

# 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 muscleuse 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** <sup>(1)</sup>
- 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](http://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 Hinckey**

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

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 Hinckey

Abcès 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 artéries parcourant le dôme et le collet des diverticules.

Non rare au niveau du **colon 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 récidives

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 récidive 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 récidive 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 « récidives 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 récidive

# 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 récidives)
- 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 récidives chez le sujet âgé (pas de chirurgie systématique après 2 poussées)

- Sténoses

Sigmoïdectomie sous laparoscopie

- Fistules

Sigmoïdectomie et fermeture de la fistule sous laparoscopie