



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE

Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Novembre 2017

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site :

Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode Recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés en dernière page (fiche descriptive) et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

L'argumentaire scientifique de cette recommandation est téléchargeable sur www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Préambule	4
1. Quelles sont les modalités diagnostiques des complications de la diverticulose colique ?	6
1.1 Diverticulite aiguë sigmoïdienne.....	6
1.2 Explorations au décours d'une diverticulite aiguë sigmoïdienne traitée	7
2. Quelles sont les indications et les modalités des traitements médicaux pendant les crises ?	8
2.1 Diverticulite non compliquée	8
2.2 Diverticulite compliquée.....	9
3. Quelles sont les indications et les modalités du traitement chirurgical de la diverticulite aiguë ?	10
3.1 Place du lavage péritonéal laparoscopique	10
3.2 Résection sigmoïdienne : résection anastomose (plus ou moins protégée) ou Hartmann ?.....	10
3.3 Résection sigmoïdienne en urgence : quelle voie d'abord ?	10
3.4 Cas particulier de la diverticulite aiguë droite	11
4. Quelles sont les indications et les modalités du traitement chirurgical prophylactique ?	12
4.1 Indications chirurgicales électives.....	12
4.2 Critères de qualité chirurgicale.....	12
5. Quels sont les moyens non-chirurgicaux de prévention des récurrences de diverticulite aiguë ?	15
5.1 Alimentation	15
5.2 Probiotiques.....	15
5.3 Rifaximine	15
5.4 Mésalamine	15
Annexe 1. Classification de Hinchey.....	16
Annexe 2. Patient avec suspicion de diverticulite colique	17
Annexe 3. Patient avec diverticulite compliquée	18
Participants.....	19
Fiche descriptive	21

Préambule

Contexte d'élaboration de la recommandation de bonne pratique

La Haute Autorité de Santé a inscrit dans son programme de travail 2016 l'élaboration de recommandations concernant les indications de la colectomie dans la diverticulose colique. Le CNPCVD est à l'origine de la demande d'inscription de ce thème au programme de travail de la HAS.

La diverticulose du côlon est un état asymptomatique qui correspond à une anomalie anatomique acquise du côlon caractérisée par la présence de diverticules. La maladie diverticulaire correspond à la diverticulite et ses complications et à l'hémorragie d'origine diverticulaire. La diverticulite du côlon correspond à l'inflammation/infection d'origine diverticulaire. Les signes cliniques associés sont : douleurs de la fosse iliaque gauche, troubles du transit et fièvre, avec défense de la fosse iliaque gauche à la palpation. La diverticulite compliquée correspond aux complications locales que sont les abcès, les fistules, les péritonites d'origine diverticulaire et les sténoses.

Des recommandations ont été rédigées en 2006. Toutefois, la littérature mondiale s'est considérablement enrichie depuis et de nombreuses attitudes proposées dans ces recommandations ne sont plus d'actualité, notamment celles concernant la chirurgie prophylactique.

En France, environ 11 850 colectomies prophylactiques pour pathologie diverticulaire sont réalisées par an (chiffres ATIH 2009, 2010, 2011). Il s'agit donc d'une opération relativement fréquente. La mortalité de cette opération pendant le séjour hospitalier (qui ne prend pas en compte la mortalité à 30 jours) est en France de 7 pour mille. Ainsi, au minimum 80 patients décèdent des suites de cette intervention chaque année. La morbidité de cette intervention est assez élevée, autour de 25 % de taux de complications et comporte un taux de réintervention amenant à la réalisation d'un anus artificiel (stomie) parfois définitif de l'ordre de 6 % à un an de la colectomie prophylactique. L'impact sur la qualité de vie des patients est donc parfois considérable.

Les indications retenues pour proposer une intervention prophylactique, se fondaient sur des données épidémiologiques de faible puissance et anciennes. Récemment de très nombreuses publications concernant des cohortes regroupant de grands nombres de patients montrent que les risques encourus par les patients, s'ils ne sont pas opérés, sont faibles. Ainsi, les indications retenues actuellement ne sont plus pertinentes et exposent les patients à des risques chirurgicaux sans raison véritable.

Le traitement chirurgical prophylactique est actuellement la question la plus sujette à controverses. En effet, 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 %.

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. 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).

Enjeux

Du fait de l'abondance de la littérature sur le sujet depuis 2007 et parce que de nombreuses préconisations proposées dans les recommandations de 2006 ne sont plus d'actualité, notamment

celles concernant la chirurgie prophylactique, de nouvelles recommandations sur les traitements médicaux et chirurgicaux de la diverticulose sont nécessaires.

Objectifs

Les nouvelles recommandations actualiseront les recommandations de 2006, hormis la partie diagnostic.

Il s'agira grâce à l'élaboration de ces nouvelles recommandations :

- d'améliorer la prise en charge des patients par une meilleure pertinence des actes chirurgicaux ;
- d'harmoniser les pratiques professionnelles.

Questions

Les questions abordées par cette recommandation sont les suivantes :

- Quelles sont les modalités diagnostiques des complications de la diverticulose colique ?
- Quelles sont les indications du traitement chirurgical de la diverticulite aiguë et ses modalités ?
- Quelles sont les indications du traitement chirurgical prophylactique et ses modalités ?
- Quels sont les indications et les modalités des traitements médicaux pendant les crises, les indications de coloscopie après les crises et les moyens non-chirurgicaux de prévention des récurrences de diverticulite aiguë ?

Patients concernés

Tous les patients pouvant bénéficier d'un traitement médical ou chirurgical pour une diverticulite colique.

Professionnels concernés

Médecins et chirurgiens susceptibles de prendre en charge des patients ayant une diverticulite colique dans le cadre des établissements de soins publics ou privés, ainsi que les médecins généralistes.

Définitions

En préambule des recommandations, le groupe de travail a conservé les définitions de la recommandation de bonne pratique de 2006 :

- La diverticulose du côlon est un état asymptomatique qui correspond à une anomalie anatomique acquise du côlon caractérisé par la présence de diverticules.
- La maladie diverticulaire correspond à la diverticulite et ses complications et à l'hémorragie d'origine diverticulaire.
- La diverticulite du côlon correspond à l'inflammation/infection d'origine diverticulaire.
- La diverticulite compliquée correspond aux complications locales que sont les abcès, les fistules, les péritonites d'origine diverticulaire et les sténoses.

1. Quelles sont les modalités diagnostiques des complications de la diverticulose colique ?

1.1 Diverticulite aiguë sigmoïdienne

► Examen clinique et biologie

C	Le diagnostic de diverticulite sigmoïdienne aiguë, y compris chez les patients avec antécédents de diverticulite connu, ne peut pas être affirmé sur les seules données cliniques et biologiques (CRP et hémogramme). Un examen d'imagerie est nécessaire à chaque épisode.
----------	---

AE	Il est recommandé de réaliser, comme bilan biologique, un hémogramme, une CRP et la créatinine.
-----------	---

► Abdomen sans préparation

A	Il est recommandé de ne pas pratiquer de cliché d'abdomen sans préparation chez un patient cliniquement suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
----------	--

► Lavement opaque

B	Le lavement aux hydrosolubles n'est pas recommandé chez un patient cliniquement suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
----------	--

► Examens d'imagerie

Un examen d'imagerie est nécessaire à chaque épisode :

B	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.
----------	---

C	Une injection intraveineuse de produit de contraste systématique est recommandée en l'absence de contre-indication. L'opacification digestive basse n'est pas recommandée systématiquement dans la prise en charge initiale de la diverticulite aiguë
----------	---

B	L'échographie abdominale n'est pas recommandée comme le premier examen d'imagerie à réaliser chez les patients suspects de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
----------	--

► Imagerie par résonance magnétique

C	L'imagerie par résonance magnétique n'est pas recommandée chez un patient suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
----------	--

► Coloscopie et coloscopie virtuelle

AE	Il est recommandé de ne pas réaliser de coloscopie ou de coloscopie virtuelle pour le diagnostic de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
-----------	---

C

Il n'est pas recommandé de pratiquer de coloscopie précoce (c'est-à-dire pendant la phase aiguë) après diagnostic de diverticulite aiguë sigmoïdienne.

1.2 Explorations au décours d'une diverticulite aiguë sigmoïdienne traitée

► Bilan biologique

AE

Il n'est pas recommandé de pratiquer une surveillance biologique systématique en cas d'évolution clinique favorable d'une diverticulite aiguë.

► Scanner au décours de l'épisode aigu

AE

En l'absence de point d'appel et quel que soit le stade initial, il est recommandé de ne pas réaliser de scanner de contrôle systématique au décours d'une diverticulite sigmoïdienne traitée.

► Coloscopie au décours de l'épisode aigu

C

Au décours d'une poussée de diverticulite non compliquée, en dehors des indications de dépistage ou de prévention par coloscopie du cancer colorectal, il n'est pas recommandé de réaliser une coloscopie systématique.

Au décours d'un épisode de diverticulite compliquée, il est recommandé de réaliser une coloscopie.

Quand une chirurgie prophylactique est indiquée, les recommandations ci-dessus restent valides.

2. Quelles sont les indications et les modalités des traitements médicaux pendant les crises ?

2.1 Diverticulite non compliquée

► Hospitalisation ou traitement ambulatoire

A	Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite non compliquée (stade Hinchey Ia), en l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable.
----------	---

► Traitement de la diverticulite non compliquée sans antibiothérapie

A	<p>Le traitement symptomatique sans antibiotique des diverticulites non compliquées confirmées par le scanner est recommandé en l'absence de signes de signes de gravité (notamment pression artérielle systolique ≤ 100 mm Hg, fréquence respiratoire ≥ 22/mn ou confusion), d'immunodépression*, de score ASA>3** ou de grossesse.</p> <p>*Immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosuppresseur ou immunomodulateur, corticothérapie systémique, cancer évolutif, insuffisance rénale terminale</p> <p>** 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</p>
----------	---

C	En l'absence de comorbidité significative et/ou de contexte social défavorable, la réalisation de ce traitement est recommandée en ambulatoire.
----------	---

AE	Dans cette situation, une surveillance clinique est recommandée.
-----------	--

► Traitement de la diverticulite non compliquée avec antibiothérapie

A	<p>En cas de non réponse au traitement symptomatique sans antibiotique, une antibiothérapie par voie orale est alors recommandée associant amoxicilline et acide clavulanique, ou en cas d'allergie, une fluoroquinolone (lévofloxacine ou ciprofloxacine) associé au métronidazole, pour le traitement de la diverticulite non compliquée.</p> <p>En cas de signe de gravité, grossesse, score ASA > 3 ou immunodépression, une antibiothérapie par voie intraveineuse, identique à celle proposée dans la diverticulite compliquée, est recommandée.</p>
----------	--

AE	Il est recommandé que la durée de l'antibiothérapie pour le traitement de la diverticulite non compliquée chez le patient immuno-compétent ne dépasse pas sept jours
-----------	--

► **Régime alimentaire durant la crise**

C	Une alimentation non restrictive est recommandée au cours du traitement de la diverticulite non perforée si elle est tolérée.
----------	---

2.2 Diverticulite compliquée

► **Forme abcédée**

AE	Une antibiothérapie par voie intraveineuse est recommandée associant amoxicilline-acide clavulanique et gentamicine, ou céfotaxime et métronidazole, ou ceftriaxone et métronidazole. En cas d'allergie prouvée, une association lévofloxacine, gentamicine et métronidazole.
	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.

► **Forme perforée**

C	Une antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique, est recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine péricolique et en l'absence de signe clinique de péritonite.
----------	--

AE	Une antibiothérapie seule, sans geste chirurgical ou drainage radiologique, est recommandée pour les diverticulites perforées avec présence de bulles de pneumopéritoine à distance et en l'absence de signe clinique de péritonite.
-----------	---

3. Quelles sont les indications et les modalités du traitement chirurgical de la diverticulite aiguë ?

3.1 Place du lavage péritonéal laparoscopique

AE	Dans les diverticulites Hinchey* I ou II d'évolution défavorable après échec ou impossibilité de drainage, le LPL n'est pas recommandé.
A	Dans les péritonites diverticulaires Hinchey III, le LPL n'est pas recommandé.
AE	Dans les péritonites diverticulaires Hinchey IV, Il est recommandé de ne pas pratiquer le LPL.

*Stades de Hinchey détaillés dans l'annexe 1

Remarque : l'identification d'un groupe de patients chez qui le LPL serait bénéfique pourrait faire l'objet de travaux de recherche.

3.2 Résection sigmoïdienne : résection anastomose (plus ou moins protégée) ou Hartmann ?

AE	L'intervention de Hartmann est recommandée quel que soit le stade de Hinchey dans deux situations : patients à haut risque de complications*, instabilité hémodynamique.
-----------	--

* Patients à haut-risque de complications :

- Immunodépression selon les critères suivants : immunodépression congénitale ou acquise, traitement immunosuppresseur ou immuno-modulateur, corticothérapie systémique chronique, cancer évolutif non intestinal, insuffisance rénale terminale.
- ASA>3.

C	Dans les stades Hinchey I et II en échec du traitement médical, il est recommandé de réaliser une résection anastomose plus ou moins protégée.
----------	--

AE	Dans les stades Hinchey III et IV, il n'est pas recommandé de réaliser une résection anastomose non protégée.
-----------	---

3.3 Résection sigmoïdienne en urgence : quelle voie d'abord ?

AE	Dans les péritonites Hinchey III et IV, en l'absence de données probantes, aucune recommandation ne peut être établie quant à la voie d'abord. La laparotomie reste la voie d'abord de référence dans cette situation.
-----------	--

C

Dans les stades Hinchey I et II en échec du traitement médical, la laparoscopie est une alternative à la laparotomie.

3.4 Cas particulier de la diverticulite aiguë droite

AE

Les indications de résection chirurgicale en urgence dans la diverticulite aiguë droite sont superposables à celles de la diverticulite sigmoïdienne.

La résection-anastomose en un temps (résection iléo-caecale ou colectomie droite) est la procédure de référence, mais une résection sans anastomose peut être réalisée si elle est jugée nécessaire.

4. Quelles sont les indications et les modalités du traitement chirurgical prophylactique ?

4.1 Indications chirurgicales électives

B	La sigmoïdectomie élective 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.
----------	--

C	<p>Il est recommandé de discuter une sigmoïdectomie élective dans les situations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • au décours d'une diverticulite aiguë compliquée, particulièrement en cas d'abcès ; • chez le patient immuno-déprimé ou insuffisant rénal chronique, en intégrant les facteurs de risque opératoire suivants : âge supérieur à 75 ans et comorbidités, en particulier cardiopathie et BPCO.
----------	--

A	Chez le patient asymptomatique, l'âge inférieur à 50 ans ne constitue pas une indication opératoire en soi.
----------	---

B	<p>Il est recommandé de proposer une sigmoïdectomie élective en cas de symptômes persistants après une poussée (incluant la « smoldering diverticulitis » ou diverticulite subintrante) ou de récurrences fréquentes impactant la qualité de vie.</p> <p>Le nombre de poussées n'est pas une indication en soi.</p>
----------	---

C	<p>La sigmoïdectomie élective est recommandée en cas de fistule, selon le terrain et le type de symptômes.</p> <p>La sigmoïdectomie élective est recommandée en cas de sténose symptomatique.</p>
----------	---

4.2 Critères de qualité chirurgicale

► Délai avant chirurgie élective

C	Si l'indication d'une sigmoïdectomie élective est retenue, il est recommandé de la réaliser au moins deux mois après la dernière poussée.
----------	---

► **Voie d'abord**

A	Il est recommandé un abord laparoscopique pour la réalisation d'une sigmoïdectomie élective pour pathologie diverticulaire.
----------	---

► **Décrochage de l'angle gauche**

AE	Il est recommandé de réaliser une anastomose sans tension, au mieux avec décrochage de l'angle gauche.
-----------	--

► **Ligatures vasculaires**

C	Il est recommandé de sectionner les artères sigmoïdiennes au moins après leur division du tronc des sigmoïdiennes.
----------	--

► **Réséction de la charnière recto-sigmoïdienne**

AE	La réséction de la charnière recto-sigmoïdienne est recommandée en cas de colectomie gauche prophylactique pour pathologie diverticulaire.
-----------	--

► **Étendue de la résection**

C	La résection doit emporter la zone siège de la ou des poussées inflammatoires. L'ensemble du côlon sigmoïde doit être réséqué de façon systématique. Il est recommandé de ne pas étendre la résection colique au-delà du côlon sigmoïde de façon systématique même en présence d'une diverticulose en amont.
----------	--

► **Type d'anastomose (manuelle/mécanique)**

AE	Il n'existe pas de données dans la littérature permettant d'émettre une recommandation sur le type d'anastomose colorectale (manuelle ou mécanique) après colectomie prophylactique pour pathologie diverticulaire.
-----------	---

► **Réhabilitation améliorée et sigmoïdectomie élective pour pathologie diverticulaire**

A

La réhabilitation améliorée est recommandée dans la sigmoïdectomie élective pour diverticulite à l'instar des autres indications en chirurgie colorectale.

► **Cas particulier de la diverticulite droite**

C

Après diverticulite aiguë droite non compliquée, la colectomie droite élective n'est pas recommandée.

AE

Après diverticulite aiguë droite compliquée, aucune recommandation ne peut être établie en l'absence de données probantes.

5. Quels sont les moyens non-chirurgicaux de prévention des récurrences de diverticulite aiguë ?

5.1 Alimentation

AE

En l'absence de preuve scientifique, aucun régime alimentaire ne peut être recommandé pour la prévention des récurrences de diverticulite.

B

Il est recommandé de ne pas contre-indiquer chez les patients porteurs d'une diverticulose la consommation de fruit à coque (noix, noisette, amande, pistache, cacahuètes, etc...), de blé, de maïs ou de popcorn en prévention de la survenue d'une diverticulite.

5.2 Probiotiques

AE

En l'absence d'argument scientifique, il n'est pas recommandé de proposer aux patients après une crise de diverticulite aiguë la prise de probiotiques en prévention de la récurrence.

5.3 Rifaximine

AE

En l'absence de preuve scientifique, il n'est pas recommandé de proposer aux patients la rifaximine en prévention secondaire de la récurrence de la diverticulite.

5.4 Mésalamine

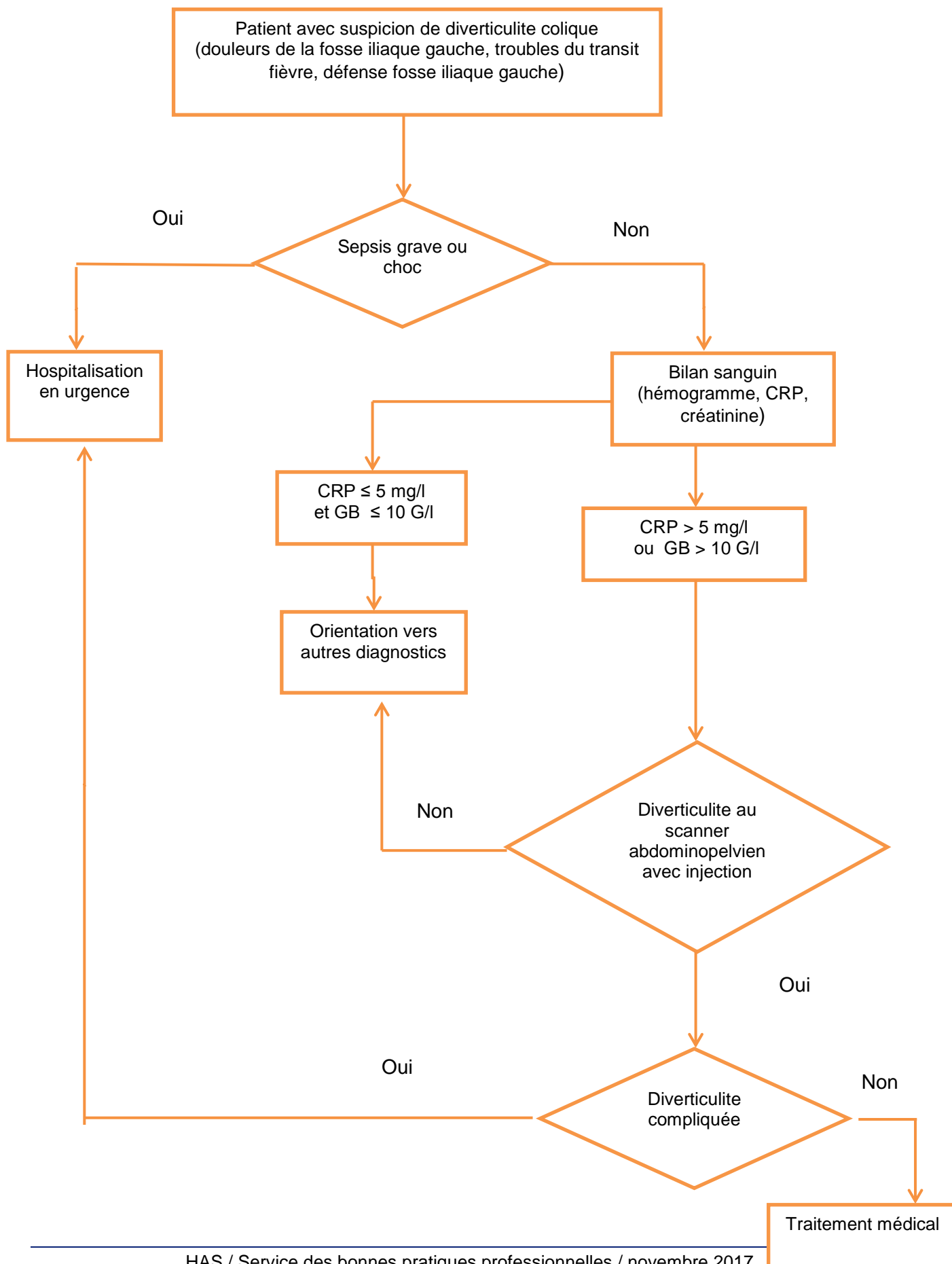
A

Il n'est pas recommandé de traiter par mésalamine les patients après un épisode de diverticulite.

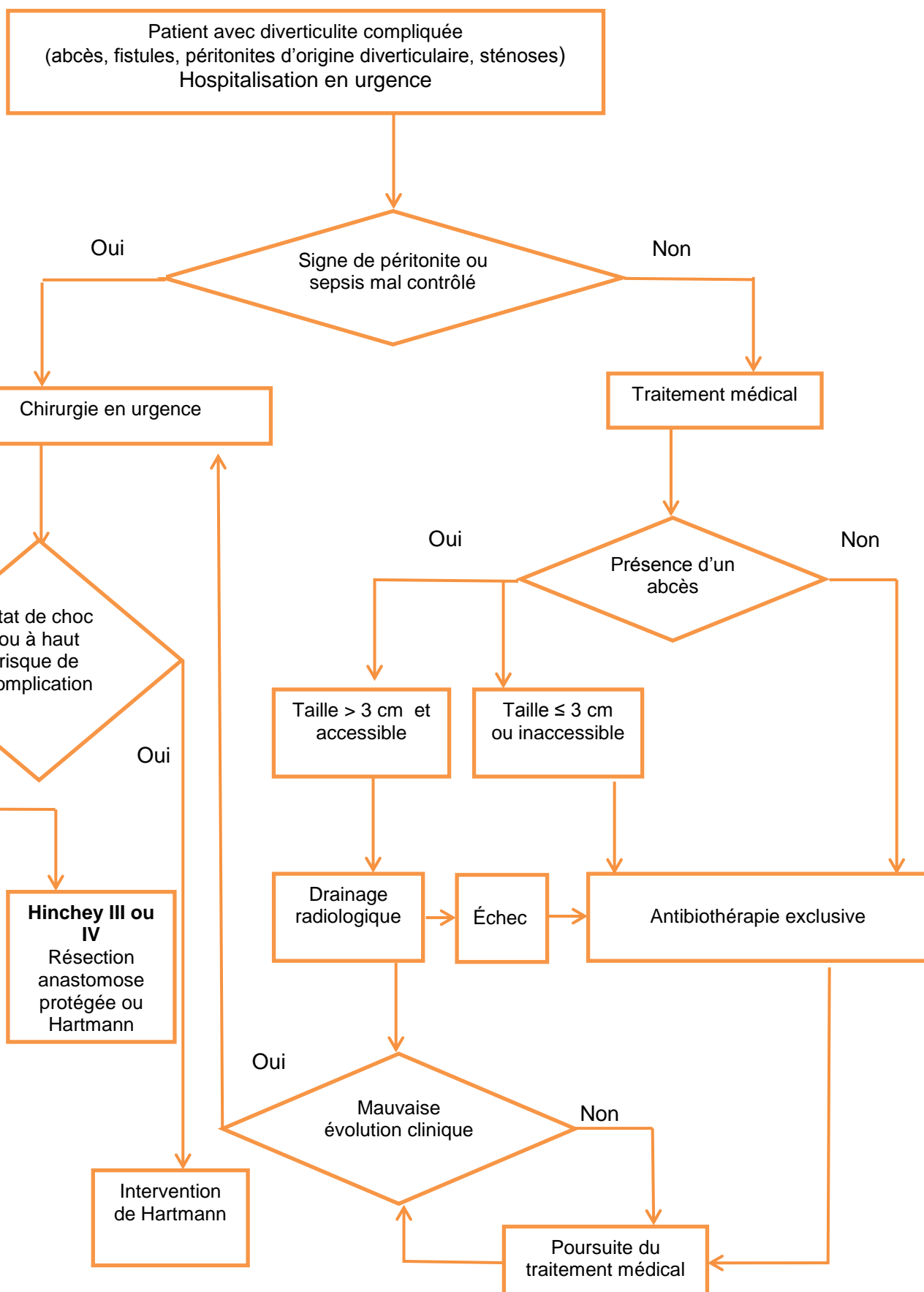
Annexe 1. Classification de Hinchey

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

Annexe 2. Patient avec suspicion de diverticulite colique



Annexe 3. Patient avec diverticulite compliquée



Participants

Les organismes professionnels ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail et de lecture :

Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive *

Conseil national professionnel d'hépatogastro-entérologie *

Conseil national professionnel des internistes *

Conseil national professionnel de radiologie*

Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation*

Conseil national professionnel de gériatrie*

Conseil national professionnel de radiothérapie oncologique

Fédération des stomisés de France (association d'urostomisés, d'iléostomisés, et de colostomisés)

Union nationale des associations familiales

Société de pathologie infectieuse de langue française*

Collège de médecine générale*

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs expert(s) pour ce projet.

► Groupe de travail

Pr Yann Parc, chirurgie générale et digestive, Paris, président du groupe de travail

Dr Laura Beyer-Berjot, chirurgie générale et digestive, Marseille, chargée de projet

Pr Eddy Cotte, chirurgie digestive et endocrinienne, Pierre Bénite, chargé de projet

M. Alexandre Pitard, Saint-Denis, chef de projet HAS

Dr Léon Maggiori, chirurgie colorectale, Clichy

Dr Jean-Pierre Bongiovanni, anesthésie-réanimation, Lyon

Pr Thomas Lescot, anesthésie-réanimation, Paris

Dr Philippe Lesprit, infectiologie, Suresnes

Pr Nathalie Salles, gériatrie, Bordeaux

Dr Didier Loiseau, hépatogastro-entérologie, Paris

Dr Magalie Lefrançois, chirurgie digestive, Castelnau le lez

Pr Jean-Dominique De Korwin, médecine interne, Nancy

Pr Pascal Rousset, radiologie, Lyon

Dr Aymeric Henriot, médecine générale, Grenoble

► Groupe de lecture

Pr Arnaud Alves, chirurgie digestive, Caen

Dr Philippe Aygalenq, gastroentérologie, Grasse

Pr Stéphane Berdah, chirurgie digestive, Marseille

Dr Eric Bonnet, maladies infectieuses, Toulouse

Dr Antoine Brouquet, chirurgie digestive, Le Kremlin-Bicêtre

Pr Christophe Cellier, gastroentérologie, Paris

Dr Cécile de Chaisemartin, chirurgie digestive, Marseille

Dr Christine Denet, chirurgie digestive, Paris

Dr Quentin Denost, chirurgie digestive, Bordeaux

Pr Xavier Dray, gastroentérologie, Paris

Dr Yves François, chirurgie digestive, Lyon

Dr Rémy Gauzit, réanimation et maladies infectieuses, Paris

Dr Adeline Germain, chirurgie digestive, Nancy

Pr Medhi Karoui, chirurgie digestive, Paris

Dr Zaher Lakkis, chirurgie digestive, Besançon

Pr Jérémie Lefèvre, chirurgie digestive, Paris

Dr Joël Leroy, maladies infectieuses, Besançon

Dr Jérôme Loriau, chirurgie digestive, Paris

Dr Gilles Manceau, chirurgie digestive, Paris

Pr Guillaume Meurette, chirurgie digestive, Nantes

Pr Ingrid Millet, radiodiagnostic et imagerie médicale, Montpellier

Dr Guillaume Passot, chirurgie digestive, Lyon

Pr Christophe Penna, chirurgie digestive et viscérale, Le Kremlin-Bicêtre

Pr Gilles Poncet, chirurgie digestive, Lyon

Dr Yves Ranchoup, radiodiagnostic et imagerie médicale, Grenoble

Dr Olivier Raspado, chirurgie digestive, Lyon

Dr Charles Sabbagh, chirurgie digestive, Amiens

Pr Laurent Sulpice, chirurgie digestive, Rennes

Pr Pierre Tattevin, maladies infectieuses et réanimation médicale, Rennes

Dr Xavier Treton, gastroentérologie, Clichy

Dr Emmanuel Weiss, anesthésie-réanimation, Clichy

Dr Magaly Zappa, radiodiagnostic et imagerie médicale, Clichy

Dr Marc Zins, radiodiagnostic et imagerie médicale, Paris

Fiche descriptive

Titre	Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
Objectif(s)	Objectifs d'amélioration de la pratique
Patients ou usagers concernés	Tous les patients pouvant bénéficier d'un traitement médical ou chirurgical pour une diverticulite colique.
Professionnel(s) concerné(s)	Médecins et chirurgiens susceptibles de prendre en charge des patients ayant une diverticulite colique dans le cadre des établissements de soins publics ou privés
Demandeur	Conseil national professionnel de chirurgie viscérale et digestive (CNPCVD)
Promoteurs	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : M. Alexandre Pitard, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (Dr Michel Laurence) Secrétariat : Mme Jessica Layouni
Recherche documentaire	De janvier 2006 à juillet 2017 (cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 des argumentaires scientifiques) Réalisée par Mme Sophie Despeyroux, avec l'aide de Mme Yasmine Lombry (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs des argumentaires	Dr Laura Beyer-Berjot, chirurgie viscérale et digestive, Marseille Dr Léon Maggiori, chirurgie colorectale, Clichy Pr Eddy Cotte, chirurgie digestive et endocrinienne, Pierre Bénite,
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Pr Yann Parc, chirurgie viscérale et digestive, Paris), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur les sites www.has-sante.fr et DPI-Santé : https://dpi.sante.gouv.fr/dpi-public-webapp/app/home . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS novembre 2017
Actualisation	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique, téléchargeables sur www.has-sante.fr
Documents d'accompagnement	Argumentaire « Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique » (HAS 2017) Fiche de synthèse « Prise en en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique » (HAS 2017)

~

HAS

Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr