

# La diverticulose colique (234)

Professeur Jacques FOURNET

Avril 2003

## Pré-Requis :

- Anatomie du colon et ses rapports
- Microbiologie intestinale
- L'infection collectée et son traitement
- Sepsis

## Résumé :

La diverticulose colique est fréquente, et dépasse 40 % des cas après 60 ans. Dans l'immense majorité des cas, elle est asymptomatique et peu au plus favorisée une constipation. Les complications aiguës infectieuses surtout (plus rarement hémorragiques) sont rares mais sévères. Elles nécessitent une prise en charge médico-chirurgicale. La TDM abdominale permet un bilan lésionnel remarquable.

## Mots-clés :

Diverticulose colique, sigmoïdite diverticulaire.

## 1. Définition

Petites hernies de la muqueuse colique à travers la musculuse, repoussant la séreuse (ces petites hernies communique avec la lumière digestive colique).

Fréquence : augmentation avec l'âge : □ 30% à 60 ans et 50% > 70 ans.

Nombre et topographie : nombre variable (1 diverticule à plusieurs centaines): localisation sigmoïdienne, 80% des cas.

## 2. Epidémiologie

Le mode de vie occidentale (carence en fibres alimentaires dans l'alimentation et en particulier le manque de fibres de céréales et de fruits et légumes) peut être mise en cause. La diminution de la résistance du muscle colique à l'étirement, probablement lié au vieillissement, permet à la petite hernie de se produire au point de faiblesse des couches musculaires correspondant au point de pénétration des vaisseaux droits à travers la paroi colique.

La majorité des diverticuloses sont asymptomatiques.

## 3. Circonstance de découverte et diagnostic

### 3.1. La diverticulose – maladie bénigne

#### 3.1.1. Diverticulose asymptomatique

Diverticulose asymptomatique : éventualité la plus fréquente, découverte au cours d'un examen coloscopique par exemple, ou parfois lors d'une TDM pour d'autres causes.

Aucune thérapeutique spécifique n'est à proposer. On peut conseiller l'enrichissement en fibres alimentaires du repas. La plupart des diverticuloses existantes ne sont jamais diagnostiquées. Elles ne prédisposent pas au cancer.

### *3.1.2. Diverticulose associée à des symptômes mais sans complications*

Diverticulose associée à des symptômes mais sans complications, ex : douleurs abdominales et/ou troubles du transit. Les symptômes sont liés soit à une autre affection organique (cancer) ou le plus souvent à un syndrome de l'intestin irritable (colopathie fonctionnelle).

## **3.2. La diverticulose – maladie compliquée**

Les complications sont rares par rapport à la fréquence de la diverticulose ; elles sont surtout infectieuses.

### *3.2.1. Diverticulite aiguë ou sigmoïdite diverticulaire*

- début brutal avec douleurs abdominales souvent localisées à gauche
- fièvre 38°5 – 39°5
- douleur de la fosse iliaque gauche ou de l'hypochondre gauche
- il existe souvent une parésie intestinale : arrêt des matières, voire des gaz.

A l'examen, souvent il existe une défense localisée à l'hypochondre gauche ou l'hypogastre  
Autres signes : signes urinaires, brûlure urinaire, pollakiurie inconstamment (proximité sigmoïde-vessie)

Biologie : hyperleucocytoses avec polynucléoses pratiquement constantes.

#### *3.2.1.1. Le diagnostic est très clinique*

L'ASP peut montrer des signes de parésie intestinale. La coloscopie n'est habituellement pas pratiquée vu le risque de perforation, même minime.

En cas de doute, l'opacification par un produit de contraste hydrosoluble peut révéler la région diverticulaire mais c'est aujourd'hui le scanner abdominal en urgence qui affirme sans risque le diagnostic : épaissement de la paroi sigmoïdienne, visualisation des diverticules et des signes infectieux coliques et pericoliques.

#### *3.2.1.2. Diagnostic différentiel*

- cancer du sigmoïde infecté (abcès)
- colite ischémique
- infection urinaire type pyélonéphrite.
- Infection gynécologique plus rarement.

### *3.2.2. Autres formes aiguës ou subaiguës*

Elles sont graves, révélatrices ou apparaissant dans l'évolution immédiate de la sigmoïdite aiguë

#### *3.2.2.1. Péritonite aiguë généralisée*

- sepsis avec germes intestinaux de grande gravité
- sujet souvent âgé (pathologies graves fréquemment associées)
- retard au diagnostic dans les formes asthéniques (fréquentes chez le sujet âgé) = sepsis à bas bruit avec insuffisance rénale rapide
- elle nécessite une intervention chirurgicale. Le diagnostic précis est fait à l'intervention.

#### *3.2.2.2. Abscess périsigmoïdiens (suppuration). Collection suppurée dans le méso-sigmoïde.*

- clinique : tableau de diverticulite ne répondant pas au traitement médical. Palpation d'une masse pseudo-tumorale dans la fosse iliaque gauche. Polynucléose.
- Diagnostic de certitude, visualisation de la collection péricolique par échographie, plutôt TDM abdomino-pelvienne +++. Possibilité en ce cas après discussion médico-chirurgicale de ponction de l'abcès (culture antibiogramme) et de drainage externe (Radiologie interventionnelle).

#### *3.2.2.3. Fistules colo-vésicales (infection urinaire ; pneumaturie ou fécalurie) et fistules colovaginales (perte vaginale fécaloïde)*

L'évolution de la fistule se fait souvent à partir du foyer infectieux péricolique d'évolution subaiguë. Diagnostic clinique : confirmation par scanner. Le risque majeur est l'infection rénale par stase urinaire essentiellement (avis urologique).

#### *3.2.2.4. Occlusions aiguës (rares)*

Traitement chirurgical d'emblée

#### *3.2.2.5. Hémorragies*

Le diagnostic se fait par coloscopie d'urgence. Dans 75% des cas l'hémorragie cède spontanément. L'endoscopie peut permettre l'hémostase. L'intervention chirurgicale ne sera effectuée que par nécessité (persistance de l'hémorragie). Le diagnostic est fait par coloscopie d'urgence, éventuellement par artériographie mésentérique (rare). Facteur favorisant : prise d'aspirine ou AINS ou d'anticoagulants.

## 4. Traitement des formes compliquées

### 4.1. La sigmoïdite aiguë

- diète stricte et alimentation parentérale exclusive au début
- aspiration digestive si la parésie réactionnelle existe.
- glace sur la fosse iliaque gauche
- antibiotiques : Amoxicilline + acide clavulanique, ex : Augmentin 3g/24 h IV (cibles anaérobies, certains aérobies Gram -, entérocoques). Changement d'antibiotique après 48 heures si insuffisance de réponse.
- Antalgiques
- Antispasmodiques en perfusion
  
- Surveillance pluri-quotidienne : Pouls, tension artérielle, ischémie cutanée, conscience, comportement, tac-hypnée examen abdominal, température, diurèse. Examen paraclinique : hémogramme, ionogramme, créatininémie.
- Amélioration fréquente en 48 heures. Maintien du traitement antibiotiques per os 21 jours après la rémission. La surveillance est obligatoirement médico-chirurgicale d'emblée. A distance de l'épisode une coloscopie est nécessaire. Après rémission 25 à 30 % des patients récidivent à distance. En général, la deuxième poussée doit faire pratiquer une intervention de résection sigmoïdienne à froid ( l'indication dépend en fait de l'âge et des pathologie associées) : chez un sujet encore jeune pour l'affection (< 60 ans) l'intervention à froid peut être proposée dès la première poussée
- En cas d'échec du traitement médical (changement d'antibiotique préalable) indication opératoire : résection si possible et souvent colostomie temporaire dans le cadre d'une intervention de Hartmann. Rétablissement secondaire de la continuité digestive. Le rétablissement de la continuité est parfois possible même en urgence.
- Sepsis sévère : urgence majeure +++ = traitement du choc (perfusion macromolécule + sérum bicarbonaté si pH < 7,2 – O<sub>2</sub> – Si hypotension persistante : Dopamine ou Dopamine – Dobutrex. Antibiotique= Augmentin + un aminoside type Neltimicine ( en fonction du taux de créatinine)

### 4.2. Autres formes aiguës

- Péritonite aiguë : chirurgie d'urgence
- Abscess péricolique : ponction sous échographie et drainage externe associé au traitement médical. Intervention chirurgicale en cas d'échec.
- Occlusion aiguë non réversible : chirurgie
- Hémorragie aiguë : traitement médical (diète, perfusion) ; en cas d'échec indication chirurgical d'exérèse sigmoïdienne.
- Fistule : indication chirurgicale à froid, rapide en cas d'infection urinaire haute.