

# Les diverticulites

La reco de la HAS de nov. 17

La synthèse de la revue

Prescrire de .. nov. 18

J.BIRGE ET JM.BOIVIN



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

# Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique

Novembre 2017

# Mon analyse critique de la reco en attente du passage au crible de Prescrire !

---

**Demandeur** Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive

**Promoteur** : HAS donc, à priori, pas de conflit d'intérêt

## **Le Groupe de Travail**

- Un président chirurgien
- Un GT à dominante chir
- Un seul MG

**Le Groupe de lecture** : pire (des infectiologues mais pas de MG !)

# Le contexte...chirurgical (1)

---

Dernière reco 2006

Trop de chirurgie prophylactique

- 11 850 colectomies prophylactiques pour pathologie diverticulaire / an en Fce
- au minimum 80 patients décèdent des suites de cette intervention chaque année.

## **Morbidité élevée :**

- taux de complications : 25%
- taux de ré intervention à 1 an : 6% (un anus artificiel (stomie) parfois définitif )

# Un peu de sémantique

---

De la diverticulose (60 % des plus de 70 ans)...à la diverticulite (10 % des diverticuloses)

## De la sigmoïdite à la diverticulite

- En Europe : le sigmoïde
- En Asie : le colon D

Et hors sujet : ne pas oublier les hémorragies diverticulaires, complication des AINS ...

# Le diagnostic de la diverticulite non compliquée

---

## **La clinique : l'appendicite de la FIG !**

- Douleurs FIG
- Fièvre
- Tbles du transit
- Défense ou douleur à la décompression

**Ne suffit pas....**

# La clinique ne suffit pas++

---

## Sont recommandés

- Bio : NF, PCR, Créat (pour le scanner)
  - La CRP
    - Diagnostic : > 50
    - et caractère prédictif de la complication
      - < 25 : 15%
      - >250 : 47%
- **Imagerie**
  - Scanner injecté (sauf CI) : diverticules + infiltration péricolique
  - écho par défaut : moins performante et opérateur dépendant....
  - diagnostic + et différentiel,
  - délai 72 heures en ambulatoire (ds la reco de 2006)..
  - La complication est l'exception

# Endoscopie ?

---

**Pas de coloscopie en phase aigue (et rarement après !)**



# Le traitement médical de la diverticulite NON compliquée

---

Le traitement **ambulatoire** est recommandé en cas de diverticulite aiguë non compliquée (stade Hinchey 1a : le scanner), en l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable

## Annexe 1. Classification de Hinchey

Stade I	Phlegmon ou abcès péricolique
Stade II	Abcès pelvien, abdominal ou rétropéritonéal (péritonite localisée)
Stade III	Péritonite généralisée purulente
Stade IV	Péritonite fécale

# Le traitement symptomatique sans antibiotique (grade A)

des diverticulites en l'absence :

- de signes de gravité : TA < 100 mm Hg, fréquence respiratoire  $\geq$  22/mn ou confusion ; PCR > 150 (Prescrire)
- d'immunodépression (immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale terminale) ;
- de score ASA > 3
- de grossesse

**C'est-à-dire : le plus souvent++++**

**Classification ASA.** 1 : patient normal ; 2 : patient avec anomalie systémique modérée ; 3 : patient avec anomalie systémique sévère ; 4 : patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante ; 5 : patient moribond dont la survie est improbable sans l'intervention ; 6 : patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe.

# Tt médical : suite

---

## **Le traitement symptomatique (Prescrire)**

- Paracétamol
- Opioides si nécessaire
- Pas d'AINS

## **En cas de non réponse (3 jours) : antibiothérapie par voie orale ne dépassant pas 7 jours**

- amoxicilline et acide clavulanique,
- ou en cas d'allergie avérée : fluoroquinolone (lévo ou cipro ou autre quinolone selon Prescrire) + métronidazole.

**En cas de signes de gravité**, grossesse, score ASA > 3 ou immunodépression, une antibiothérapie par voie intraveineuse, identique à celle proposée dans la diverticulite compliquée, est recommandée.

## **Une alimentation non restrictive**

# LA DIVERTICULITE COMPLIQUEE (hospit..)

---

## Les complications

- **aigues :**
  - perforation,
  - abcès,
  - péritonite
- **Chroniques :** sténose, fistule

## Antibiothérapie par voie intraveineuse

- amoxicilline-acide clavulanique et gentamicine, ou
- céfotaxime et métronidazole, ou
- ceftriaxone et métronidazole.
- En cas d'allergie prouvée, une association lévofloxacine, gentamicine et métronidazole est recommandée. En l'absence d'argument scientifique, la durée de l'antibiothérapie ne peut pas faire l'objet de recommandations. Il est recommandé de drainer radiologiquement les abcès diverticulaires lorsque cela est techniquement faisable.

# EXPLORATION AU DÉCOURS D'UNE DIVERTICULITE TRAITÉE

---

## DIVERTICULITE NON COMPIQUEE :

- **RIEN** EN DEHORS DU SUIVI CLINIQUE
  - **NI** Biologie si évolution clinique favorable
  - **NI** Scanner de contrôle systématique.(sauf point d'appel clinique)
  - **NI** Coloscopie (sauf dépistage)

## DIVERTICULITE COMPIQUEE :

- coloscopie au décours

# PRÉVENTION DES RÉCIDIVES DE DIVERTICULITE

---

**Aucun régime**

**Aucune exclusion alimentaire**

**Aucun médicament** : ni probiotique, ni rifaximine ni mésalamine (5ASA) ni...rien d'autre  
!

# TRAITEMENT CHIRURGICAL PROPHYLACTIQUE : sigmoïdectomie

---

**La sigmoïdectomie électorive est recommandée en cas de :**

- fistule;
- sténose symptomatique.
- symptômes persistants après une poussée (incluant la smoldering diverticulitis [diverticulite subintrante]) ou de récurrences fréquentes impactant la qualité de vie. Le nombre de poussées n'est pas une indication en soi.

**La sigmoïdectomie électorive systématique après poussée de diverticulite aiguë n'est pas recommandée si le patient est asymptomatique, s'il n'est pas immunodéprimé ou insuffisant rénal chronique et si les poussées n'impactent pas sa qualité de vie.**

Chez le patient asymptomatique, l'âge inférieur à 50 ans ne constitue pas une indication de chirurgie prophylactique en soi.

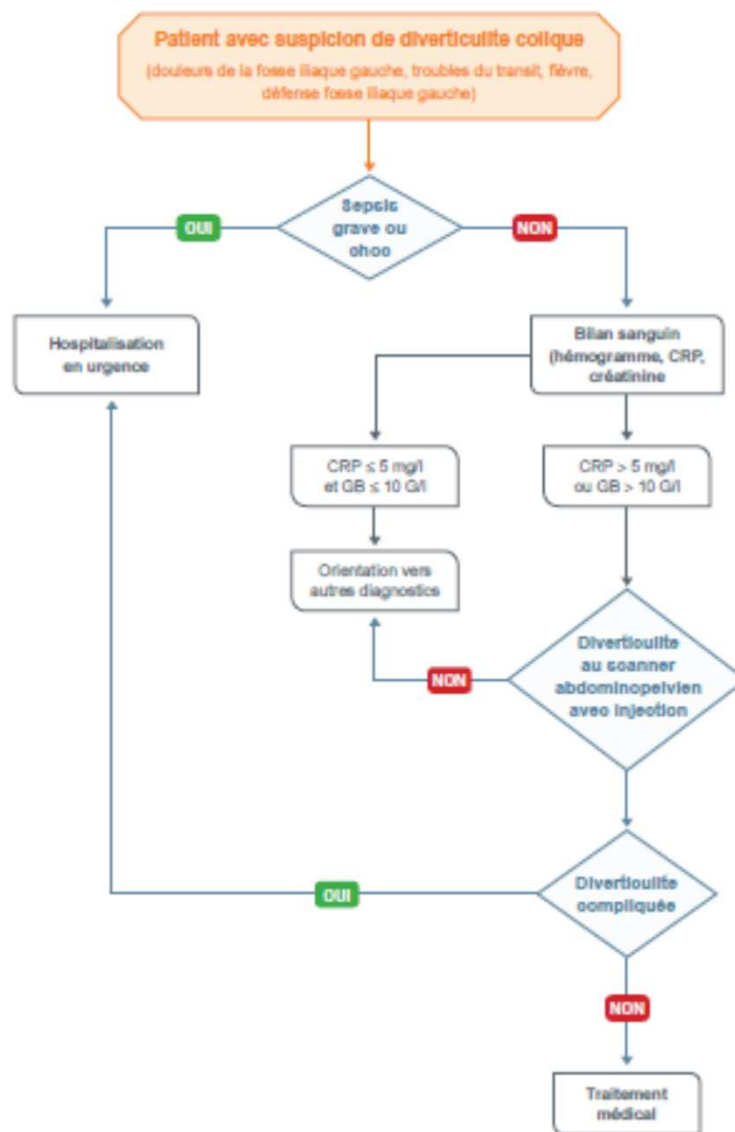
Il est recommandé de discuter une sigmoïdectomie électorive dans les situations suivantes :

- au décours d'une diverticulite aiguë compliquée, particulièrement en cas d'abcès ;
- chez le patient immunodéprimé ou insuffisant rénal chronique, en intégrant les facteurs de risque opératoire suivants : âge supérieur à 75 ans et comorbidités, en particulier cardiopathie et BPCO

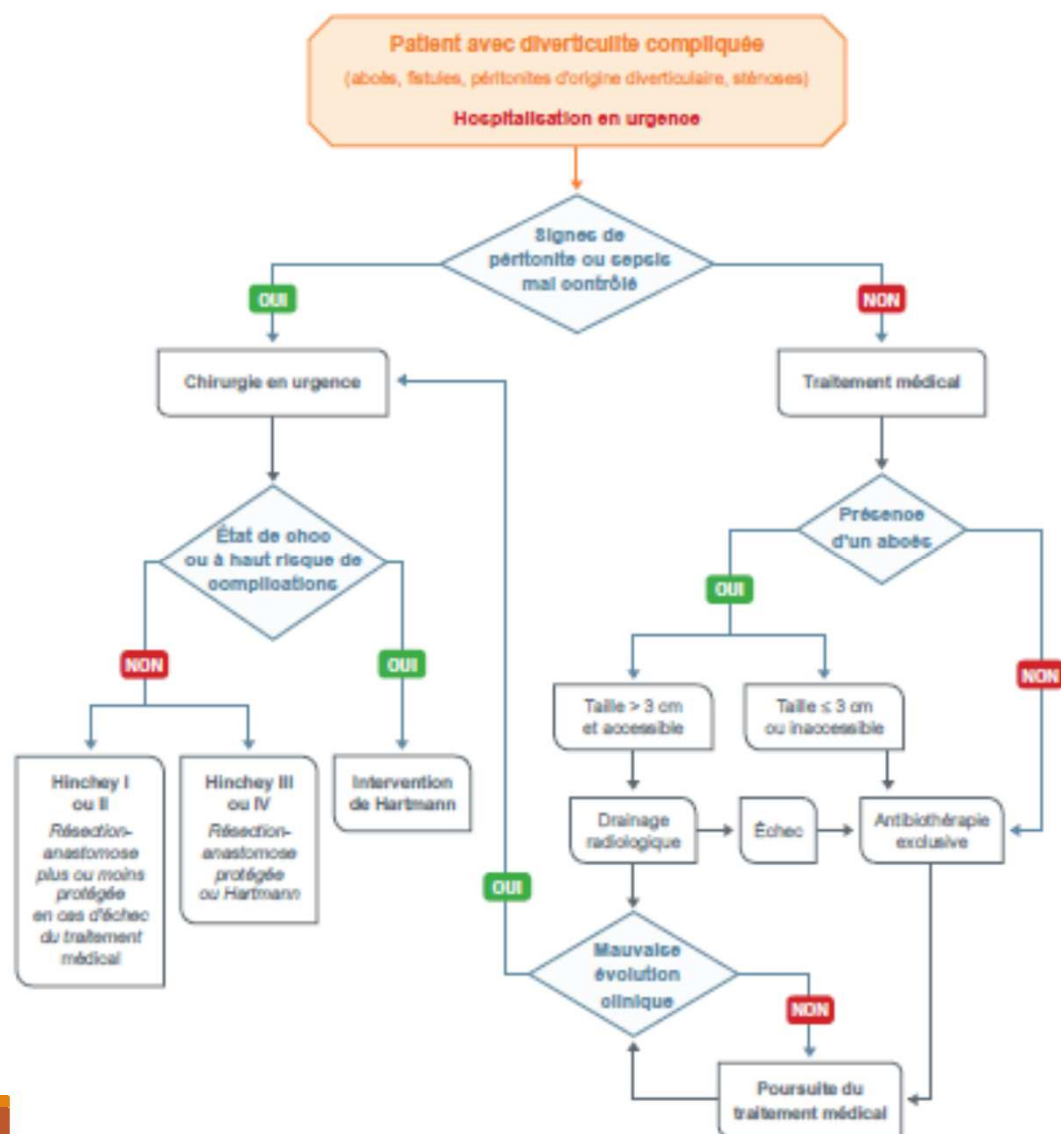
**au moins 2 mois après la dernière poussée.**



## DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE



## DIVERTICULITE COMPLIQUÉE



# Les messages clés

---

- Le scanner abdomino-pelvien est recommandé en première intention pour le diagnostic et la recherche de complications chez un patient suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
- Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite aiguë non compliquée, en l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable.
- Le traitement symptomatique sans antibiotique des diverticulites non compliquées confirmées par le scanner est recommandé en l'absence de signes de gravité, d'immunodépression, de score ASA > 3 ou de grossesse.

# Alors...

---

**Chiche : on tente l'abstention d'antibiotiques dans le cadre de la reco ?**

**On évalue la faisabilité par un travail de recherche ? (avis aux amateurs : une thèse ?)**