

# Traitement de la diverticulose colique : place et indications de la chirurgie

## Objectifs pédagogiques

- Connaître les principales recommandations du traitement chirurgical de la diverticulose colique, en phase aiguë et en prévention d'une rechute
- Quel type de chirurgie, la voie d'abord et l'étendue de la colectomie
- Connaître les résultats à long terme, les complications et les risques de séquelles fonctionnelles

## Introduction

La diverticulose colique est une pathologie fréquente et sa prévalence augmente avec l'âge. Elle touche plus d'un tiers des patients âgés de plus de 60 ans et près de la moitié des patients après 90 ans [1]. Il est classiquement admis que, dans 70 % des cas, la diverticulose restera asymptomatique et que dans 30 % des cas, elle aura une traduction clinique (diverticulite) avec un risque de complications (abcès, perforation et péritonite) [2, 3]. Dans la littérature, le risque de récurrence est en moyenne de 30 %, et serait corrélé à deux critères indépendants : l'âge < 50 ans et la sévérité des lésions au scanner [4]. La prise en charge médico-chirurgicale de la diverticulite est sujette à controverses et a fait l'objet de Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) en 2007 [5]. Pourtant, malgré cette actualisation, il persiste des points d'interrogation, notamment

concernant la sigmoïdectomie prophylactique dont le bénéfice n'est pas clairement admis.

## Définition de la « crise » de diverticulite aiguë sigmoïdienne

Il est primordial de rappeler la définition vraie d'une « poussée de diverticulite ». En effet, le préambule indispensable est d'avoir la preuve formelle de chaque crise de diverticulite et d'éviter de porter à tort une indication chirurgicale chez un patient souffrant de colopathie fonctionnelle. À côté de la symptomatologie clinique et biologique qui permet de suspecter le diagnostic en associant des douleurs abdominales de la fosse iliaque gauche et/ou de l'hypogastre, de la fièvre, des troubles du transit, un syndrome biologique inflammatoire et infectieux, le diagnostic ne pourra être affirmé que par l'imagerie. Ni le cliché d'abdomen sans préparation (ASP), ni le lavement aux hydrosolubles ne sont utiles en première intention chez un patient cliniquement suspect de diverticulite. Seule la tomodensitométrie (TDM), avec opacification vasculaire (et au mieux digestive basse) est l'examen de référence. Il permettra, d'une part de confirmer le diagnostic en objectivant des diverticules avec une densification ou une infiltration du mésocolon et, d'autre part, d'établir le pronostic en recherchant des signes de

Frédéric Bretagnol

gravité scanographique (présence d'un abcès péri-colique et/ou présence d'air ou de produit de contraste extra-digestif).

## Traitement chirurgical de la diverticulite aiguë

Les complications infectieuses de la diverticulose sont les plus fréquentes. Leur prise en charge s'est modifiée du fait de la place croissante de la laparoscopie en chirurgie colorectale mais aussi des progrès de la radiologie interventionnelle. Avant tout, elle est conditionnée par l'état général du patient et par la gravité de l'infection intrapéritonéale évaluée en 4 stades dans la classification de Hinchey (Tableau I).

Le traitement chirurgical est le traitement de référence des péritonites. Les modalités du traitement chirurgical sont multiples avec possibilité :

- soit d'une chirurgie en 1 temps (résection-anastomose) ;
- soit d'une chirurgie en 2 temps selon les conditions septiques locales avec résection initiale du segment colique pathologique (intervention de Hartmann avec sigmoïdectomie,

Tableau I. Classification de Hinchey

Stade I	Abcès péri-colique
Stade II	Abcès pelvien, abdominal ou rétropéritonéal (péritonite localisée)
Stade III	Péritonite généralisée purulente
Stade IV	Péritonite fécale

■ F. Bretagnol (✉) Service de chirurgie colorectale, Pôle des Maladies de l'Appareil Digestif (PMAD), Hôpital Beaujon (APHP), Clichy  
E-mail : frederic.bretagnol@bjn.aphp.fr

fermeture du rectum et colostomie iliaque gauche ou résection-anastomose protégée par une stomie) ;  
– soit d'une résection secondaire après réalisation initiale d'une stomie de dérivation.

### Résection sigmoïdienne initiale ou secondaire ?

Une étude randomisée, multicentrique française de patients opérés pour péritonite généralisée a comparé les résultats de la résection colique initiale (n = 55) à la résection secondaire après colostomie d'amont et suture (n = 48) [6]. Les taux de péritonite postopératoire (19 % *vs* 27 %), de réintervention (4 % *vs* 20 %) et de durée d'hospitalisation (15 j *vs* 24 j) étaient significativement plus élevés après résection secondaire.

#### Recommandations

Les données de la littérature sont en faveur d'une résection initiale du segment colique pathologique plutôt qu'une résection secondaire après stomie en cas de péritonite généralisée (Hinchey III et IV).

### Résection initiale : intervention de Hartmann ou résection-anastomose

L'intervention de Hartmann permet une résection colique en évitant une anastomose en milieu septique (colostomie iliaque gauche). Mais la réalisation immédiate après résection d'une anastomose plus ou moins protégée par une stomie apparaît satisfaisante car elle évite le rétablissement de la continuité digestive après Hartmann qui peut être complexe, source de stomie définitive surtout chez le patient âgé ayant une forte comorbidité.

Il n'existe pas d'étude randomisée dans la littérature. Une revue a comparé ces deux stratégies chirurgicales à propos de 6 879 patients opérés d'une péritonite généralisée entre 1980 et 2005 [7]. Les taux de morbidité et mortalité étaient de 55 % et 30 % après résection-anastomose, de 40 %

et 25 % après résection-anastomose et stomie et de 35 % et 20 % après Hartmann. Le taux de stomie définitive était de 27 % après Hartmann et de 8 % après résection-anastomose-stomie. Les auteurs concluaient à la supériorité de la résection-anastomose et stomie.

#### Recommandations

La résection-anastomose en 1 temps ( $\pm$  stomie de protection) est faisable, surtout en cas de péritonite localisée. En cas de péritonite généralisée (Hinchey II et IV), cette stratégie donne des résultats opératoires supérieurs à ceux obtenus après Hartmann qui reste l'intervention de référence en cas de péritonite stercorale (Hinchey IV).

### Place du lavage-drainage par laparoscopie

Le traitement chirurgical par lavage péritonéal et drainage des péritonites généralisées d'origine appendiculaire ou par perforation d'ulcère a fait la preuve de son efficacité. Il était donc naturel de proposer cette stratégie chirurgicale dans la péritonite d'origine diverticulaire. Pourtant, il faut reconnaître que ce concept de « lavage-drainage » peut apparaître paradoxal, voire à l'encontre de tout dogme chirurgical puisqu'il sous-entend de laisser un segment colique, de surcroît perforé, dans la cavité abdominale.

Dans une étude prospective anglaise multicentrique, Myers *et al.* ont inclus 100 patients consécutifs hospitalisés pour une péritonite diverticulaire [8]. Le stade de la péritonite était défini en peropératoire selon la classification de Hinchey : pour les patients Hinchey IV (péritonite stercorale), une intervention de Hartmann par laparotomie était systématiquement proposée (n = 8) ; pour ceux Hinchey III (péritonite purulente) ou Hinchey II (abcès pelvien), un lavage péritonéal laparoscopique était proposé avec drainage et antibiothérapie intraveineuse. Parmi les 92 patients traités par lavage laparoscopique, 82 (92 %) ont guéri sans

morbidité avec une médiane de reprise d'alimentation de 2 jours et d'hospitalisation de 8 jours (7 à 19 j). Le taux de mortalité était de 3 % (n = 3) dont 2 patients greffés rénaux avec défaillance multiviscérale. Deux patients (2 %) ont présenté un échec de la procédure sous la forme d'un abcès pelvien, l'un ponctionné par voie radiologique et le second réopéré (intervention de Hartmann). Tous les patients ont été explorés par laparoscopie dans un délai de 1 à 3 mois après la chirurgie. Avec une médiane de suivi de 36 mois, 2 patients ont dû être réadmis pour une nouvelle poussée diverticulaire mais aucun n'a été réopéré pour une complication de diverticulose. Les auteurs concluaient à la faisabilité du lavage laparoscopique des péritonites diverticulaires Hinchey II et III avec un faible taux de récurrence de la diverticulite à court terme.

Une revue récente de la littérature [9] a inclus 12 études, soit 301 patients opérés dans la majorité des cas d'une péritonite Hinchey III. Le taux de conversion était de 4,9 % avec une durée d'hospitalisation moyenne de 9,3 jours. Le taux de morbidité était de 18,9 % avec un taux de mortalité de 0,25 %. Une résection colique élective a été réalisée chez 51 % des patients, procédure chirurgicale réalisée par laparoscopie dans tous les cas. Les auteurs concluaient à une chirurgie conservatrice, simple, peu morbide et efficace en évitant la réalisation d'une stomie et en permettant une sigmoïdectomie préventive élective pouvant être réalisée par laparoscopie.

#### Recommandations

Il n'existe pas de recommandation. Le « lavage-drainage » laparoscopique des péritonites diverticulaires est faisable avec des résultats opératoires satisfaisants en évitant la réalisation d'une stomie en urgence. Ce traitement est principalement indiqué en cas de péritonite purulente généralisée (Hinchey III) mais peut être proposé en cas de péritonite avec abcès pelvien

(Hinchey II) non drainable radiologiquement ou après échec du drainage percutané. Il n'est pas actuellement recommandé dans les péritonites stercorales (Hinchey IV) où l'intervention de Hartmann reste la chirurgie de référence.

### Drainage percutané radiologique d'abcès

Les recommandations sont les suivantes :

**En cas de stade I de Hinchey (abcès péricolique)**, la ponction ± drainage radiologique de l'abcès doit être proposée de première intention. Néanmoins, en cas d'échec ou d'impossibilité de celui-ci, une colectomie segmentaire avec rétablissement immédiat de la continuité digestive (± protégée par une stomie temporaire) peut être réalisée.

**En cas de stade II de Hinchey (abcès pelvien)**, le drainage sous contrôle radiologique ( $\geq 4$  ou  $5$  cm de diamètre) est un traitement efficace, associé à une antibiothérapie. Deux à trois mois plus tard, une sigmoïdectomie prophylactique électorale est indiquée.

### Traitement chirurgical prophylactique

C'est actuellement la question la plus sujette à controverses.

Le but de la colectomie sigmoïdienne électorale dite « à froid » est de supprimer le risque de récurrence. Par ailleurs, l'essor de la chirurgie colorectale laparoscopique a favorisé l'attitude « agressive » chirurgicale de colectomie dite prophylactique sans que celle-ci ne soit forcément justifiée.

Dans la littérature, le risque de récurrence de diverticulite après une première poussée concerne environ un tiers des patients avec un recul moyen de 10 ans et varie entre 9 et 32 % [4, 10, 11]. Plusieurs études rétrospectives et prospectives ont recherché l'existence de critères pronostiques de récurrence, permettant de sélectionner des

patients à risque et donc candidats à une chirurgie préventive. L'étude rétrospective, la plus importante sur la diverticulite, a inclus 762 patients admis pour diverticulite aiguë et suivis pendant 5 ans et séparés selon l'âge  $>$  ou  $<$  à 50 ans [12]. Le risque de récurrence était plus important chez les patients  $<$  50 ans (20 vs 5 %). En revanche, il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes sur le taux de chirurgie en urgence (24 vs 22 %). De même après la première poussée, le risque de complications graves (perforation) n'était pas statistiquement différent entre les 2 groupes. Les auteurs concluaient que l'âge jeune ( $<$  50 ans) était un facteur de risque de récurrence de poussée de diverticulite mais pas un facteur de gravité de la diverticulite.

Dans une étude prospective de plus de 110 patients admis pour une première crise de diverticulite aiguë, le risque de récurrence, la morbidité et la mortalité ont été évalués en fonction de l'âge et des critères de gravité scannographiques [4]. Le suivi moyen était de 9,5 ans. Les résultats montrent que 80 patients (71 %) n'ont présenté qu'une seule poussée traitée médicalement, sans aucune morbidité ni mortalité au cours du suivi. Trente-huit patients (29 %) ont présenté une deuxième poussée ou un échec du traitement médical. En analyse univariée, l'âge ( $p = 0,007$ ) et les critères de gravité scannographiques ( $p = 0,003$ ) étaient des facteurs de mauvaise évolution (risque d'échec du traitement médical). En analyse multivariée, l'âge disparaissait ( $p = 0,07$ ). Les auteurs concluaient que le risque d'échec du traitement médical était corrélé aux critères de gravité scannographiques, mais peu corrélé à l'âge. Dans cette même étude, 4 groupes de patients étaient définis en fonction de la gravité de la poussée et de l'âge du patient et le risque de récurrence à 5 ans variait de 19 % (sujet de plus de 50 ans, poussée modérée), à 36 % (sujet de moins de 50 ans, poussée modérée), puis 44 % (sujet de plus de 50 ans, poussée

sévère) à finalement 54 % (sujet de moins de 50 ans, poussée sévère).

Enfin, une large étude [13] incluant 25 000 patients hospitalisés pour une poussée de diverticulite sigmoïdienne retrouvait un taux de récurrence de 19 %, ce risque étant significativement plus élevé chez les patients de moins de 50 ans (27 vs 17 %,  $p < 0,001$ ). Ces patients avaient de plus une augmentation du risque ultérieur de nouvelle poussée nécessitant une chirurgie en urgence (7,5 vs 5 %,  $p < 0,001$ ).

Au total, les données de la littérature montrent que la gravité de la poussée (jugée sur le scanner) est un facteur prédictif indépendant de récurrence après une première poussée de diverticulite sigmoïdienne. L'âge jeune (moins de 50 ans) augmente lui aussi ce risque de récurrence, mais joue probablement moins que la gravité de la poussée (facteur de risque indépendant).

### Recommandations

La chirurgie prophylactique électorale est clairement recommandée quel que soit l'âge du patient après une première crise de diverticulite compliquée (signes de gravité au scanner) (Grade B).

Il est licite de proposer cette chirurgie chez les patients âgés de moins de 50 ans ayant eu une première crise non compliquée mais son bénéfice est discuté. Cette chirurgie peut être proposée aussi aux patients immunodéprimés, ceux ayant une corticothérapie au long cours (risque de récurrence plus élevé).

Le bénéfice réel de la chirurgie prophylactique n'est pas démontré chez les patients âgés de plus de 50 ans avec première crise non compliquée, même après 2 ou 3 crises. En effet, chez ces patients, le risque de présenter une poussée ultérieure grave est très faible.

### Chirurgie

Plusieurs recommandations concernant les aspects techniques de la sigmoïdectomie prophylactique ont été faites lors des RPC.

## Type de chirurgie

### Ligature vasculaire

Il semble préférable de conserver le tronc de l'artère mésentérique inférieure et de lier uniquement les branches sigmoïdiennes, notamment afin de limiter la morbidité liée à une ligature à l'origine du vaisseau, et son inutilité en pathologie non tumorale (Grade B).

### Résection de la charnière rectosigmoïdienne

L'apparition de diverticules du colon sigmoïde a souvent été imputée à la charnière rectosigmoïdienne, véritable sphincter ouvert responsable d'une hyperpression dans le colon d'amont, cause du développement des diverticules.

La charnière rectosigmoïdienne doit être réséquée pour minimiser le risque de récurrence (Grade C).

### Étendue de la colectomie

Par ailleurs, la diverticulose sigmoïdienne est étendue au colon gauche dans un tiers des cas et au colon transverse dans plus de 10 % des cas.

L'étendue de la colectomie en amont du sigmoïde n'est pas justifiée même en présence de diverticulose étendue au côlon car elle ne diminue pas le risque de récurrence (Grade C). L'extension de la diverticulose ne modifie pas l'indication opératoire de sigmoïdectomie (Grade C).

### Voie d'abord

#### Place de la laparoscopie

Les études rétrospectives sur la faisabilité de la sigmoïdectomie laparoscopique pour diverticulose ainsi que des études comparatives à la laparotomie sont très nombreuses dans la littérature. Si plusieurs études randomisées ont confirmé tous les avantages de cette chirurgie mini-invasive pour le cancer du côlon, il manquait des preuves pour la pathologie bénigne. Trois études randomisées ont été publiées récemment [14-16]. L'étude

multicentrique hollandaise Sigma a randomisé 104 patients opérés d'une sigmoïdectomie par laparoscopie ou par laparotomie [16]. Le taux de conversion était de 19,2 %. Comparé à la laparotomie, l'abord laparoscopique était associé à une diminution significative de 15 %, en termes de complications postopératoires majeures ( $p = 0,003$ ), de douleurs et de durée d'hospitalisation. Avec un recul de 6 mois, il n'existait pas de différence significative concernant la mortalité et la morbidité tardive (occlusion, éventration...). Par ailleurs, il existait une amélioration significative de la qualité de vie globale (SF-36) chez les patients opérés par laparoscopie. Les auteurs concluaient au bénéfice réel de la laparoscopie comparé à la laparotomie en termes de résultats opératoires.

En pratique, la sigmoïdectomie prophylactique pour diverticulose doit être réalisée par laparoscopie avec tout le bénéfice concernant les résultats postopératoires.

## Résultats et séquelles fonctionnelles

### Résultats opératoires

Une étude multicentrique française [17] a évalué les résultats opératoires de la colectomie élective à propos de plus de 1 400 patients dont le tiers était opéré pour diverticulite. Le taux de mortalité était de 3,4 % et le taux de morbidité globale était de 35 %.

Par ailleurs, selon la base de données américaines [18] incluant plus de 5 000 sigmoïdectomies pour diverticulite dont 30 % en urgence, le taux de mortalité était après chirurgie élective très bas ( $< 1$  %). Ces données ont été confirmées par l'étude de l'Association Française de Chirurgie, qui concluait à un taux de mortalité de 0,5 % pour les patients jeunes, sans comorbidité, opérés à froid après chirurgie coloproctale quelle que soit l'étiologie [19].

En ce qui concerne le risque de récurrence après chirurgie, celui-ci varie de 5 à 8 % dans la littérature à 5 ans.

### Séquelles fonctionnelles

Ambrosetti *et al.* [20] se sont intéressés aux résultats fonctionnels de la sigmoïdectomie prophylactique. Après chirurgie élective, 25 % des patients présentaient des symptômes chroniques (douleurs abdominales, constipation et météorisme). Il existait, cependant, dans cette étude, un taux de sténoses anastomotiques non négligeable (17,6 %) qui évaluait favorablement dans la grande majorité des cas après dilatation endoscopique. De plus dans une autre étude [21], Scarpa *et al.* ont comparé la qualité de vie de 46 patients surveillés après première poussée de diverticulite à celle de 25 opérés. Les auteurs ne retrouvaient pas de différence significative entre les deux groupes. Enfin, une étude récente a montré, à propos de 249 patients opérés d'une sigmoïdectomie, que 25 % des patients présentaient une incontinence anale, des selles impérieuses (20 %), des troubles de la vidange rectale (21 %) [22]. De plus, le risque d'incontinence anale était corrélé au sexe féminin (OR = 2,3 ;  $p = 0,008$ ), à la présence d'un abcès pelvien (OR = 1,4 ;  $p < 0,05$ ).

## Conclusion

L'actualisation des Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) portant sur les complications de la diverticulose colique a tenté de faire le point sur une pathologie dont la prise en charge reste soumise à controverses.

Si la chirurgie prophylactique élective est clairement recommandée en cas de diverticulite compliquée du fait du risque élevé de récurrence quel que soit l'âge du patient et le nombre de poussées, son indication apparaît moins claire en cas de crise non compliquée chez le patient jeune ( $< 50$  ans) ou chez le patient de plus de 50 ans ayant eu plusieurs crises non compliquées.

La sigmoïdectomie prophylactique doit être réalisée par laparoscopie avec un risque de mortalité très faible et un risque de récurrence < 8 %. Il existe cependant un risque de symptômes chroniques dans 25 % des cas.

## Références

1. Faramakis N, Tudor RG, Keighley MR. The 5-year natural history of complicated diverticular disease. *Br J Surg* 1994;81:733-5.
2. Wolff BG, Devine RM. Surgical management of diverticulitis. *Am Surg* 2000;66:153-6.
3. Janes S, Maegher A, Frizelle FA. Elective surgery after acute diverticulitis. *Br J Surg* 2005;92:133-42.
4. Chautems RC, Ambrosetti P, Ludwig A, Mermillod B, Morel Ph, Soravia C. Long-term follow-up after first acute episode of sigmoid diverticulitis: Is surgery mandatory? *Dis Colon Rectum* 2002;45:962-6.
5. Mabrut JY, Buc E, Zins M, Pilleul F, Boureille A, Panis Y. Prise en charge thérapeutique des formes compliquées de la diverticulite sigmoïdienne. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:3S27-3S33.
6. Zeitoun G, Laurent A, Rouffet F, Hay JM, Fingerhut A, Paquet J, et al. Multicentre randomized clinical trial of primary *versus* secondary sigmoid resection in generalized peritonitis complicating sigmoid diverticulitis. *Br J Surg* 2000;87:1366-74.
7. Constantinides VA, Tekkis PP, Athanasiou T, Aziz O, Purkayastha S, Remzi FH, et al. Primary resection with anastomosis *vs* Hartmann's procedure in nonelective surgery for acute colonic diverticulitis: a systematic review. *Dis Colon Rectum* 2006;49:966-81.
8. Myers E, Hurley M, O'Sullivan GC, Kavanagh D, Wilson I, Winter DC. Laparoscopic peritoneal lavage for generalized peritonitis due to perforated diverticulitis. *Br J Surg* 2008;95:97-101.
9. Afshar S, Kurer MA. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated sigmoid diverticulitis. *Colorectal Dis* 2012;2:135-42.
10. Ambrosetti P, Robert JH, Witzig JA, Mirescu D, Mathey P, Borst F, et al. Acute left colonic diverticulitis: a prospective analysis of 226 consecutive cases. *Surgery* 1994;115:546-50.
11. Anaya DA, Flum DR. Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with diverticular disease. *Arch Surg* 2005;140:681-5.
12. Guzzo J, Hyman N. Diverticulitis in young patients: Is resection after a single attack always warranted? *Dis Colon Rectum* 2004;47:1187-90.
13. Anaya DA, Flum DR. Risk of emergency colectomy and colostomy in patients with diverticular disease. *Arch Surg* 2005;140:681-5.
14. Gervaz P, Inan I, Perneger T, Schiffer E, Morel P. A prospective, randomized, single-blind comparison of laparoscopic *versus* open sigmoid colectomy for diverticulitis. *Ann Surg* 2010;252:3-8.
15. Klarenbeek BR, Veenhof AA, Bergamaschi R, van der Peet DL, van den Broek WT, de Lange ES, et al. Laparoscopic sigmoid resection for diverticulitis decreases major morbidity rates: a randomized control trial: short-term results of the Sigma Trial. *Ann Surg* 2009;249:39-44.
16. Klarenbeek BR, Bergamaschi R, Veenhof AA, van der Peet DL, van den Broek WT, de Lange ES, et al. Laparoscopic *versus* open sigmoid resection for diverticular disease: follow-up assessment of the randomized control Sigma trial. *Surg Endosc* 2011;25:1121-6.
17. Alves A, Panis Y, Mathieu P, Mantion G, Kwiatkowski F, Slim K, et al. Postoperative mortality and morbidity in french patients undergoing colorectal surgery. *Arch Surg* 2005;140:278-83.
18. Novitsky YW, Sechrist C, Payton NL, et al. Do the risks of emergent colectomy justify non-operative management strategies for recurrent diverticulitis. *Am J Surg* 2009;197:227-31.
19. Alves A, Panis Y, Mantion G, et al. The AFC score: validation fo a 4-item predicting score of postoperative mortality after coloerctal resection for cancer or diverticulitis: results of a prospective multicenter study in 1049 patients. *Ann Surg* 2007;246:91-6.
20. Ambrosetti P, Franck K, De Peyer R, Frossard JL. Colorectal anastomotic stenosis after elective laparoscopic sigmoïdectomy for diverticular disease: A prospective evaluation of 68 patients. *Dis Colon Rectum* 2008;51:1345-9.
21. Scarpa M, pagano D, Ruffolo C, et al. Health-related quality of life after colonic resection for diverticular disease: Long-term results. *J Gastrointest Surg* 2009;13:105-12.
22. Levack MM, Savitt LR, Berger DL, Shellito PC, Hodin RA, Rattner DW, et al. Sigmoïdectomy syndrome? Patients' perspectives on the functional outcomes following surgery for diverticulitis. *Dis Colon Rectum* 2012;55:10-7.

## Les 5 points forts

- ❶ Le scanner avec opacification vasculaire est l'examen de référence car il permet de confirmer le diagnostic et de chercher des signes de gravité (abcès et/ou présence d'air ou de produit de contraste extradigestif).
- ❷ La prise en charge est conditionnée par le stade de l'infection intra-péritonéale (Classification de Hinchey).  
En cas d'abcès, la ponction-drainage sous contrôle radiologique est un traitement efficace, associée à une antibiothérapie. La chirurgie en urgence est indiquée seulement en cas d'échec du drainage radiologique.  
En cas de péritonite, le traitement chirurgical de référence est l'intervention de Hartmann (sigmoïdectomie et colostomie iliaque gauche avec fermeture du moignon rectal). Mais du fait de la lourdeur du geste et du risque de ne jamais rétablir la continuité digestive, il est préférable, si les conditions locales le permettent, de proposer d'emblée une résection-anastomose avec stomie temporaire de protection.
- ❸ Le traitement chirurgical prophylactique est indiqué quel que soit le nombre de poussées et quel que soit l'âge, chez les patients qui ont présenté une forme compliquée.  
En cas de poussée non compliquée, la chirurgie sera proposée en fonction de l'âge des patients et du nombre de poussées antérieures.
- ❹ Comparée à la laparotomie, la sigmoïdectomie élective laparoscopique (avec exérèse de la charnière rectosigmoïdienne) permet une diminution du risque de complications postopératoires.
- ❺ Le risque de récurrence après chirurgie prophylactique est faible (< 8 %).

## Question à choix multiple

### Question 1

Devant une suspicion clinique de diverticulite sigmoïdienne, quels examens demandez-vous ? (une seule réponse exacte)

- A. Aucun si le tableau clinique est typique
- B. Aucun si le patient a déjà eu une crise antérieure authentifiée
- C. NFS et lavement aux hydrosolubles
- D. NFS et scanner abdominopelvien
- E. NFS seule si celle-ci montre une hyperleucocytose à PN

### Question 2

Concernant le traitement chirurgical en urgence de la péritonite diverticulaire.

- A. En cas d'abcès pelvien, un drainage radiologique doit être proposé en première intention
- B. En cas de péritonite généralisée purulente, il est recommandé de réaliser en première intention une stomie puis une sigmoïdectomie dans un second temps
- C. Le lavage-drainage laparoscopique peut être proposé en cas de péritonite purulente mais présente un risque d'échec important
- D. En cas de péritonite stercorale, l'intervention de Hartmann est la chirurgie de référence

### Question 3

Concernant les indications de sigmoïdectomie prophylactique.

- A. La notion de deux poussées antérieures non compliquées impose une chirurgie prophylactique
- B. L'âge > 50 ans est un facteur de risque de récurrence de la diverticulite
- C. Les signes de gravité scannographiques sont des facteurs de risque de récurrence
- D. Les comorbidités du patient doivent rentrer en compte dans les indications de la chirurgie prophylactique