

Les diverticulites

La reco de la HAS de nov. 17

La synthèse de la revue

Prescrire de .. nov. 18

Mon analyse critique de la reco

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

- 12 000 colectomies prophylactiques pour pathologie diverticulaire / an en Fce
- au minimum 80 décès.

Morbidité élevée :

- taux de complications : 25%
- taux de ré intervention à 1 an : 6% (anus artificiel 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-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 COMPLIQUEE :

- 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.

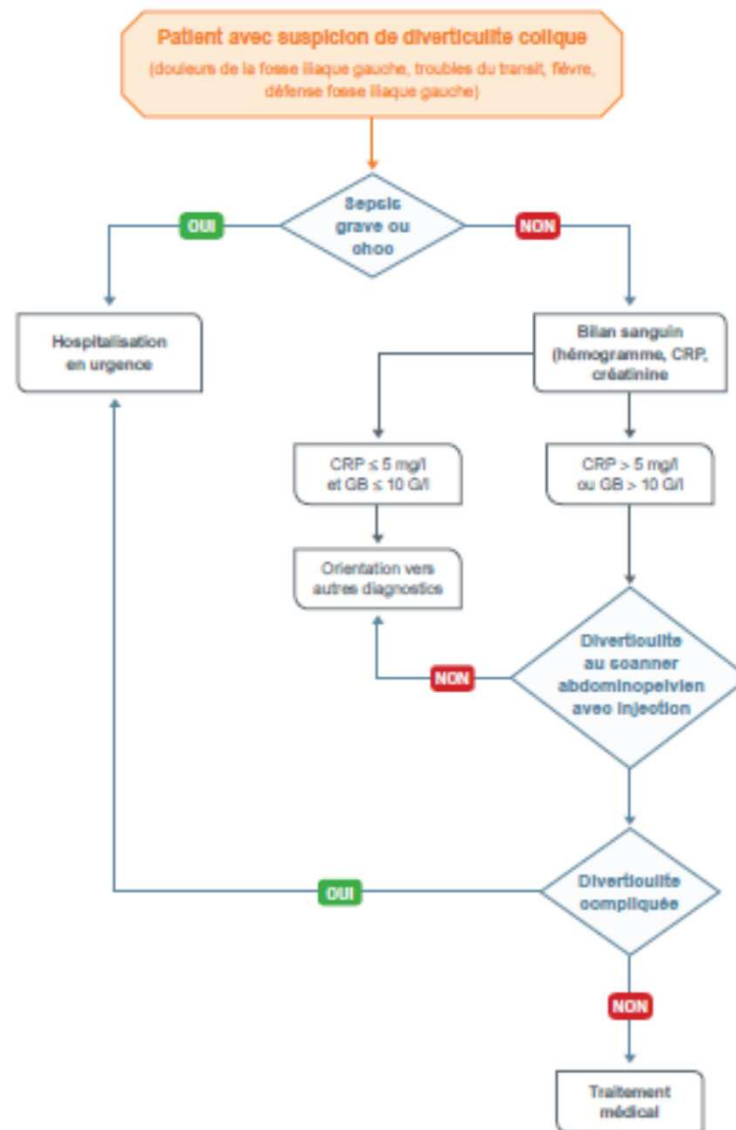
Chez le patient asymptomatique, l'âge inférieur à 50 ans ne constitue pas une indication de chirurgie prophylactique en soi.

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

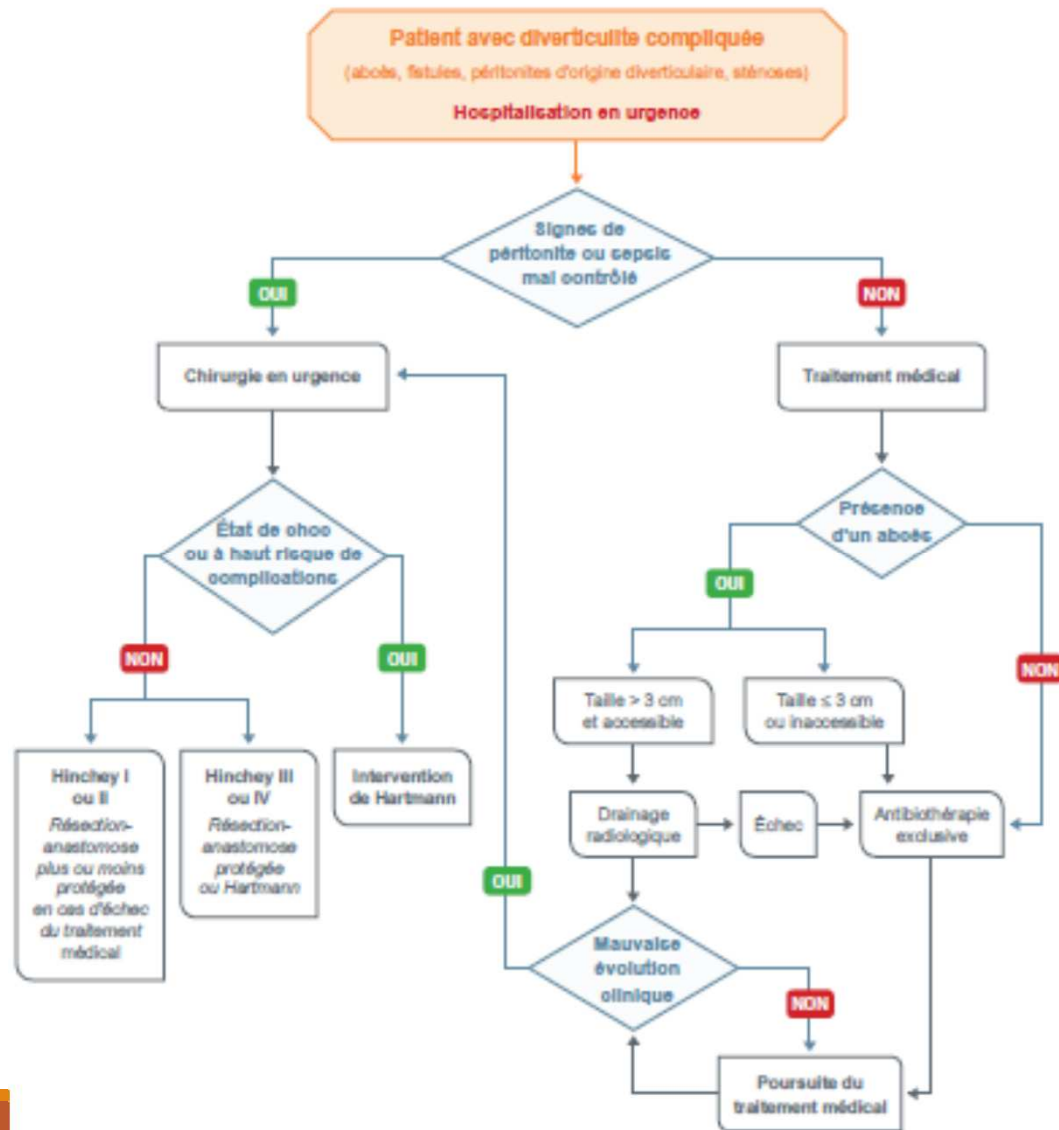
- au décours d'une diverticulite aiguë compliquée, particulièrement en cas d'abcès ;
- chez le patient immunodéprimé ou insuffisant rénal chronique, en intégrant les facteurs de risque opératoire suivants : âge supérieur à 75 ans et comorbidités, en particulier cardiopathie et BPCO

au moins 2 mois après la dernière poussée.

DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE



DIVERTICULITE COMPLIQUÉE



Les messages clés

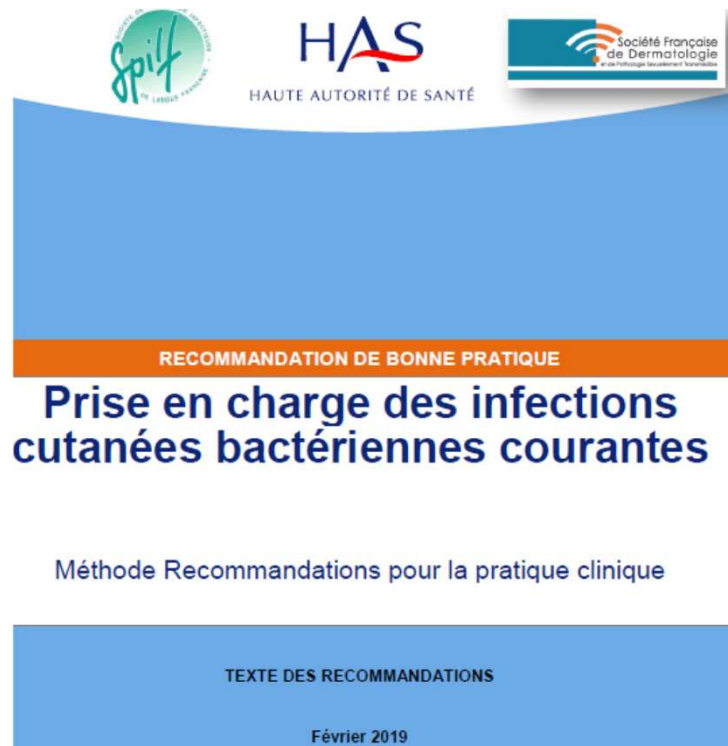
- Le scanner abdomino-pelvien est recommandé en première intention pour le diagnostic et la recherche de complications chez un patient suspect de diverticulite aiguë sigmoïdienne.
- Le traitement ambulatoire est recommandé en cas de diverticulite aiguë non compliquée, en l'absence de comorbidité significative 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 ?)

Infection des plaies chroniques



Mon analyse critique de la reco

Promoteur : HAS donc, à priori, pas de conflit d'intérêt et rigueur méthodologique

Partenariats : SFD et SPILF

Le Groupe de Travail et le Groupe de lecture : plein de généralistes

Donc, à priori : une bonne reco

Le champ de la reco :

- ulcères de jambes et escarres
- exclusion des plaies traumatiques et chirurgicales

Définition/épidémiologie/microbiologie

Définition clinique

Présence de bactéries sur une plaie (chronique ou non) constante.

Pas de définition microbiologique consensuelle d'infection d'une plaie

Quand suspecter une infection bactérienne de plaie : 2 situations

1.

Dermohypodermite aiguë en contiguïté d'une plaie : placard inflammatoire fébrile péri-lésionnel (cf. DHBNN :*amox*)

abcès ou une suppuration franche au sein de la plaie (cf. abcès :prélèvement + *pristinamycine*).

2. NI ERYSIPELE NI ABCES :

Douleur inhabituelle au niveau ou en périphérie de la plaie ;

Arrêt de la cicatrisation ;

Tissu de granulation friable ;

Aggravation de la plaie (augmentation rapide de la taille, de l'exsudat, caractère purulent ou nécrotique) ;

Signes généraux d'infection.

**Avis spécialisé recommandé
(en Gd Est : Antibiotel !)**

ET POUR TOUT SIMPLIFIER !

« La présence d'un ou plusieurs de ces signes cliniques ne pose pas le diagnostic d'infection d'une plaie : l'aggravation d'une plaie peut être due à d'autres causes (absence de décharge, poussée œdémateuse, de cause ischémique, cancérisation, etc.) »

Quand suspecter une atteinte osseuse dans une plaie chronique ?

Récidive de l'infection de la plaie, en particulier si elle siège en regard d'une proéminence osseuse

Evolution défavorable ou traînante malgré une prise en charge optimale et un apport artériel satisfaisant

Plus la plaie est de grande taille et profonde avec mise à nu des tissus, voire de l'os, sous-jacents, plus le risque d'infection osseuse est grand

**En cas de suspicion d'une atteinte osseuse
un avis spécialisé est recommandé**

Place des examens complémentaires

La réalisation systématique d'un prélèvement bactériologique d'une plaie chronique n'est pas recommandée.

SAUF : suppuration franche ou abcédation, le prélèvement bactériologique du pus est recommandé avant toute antibiothérapie.

En cas de plaie chronique non suppurée pour laquelle une infection est suspectée, il est recommandé de ne pas pratiquer d'examens complémentaires (en particulier, pas de prélèvement bactériologique de la plaie) et de demander un avis spécialisé

Examens complémentaires à réaliser devant une plaie avec suspicion d'atteinte osseuse

Aucun (en dehors des radiographies standard)

Avis spécialisé recommandé

- sans autre examen d'imagerie
- pour discuter de la nécessité d'un prélèvement bactériologique osseux, avant toute antibiothérapie et si l'état clinique du patient le permet.

En Bref : Traitement d'une plaie infectée

Fonction du tableau clinique :

Dermohypodermite en contiguïté d'une plaie : se référer aux recommandations de traitement d'une DHBNN : AMOX

Abcès ou suppuration franche d'une plaie : se référer aux recommandations de traitement d'un abcès INCISION / DRAINAGE / PRITINAMYCINE

Suspicion de plaie chronique cliniquement infectée :

- **Avis spécialisé**
- **Pas d'antibiothérapie d'épreuve.**