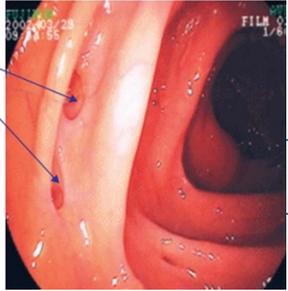
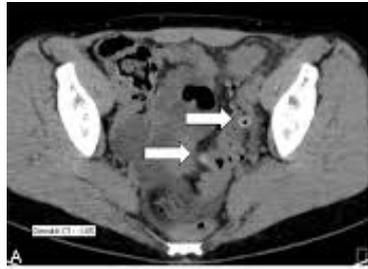
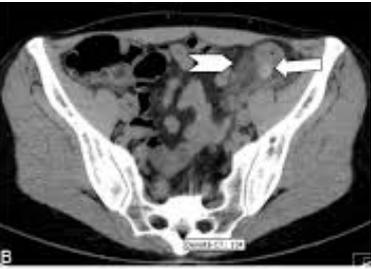


Item 284 – Diverticulose colique et diverticulite aigüe du sigmoïde

<p>Définition</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diverticulite colique = hernie acquise de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers une zone de faiblesse de la paroi musculaire du côlon ▪ En Occident : sigmoïde ++ ▪ Sigmoïdite diverticulaire / diverticulite sigmoïdienne = inflammation s'étendant au voisinage d'un ou plusieurs diverticules sigmoïdiens 	 <p>Diverticules du côlon vus par coloscopie (orifices)</p>	
<p>Epidémiologie</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prédominance dans pays avec mode de vie occidental ▪ Rare < 30 ans, ↑ avec âge 		
<p>PEC diverticulose non compliquée</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asymptomatique ▪ Découverte lors coloscopie ou TDM ▪ Pas de Tt, pas de surveillance 		
<p>Complications de la diverticulose</p>	<p>Diverticulites</p> <p>Rares < 30ans, pic max à 60-70 ans</p>	<p><i>Forme habituelle</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clinique : dlr FIG ou hypogastre, trb transit (constipation > diarrhée), fièvre, défense FIG, dlr à la décompression abdo brutale (⇔ irritation péritonéale) ▪ Bio : CRP > 5, hyperleucocytose > 10 000 avec polynucléose neutrophile ▪ TDM +++ : <ul style="list-style-type: none"> - En urgence - Sans opacification digestive basse, avec injection de pdc iodé - Présence de diverticules, épaissement de la paroi colique > 4 mm, infiltration de la graisse péricolique - Rech complications : pneumopéritoine, fort rehaussement péritonéal après injection (perforation colique) ou fuite de pdc ds TD (hémorragie diverticulaire) <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div data-bbox="730 1115 1098 1384">  </div> <div data-bbox="1114 1115 1485 1384">  </div> </div> <p style="text-align: center;"> ⇨ diverticules ⇨ infiltration de la graisse péricolique </p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cl : lavement baryté, coloscopie conventionnelle, coloscopie virtuelle ▪ H° si : diverticulite aigüe sigmoïdienne compliquée, intolérance alimentaire (ATB IV), Ø amélioration après 48-72h, contexte social défavorable, comorbidité significative ▪ Tt : alimentation non restrictive (régime sans résidu à la pjase aigüe) + ATB : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ambulatoire : => 7 j <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pénicilline A + inhibiteur de β-lactamase (Augmentin®) ➢ Ou allergie : FQAP (ofloxacine) + dérivé nitro-imidazolé (métronidazole) ○ Hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Pénicilline A + inhibiteur de β-lactamase (Augmentin®) OU C3G + nitro-imidazolé ➢ Ou allergie : FQAP + dérivé nitro-imidazolé OU aminoside + (nitro-amidazolé ou lincosamide) ➢ Relai oral : Pénicilline A + inhibiteur de β-lactamase OU FQAP + dérivé nitro-imidazolé

		<p>Classification de Hinchey</p> <table border="1"> <tr> <th>Stades</th> <th>Infections intrapéritonéales</th> </tr> <tr> <td>Stade I</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ia</td> <td>Phlegmon péricolique isolée : Tt Cf diverticulite simple</td> </tr> <tr> <td>Ib</td> <td>Abcès péricolique isolé</td> </tr> <tr> <td>Stade II</td> <td>Abcès pelvien, abdominal ou rétro péritonéal (péritonite localisée)</td> </tr> <tr> <td>Stade III</td> <td>Péritonite généralisée purulente</td> </tr> <tr> <td>Stade IV</td> <td>Péritonite stercorale</td> </tr> </table> <p>Forme abcédée (Stades Hinchey Ib et II) :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1/3 des diverticulites sigmoïdiennes H° + ATB 7j minimum <ul style="list-style-type: none"> Abcès < 3 cm + non accessible à drainage => Tt ATB IV Abcès > 3 cm + accessible à drainage => drainage Si échec Tt médical et impossibilité / échec drainage => résection-anastomose sigmoïdienne <p>Péritonite purulente ou fécale (Stades Hinchey III et IV)</p> <ul style="list-style-type: none"> Chirurgie : lavage péritonéal + résection sigmoïdienne + : <ul style="list-style-type: none"> Si haut risque de complications ou instabilité hémodynamique : intervention de Hartmann : colostomie en FIG + fermeture moignon rectal en site intrapéritonéal Sinon : résection sigmoïdienne + anastomose + iléostomie de protection Si forme perforée (présence de bulles de pneumopéritoine) + absence de signe clinique de péritonite => repos digestif total + ATB <p>Fistules</p> <ul style="list-style-type: none"> < 10% des cas Les + fréquentes : vagin (chez femme hystérectomisée), vessie Fistules colovésicales : <ul style="list-style-type: none"> Clinique : s. fonctionnels urinaires (pollakiurie, +/- pneumaturie, fécalurie) et/ou infections urinaires polymicrobiennes récidivantes TDM : air dans vessie, +/- fuite du pdc Tt : chirurgi : résection-anastomose Fistules colovaginales : plus rares, infections vaginales récidivantes et/ou émission de gaz/matières par le vagin 	Stades	Infections intrapéritonéales	Stade I		Ia	Phlegmon péricolique isolée : Tt Cf diverticulite simple	Ib	Abcès péricolique isolé	Stade II	Abcès pelvien, abdominal ou rétro péritonéal (péritonite localisée)	Stade III	Péritonite généralisée purulente	Stade IV	Péritonite stercorale
Stades	Infections intrapéritonéales															
Stade I																
Ia	Phlegmon péricolique isolée : Tt Cf diverticulite simple															
Ib	Abcès péricolique isolé															
Stade II	Abcès pelvien, abdominal ou rétro péritonéal (péritonite localisée)															
Stade III	Péritonite généralisée purulente															
Stade IV	Péritonite stercorale															
		<p>Sténoses</p> <ul style="list-style-type: none"> Régressent sous ATB Forme de pseudo-tumeur inflammatoire (sténoses symptomatiques : subocclusion) : sténose centrée, progressive, à bords réguliers +/- coloscopie à distance après refroidissement médical Sténoses sigmoïdiennes fibreuses (non inflammatoires) : à distance de poussées de diverticulite, responsables d'une obstruction colique (risque d'évolution vers sd occlusif), #el cancer colique), Tt chir 														
		<p>PEC après diverticulite sigmoïdienne</p> <ul style="list-style-type: none"> Coloscopie après épisode de diverticulite aiguë sigmoïdienne compliquée Cortico et AINS déconseillés après poussée de diverticulite Résection sigmoïdienne élective prophylactique <ul style="list-style-type: none"> Indications : 														

Diverticulite compliquée : abcès, péritonite, fistules

Sténoses

PEC après diverticulite sigmoïdienne

			<ul style="list-style-type: none"> - Décours d'une diverticulite aiguë compliquée (abcès drainé, fistule, sténose symptomatique) - Chez ID ou IRnC - Sympt persistants après une poussée ou récurrences fréquentes impactant qualité de vie <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Modalités</u> : > 2mois après épisode aigu, laparoscopie, résection limitée au sigmoïde (emportant charnière recto sigmoïdienne), réhabilitation post-op optimisée, iléostomie de protection (si péritonite, patient instable hémodynamiquement et/ou à haut risque de complications)
	<p>Hémorragies d'origine diverticulaire</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1/3 des hémorragies basses soudaines ▪ <u>Caractéristiques</u> : brutales (érosion d'artérioles du collet ou du fond du diverticule), indépendantes des poussées, cessent spontanément dans 80%, récurrences possibles ▪ <u>Tt</u> : <ul style="list-style-type: none"> ○ +/- chirurgie prophylactique ? ○ Si hémorragie basse abondante : endoscopie dig haute + rectosigmoïdoscopie Dg par coloscopie totale ou angioscanner ○ Gestes hémostase : électrocoagulation, injection adrénalinée, clip : saignement actif ○ Embolisation radio si état HD instable ou dépendance transfusionnelle ○ Si inefficacité ou impossibilité des Tt précédents ou nécessité de transfu massives et répétées : intervention chirurgicale <ul style="list-style-type: none"> - Si localisation préopératoire du site hémorragique : colectomie segmentaire - Si siège inconnu + diverticules coliques diffus : colectomie totale