Diverticulose et diverticulite

De nouvelles perspectives dans le traitement conservateur et chirurgical

Werner Inauen[a], Sabine Beeler[a], Bruno Loosli[a], Christophe Petrig[a], Jean-Pierre Barras[b]

[a] GastroenterologieZentrum, Bürgerspital, Solothurner Spitäler AG, Solothurn
[b] Klinik für Viszerale, Thorax- und Gefässchirurgie, Solothurner Spitäler AG, Solothurn

Quintessence

- Différentes études récemment publiées ont ébranlé quelques-uns des standards de traitement de la pathologie diverticulaire établis depuis longtemps.
- Plus spécifiquement, la constatation que l'usage répandu des antibiotiques dans le cas d'une diverticulite non compliquée n'est pas très utile doit nous encourager à être d'autant plus prudent avec la prescription d'antibiotiques dans notre pratique quotidienne.

La présence de diverticules au niveau du côlon est fréquente et est généralement découverte fortuitement lors d'une coloscopie réalisée dans le cadre du dépistage précoce du cancer du côlon ou lors d'un examen tomodensitométrique. La plupart des personnes porteuses de diverticules ne présentent aucun symptôme, indépendamment du nombre de diverticules découverts. Avec l'âge, le nombre de diverticules du côlon augmente. Ainsi, la prévalence des diverticules du côlon chez les personnes âgées de 30 à 40 ans s'élève à 5%. Chez les personnes de plus de 80 ans, elle s'élève à 60% [1].

Formation des diverticules

Outre la fragilité accrue des tissus conjonctifs avec l'âge, différents facteurs qui semblent associés à un risque accru de diverticulose ont été avancés: parmi ces facteurs, le manque d'activité physique, la constipation et une alimentation pauvre en fibres. Une étude publiée en 2012 a infirmé ces hypothèses qui n'avaient jusqu'alors jamais été mises en doute [2]. Les fibres alimentaires ne protègent pas de la diverticulose et ni le manque d'activité physique ni la constipation ne constituent des facteurs de risques pour le développement d'une diverticulose.

Werner Inauen

Les auteurs ne déclarent aucun soutien financier ni d'autre conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Facteurs de risque et complications

Différents médicaments peuvent représenter des facteurs de risque pour le développement d'une diverticulite et plus particulièrement pour des complications telles qu'une perforation ou une hémorragie. Il s'agit notamment de l'aspirine, des antirhumatismaux non stéroïdiens ainsi que des stéroïdes oraux et des analgésiques opioïdes [3, 4]. Le tabagisme augmente également le risque de diverticulite compliquée [5]. Il est intéressant de noter que la probabilité d'une perforation libre est la plus importante lors de la première poussée (25,3 contre 12,7% lors de la seconde poussée et 5,9% lors de la troisième poussée) [6]. La première poussée de diverticulite est ainsi la plus dangereuse.

Hospitalisations pour maladie diverticulaire

Aux Etats-Unis, le taux d'hospitalisations pour diverticulite aigüe semble augmenter. Le taux d'incidence annuel a augmenté de 59 à 71 pour 100 000 par an entre 1998 et 2005 [7]. Il est fait état d'un taux d'incidence de diverticulite perforée de 4 pour 100 000 par an [8]. D'autres complications de la maladie diverticulaire entraînant une hospitalisation sont les hémorragies diverticulaires sévères et les occlusions du côlon associées à une diverticulose pseudo-tumorale.

Degrés de gravité de la diverticulite

Dans le cadre de la discussion du traitement chirurgical, il est utile de classer les diverticulites aigües compliquées selon différents degrés de gravité. La classification la plus répandue est celle de Hinchey et al., publiée en 1978, qui répartit les diverticulites aiguës compliquées en quatre stades [9]:
Stade 1: Abcès mésocolique/péricolique
Stade 2: Abcès pelvien
Stade 3: Péritonite purulente généralisée
Stade 4: Péritonite stercorale.

Une alimentation riche en fibres protège-t-elle de la diverticulite ?

Comme nous l'avons évoqué précédemment, une alimentation riche en fibres ne prévient pas la survenue de diverticules [2]. Néanmoins, un argument en faveur de l'administration de fibres demeure: une alimentation riche en fibres diminuerait le risque qu'une diverticulose auparavant latente ne se transforme en diverticulose symptomatique ou en diverticulite [10]. La recommandation relative à une alimentation enrichie en fibres alimentaires peut donc toujours être considérée valable. En revanche, le bénéfice qu'apporterait un passage à une alimentation riche en fibres après une

poussée de diverticulite pour protéger contre une récidive de diverticulite est bien moins tangible. Une analyse systématique de la littérature disponible sur le sujet, publiée en 2012, a conclu qu'une alimentation riche en fibres ne réduit pas le risque de récidive d'une diverticulite [11].

Traitement médicamenteux de la poussée de diverticulite

En 2012 a été publiée la première étude randomisée et contrôlée portant sur l'indication des antibiotiques en cas de diverticulite aiguë non compliquée [12]. Dans cette étude prospective à la méthodologie irréprochable, 623 patients dont la tomodensitométrie indiquait une diverticulite aiguë non compliquée située du côté gauche ont été randomisés puis traités par antibiotiques (n = 314) ou sans antibiotiques (n = 309). Les patients présentant une fièvre élevée, un mauvais état général, des signes de péritonite ou de septicémie ainsi que les patients immunodéprimés ont été exclus de l'étude. Le critère d'évaluation principal de l'étude était la guérison de la diverticulite, sans complication (abcès, fistule, perforation, nécessité d'intervention chirurgicale, récidive de diverticulite), après douze mois de suivi. Le résultat essentiel, indiquant que le traitement par antibiotiques n'apporte aucun bénéfice significatif, concorde avec les conclusions d'études rétrospectives antérieures et remet en question le traitement de référence par antibiotiques jusqu'alors largement répandu [13]. Le résultat de cette étude a également conduit à la récente révision des directives nationales de traitement [14].
Suite à cette étude, les antibiotiques ne devraient plus être administrés systématiquement à chaque poussée de diverticulite. Il conviendrait plutôt de réserver les antibiotiques aux patients présentant un tableau clinique sévère ou des complications ou aux patients immunodéprimés. Ainsi, le traitement conservateur de la poussée de diverticulite non compliquée se limite à l'administration d'analgésiques et à la restriction des apports en fibres dans l'alimentation (tab. 1).

Traitement chirurgical de la diverticulite perforée

Pendant de nombreuses années, le traitement des patients présentant une diverticulite perforée et une péritonite stercorale (stade 4 de la classification de Hinchey) et de la majorité des patients présentant une perforation et une péritonite purulente diffuse (stade 3 de la classification de Hinchey) par une intervention chirurgicale de résection de discontinuité selon Hartmann était incontesté. Une réanastomose immédiate, sécurisée par une stomie temporaire, n'était pratiquée que chez une minorité des patients au stade 3 de Hinchey. S'agissant généralement d'interventions d'urgence, il ne fallait pas uniquement tenir compte des arguments techniques mais également de la structure de la clinique. Tandis que la résection de discontinuité selon Hartmann est aussi réalisable par des chirurgiens moins expérimentés, un jeune chirurgien de service aura souvent besoin de l'assistance d'un collègue expérimenté pour l'intervention d'urgence avec anastomose primaire.
Les résultats d'une étude prospective menée dans quatre centres suisses étaient donc attendus avec grand intérêt lorsqu'ils ont été publiés en 2012 [15]. 62 patients présentant une sigmoïdite perforée et une péritonite purulente ou stercorale ont été inclus dans cette étude. 32 patients ont été randomisés dans le groupe de traitement par anastomose primaire et iléostomie de protection, suivies d'une fermeture ultérieure de l'iléostomie. 30 patients ont été randomisés dans le groupe de traitement par résection de discontinuité selon Hartmann, avec rétablissement ultérieur de la continuité intestinale. La répartition des degrés de gravité de la diverticulite compliquée (stades 3 et 4 de Hinchey) était similaire dans les deux groupes de traitement. A taux de mortalité et de complications comparables et après une période de suivi d'au moins deux ans, il s'est avéré que la continuité intestinale n'a pu être rétablie et la colostomie terminale fermée que chez 58% des patients ayant subi l'intervention de discontinuité selon Hartmann. Avec 90%, le taux de fermeture de l'iléostomie après anastomose primaire était significativement plus

Tableau 1
Nouvelles perspectives dans le traitement conservateur et chirurgical de la pathologie diverticulaire.

Tableau clinique	Concept de traitement antérieur	Nouveau concept de traitement
Diverticulose		
– Prophylaxie	Fibres alimentaires	Les fibres alimentaires ne protègent pas
– Asymptomatique	Fibres alimentaires	Fibres alimentaires
– Symptomatique	Fibres alimentaires	Fibres alimentaires
Première poussée de diverticulite		
– sans complication	Antibiotiques	Pas d'antibiotiques
– complications ou immunosuppression	Antibiotiques	Antibiotiques
Status après		
– seconde poussée de diverticulite	Intervention élective	Décision individuelle quant à l'intervention
– poussée de diverticulite compliquée	Intervention élective	Décision individuelle quant à l'intervention
Traitement chirurgical de la diverticulite perforée	Résection de discontinuité selon Hartmann	Anastomose primaire avec iléostomie de protection

élevé. Cette étude a permis de démontrer de manière convaincante qu'en cas de diverticulite perforée, l'anastomose primaire avec iléostomie de protection est préférable à la résection de discontinuité.

Diverticulite récidivante: résection sigmoïdienne élective après la seconde poussée?

L'idée selon laquelle les patients doivent subir une résection sigmoïdienne élective après la seconde poussée de diverticulite récidivante non compliquée est encore largement répandue. Ainsi se pose donc également la question de savoir si une résection sigmoïdienne élective après guérison d'une sigmoïdite compliquée, après traitement conservateur par drainage de l'abcès par exemple, est bien judicieuse.

A ce sujet, un point de vue différent concernant l'indication de la chirurgie s'impose de plus en plus. Dans ce contexte, il est tenu compte des troubles présents, de la comorbidité, de l'existence de maladies immunosuppressives, de la planification éventuelle d'une transplantation d'organe ainsi que de l'espérance de vie potentielle du patient. Les résultats fonctionnels postopératoires après une résection sigmoïdienne sont également des facteurs décisifs.

Une étude rétrospective menée aux Etats-Unis et publiée en 2012 a permis de déterminer que près de 25% des patients sont confrontés à des problèmes postopératoires tels que l'incontinence, la vidange incomplète ou des selles impérieuses [16]. Des résultats similaires ont été également été obtenus dans une étude antérieure menée à Berne [17]. L'indication pour une résection sigmoïdienne élective doit donc être déterminée individuellement et avec précaution. La résection sigmoïdienne demeure toutefois inévitable en cas de fistule sigmoïdo-vésicale ou sigmoïdo-vaginale ainsi qu'en cas de sténose associée.

Correspondance:
Prof. Werner Inauen
Chefarzt Gastroenterologie
Bürgerspital Solothurn
so-H Solothurner Spitäler AG
Schöngrünstrasse 42
CH-4500 Solothurn
werner.inauen[at]spital.so.ch

Références

1 Peppas G, Bliziotis IA, Oikonomaki D, et al. Outcomes after medical and surgical treatment of diverticulitis: a systematic review of the available evidence. J Gastroenterol Hepatol. 2007;22:1360–8.
2 Peery AF, Barrett PR, Park D, et al. A high-fiber diet does not protect against asymptomatic diverticulosis. Gastroenterology. 2012;142: 266–72.
3 Strate LL, Liu YL, Huang ES, et al. Use of aspirin or nonsteroidal antiinflammatory drugs increases risk for diverticulitis and diverticular bleeding. Gastroenterology. 2011;140:427–33.
4 Humes DJ, Fleming KM, Spiller RC, et al. Concurrent drug use and the risk of perforated colonic diverticular disease: a population-based case-control study. Gut. 2011;60:219–24.
5 Hjern F, Wolk A, Håkansson N. Smoking and the risk of diverticular disease in women. Br J Surg. 2011;98:997–1002.
6 Ritz JP, Lehmann KS, Frericks B, et al. Outcome of patients with acute sigmoid diverticulitis: Multivariate analysis of risk factors for free perforation. Surgery. 2011;149:606–13.
7 Etzioni DA, Mack TM, Beart RW, et al. Diverticulitis in the United States: 1998-2005: changing patterns of disease and treatment. Ann Surg. 2009;249:210–7.
8 Morris CR, Harvey IM, Stebbings WS, et al. Incidence of perforated diverticulitis and risk factors for death in a UK population. Br J Surg. 2008;95:871–81.
9 Hinchey EJ, Schaal PG, Richards GK. Treatment of perforated diverticular disease of the colon. Adv Surg. 1978;12:85–109.
10 Crowe FL, Appleby PN, Allen NE, et al. Diet and risk of diverticular disease in Oxford cohort of European prospective investigation into cancer and nutrition (EPIC): prospective study of British vegetarians and non-vegetarians. BMJ. 2011;343:d4131.
11 Ünlü C, Daniels L, Vrouenraets BC, et al. A systematic review of high-fibre dietary therapy in diverticular disease. Int J Colorectal Dis. 2012;27:419–27.
12 Chabok A, Påhlman L, Hjern F, et al. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. Br J Surg. 2012;99: 532–9.
13 De Korte N, Kuyvenhoeven JP, Van der Peet DL, et al. Mild colonic diverticulitis can be treated without antibiotics. A case-control study. Colorectal Dis. 2012;14:325–30.
14 Andersen JC, Bundgaard L, Elbrond H, et al. Danish national guidelines for treatment of diverticular disease. Dan Med J. 2012;59:C4453.
15 Oberkofler CE, Rickenbacher A, Raptis DA, et al. A multicenter randomized clinical trial of primary anastomosis or Hartmann's procedure for perforated left colonic diverticulitis with purulent or fecal peritonitis. Ann Surg. 2012;256:819–26.
16 Levack MM, Savitt LR, Berger D, et al. Sigmoidectomy syndrome? Patients' perspectives on the functional outcomes following surgery for diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2012;55:10–7.
17 Egger B, Peter MK, Candinas D. Persistent symptoms after elective sigmoid resection for diverticulitis. Dis Colon Rectum. 2008;51: 1044–8.