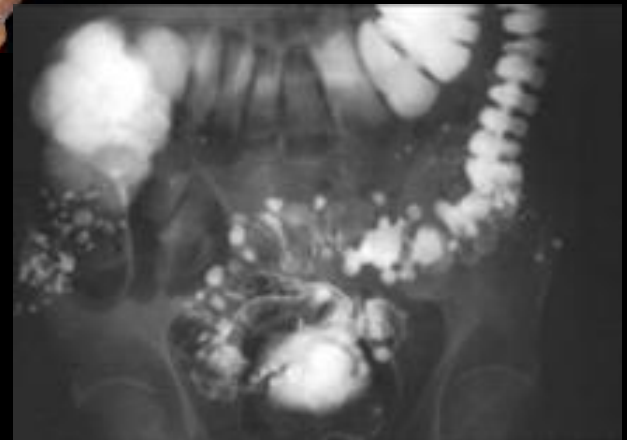


Diverticulose et complications

A. OLIVER
2013

GENERALITES



HAS 2006

La « **diverticulose colique** » correspond à un état **asymptomatique** : anomalie anatomique acquise du colon, 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 colique** » correspond à l'inflammation ou l'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.

Le terme de « **sigmoïdite diverticulaire** » doit être remplacé par celui de « **diverticulite sigmoïdienne** ».

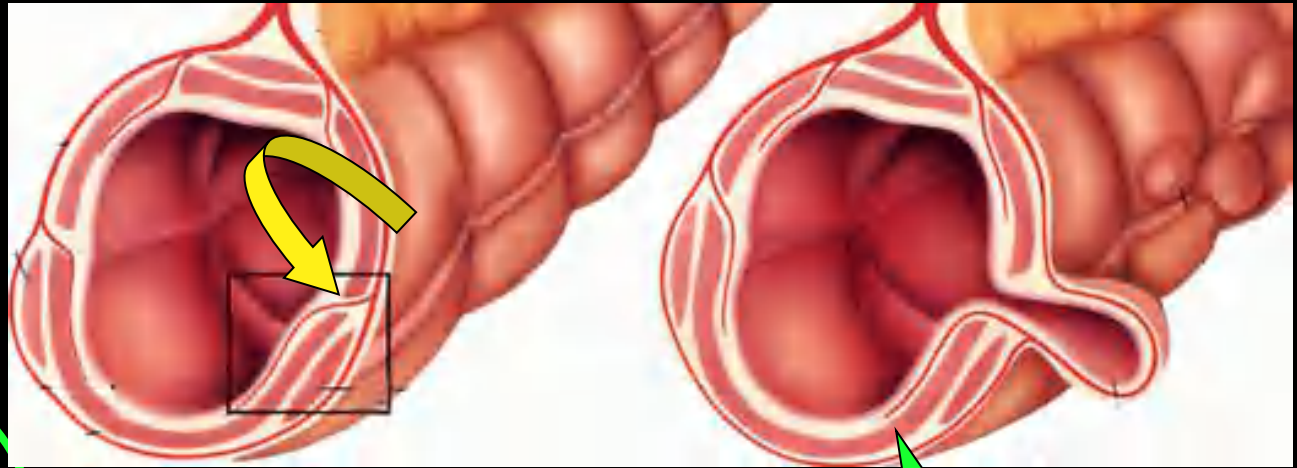
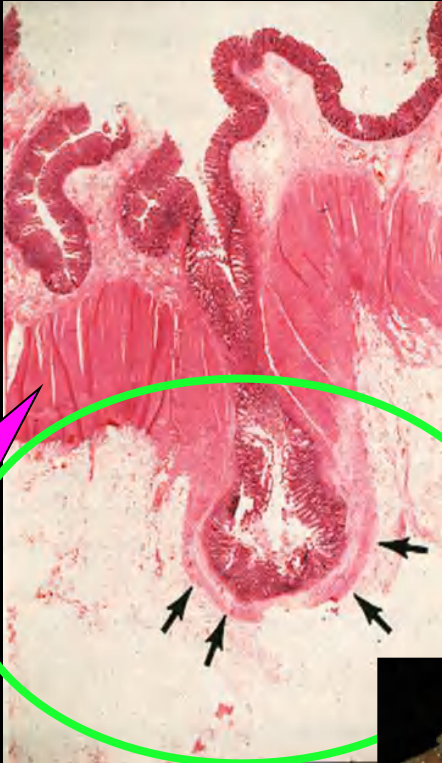
EPIDEMIOLOGIE



10 % avant 40 ans
50 % à partir de 60 ans
70 % après 80 ans
vieillesse **colique**
dans les pays
industrialisés



ANATOMO PATHOLOGIE



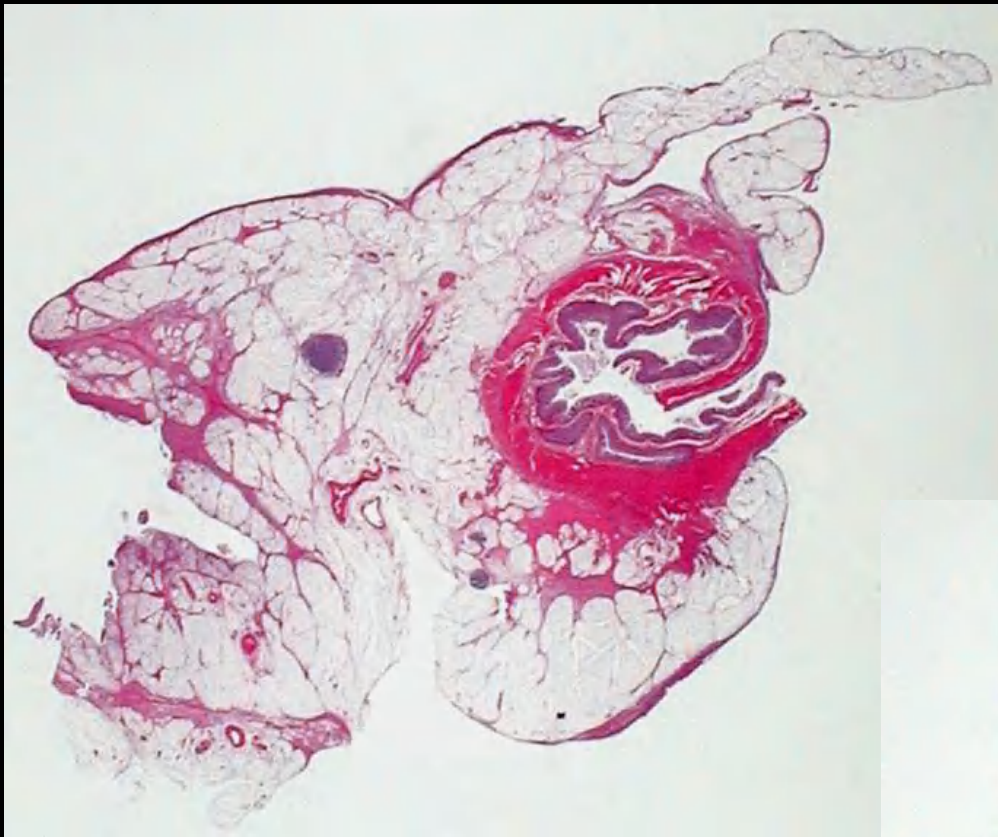
« Pseudo-diverticules » de pulsion

élévation de la pression endoluminale → **myochose**

points de faiblesse pariétaux

dégénérescence du tissu conjonctif



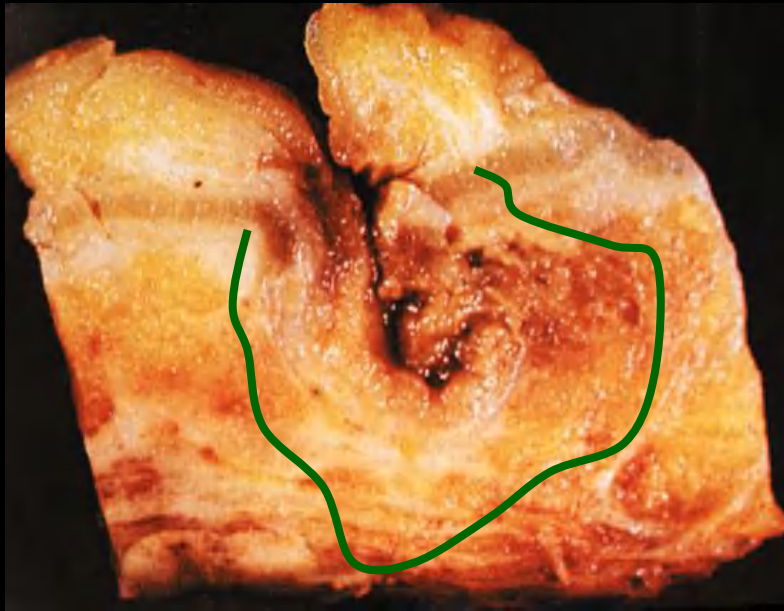


Le mésosigmoïde entoure **sur au moins 270°** le sigmoïde chez les sujets atteints de diverticulose ou obèses.

Si perforation diverticulaire : **préférentiellement dans le mésosigmoïde plutôt qu'en péritoine libre.**



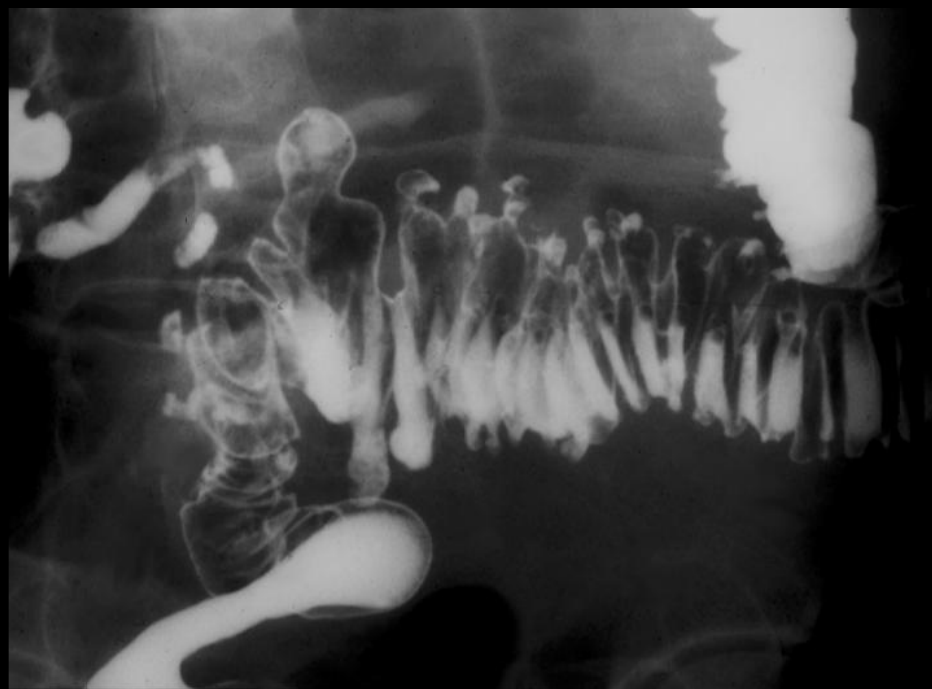
**surcharge fibro-graisseuse
du mésosigmoïde**

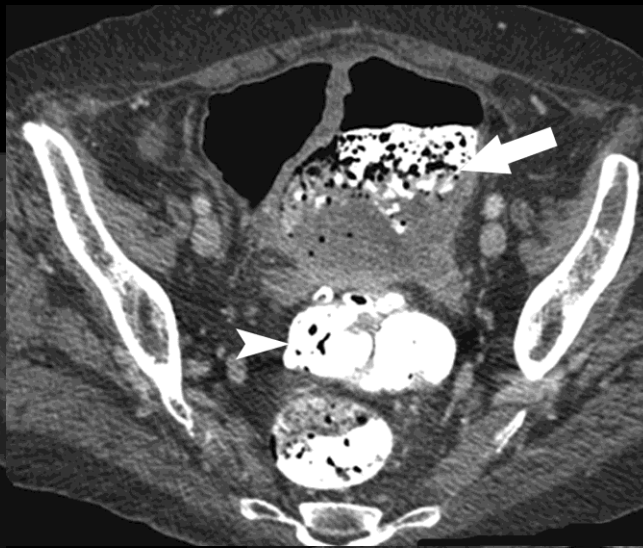


80% des diverticulites sont des perforations "bouchées" éventuellement compliquées d'abcès, **traitées médicalement**.

On réalise généralement une sigmoïdectomie à froid, 6 à 8 semaines après la fin de la poussée, pour la prophylaxie des récives

20% des complications sont des **formes graves** qui comportent en général une **péritonite** par perforation ou par diffusion d'un abcès péri colique.





Diverticule géant du sigmoïde

DIVERTICULITE SIGMOIDIENNE

Diverticulite : 10 à 35 % des diverticuloses

Le tableau classique associe douleurs abdominales en fosse iliaque gauche, constipation, fièvre et syndrome inflammatoire biologique.

En réalité, les douleurs peuvent siéger au flanc gauche, à l'hypogastre.

- La défense de la fosse iliaque gauche n'existe qu'une fois sur deux.
- Une fièvre supérieure à 37° 5 n'est observée que chez 77% des patients.
- Seuls 54% des patients ont une hyperleucocytose supérieure à 11000.

Au final, moins de 50% des patients cliniquement suspects de diverticulite ont un diagnostic final de diverticulite.

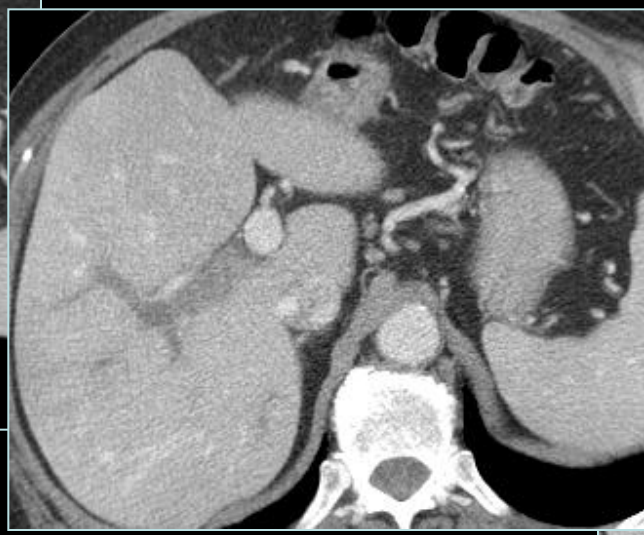
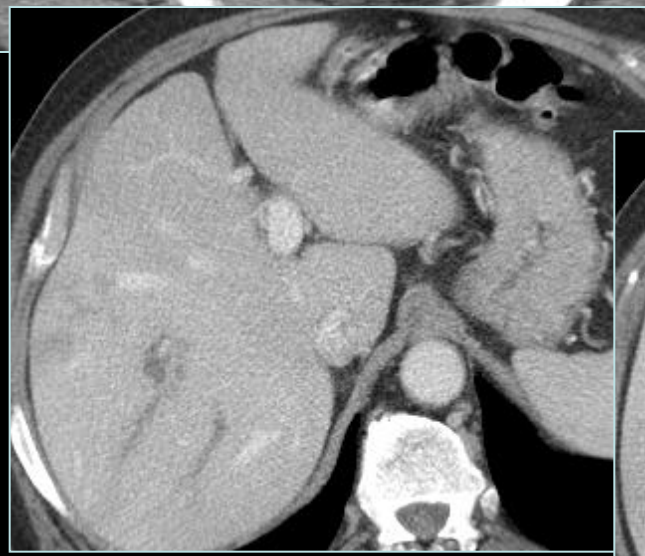
Examens complémentaires

- Echographie (si sigmoïde) : transcutanée, endovaginale
- CT +++ +/- opacification rectale :
 - diag positif
 - complications à distance
 - diag différentiel : appendagite, appendicite aiguë, pathologie inflammatoire intestinale (Crohn ou rectocolite hémorragique), occlusion du grêle, lithiase urinaire compliquée.
- coloscopie : CI en urgence (risque perfo)

On définit les formes graves comme celles associées à la présence d'abcès, de gaz ou de fuite extra-digestive du produit de contraste.

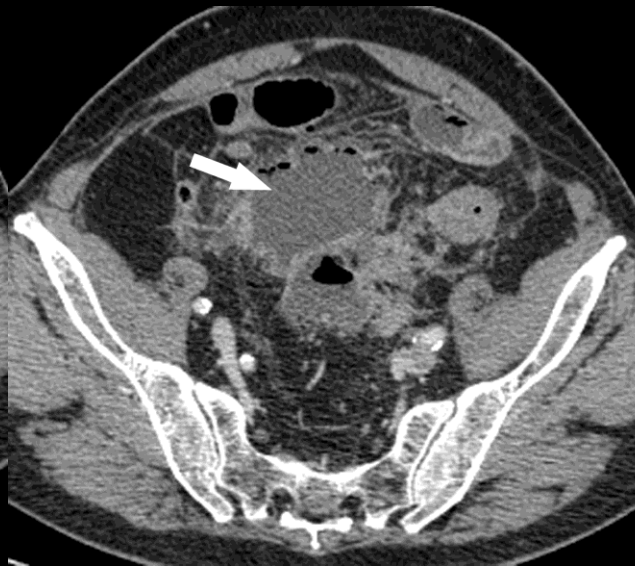
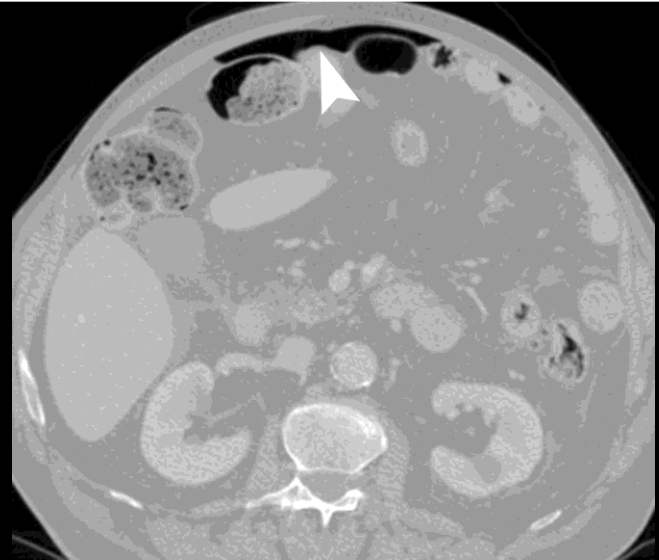
Les signes importants car significativement associés à un échec du traitement médical sont la présence d'abcès, d'une poche de gaz extra-digestif de plus de 5 mm.

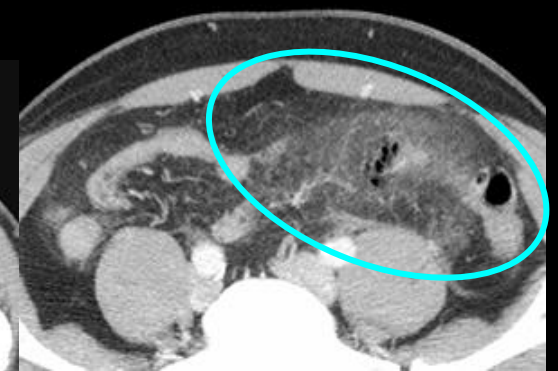
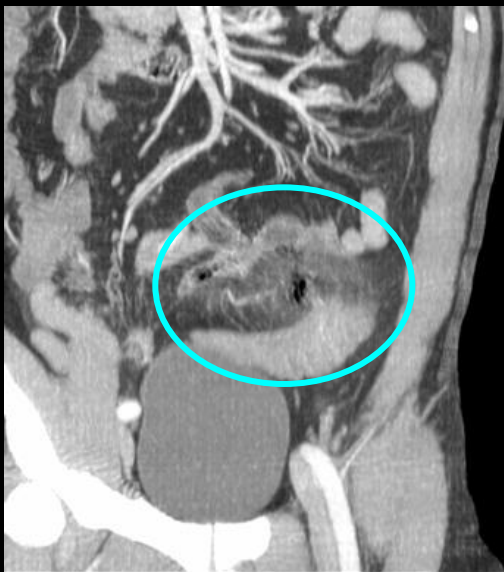
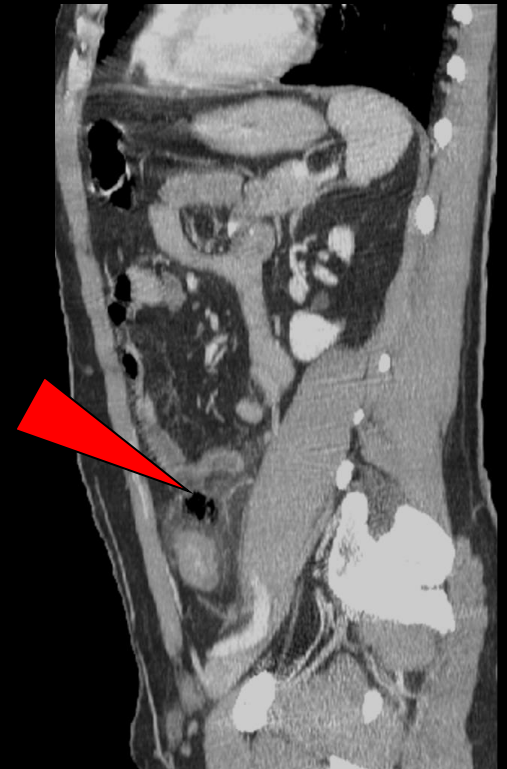
Après un succès du traitement médical, le risque de récurrence est statistiquement plus élevé chez les patients ayant eu une forme scanographique grave.



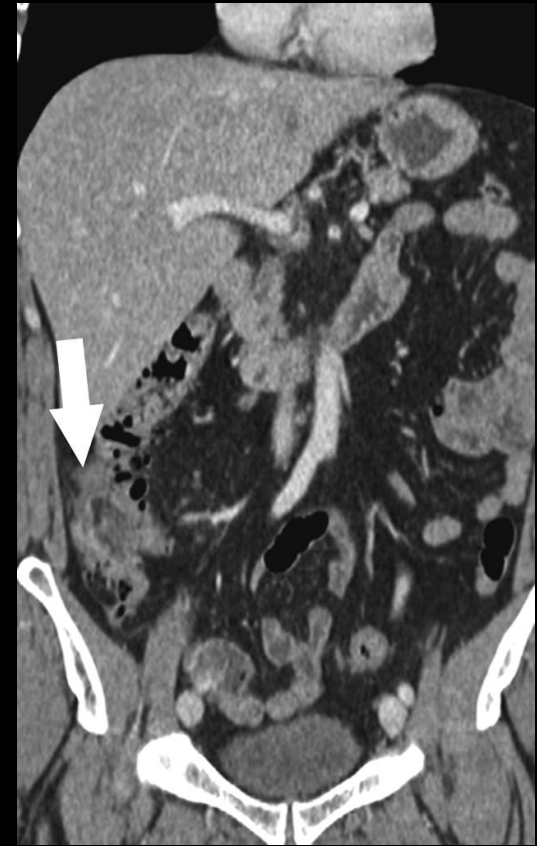
Diverticulite avec
pyléphlébite

Diverticulite perforée avec abcès pelvien et pneumopéritoine

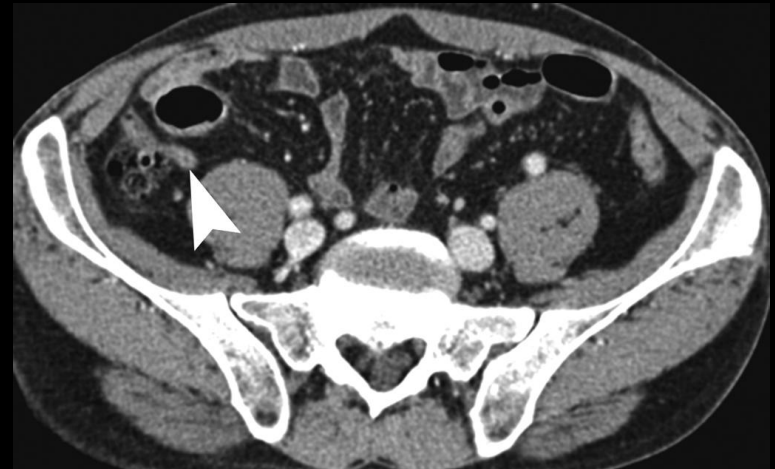
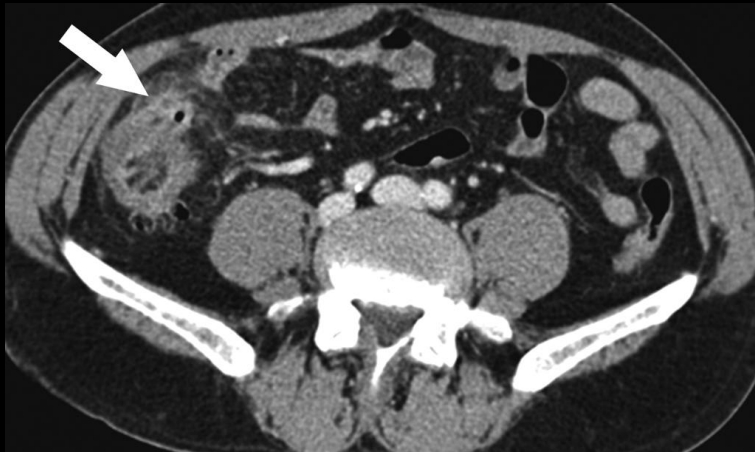




Diverticulite perforée bouchée dans le mésosigmoïde

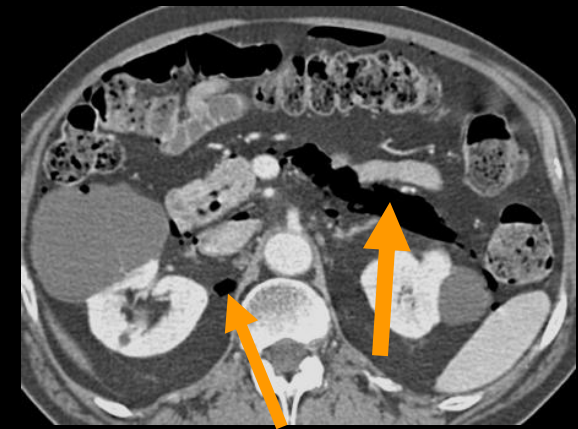
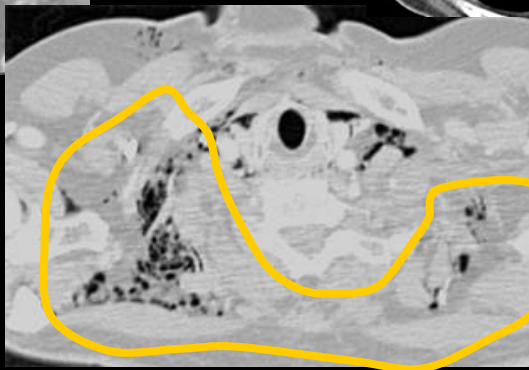
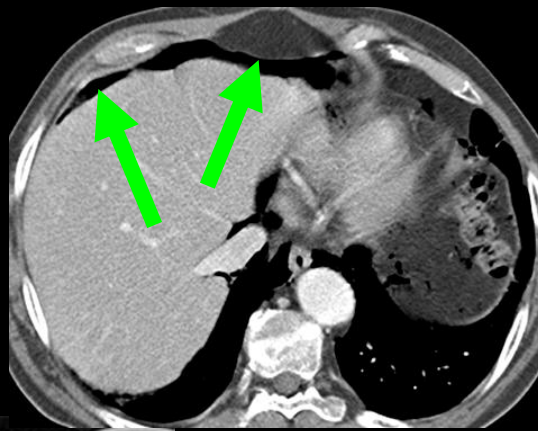
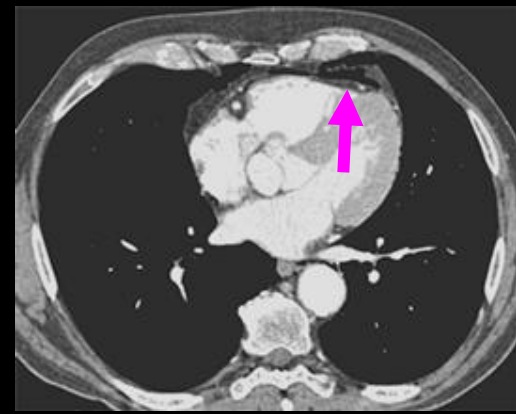
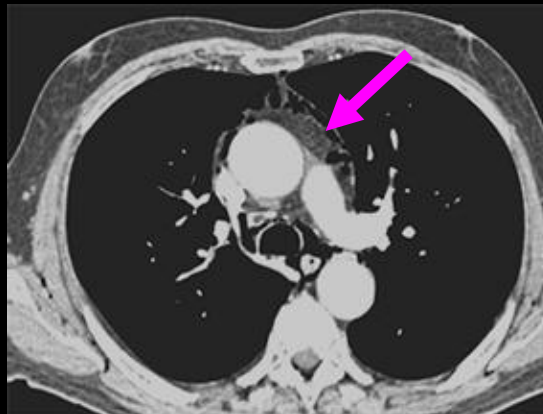


Diverticulite
droite

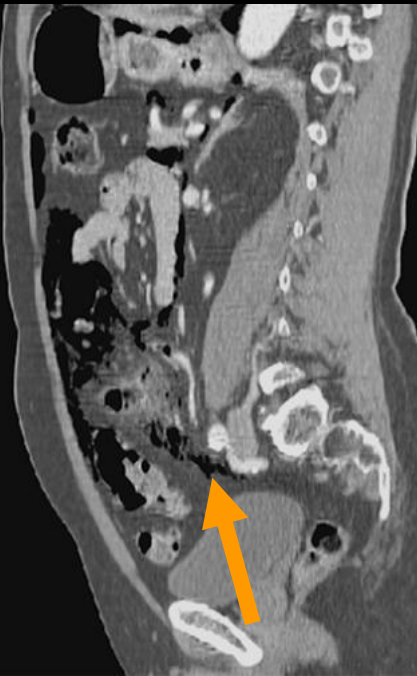
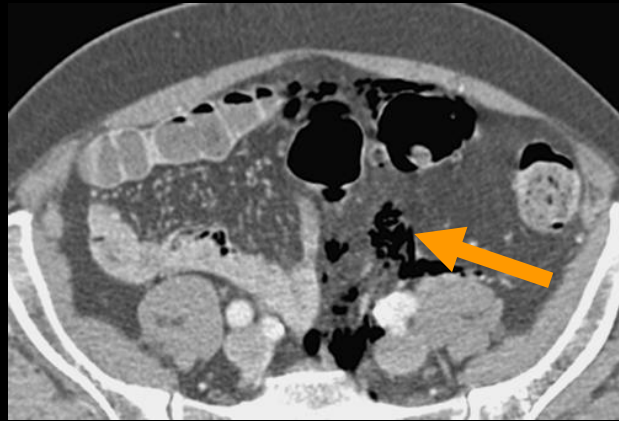




Abcès pérಿಸigmoidien



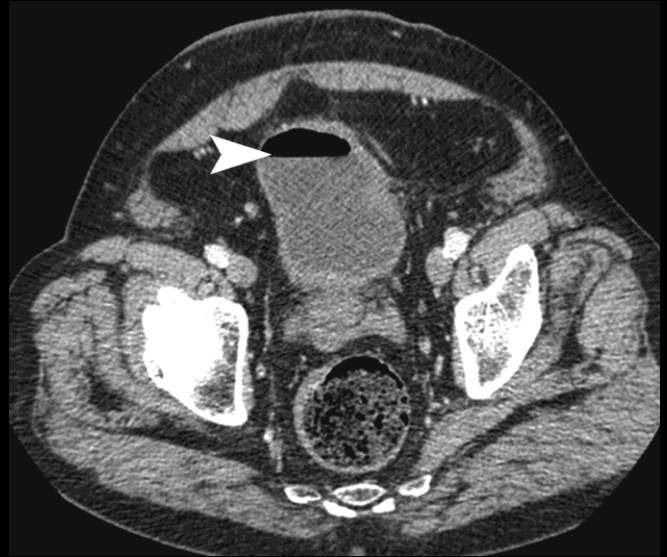
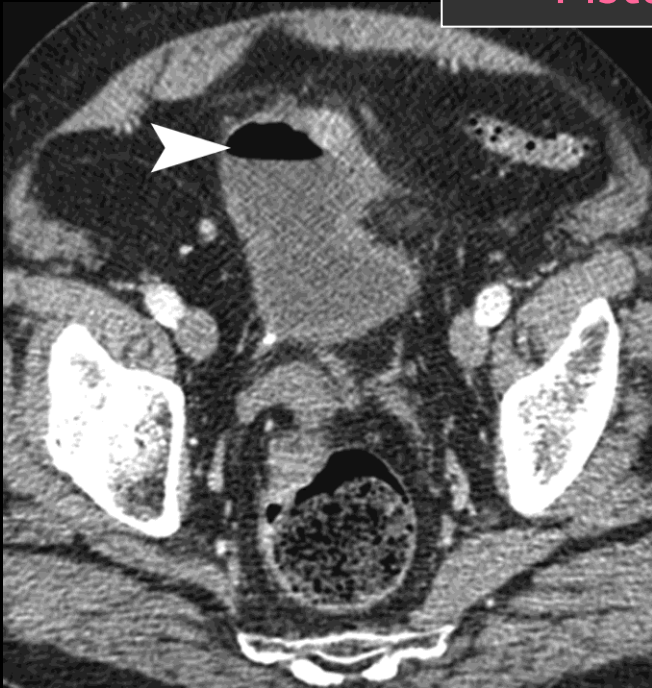
emphysème sous-cutané basi cervical révélateur d'un **PNO médiastin** ; patient **sous traitement par AINS** ; origine ? ? ?

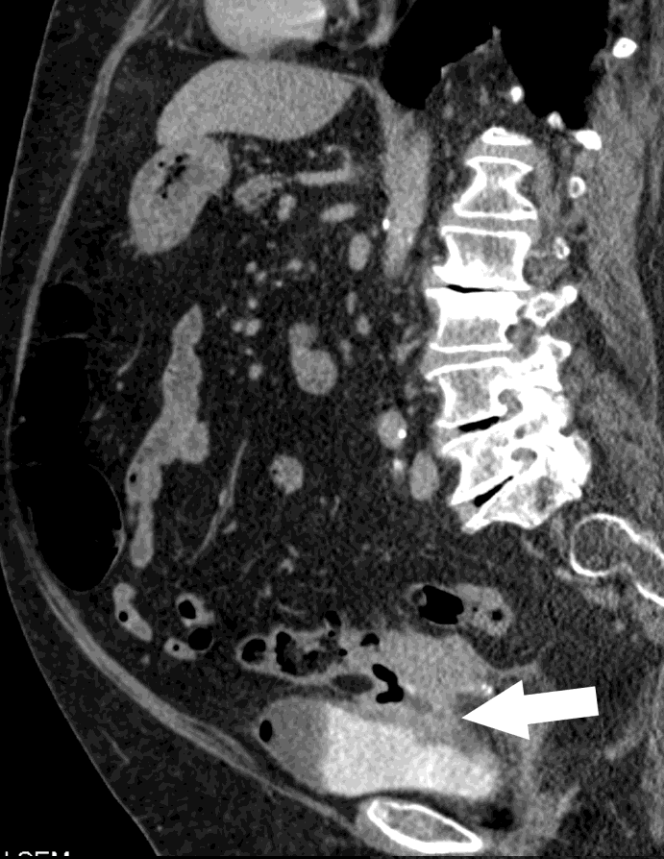


**rétro-
pneumopéritoine
et pneumo
médiastin** par
perforation d'un
diverticule
sigmoïdien

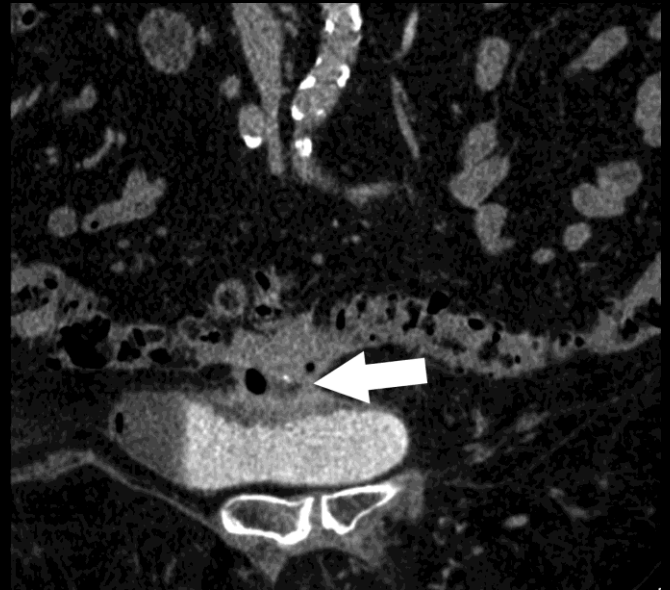
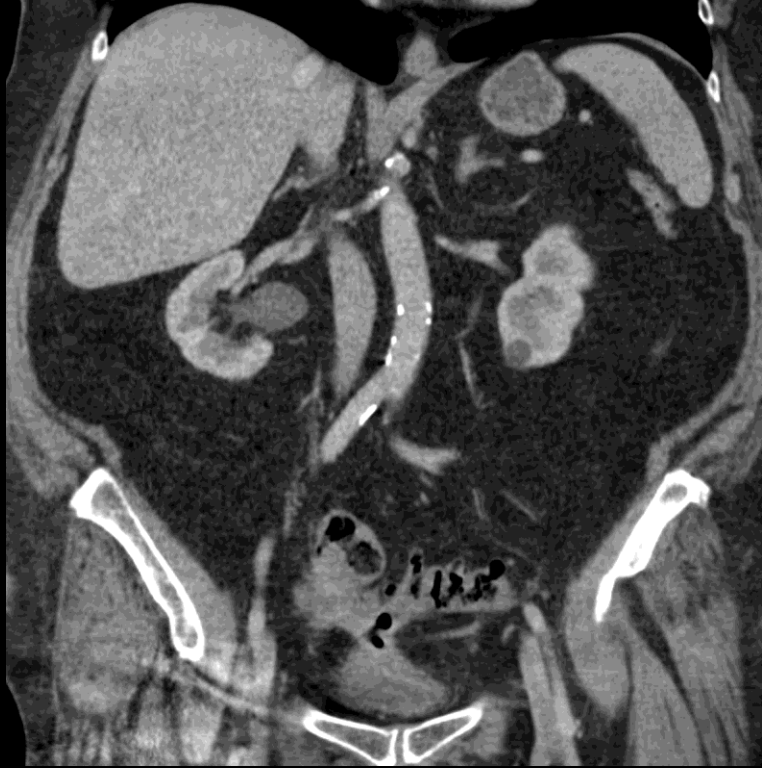


Fistule vésicale



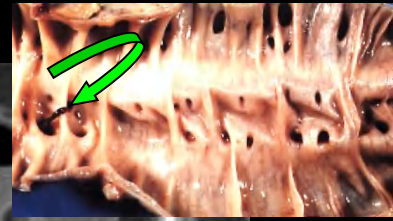
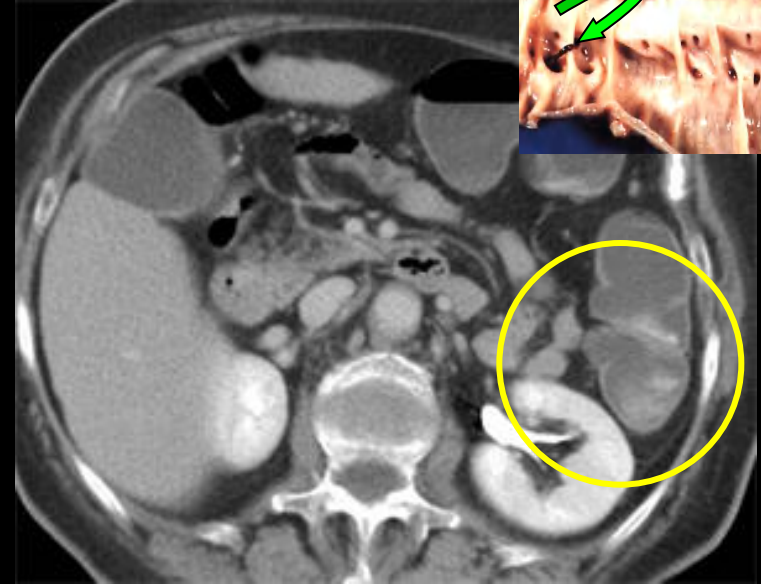
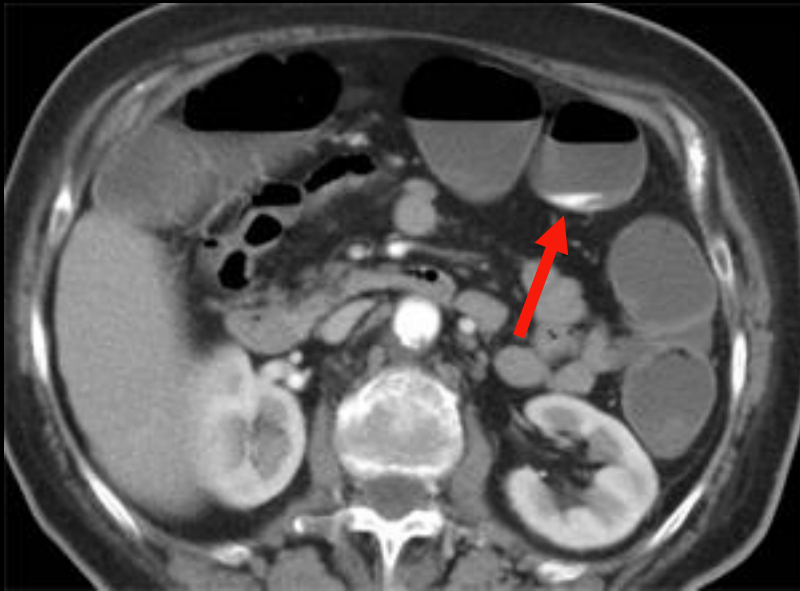


Fistule
vésicale





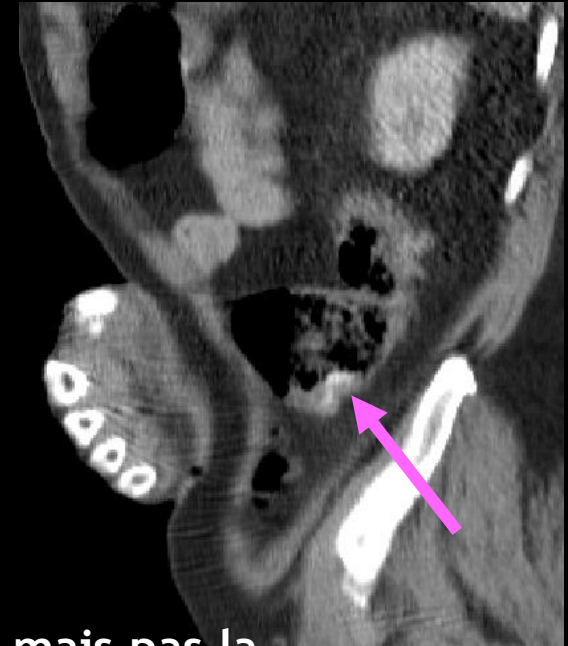
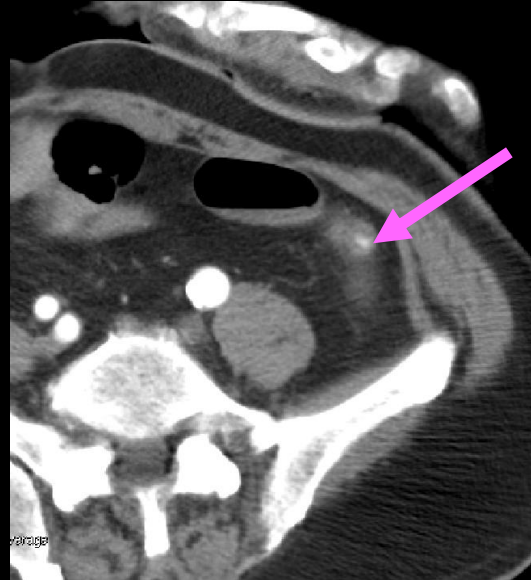
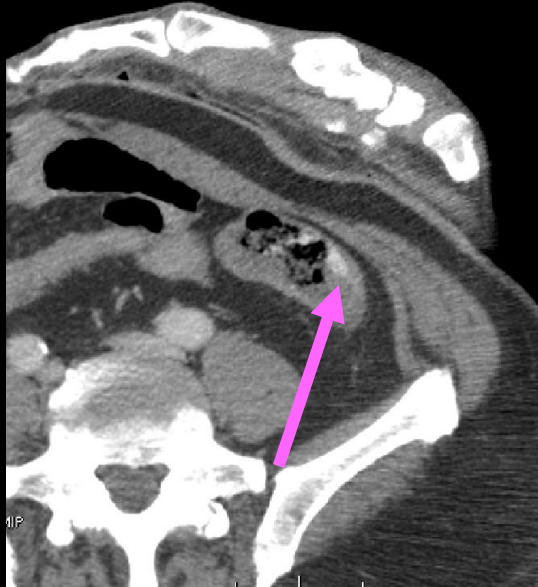
Abcès hépatique



Homme 68 ans ; rectorragies massives

Saignement actif dans la lumière colique transverse au niveau d'un diverticule

Le diagnostic est généralement fait à la sigmoidoscopie, en particulier pour les formes basses



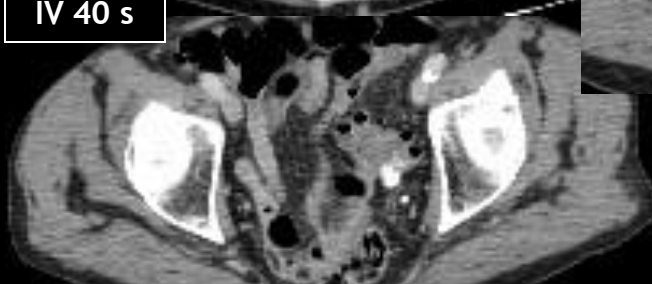
La scanner permet de localiser l'origine du saignement mais pas la nature de la lésion en cause :

- dans le **caeco-ascendant** : plutôt **angiodysplasie**
- dans le **colon gauche et le sigmoïde** plutôt **diverticule hémorragique**

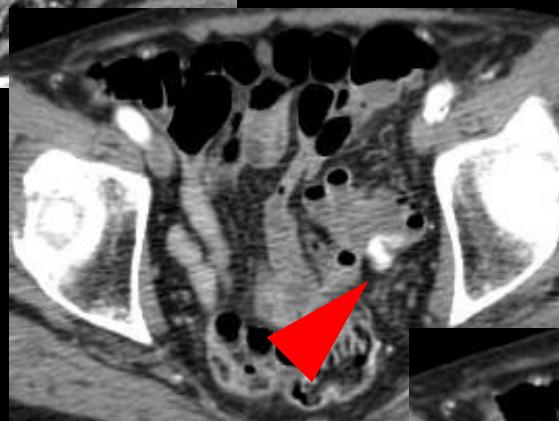
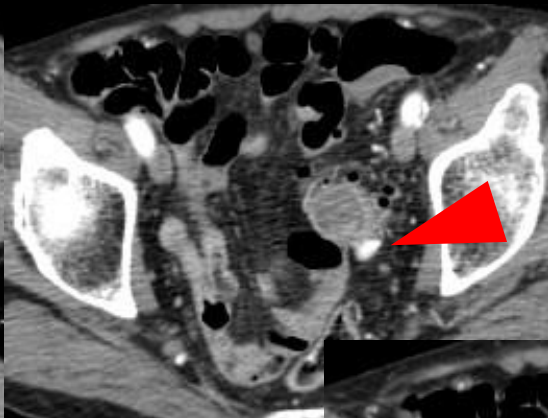
A blanc



IV 40 s



IV 80 s



Patient de 71 ans
réctorragies

Diverticule
hémorragique !

Diagnostic différentiel :

cancer colique infecté +++

Un épaissement pariétal de la paroi colique étendu sur **plus de 10 cm**, avec **raccordement progressif avec la paroi normale**, accompagné d'une **infiltration du mésocolon** est en faveur d'une diverticulite

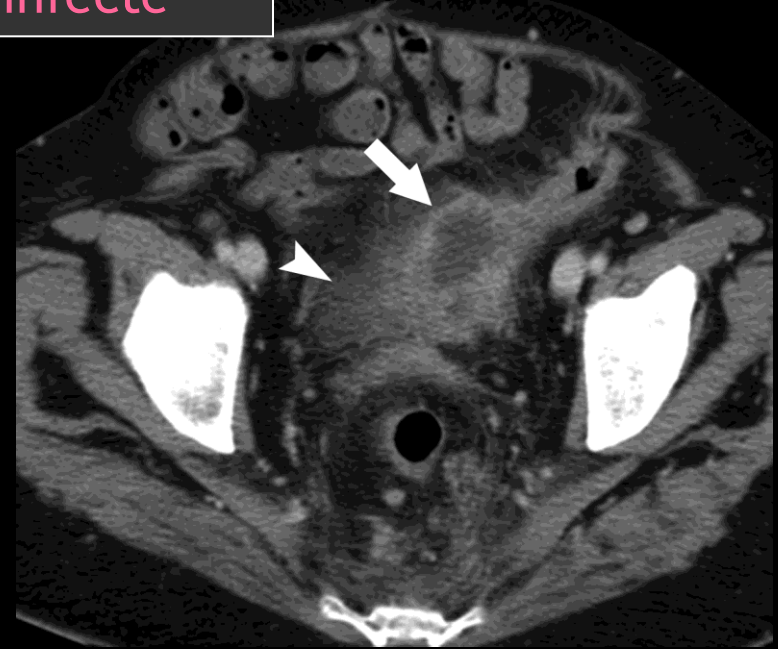
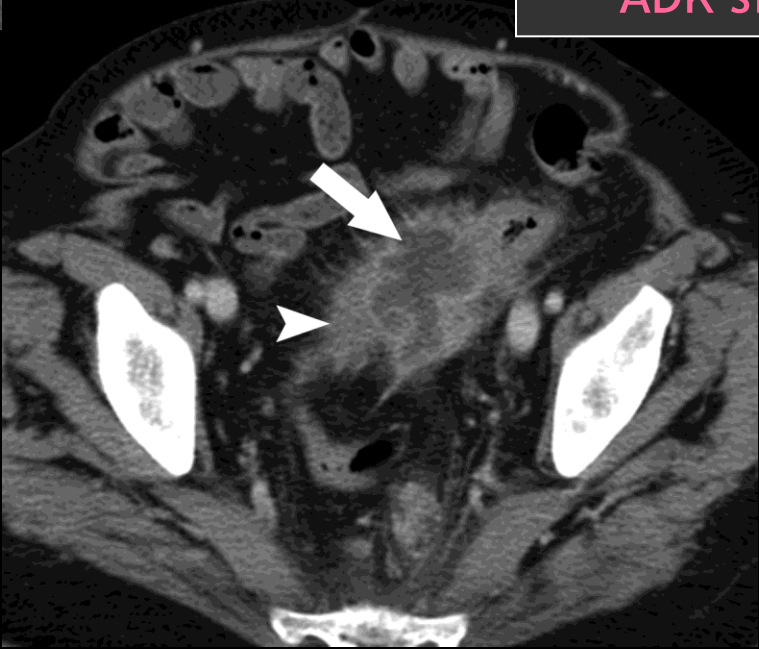


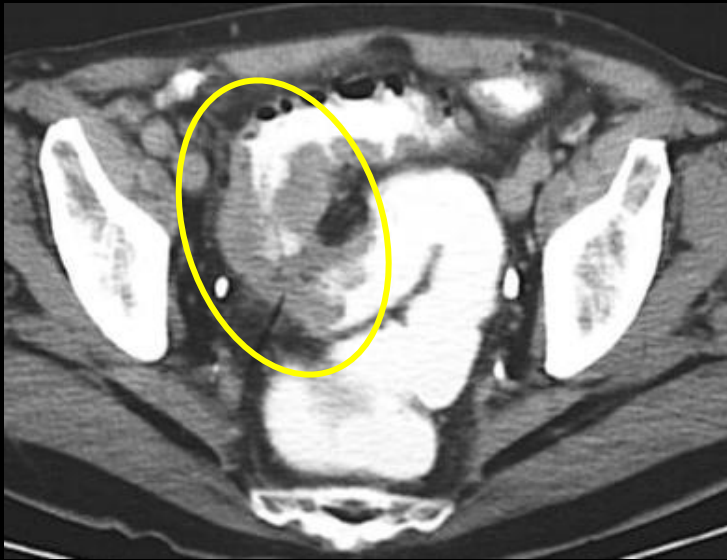
**En cas de suspicion
de sigmoïdite dès l'acquisition sans IV,
il faut
opacifier le recto-sigmoïde !!!
(hydrosolubles)**





ADK sigmoïdien infecté

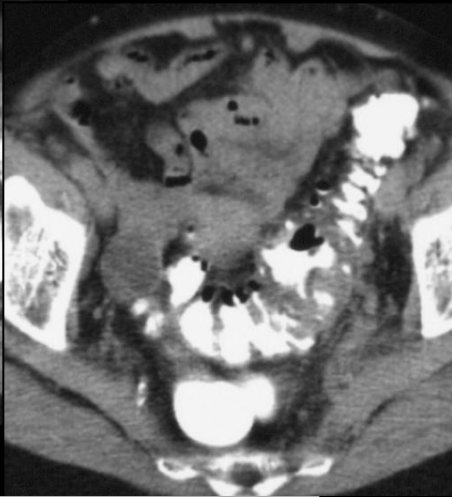
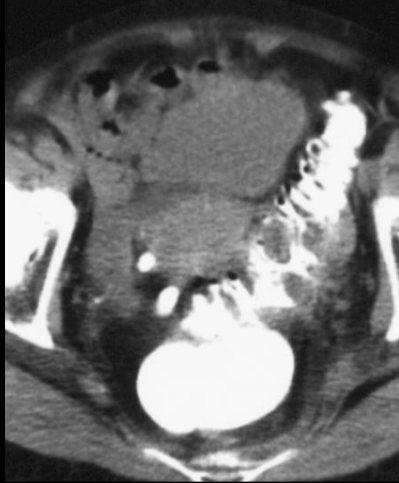
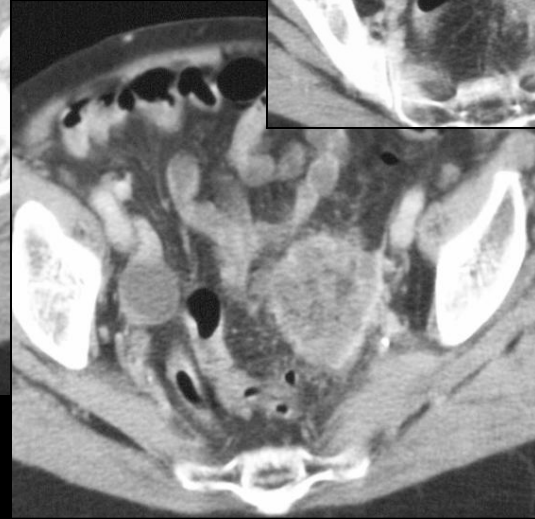
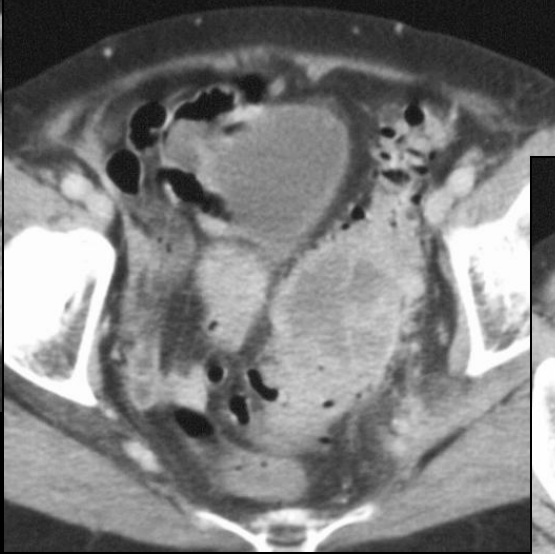




ADK sigmoïdien



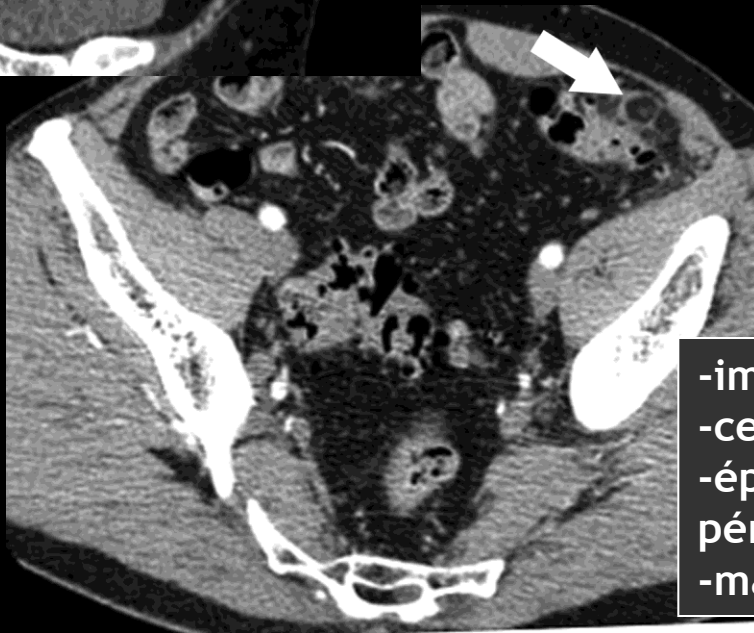
Myochose



Sigmoidite pseudo-tumorale

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Appendagite



- image "en navette" juxta colique
- centre dense (granulome lipophagique)
- épaississement inflammatoire réactionnel du péritoine pariétal
- masse hyperéchogène "fixée" à la paroi +++

CONCLUSION

Recommandations de l'HAS 2006

Le scanner est l'examen de référence chez les patients suspects cliniquement de diverticulite du colon.

Il est recommandé de réaliser un scanner à tous les patients cliniquement suspects de diverticulite du colon, à chaque épisode, afin d'établir le diagnostic positif, de poser un diagnostic alterne, d'aider à la prise en charge thérapeutique en urgence (chirurgie, drainage d'abcès,...) et à distance (nombre de poussées). Il doit être réalisé dans les 24 heures suivant l'admission des patients hospitalisés, et dans les 72 heures suivant le diagnostic chez les patients externes.

Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une échographie abdominale en dehors de situations cliniques particulières (femme jeune).

L'IRM, la coloscopie virtuelle et la coloscopie ne sont pas recommandées (la coloscopie peut être réalisée à distance de l'épisode infectieux).

Merci de votre attention