

**G. Abetel**  
**D. Lavrek**  
**O. Pittet**  
**D. Hahnloser**

**Dr Gilbert Abetel**  
 FMH Médecine interne  
 Place du Marché 6, 1350 Orbe  
 M. Dejan Lavrek  
 (étudiant en médecine de 6<sup>e</sup> année)

**Dr Olivier Pittet**  
 Pr Dieter Hahnloser  
 Service de chirurgie viscérale  
 CHUV, 1011 Lausanne  
 olivier.pittet@chuv.ch

#### Coordination rédactionnelle

**Dr Pierre-Alain Plan**

Rev Med Suisse 2015; 11: 1039-41

### CAS N° 1

Une femme de 73 ans, agricultrice à la retraite, présente de nombreux antécédents médicaux et chirurgicaux dont un épisode de diverticulite au début 2012. Deux ans plus tard, la patiente est hospitalisée en urgence, à l'hôpital régional, en raison d'une infection urinaire hautement fébrile (39°C) associée à des douleurs abdominales du flanc gauche. Elle reçoit alors un traitement de ceftriaxone puis de cefpodoxime.

Deux mois plus tard, elle consulte son médecin traitant en raison d'un état fébrile à 37,6°C accompagné de douleurs dans le petit bassin, irradiant vers la fosse iliaque et la loge rénale gauches. Sur la base des résultats des examens (leucocytes: 8,4 G/l; VS: 44 mm/h; CRP: 64 mg/l; culture d'urine positive pour *E. coli* résistant à l'ampicilline et au co-trimoxazole), le diagnostic de pyélonéphrite est retenu et un traitement de ciprofloxacine (2x500 mg/j) est instauré. Un uro-CT effectué quelques jours plus tard ne montre pas d'atteinte rénale ou du tractus urinaire, en revanche il révèle une diverticulite sigmoïdienne subaiguë avec une image aérienne extradiigestive (perforation couverte) entourée d'une infiltration modérée de la graisse avoisinante. Il existe par ailleurs une image compatible avec une fistule sigmoïdo-vésicale. Un traitement de métronidazole (2x500 mg/j pendant 10 jours) est associé

## Diverticulite : opérer ou pas ?

à la ciprofloxacine. L'évolution des paramètres inflammatoires est favorable (leucocytes: 6,4 G/l; VS: 34 mm/h; CRP: 7 mg/l), avec toutefois la persistance d'une douleur dans le petit bassin et la fosse iliaque gauche (FIG).

Le chirurgien à qui est référée la patiente propose de prolonger l'antibiothérapie de 10 jours et d'effectuer un CT-scan de contrôle, mais il n'envisage pas d'opération sur le moment sauf en cas d'évolution défavorable sous antibiothérapie.

Après quelques semaines d'évolution favorable, la patiente présente à nouveau des douleurs du petit bassin associées à un état fébrile à 37,9°C (leucocytes: 9,3 G/l; CRP: 200 mg/l). Un nouveau traitement de ciprofloxacine et de métronidazole est alors prescrit pour 20 jours et l'évolution clinique est favorable (leucocytes: 6 G/l; VS: 22 mm/h; CRP: < 5 mg/l) avec toutefois la persistance d'une sensibilité de la FIG. Un CT-scan abdominal de contrôle montre la persistance de l'image extradiigestive, qui a augmenté de volume par rapport au dernier examen, et toujours une image compatible avec une fistule sigmoïdo-vésicale. En revanche, la composante inflammatoire autour du sigmoïde a diminué.

### CAS N° 2

Une femme de 82 ans, en bonne santé hormis une HTA traitée, un reflux sur hernie hiatale et une ostéoporose présente, en décembre 2009, des douleurs de la fosse iliaque gauche (FIG), associées à un état subfébrile à 37,4°C, une inappétence et quelques diarrhées. Le CT-scan abdominal montre une diverticulose importante avec signes inflammatoires. La patiente reçoit alors un traitement de ciprofloxacine (2x500 mg/j) et de métronidazole (2x500 mg/j) pendant dix jours, qui fait disparaître la symptomatologie.

En mai 2010, elle présente un deuxième épisode de diverticulite, traité par deux semaines de ciprofloxacine et métronidazole. Le CT-scan abdominal révèle une diverticulite du sigmoïde, et la colonoscopie effectuée trois mois plus tard montre une bonne récupération.

En mars 2012, la patiente présente un épisode de polymyalgie traitée par prednisone (20 mg/j à doses dégressives jusqu'en avril), avec une rechute en juin, toujours traitée par prednisone à doses dégressives.

En septembre 2012, elle présente une infection urinaire avec pneumaturie et le CT-scan abdominal montre une fistule colovoésicale antérieure gauche. Un traitement de ciprofloxacine et de métronidazole de trois semaines fait disparaître les symptômes. La cystoscopie montre un orifice fistuleux laissant sourdre des selles qui motivera en novembre une cystectomie partielle avec résection sigmoïdienne et anastomose colorectale. Depuis lors la patiente se porte bien.

### CAS N° 3

Un patient de 68 ans, ingénieur voyageant beaucoup, sportif, présente depuis 1990 des symptômes de côlon spastique sous forme de douleurs de la FIG et d'alternance de diarrhées et de constipation, répondant bien à un traitement de Duspatalin (mébévérine). En 2001, une rectosigmoidoscopie révèle un status hémorroïdaire interne de stade 2. En 2004, le transit est normal, sans douleur, sous Duspatalin et la recherche de sang occulte dans les selles est toujours négative.

En 2006, un lavement baryté motivé par des symptômes coliques persistants révèle une diverticulose pancolique, plus marquée sur le côlon ascendant et le sigmoïde proximal. La symptomatologie s'amende avec l'instauration d'un régime approprié et la poursuite du Duspatalin.

Au début du mois de décembre 2012, le patient consulte en urgence à l'hôpital régional en raison de l'apparition brutale de douleurs abdominales violentes, diffuses, avec absence de selles et de gaz depuis 48 heures, nausées et vomissements. A ce moment, la CRP est à 320 mg/ml et les leucocytes à 17 G/l. Le CT-scan abdominal révèle alors une diverticulite sigmoïdienne avec une petite perforation couverte. Sous traitement d'Augmentin et régime sans résidu, les symptômes disparaissent en sept jours.

Lors d'une coloscopie de contrôle effectuée en été 2013, le spécialiste n'arrive pas à dépasser le côlon gauche en raison d'une diverticulose fixée. Un second examen effectué quelques jours plus tard sous Propofol ne parvient pas à franchir l'angle recto-sigmoïdien. Une coloscopie virtuelle (Colo-CT) effectuée quelques semaines plus tard montre une diverticulite colique diffuse, particulièrement sévère au niveau du sigmoïde,

avec hypertrophie musculaire et sténose relative de la lumière digestive. Une colectomie gauche est alors pratiquée en décembre, qui pose le diagnostic a posteriori de diverticulose et diverticulite abcédée et perforée, avec péritonite chronique et fibrino-leucocytaire. L'évolution est simple et sans complications.

## QUESTIONS AU SPÉCIALISTE

### Comment poser le diagnostic de diverticulite ? Quels sont les examens à demander en urgence et lesquels peuvent (doivent) être effectués ultérieurement ?

La présentation clinique habituelle d'une diverticulite aiguë sigmoïdienne inclut un état fébrile couplé à des douleurs abdominales en fosse iliaque gauche, plus ou moins associées à un trouble du transit (diarrhée ou constipation).<sup>1</sup> Le dosage de la protéine C-réactive met en évidence un syndrome inflammatoire associé dont la valeur peut être pronostique.<sup>2</sup> Il est actuellement admis que la seule évaluation clinique du patient ne permet pas de poser le diagnostic et qu'un examen radiologique complémentaire est nécessaire.

Le CT-scan avec produit de contraste intraveineux est à l'heure actuelle l'examen diagnostique de choix. Il permet de poser un diagnostic définitif, d'évaluer la sévérité de la diverticulite (présence de complication) et d'exclure d'autres diagnostics différentiels.<sup>3</sup> La coloscopie est quant à elle contre-indiquée dans la phase aiguë, mais doit être proposée à distance afin d'exclure une pathologie tumorale sous-jacente.<sup>4</sup>

### Quand un épisode de diverticulite doit-il être traité de manière conservatrice ? Quel traitement médical prescrire (et pendant combien de temps) lors d'un premier épisode et lors des épisodes suivants ?

Le traitement habituel de la diverticulite aiguë non compliquée repose sur l'antibiothérapie par co-amoxicilline ou ciprofloxacine et métronidazole en bithérapie. Il n'y a pas d'indication à prescrire un régime pauvre en fibres. Une étude récente randomisée a même démontré que l'antibiothérapie dans les formes simples n'était pas nécessaire.<sup>5</sup> Il n'y a pour l'heure pas d'autres études randomisées disponibles pour confirmer ces résultats, mais une étude multicentrique néerlandaise est actuellement en cours pour évaluer la nécessité d'une anti-

biothérapie (DIABOLO trial).<sup>6</sup> La durée d'antibiothérapie est habituellement de sept à dix jours, même si certaines études ont montré une efficacité équivalente de l'antibiothérapie pendant seulement quatre jours.<sup>7</sup> Plusieurs études ont montré que le traitement ambulatoire est sûr et réalisable pour les épisodes de diverticulite non compliquée.<sup>8,9</sup>

En cas de récurrences de diverticulite, il a été démontré que celles-ci n'induisent pas plus de complications ou d'échecs de traitement conservateur que les épisodes précédents.<sup>10</sup> De ce fait, le traitement est le même que lors d'un épisode initial.

### Quels éléments cliniques et anamnestiques doivent inquiéter le médecin et l'inciter à demander un avis chirurgical ?

Un avis chirurgical est requis pour les patients qui présentent un épisode de diverticulite compliquée. Cela regroupe les diverticulites avec la présence d'un abcès péri-colique (Hinchey I) ou pelvien (Hinchey II), la présence d'air extradiigestif (bulles d'air > 5 mm) ou de liquide libre au CT-scan abdominal. La présence d'une sténose colique ou la suspicion radiologique ou clinique de fistule colo-vésicale ou colo-vaginale sont aussi des indications à une consultation chirurgicale. Une autre indication serait une évolution clinique insatisfaisante après 48 heures de traitement conservateur ou une péritonite généralisée.

### Dans le cas de la première patiente, peut-on établir une relation entre la bactériurie et la diverticulite aiguë ?

La présence d'une bactériurie associée à un épisode de diverticulite (ou à ses suites) fait suspecter une fistule colo-vésicale associée. Une fécalurie ou une pneumaturie clinique n'est pas toujours présente lors de fistule colo-vésicale de petite taille. La mise en évidence d'une fistule colo-vésicale sur le CT-scan nécessite souvent l'injection de produit de contraste per rectum pour pouvoir être mise en évidence. Une cystoscopie n'est pas indiquée pour poser le diagnostic de fistule colo-vésicale. La sensibilité du CT-scan pour la recherche de fistule colo-vésicale n'est que de l'ordre de 60%.<sup>11</sup> Si une bactériurie récidive malgré un traitement adéquat et que le CT-scan montre un côlon sigmoïde accolé à la vessie avec des signes d'inflammation chronique, une fistule colo-vésicale doit être suspectée et un avis chirurgical demandé.

### L'intervalle entre les épisodes peut-il fournir une information à propos de l'évolution probable ?

L'intervalle entre les épisodes n'a aucune signification pronostique quant à l'évolution. Une étude récente<sup>12</sup> a montré que la présence d'un épisode de diverticulite compliquée (sténose, perforation, péritonite, présence d'abcès) ainsi qu'un âge de moins de 50 ans augmentaient le risque de récurrence. Toutefois, ces facteurs de risque ne permettent pas de prédire la nature simple ou compliquée de la récurrence.

### Quelles sont les indications opératoires actuelles et quelles sont les raisons du changement marqué, ces dernières années, de la prise en charge de la diverticulite (approche très conservatrice actuellement alors qu'une intervention chirurgicale était indiquée dès le deuxième épisode il y a quelques années) ?

Les raisons principales du changement sont liées à différentes études publiées dans les années 2000, qui ont clairement démontré que la récurrence de diverticulite n'était pas une entité plus grave que l'épisode initial et qu'au contraire, le premier épisode était celui qui était associé au plus haut risque d'évolution compliquée et de prise en charge chirurgicale.<sup>10,13</sup> L'avènement de la radiologie interventionnelle a également permis de réduire les indications opératoires.<sup>14,15</sup> Ceci a conduit à une mise à jour des recommandations des différentes sociétés savantes.<sup>16</sup>

Les indications à une chirurgie en urgence sont principalement pour les patients avec péritonite Hinchey III (péritonite purulente) ou IV (péritonite stercorale) ou ceux avec présence d'abcès ne pouvant pas être drainé par radiologie interventionnelle.<sup>16</sup>

L'indication à une sigmoïdectomie prophylactique doit être posée au cas par cas. Le risque d'une intervention en urgence n'augmente qu'après quatre épisodes de diverticulite confirmés par CT. Il faut noter que l'âge en soi n'entre pas en ligne de compte. Il n'y a donc pas d'indication supplémentaire à programmer une opération électorale chez des patients jeunes (moins de 50 ans).<sup>16</sup> Pour les patients immunosupprimés, une opération électorale après un épisode de diverticulite peut être recommandée et justifie une consultation chirurgicale.<sup>16</sup> La chirurgie électorale reste recommandée en cas de diverticulite compliquée avec obstruction ou présence de fistule. En cas de suspicion

de tumeur, la résection chirurgicale est aussi indiquée. ■

**Comité de lecture:** Dr Gilbert Abetel, Orbe; Dr Cédric Amstutz, Estavayer-le-Lac; Dr Patrick Bovier, Lausanne; Dr Vincent Guggi, Payerne; Dr Philippe Hungerbühler, Yverdon-les-Bains; Dr Pierre-André Luchinger, Bulle; Dr Ivan Nemitz, Estavayer-le-Lac; Dr Pierre-Alain Plan, Grandson

## Bibliographie

- 1 Ferzoco LB, Raptopoulos V, Silen W. Acute diverticulitis. *N Engl J Med* 1998;338:1521-6.
- 2 Makela JT, Klintrup K, Takala H, Rautio T. The role of C-reactive protein in prediction of the severity of acute diverticulitis in an emergency unit. *Scand J Gastroenterol* 2015;50:536-41.
- 3 Ambrosetti P, Jenny A, Becker C, Terrier TF, Morel P. Acute left colonic diverticulitis – compared performance of computed tomography and water-soluble contrast enema: Prospective evaluation of 420 patients. *Dis Colon Rectum* 2000;43:1363-7.
- 4 Meyer J, Thomopoulos T, Usel M, et al. The incidence of colon cancer among patients diagnosed with left colonic or sigmoid acute diverticulitis is higher than in the general population. *Surg Endosc* 2015, epub ahead of print.
- 5 Chabok A, Pahlman L, Hjern F, Haapaniemi S, Smedh K, Group AS. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg* 2012;99:532-9.
- 6 Unlu C, de Korte N, Daniels L, et al. A multicenter randomized clinical trial investigating the cost-effectiveness of treatment strategies with or without antibiotics for uncomplicated acute diverticulitis (DIABOLO trial). *BMC Surg* 2010;10:23.
- 7 de Korte N, Unlu C, Boermeester MA, et al. Use of antibiotics in uncomplicated diverticulitis. *Br J Surg* 2011; 98:761-7.
- 8 Etzioni DA, Chiu VY, Cannom RR, et al. Outpatient treatment of acute diverticulitis: Rates and predictors of failure. *Dis Colon Rectum* 2010;53:861-5.
- 9 Biondo S, Golda T, Kreisler E, et al. Outpatient versus hospitalization management for uncomplicated diverticulitis: A prospective, multicenter randomized clinical trial (DIVER Trial). *Ann Surg* 2014;259:38-44.
- 10 Pittet O, Kotzampassakis N, Schmidt S, et al. Recurrent left colonic diverticulitis episodes: More severe than the initial diverticulitis? *World J Surg* 2009;33:547-52.
- 11 Melchior S, Cudovic D, Jones J, et al. Diagnosis and surgical management of colovesical fistulas due to sigmoid diverticulitis. *J Urol* 2009;182:978-82.
- 12 Ho VP, Nash GM, Milsom JW, Lee SW. Identification of diverticulitis patients at high risk for recurrence and poor outcomes. *J Trauma Acute Care Surg* 2015;78:112-9.
- 13 Janes S, Meagher A, Frizelle FA. Elective surgery after acute diverticulitis. *Br J Surg* 2005;92:133-42.
- 14 Salem L, Anaya DA, Flum DR. Temporal changes in the management of diverticulitis. *J Surg Res* 2005;124:318-23.
- 15 Elagili F, Stocchi L, Ozuner G, Dietz DW, Kiran RP. Outcomes of percutaneous drainage without surgery for patients with diverticular abscess. *Dis Colon Rectum* 2014; 57:331-6.
- 16 Vennix S, Morton DG, Hahnloser D, Lange JF, Bemelman WA, Research Committee of the European Society of C. Systematic review of evidence and consensus on diverticulitis: An analysis of national and international guidelines. *Colorectal Dis* 2014;16:866-78.