

INDICATIONS CHIRURGICALES DANS LA MALADIE DIVERTICULAIRE



François BOUCULAT, Clermont-Ferrand

**Réunion d'enseignement
Inter Région Sud Ouest
19/10/06**

Définitions

- **Diverticule:** hernie de la muqueuse et de la sous-muqueuse à travers la musculature colique
- **Diverticulose:** anomalie anatomique acquise caractérisée par la présence de plusieurs diverticules
Siège colique gauche en Occident
- **Maladie diverticulaire:** complications de la diverticulose
- Deux grands types de complications
 - ◆ Infectieuses
 - ★ Diverticulite: infection diverticulaire
 - ★ Péritonite localisée: phlegmon, abcès local ou régional
 - ★ Péritonite généralisée: purulente ou stercorale
 - ★ Complications retardées: fistules et sténoses
 - ◆ Hémorragiques

Maladie diverticulaire et chirurgie

- Un nouveau référentiel:
les **Recommandations de Pratique Clinique (RPC) de 2006** ⁽¹⁾
- Deux situations cliniques distinctes
 - ◆ Situations d'urgence:
pronostic vital engagé à court terme
+ échec ou non faisabilité du traitement médical ou
interventionnel non chirurgical
= indications chirurgicales incontestables
 - ◆ Chirurgie à froid:
pas de menace immédiate pour le patient
certaines indications encore soumises à controverse

(1) www.snfge.com Résumés des Francophones

Chirurgie en urgence

Péritonites

- Sepsis intrapéritonéal, localisé ou généralisé, compliquant la diverticulite
- Résistance ou aggravation de l'état clinique sous traitement médical bien conduit
- Localisation, extension précisées par **TDM abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste iodé**
- Traitement en urgence, en fonction de l'état général du patient et du type de lésion vue au TDM:
référence à la **classification pronostique de Hinchey**

Stade	Lésion	Pronostic: mortalité post opératoire ⁽¹⁾
Stade I	Abcès ou phlegmon péricolique	0 %
Stade II	Abcès abdomino-pelvien cloisonné	4%
Stade III	Péritonite purulente (non communicante)	20 %
Stade IV	Péritonite stercorale (communicante)	45 %

Hinchey EJ, Adv Surg 1978; 12: 85-109

(1) Nespoli A, Arch Surg 1993; 128: 814-8

Chirurgie en urgence

Stade I de Hinchey

Phlegmon ou abcès péricolique

Chirurgie en 2ème ou 3ème ligne, après échec du traitement médical et/ou du drainage radiologique

Résection-anastomose éventuellement protégée par une stomie, par voie laparoscopique si possible

Si traitement médical ou radiologique efficace: chirurgie à froid

Chirurgie en urgence

Stade II de Hinchey

Abscès abdomino-pelvien (abdominal, pelvien, rétropéritonéal)
= péritonite localisée

Technique de choix: drainage radiologique +++
(en particulier pour les abcès de plus de 5 cm)

Si drainage efficace: chirurgie par résection-anastomose à froid

Si échec de drainage: résection-anastomose d'emblée +/- stomie de protection

Chirurgie en urgence

Stade III de Hinchey

Péritonite généralisée purulente,
sans communication avec la lumière digestive

Traitement chirurgical d'emblée

Choix de la technique, en fonction des conditions locales et générales:

soit résection-anastomose +/- stomie,
soit **intervention de Hartmann** (sigmoïdectomie, colostomie iliaque gauche et fermeture du rectum)

Chirurgie en urgence

Stade IV de Hinchey

Péritonite généralisée stercorale,
communicante avec la lumière digestive

Traitement chirurgical d'emblée

Traitement de référence: intervention de Hartmann

Résection-anastomose +/- stomie de décharge possible si conditions locales et générales favorables

Chirurgie en urgence

Hémorragie diverticulaire

Saignement **artériel** ayant pour origine l'amincissement de la media des artérioles parcourant le dôme et le collet des diverticules.

Non rare au niveau du **côlon droit**: problème du repérage.

Indépendante des phénomènes infectieux.

Aggravée par la prise d'anticoagulants ou d'antiagrégants.

Histoire naturelle globalement favorable: 70 à 80 % d'hémostase spontanée, mais pronostic entaché par les récurrences

20 à 40 % après un premier épisode

plus de 50 % après un deuxième épisode

Jensen DM, N Engl J Med 2000; 342: 78-

Chirurgie en urgence

Hémorragie diverticulaire

- Rectorragies abondantes ou mal tolérées

Bilan de débrouillage minimal:

par **FOGD** en première intention pour diagnostic différentiel (10 à 15 % des cas)

par **anuscopie** ou **rectosigmoïdoscopie** pour recherche d'une cause basse évidente

Chirurgie en urgence

Hémorragie diverticulaire

- Patient instable

Défini par **retentissement hémodynamique** et/ou **besoins transfusionnels importants** (6 culots globulaires par 24 heures)

Examens conseillés:

TDM abdomino-pelvien injecté: bonne valeur localisatrice
(70 à 80 % des cas)

coloscopie totale sur côlon préparé: accès à un geste
endoscopique d'hémostase

Chirurgie en urgence

Hémorragie diverticulaire

- Conduite à tenir chez le patient instable

Coloscopie préparée avec geste d'hémostase
en première intention

Angiographie thérapeutique (embolisation sélective) en
deuxième intention ou en alternative dans les centres
expérimentés

Si échec ou non faisabilité de ces procédures thérapeutiques:
patient candidat à la chirurgie

Chirurgie en urgence

Hémorragie diverticulaire

- Conduite à tenir chez le patient instable

Choix de la technique chirurgicale

- ◆ Si diverticule hémorragique localisé en pré-opératoire:
colectomie segmentaire
- ◆ Si diverticule causal non localisé et diverticulose étendue à tout le cadre colique:
colectomie totale avec anastomose iléorectale
colectomie segmentaire « à l'aveugle » déconseillée (42 % de récurrence hémorragique)

Chirurgie en urgence

Syndrome occlusif

- Plusieurs étiologies en rapport avec la maladie diverticulaire:
 - poussée de diverticulite
 - abcès, péritonite
 - sténose colique
- Traitement chirurgical en fonction de la cause et du terrain

Chirurgie programmée

Chirurgie prophylactique

Chirurgie de **prévention secondaire**, pour éviter la récurrence après une ou plusieurs poussées

- Jusqu'aux RPC de 2006

Indications gouvernées par un dogme, reposant sur de fausses certitudes:

chirurgie après 2 poussées car « récurrences successives de plus en plus sévères, résistantes au traitement médical »

- Etude de la littérature en 2006

Pas d'augmentation de la sévérité des poussées avec l'âge

Jeune âge significativement associé à l'augmentation du risque de récurrence

Chirurgie programmée

Chirurgie prophylactique

Recommandations de Pratique Clinique 2006

- Chirurgie prophylactique recommandée après une poussée **avec signes TDM de gravité**
- **En l'absence de signe TDM de gravité:**
bénéfice de la chirurgie prophylactique non encore évalué, même après 2 poussées
donc chirurgie **non systématique après 2 poussées**
- **Chez le sujet de moins de 50 ans sans signe TDM de gravité:**
chirurgie prophylactique acceptable **dès la première poussée**, mais bénéfice encore discuté (accord d'experts)

Chirurgie programmée

Chirurgie prophylactique

Sur un plan pratique

- Respect d'un délai de **2 mois** entre dernière poussée et intervention
- **Coloscopie complète** pré-opératoire pour diagnostic différentiel et dépistage du cancer colo rectal
- **Abord laparoscopique** à privilégier (chirurgien entraîné)
- Résection **limitée au sigmoïde** (chirurgie étendue en amont sans bénéfice sur la survenue des récives)
- Résection de la **charnière rectosigmoïdienne**

Chirurgie programmée

Chirurgie prophylactique

Au final, grande liberté laissée au praticien par les RPC 2006, notamment dans le cas des poussées de diverticulite à répétition chez le sujet âgé:

Faut-il encore opérer ?

Quand opérer ?

Cas particulier des patients sous AINS, corticoïdes ou immunosuppresseurs au long cours: risque accru de poussées et de formes compliquées (1)

Chirurgie après la première poussée ?

(1) Campbell K, Br J Surg 1991; 78: 190-1
Church JM, Ann Surg 1986; 203: 69-76

Chirurgie programmée

Sténose colique

- En dehors du syndrome occlusif, traitement chirurgical à froid si sténose symptomatique
- Résection-anastomose sous laparoscopie
- Précaution: ouverture de la pièce opératoire au bloc, pour diagnostic différentiel avec sténose néoplasique, avant réalisation de l'anastomose

Chirurgie programmée

Fistule

- Evolution naturelle d'une diverticulite compliquée, par drainage de la suppuration dans un organe creux (5 à 9 % des diverticulites)
- **Colo-vésicale** (50 %): fécalurie, pneumaturie, infections urinaires
Colo-vaginale, colo-entérale, colo-cutanée...
- Résection-anastomose en un temps avec fermeture de la fistule
- Laparoscopie possible

Conclusions

Indications chirurgicales dans la maladie diverticulaire

- Mieux cernées grâce aux Recommandations de Pratique Clinique exposées en 2006
- Distinction entre indications en urgence, parfaitement définies et indications programmées, encore en évolution

Conclusions

Indications chirurgicales en urgence

■ Complications infectieuses de la diverticulite

- ◆ **Abcès/phlegmon péricolique:** traitement médical +/- drainage
Chirurgie en 3ème ligne par résection-anastomose sous coelio
- ◆ **Abcès abdominopelvien:** drainage radiologique
Chirurgie en 2ème ligne par résection-anastomose +/- stomie
- ◆ **Péritonite purulente:** chirurgie d'emblée
Résection-anastomose +/- stomie de protection ou Hartmann
- ◆ **Péritonite stercorale:** chirurgie d'emblée
Hartmann +++

Conclusions

Indications chirurgicales en urgence

■ Hémorragie diverticulaire

Chirurgie si instabilité hémodynamique et/ou dépendance transfusionnelle, en cas d'échec ou de non faisabilité de l'hémostase endoscopique ou radiologique

◆ **Si diverticule causal localisé**: colectomie segmentaire

◆ **Si diverticule causal non localisé**: colectomie totale

Colectomie segmentaire en aveugle à éviter +++

■ Syndrome occlusif (diverticulite, péritonite, sténose)

Chirurgie en fonction de l'étiologie

Conclusions

Indications chirurgicales à froid

- Chirurgie prophylactique

Sigmoïdectomie sous laparoscopie

Après une poussée chez le sujet de moins de 50 ans ou si signe de gravité au TDM quel que soit l'âge

Discussion au cas par cas pour les récurrences chez le sujet âgé (pas de chirurgie systématique après 2 poussées)

- Sténoses

Sigmoïdectomie sous laparoscopie

- Fistules

Sigmoïdectomie et fermeture de la fistule sous laparoscopie