important de reconvoquer le patient 24 et 72 h après l'initiation du traitement pour s'assurer d'une évolution favorable.

En présence de comorbidités importantes, si le patient ne peut s'hydrater oralement, si la douleur est si forte qu'elle nécessite un traitement antalgique ou si les symptômes (douleurs, fièvre) ou les paramètres biologiques (leucocytose, CRP) ne s'amendent pas dans les 72 h malgré une thérapie ambulatoire adéquate, il est indiqué d'hos-

Tableau 1. Antibiothérapie en fonction de la gravité de la diverticulite [9].

Patient ambulatoire	Diverticulite légère à moyenne	Ciprofloxacine 500 mg 2×/jour + Métronicidazole 500 mg 3×/jour pour 7–10 jours per os Triméthoprime 160 mg et Sulfaméthoxazole 800 mg 2×/jour + Métronicidazole 500 mg 3×/jour pour 7–10 jours per os Amoxicilline 500 mg et acide clavulanique 125 mg 3×/jour pour 7–10 jours per os
Patient hospitalisé	Diverticulite modérée avec complications et diverticulite sévère	Pipéracilline/tazobactam 4,5 g i.v. toutes les 8 h Ciprofloxacine 400 mg i.v. toutes les 12 h <i>ou</i> Ceftriaxone 2 g i.v. par 24 h + Métronicidazole 500 mg i.v. toutes les 6 h
	Patient septique, péritonite	Imipénem 500 mg i.v. toutes les 6 h Mérópénem 1 g i.v. toutes les 8 h

pitaliser le patient pour évaluation radiologique, traitement par antibiotiques i.v. (tab. 1) et hydratation i.v. tout en gardant le patient à jeun. Après résolution d'une première poussée de diverticulite non compliquée, il est recommandé d'observer une diète riche en fibres pour prévenir une récurrence et de pratiquer une coloscopie deux à six semaines après l'épisode aigu pour exclure la présence d'une néoplasie.

Dans l'évolution d'une première poussée de diverticulite traitée avec succès conservativement, environ 40% des patients resteront asymptomatiques, 30% développeront des épisodes de douleurs abdominales sans diverticulite et environ 30% des patients développeront une seconde poussée de diverticulite franche. Celle-ci doit être traitée de la même façon que la première poussée. Il est généralement recommandé d'effectuer une résection à froid de la partie atteinte avec anastomose primaire suite à un deuxième épisode de diverticulite non compliquée. Cette opération est de plus en plus pratiquée par chirurgie laparoscopique [7].

Chez des patients immunosupprimés, mais aussi, bien que le consensus ne soit pas si unanime, chez les patients jeunes (<50 ou <40 ans selon les experts) ou lors de diverticulite droite, il est généralement recommandé d'effectuer la résection à froid avec anastomose primaire après la première poussée de diverticulite.

Diverticulite compliquée

Si la douleur, la fièvre et la leucocytose persistent après 2–3 jours de traitement adéquat ou si l'examen clinique révèle des signes péritonéaux, il est indiqué d'hospitaliser le patient et de procéder à de nouveaux examens radiologiques (CT scan abdominal) à la recherche d'une diverticulite compliquée: abcès, fistule, obstruction, perforation avec péritonite. Le traitement antibiotique recommandé pour les patients hospitalisés et en fonction de la gravité de l'infection est listé dans le tableau 1.

Abcès

Les abcès de moins de 5 cm de diamètre ne nécessitent généralement aucun drainage car, dans la grande majorité des cas, ceux-ci régressent suffisamment sous traitement antibiotique pour permettre ensuite une résection avec anastomose primaire.

Un drainage percutané par repérage radiologique sous couverture antibiotique adéquate est cependant indiqué pour des abcès de plus de 5 cm. Ceci permet dans 60 à 80% des cas une résection ultérieure avec anastomose primaire. Si la symptomatologie ne s'amende pas dans les 48–72 h suivant le drainage percutané, une approche chirurgicale est indiquée.

Fistule

La présence d'une fistule colovésicale pose l'indication à un traitement chirurgical, généralement électif. Une opération avec résection de la partie colique atteinte, fermeture de la fistule et anastomose primaire est habituellement possible.

Les fistules colovaginales ou les fistules plus rares telles que coloentériques, coloutérines, colourétérales ou colocutanées nécessitent évidemment aussi un traitement chirurgical par résection de la partie colique atteinte, fermeture du trajet fistulaire et réparation de l'organe atteint.

Obstruction

Dans le cadre d'une diverticulite, une obstruction complète est rare. Elle se manifeste cliniquement souvent à la suite d'une préparation colique. La préoccupation majeure est d'exclure une obstruction due à un carcinome sous-jacent. Même en présence de biopsies négatives, une résection oncologique complète est impérative si l'apparence radiologique ou intra-opératoire est suspecte.

Perforation et péritonite

La majorité des perforations dans le cadre de diverticulite sont des perforations couvertes par


la graisse péricolique versus mésentérique ou par l'épiploon. Elles sont de bon pronostic sous traitement conservateur (fig. 3 ). En présence d'une perforation avec péritonite stercorale, le pronostic est réservé. Une laparotomie en urgence avec procédure en deux temps selon Hartmann (résection de la partie colique atteinte, colostomie terminale et fermeture du moignon rectal lors de la première intervention et rétablissement de la continuité trois mois plus tard) est indiquée sous couverture antibiotique i.v. à large spectre telle qu'imipénem 500 mg i.v. toutes les 6 heures ou méropénem 1 g i.v. toutes les 8 heures. Une autre approche chirurgicale comprend la résection de la partie atteinte, une anastomose primaire avec une stomie de protection proximale (colostomie ou iléostomie), la fermeture de la stomie s'effectuant dans un second temps. Cette dernière approche est utilisée quand les




Figure 3.

CT scan abdominal avec perforation intestinale sur diverticulite. Présence d'air libre péricolique (⊙) et d'un diverticule (→) du côlon descendant.

Tableau 2. Indications chirurgicales dans le cadre d'une diverticulite [7].

En urgence	Complications de la diverticulite
	Péritonite
	Abcès avec échec du drainage percutané
	Obstruction
	Détérioration clinique ou absence d'amélioration sous traitement médical
Electif rapide	Fistules
	Suspicion de carcinome
Electif à froid	Récidive de diverticulite aiguë non compliquée après le premier épisode de diverticulite non compliquée chez
	– le patient immunosupprimé
	– le patient jeune* (<50 ou <40 ans)
	– ou dans le cadre d'une diverticulite droite*

* Indication controversée

contre-indications à une anastomose primaire sont relatives, c'est-à-dire en l'absence d'une péritonite purulente ou fécale, ainsi qu'en l'absence de tissu œdémateux au niveau de la tranche de section. Les indications chirurgicales dans le cadre d'une diverticulite sont résumées dans le tableau 2 .

Prophylaxie de la récurrence [8]

Après résolution d'une poussée de diverticulite, il est généralement recommandé d'observer une diète riche en fibres pour prévenir une récurrence. En cas de constipation opiniâtre, l'adjonction d'un mucilage ou d'un laxatif est conseillée. Après une deuxième poussée documentée de diverticulite, une intervention chirurgicale avec résection à froid de la zone diverticulaire est indiquée.

Références

- Floch MH, Bina I. The natural history of diverticulitis: fact and theory. *J Clin Gastroenterol* 2004;38:S2–7.
- Young-Fadok TP, J.H. Epidemiology and pathophysiology of colonic diverticular disease. In: UpToDate, Rose, BD (Ed). Wellesley (MA): UpToDate; 2004.
- Stollman N, Raskin JB. Diverticular disease of the colon. *Lancet* 2004;363:631–9.
- Young-Fadok TP, J.H. Clinical manifestations and diagnosis of colonic diverticular disease. In: UpToDate, Rose, BD (Ed). Wellesley (MA): UpToDate; 2004.
- Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N Engl J Med* 1998;338:1521–6.

- Young-Fadok TP, J.H. Treatment of acute diverticulitis. In: UpToDate, Rose, BD (Ed). Wellesley (MA): UpToDate; 2004.
- Haring RU, Salm R. Sigmoid diverticulitis – indications for surgery and choice of procedure. *MMW Fortschr Med* 2003; 145:32–5.
- Delvaux M. Diverticular disease of the colon in Europe: epidemiology, impact on citizen health and prevention. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18 Suppl 3:71–4.
- Gilbert DN, Moellering RC, Eliopoulos GM, Sande MA. The Sandford Guide to antimicrobial therapy. Hyde Park: Antimicrobial Therapy, Inc, 2004.

Correspondance:
Prof. Gian Dorta
Division de Gastroentérologie
et Hépatologie
BH-10
CHUV
CH-1011 Lausanne
gian.dorta@chuv.hospvd.ch