

# DIVERTICULITE AIGÜE NON COMPLIQUÉE: VERS UNE DÉSESCALADE CROISSANTE DE LA THÉRAPEUTIQUE

**A PROPOS DU LU POUR VOUS: AUER S. DIVERTICULITE AIGÜE NON COMPLIQUÉE: LES RECOMMANDATIONS REMISES EN CAUSE.**

*Rev Med Suisse* 2016;12:2188.

Nous avons lu avec attention et intérêt l'article de la rubrique «Lu pour vous» sur la diverticulite aiguë non compliquée, rédigé par le Dr Silva Auer (numéro du 14 décembre 2016).<sup>1</sup> Ce commentaire met en lumière une intéressante étude randomisée multicentrique, néerlandaise, sur l'utilité du traitement antibiotique versus observation seule lors de diverticulite aiguë non compliquée du côlon gauche, diagnostiquée par scanner.

Le but de notre courrier est d'apporter un complément d'information en rapport avec cette dernière étude randomisée et de présenter aux médecins traitants romands le nouvel algorithme de prise en charge des diverticulites aiguës non compliquées, appliqué aux patients se présentant aux urgences du CHUV.

L'article de Daniels et coll.<sup>2</sup> a effectivement démontré que le traitement observationnel (c'est-à-dire sans antibiotiques) d'un premier épisode de diverticulite aiguë colique gauche non compliquée (Hinchey 1a ou 1b) ne prolonge pas le rétablissement (14 vs 12 jours,  $p = 0,151$ ), n'induit pas plus de complications (49% vs 55%,  $p = 0,221$ ), de sigmoïdectomies (4% vs 2%,  $p = 0,323$ ) ou de récurrences sur un suivi de 6 mois (3% dans les 2 groupes,  $p = 0,494$ ) et peut être considéré comme approprié, comparé à l'antibiothérapie. En outre, le traitement observationnel a permis d'éviter la morbidité relative à l'antibiothérapie (0,4% vs 8%,  $p = 0,006$ ). Un autre point intéressant

est que 13% des patients du groupe observationnel ( $n = 262$ ) ont été traités en ambulatoire contre seulement 0,4% des patients mis sous antibiotiques ( $n = 266$ ,  $p = 0,006$ ). Ce résultat secondaire suggère que le traitement hospitalier n'est pas forcément nécessaire, même en cas d'absence d'antibiothérapie. Il a d'ailleurs été montré dans plusieurs études préalables que le traitement ambulatoire s'avère sûr et efficace.<sup>3-5</sup> Les résultats de cette étude néerlandaise s'inscrivent dans le développement récent d'un traitement de la diverticulite de moins en moins interventionnel.

Issu d'une collaboration entre le Service de chirurgie viscérale et le Service des urgences, un nouveau protocole de *prise en charge des diverticulites aiguës non compliquées* a été mis en place au CHUV à la lumière des récents résultats de la littérature. Est définie dans notre algorithme comme non compliquée, toute diverticulite colique sans fistule, sténose, présence d'air libre intra-abdominal, abcès, liquide libre ou saignement. Le traitement est par principe *ambulatoire* et un *contrôle à 48 h est recommandé chez le médecin traitant*, sauf si le patient présente des vomissements profus l'empêchant de prendre un traitement per os, en cas de fortes douleurs abdominales non calmées par une antalgie orale ou de fièvre  $> 39^{\circ} C$ , auxquels cas un traitement hospitalier est réalisé. Les patients bénéficiant d'une antibiothérapie sont ceux avec une leucocytose  $\geq 10 G/l$  ou une CRP  $\geq 50 mg/l$ , une immunosuppression ou les patientes enceintes. Afin d'évaluer prospectivement cet algorithme de prise en charge et de l'améliorer si nécessaire, un court *questionnaire pour le patient et le médecin traitant* pour collecter

des données de suivi (amélioration des douleurs, fièvre, syndrome inflammatoire et réhospitalisation) est remis au patient lors de son départ de l'hôpital et serait à retourner par le médecin traitant après le contrôle à 48 h (fax à renvoyer).

Nous remercions d'ores et déjà nos confrères généralistes de la région lémanique pour leur aide des plus précieuses dans ce projet, dans l'optique de fournir au patient le traitement le mieux adapté.

1 Auer S. Diverticulite aiguë non compliquée: les recommandations remises en cause. *Rev Med Suisse* 2016;12:2188.

2 Daniels L, Ünlü Ç, de Korte N, et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. *Br J Surg* 2017;104:52-61.

3 Moya P, Arroyo A, Pérez-Legaz J, et al. Applicability, safety and efficiency of outpatient treatment in uncomplicated diverticulitis. *Tech Coloproctology* 2012;16:301-7.

4 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.

5 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.

**DR GAËTAN-ROMAIN JOLIAT, PRS NICOLAS DEMARTINES ET DIETER HAHNLOSER**

Service de chirurgie viscérale, CHUV, 1011 Lausanne

**PR BERTRAND YERSIN**

Service des urgences, CHUV, 1011 Lausanne

gaetan.joliat@gmail.com | demartines@chuv.ch  
bertrand.yersin@chuv.ch | dieter.hahnloser@chuv.ch