

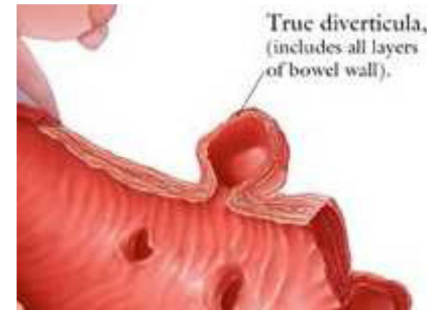
# Diverticulose colique et ses complications

**Définition** : Hernies de la muqueuse colique à travers la musculature, repoussant la séreuse

- ⇒ Communication avec la lumière digestive
- ⇒ **Siège** : **Sigmoïde +++** → Colon gauche (30%) → colon droit (4%)
- ⇒ En Asie les diverticules sont plutôt sur le colon droit

## I. Epidémiologie

- ⇒ La diverticulose est rare avant 40 ans, 30% à 60 ans, > **50% au-delà de 80 ans**.
- ⇒ **90% des gens de 90 ans ont des diverticules**
- ⇒ Présent autant chez les hommes que chez les femmes
- ⇒ Plus fréquent dans les pays occidentaux
- ⇒ La majorité des diverticules qui se perforent sont des diverticules du sigmoïde (juste avant le rectum, qui est l'endroit où il y a le plus de surpressions)
- ⇒ **Fréquence de la diverticulose ↗** : En cause la **modification du mode alimentaire des sociétés occidentales**. Le blé très raffiné contient très peu de fibres → donc le bol est moins volumineux → Progression plus difficile → Hyperpression intraluminaire → diverticule de pulsion sur le colon péritonisé.



**!!! Pas de diverticule sur le rectum sous péritonéal !!!**

## II. Physiopathologie

- ⇒ Le diverticule est dû à une contraction plus importante du colon (bol moins volumineux) → augmentation de la pression intracolique pour expulser les matières fécales moins nombreuses → création d'une **hernie de la muqueuse** à travers la musculature.
- ⇒ Possibilité de faire plusieurs diverticules au niveau du colon → **Diverticulose**
- ⇒ Présent le plus souvent au niveau du **colon gauche** et du **sigmoïde**. Ils s'étendent aussi au reste du colon.

### Complication d'une diverticulose:

**Impaction d'un stercolithe** (concrétion fécale) → **Diverticulite** → **Sigmoidite** → **Abcès diverticulaire**, qui peut entraîner :

- ⇒ Abcès péri-colique
- ⇒ Fistulation (vessie, vagin, grêle)
- ⇒ Péritonite généralisée

**Classification des abcès** → corrélée à la gravité : **classification de Hinchey**.

**Stade 1** : Abcès péri-colique, abcès les plus simples

**Stade 2a** : Abcès pelvien accessible à un drainage percutané

**Stade 2b** : Abcès pelvien complexe associés ou non à une fistule

**Stade 3** : Péritonite généralisée purulente

**Stade 4** : Péritonite stercorale (présence de matière fécale dans l'abdomen)

Nota : Les diverticules vont rester **asymptomatiques le plus souvent**.

Par contre chez certaines personnes on peut avoir :

- Une pullulation microbienne
- Atteinte des petits vaisseaux
- Ischémie
- Infection, pus
- **Diffusion aux autres diverticules**, et le segment de colon entier va être mal → **colite segmentaire** : on appelle ça une **sigmoïdite**. L'infection a diffusé d'un diverticule à l'autre sur un segment d'une vingtaine de cm.

⇒ Si l'abcès s'élimine dans la vessie (fistulisation) → **De l'air sort quand on fait pipi = Pneumaturie** → Cela signifie qu'il y a une communication entre l'intestin et la vessie (sauf en cas de production de gaz dans la vessie : geste médical, infection produisant de l'air dans la vessie)

## III. Histoire naturelle

### Diverticulose colique:

- ⇒ **Asymptomatique**: 60 %,
- ⇒ **Sigmoidite aiguë** unique: 25%
- ⇒ **Complication chirurgicale**: 15%

### Après une 2° poussée de diverticulite:

**Risque de complication: 60% !!!**

⇒ **JUSTIFICATION TRAITEMENT CHIRURGICAL**

## IV. Forme non compliquée de la diverticulose

- ⇒ Le plus souvent asymptomatique
- ⇒ Rarement : Douleur abdominale, trouble du transit (Constipation+++)

⇒ **La découverte est fortuite** : Examens souvent motivés par une autre cause !



## V. Sigmoïdite aiguë

### A. Signes fonctionnels

- ⇒ Début souvent brutal
- ⇒ Etat général souvent conservé à la phase initiale
- ⇒ Douleur fosse iliaque gauche +/- hypogastre
- ⇒ Douleurs provoquées et majorées à la palpation
- ⇒ Troubles du transit: ralentissement transit > diarrhées
- ⇒ 38,5°C < fièvre < 39°C; frissons

### B. Signes cliniques

- ⇒ Défense fosse iliaque gauche +/- hypogastre
- ⇒ Distension abdominale inconstante, modérée → ileus (= occlusion intestinale)
- ⇒ Toucher Rectal (TR) : souvent normal; recherche douleur au Cul de sac de Douglas (ABCES++)

### C. Signes paraclinique

#### Biologie

Hyperleucocytose à PNN,  
 ↗ CRP (Protéine marqueur des réactions inflammatoires, synthétisée par le foie)

#### IMAGERIE ⇒ TDM examen de référence!!!

⇒ **ASP**: Peu d'intérêt

⇒ **Opacification aux hydrosolubles**: Diverticules, aspect irrégulier de la muqueuse en « accordéon », ou « pile d'assiette » → Recherche d'une **fuite de produit de contraste**.

*Nota* : On ne fait pas d'opacification avec de la baryte.

⇒ **Echographie abdominale**: Operateur dépendant; intéressant s'il est entraîné pour identifier un épaissement de la paroi colique (> 5mm)

⇒ **Coloscopie**: aucun intérêt en urgence → Risque de perforation des diverticules

*Nota* : Si un diverticule se perforé on a des matières fécales qui se déversent dans la cavité abdominale → péritonite pullulante d'abord localisé et niveau pelvien puis elle sera stercorale (présence de matière fécale dans l'abdomen) → infection excessivement grave de la paroi abdominale → entraine souvent la mort chez les sujets âgés.

⇒ **TDM abdominal** avec injection. On recherche :

- Diverticules
- Epaissement paroi colique et infiltration périodique
- Complications: épanchement, pneumopéritoine, abcès...



## VI. Diagnostic différentiel

- ⇒ Cancer sigmoïde infecté
- ⇒ Colites: ischémiques, infectieuses

- ⇒ Causes urinaires: pyélonéphrite
- ⇒ Infections gynécologiques

## VII. Traitement

En cas d' **URGENCE** → **HOSPITALISATION en milieu CHIRURGICAL**

**Sigmoïdite simple** : (Signes de défense en fosse iliaque gauche, Hyperleucocytose)

⇒ **Traitement médical** → **antibiotiques** car c'est bactérien.

**Sigmoïdite + abcès** :

**Abcès < 3 cm** : ⇒ **Traitement médical** → Antibiotiques

**Abcès > 3 cm** : Ponction + Antibiotiques ⇒ **Traitement chirurgical (à distance)**

*Nota* : Si dans le drain on voit des matières fécales, c'est que de diverticule qui était perforé ne s'est pas rebouché et alors il faudra **opérer le malade d'emblée**.

**Péritonite** :

⇒ **Traitement chirurgical** :

- Laver
- Drainer

- **Enlever la cause** : on enlève le sigmoïde → **Intervention de Hartmann** : on enlève un segment, on ferme celui du bas et on met une poche sur celui du haut pour que les matières fécales puissent sortir. Pour les patients jeunes et en bon état général, on fait une dérivation des matières : anastomose protégée par une colostomie d'amont.

*Nota* : La péritonite diverticulaire peut se dérouler en 1, 2, ou 3 temps.

**1 temps**: perforation d'emblée d'un diverticule

**2 temps**: Sigmoïdite → Diffusion ou perforation

**3 temps**: Sigmoïdite → Abcès → Rupture

**A retenir** :

**Traitement médical** :

⇒ Indiqué pour la sigmoïdite (première poussée de diverticulite)

**Traitement chirurgical (à distance de la poussée de diverticulite, environ 2 mois)**:

Indication :

⇒ 1<sup>ère</sup> poussée grave (abcès, fistule)

⇒ 2<sup>e</sup> poussée authentifiées par un scanner.

## VIII. Complications

⇒ Concerne 10 à 30% des diverticuloses

⇒ Facteur favorisants : AINS, aspirine

⇒ Dans 80% des cas cette **hémorragie** est localisée.

⇒ Mais elle peut être aussi massive, cataclysmique et menacer le pronostic vital immédiat du patient. → Scanner avec produit de contraste (**angioscanner**) → Localisation de l'hémorragie → **Intervention chirurgicale** :

⇒ **Hémorragie localisée** → **Hémicolectomie segmentaire**.

⇒ **Hémorragie généralisée** → **Colectomie totale**.

⇒ **Diagnostic différentiel** : Le plus fréquent est le **cancer du côlon +++**

