

Diverticulose colique

Cette note est informative : elle a pour but de vous expliquer schématiquement ce qu'est la diverticulose colique, son évolution habituelle, ses complications éventuelles, les traitements possibles. Elle ne peut être exhaustive, rendant compte de toutes les situations. Votre cas peut être différent de ce qui y est décrit : votre médecin vous donnera des explications plus personnelles.

La diverticulose consiste en la présence de diverticules, généralement multiples, sur la paroi colique, surtout gauche et principalement sigmoïdienne. Un diverticule est une sorte de hernie de la muqueuse intestinale à travers la paroi musculaire (la musculéuse). Le côlon comporte, en effet, une muqueuse, une musculéuse, enveloppée d'une fine membrane péritonéale, la séreuse. La présence des diverticules est une anomalie, acquise au cours de l'existence. Le siège essentiel des diverticules est le sigmoïde. Mais il n'est que rarement seul atteint. Dans 80% des cas, les diverticules « débordent » le sigmoïde, vers le côlon descendant, et même le transverse. Dans 15% des cas environ, la diverticulose intéresse tout le côlon. Mais, on l'a vu, les anomalies de la musculéuse sont sigmoïdiennes. C'est une pathologie très fréquente. En Europe de l'Ouest, elle est retrouvée, lorsqu'on la recherche systématiquement, chez près de 30% de la population âgée de plus de 60 ans.

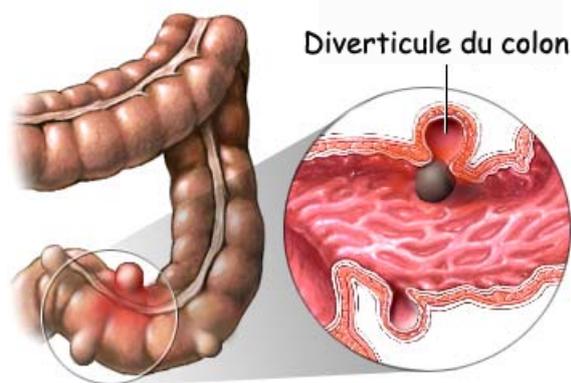


Fig. 2. Diverticulose importante du sigmoïde avec présence de multiples diverticules (vue endoscopique).

Le mécanisme d'apparition des diverticules est largement élucidé. Il s'agit de la constitution de zones d'hyperpression à l'intérieur de la lumière colique, par hypertrophie (épaississement) de la musculéuse. L'hypertrophie de la musculéuse prédomine (et souvent siège exclusivement) sur le sigmoïde. Se constituent ainsi des segments intestinaux à pression élevée, poussant la muqueuse à travers des interstices de la musculéuse. Ces zones de faiblesse sont notamment celles par où les vaisseaux sanguins pénètrent dans la paroi colique. La cause de ces désordres est alimentaire : déficit de l'alimentation en fibres végétales, particulièrement en fibres de céréales et excès de sucre. De nombreux arguments étayaient cette théorie : d'abord, le fait que la diverticulose est d'apparition récente. C'est une maladie du 20^e siècle qui sévit dans les pays développés, où les habitudes alimentaires ont changé (raffinement des céréales, défaut de fibres, excès de sucre). De multiples observations épidémiologiques vont dans le même sens. Ensuite, l'adjonction de son à la ration alimentaire diminue la pression intracolique, améliore les troubles ressentis par les surjets porteurs de diverticules. Ces facteurs alimentaires jouent à long terme : il faut probablement 20 à 40 ans d'exposition au « risque » pour que les diverticules apparaissent.

La découverte de diverticules est généralement le fait d'une coloscopie : les orifices de ces petites cavités sont bien vus au cours de cet examen. Dans les formes compliquées, le diagnostic fait appel à d'autres explorations.

Habituellement, aucune conséquence ne découle des diverticules. Les diverticules existent, perdurent, pendant des dizaines d'années sans conséquence décelable. Les troubles chroniques, douleurs, constipation, éventuellement ressentis par les porteurs de ces diverticuloses non compliquées sont liés aux troubles moteurs qui créent les diverticules (et pas aux diverticules eux-mêmes) ou à une colopathie fonctionnelle associée (synonyme : colite spasmodique, côlon irritable..). Mais 10% (environ) des diverticuloses se compliquent. Les complications sont toutes liées à l'ulcération de la muqueuse diverticulaire par les matières fécales contenues dans le diverticule (les diverticules se remplissent, plus ou moins de matières fécales). Si leur muqueuse est capable de rendre ces matières plus dures, en absorbant l'eau, en revanche, l'absence de musculéuse rend impossible une vidange active des diverticules. De telle sorte que, à la longue, de nombreux diverticules assez volumineux constituent de véritables pièges retenant des matières durcies, sortes de petits cailloux (stercolithes), susceptibles d'ulcérer la muqueuse, responsables d'hémorragies ou d'infections.

Les complications infectieuses sont, et de loin, les plus fréquentes. Parfois l'ulcération se produit rapidement, le diverticule perforé en quelques heures dans la cavité péritonéale, responsable d'une péritonite. C'est une

forme très grave, puisque les matières fécales se répandent dans le ventre. Heureusement, sa survenue est rare, ne représentant que 5% environ de l'ensemble des complications infectieuses. Le plus souvent, l'ulcération se produit plus lentement ; les tissus voisins réagissent à l'inflammation engendrée autour du diverticule en construisant une sorte de barrière (accolements d'organes, épaissement de la graisse...) limitant la diffusion de l'infection, empêchant la survenue d'une péritonite. Si l'infection est importante, si le diverticule est perforé dans cette réaction de voisinage, il se produit un abcès autour du côlon. En l'absence de traitement cet abcès peut, à son tour, se rompre dans la cavité péritonéale, créant une péritonite là encore. La rupture de l'abcès peut se faire dans un organe de voisinage (vessie surtout, mais aussi vagin, intestin grêle), créant une fistule, c'est à dire une communication entre les deux organes. La fistule colo-vésicale se révèle par des infections urinaires à répétition, la présence de gaz dans les urines. Les fistules peuvent être intermittentes mais ne cicatrisent jamais spontanément. Il arrive que le processus inflammatoire soit chronique, se développant sur des mois. Silencieux, ou presque, il ne devient apparent, cause de douleurs, constipation tenace, etc.. qu'à un stade très avancé. Il s'est alors constitué une importante réaction inflammatoire encerclant le côlon, parfois très dure, très volumineuse, réalisant ce que l'on appelle une masse pseudo-tumorale, simulant un cancer. D'autant que le mode de révélation peut être une occlusion intestinale (obstruction du côlon), sans aucun signe d'infection. C'est la fibrose laissée par la cicatrisation de l'inflammation qui étrangle le côlon.

Les hémorragies sont plus rares. Elles sont dues à l'ulcération d'un vaisseau de la muqueuse diverticulaire. Survenant brutalement, sans aucun signe annonciateur, elles peuvent être très abondantes. Leur évolution est imprévisible. Elles peuvent aussi bien s'arrêter que se poursuivre plusieurs jours. Mais lorsqu'elles cessent, la récurrence à moyen ou long terme n'est pas fréquente (10% des cas). En cas d'hémorragie, le débit du saignement conditionne les possibilités. S'il n'est pas menaçant, une préparation colique est possible et une coloscopie est alors réalisée, permettant parfois de localiser le diverticule en cause. Très abondante, l'hémorragie ne rend pas la coloscopie possible : une artériographie en urgence peut alors situer l'origine du saignement. La recherche de cette localisation est importante car il faut souvent, dans ces cas, opérer en urgence pour retirer le segment colique qui saigne. Et cette localisation est impossible à ventre ouvert (le côlon est rempli de sang, le diverticule hémorragique ne se distingue en rien des autres).

La diverticulose n'a pas de rapport avec le cancer. Les diverticules ne « dégèrent » pas en cancer. Certains pensent que la présence de polypes coliques est, plus fréquente sur les côlons diverticulaires, mais cela n'est pas prouvé. En revanche, il peut être difficile, en présence d'un rétrécissement du côlon, de faire le partage entre le diagnostic de cancer et celui de complication diverticulaire.

Le seul traitement curatif de la diverticulose est chirurgical. Le régime alimentaire riche en fibres, et particulièrement en son (pain complet ou son en vrac) est le seul traitement des formes non compliquées. Il peut d'ailleurs être recommandé de façon très générale. En revanche, en cas d'infections, un régime pauvre en fibres végétales est prescrit pour une période de trois à quatre semaines. Le traitement chirurgical consiste en la résection d'une partie du côlon gauche, jusqu'à la jonction avec le rectum ; cela pour enlever toute la zone d'épaississement de la musculature. L'étendue de la résection « vers le haut », dépend de l'étendue de la diverticulose, de son importance, des réactions inflammatoires éventuellement présentes lors de l'opération. Schématiquement : enlever tout le sigmoïde est une obligation ; très souvent il faut aussi enlever le côlon descendant, rarement l'angle gauche. Exceptionnellement, lorsque les diverticules sont contigus sur tout le côlon, il est nécessaire de retirer tout le côlon. Ce traitement ne s'adresse qu'à des formes compliquées, à certaines formes compliquées, c'est à dire à moins de 10% des porteurs de diverticules. On opère lorsqu'une infection survient (sigmoïdite diverticulaire), manifestée par des douleurs, de la fièvre, parfois une diarrhée, une hospitalisation est souvent nécessaire. En l'absence d'abcès (appréciée sur les signes d'examen et le scanner) le traitement est antibiotique, seul. On attend ainsi la résolution de la crise. Elle est obtenue dans 80 à 90% des cas. S'il s'agissait de la première poussée franche, qu'elle n'était pas trop sévère, et pourvu que sa résolution ait été complète, sans récurrence précoce, il n'est pas justifié de proposer une résection chirurgicale. On sait, en effet, que seuls 30% de ces patients font, ultérieurement, parfois après des années, une seconde poussée. En revanche, en cas de récurrence, le risque de poussée ultérieure passe à près de 70 - 80%.

C'est donc généralement après une deuxième poussée que l'on propose une intervention, « à froid », une fois la crise aiguë passée. Pourquoi attendre et opérer « à froid », plutôt qu'en urgence comme on le fait pour les appendicites et les infections de la vésicule biliaire ? Parce qu'opérer en urgence conduit le plus souvent à terminer l'opération non pas par un raccordement du côlon avec le rectum, en rétablissant un circuit normal, mais par une colostomie dérivant les matières fécales à la peau (appelée « poche »). En effet, la cicatrisation de tissus inflammatoires est aléatoire et risque, si elle est défailante, de se traduire par une fuite de matières dans le ventre, responsable d'une gravissime péritonite. Il vaut donc mieux attendre le « refroidissement » des lésions, la récupération du côlon et opérer 6 à 12 semaines après la crise aiguë. S'il existe un abcès, il faut vider le pus sans tarder. Habituellement, on parvient à le faire par une ponction, et la mise en place d'un drain, sans ouvrir le ventre, en se guidant par échographie ou scanner. Dans ces cas, après quelques semaines (1 à 6) de traitement, l'exérèse chirurgicale est une nécessité, la récurrence, en son absence, étant systématique. De même, les fistulisations dans d'autres organes relèvent de la chirurgie. En cas de péritonite (10% des complications), une intervention en urgence est indispensable. Elle est terminée, presque toujours, par une colostomie, installée pour deux à quatre mois. On opère dans les formes hémorragiques selon la situation de cas en cas, en fonction de l'âge du patient, de son état général, des disponibilités de sang (groupe rare ou non..) un volume hémorragique à ne pas dépasser. L'équivalent de 4 à 8 flacons de sang à transfuser, en général. Au-delà, une opération est réalisée, l'étendue de l'exérèse dépendant de la connaissance ou non que l'on a du site hémorragique.