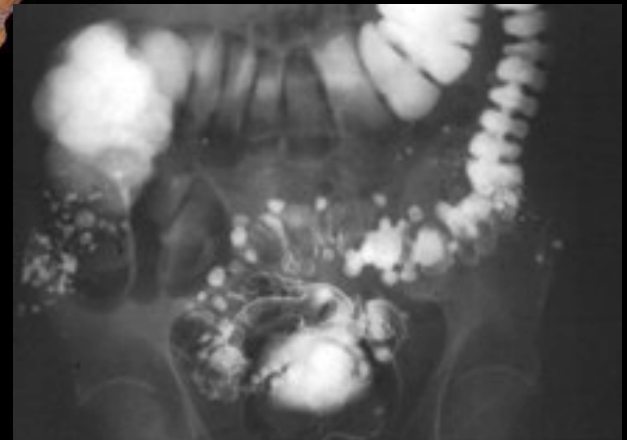
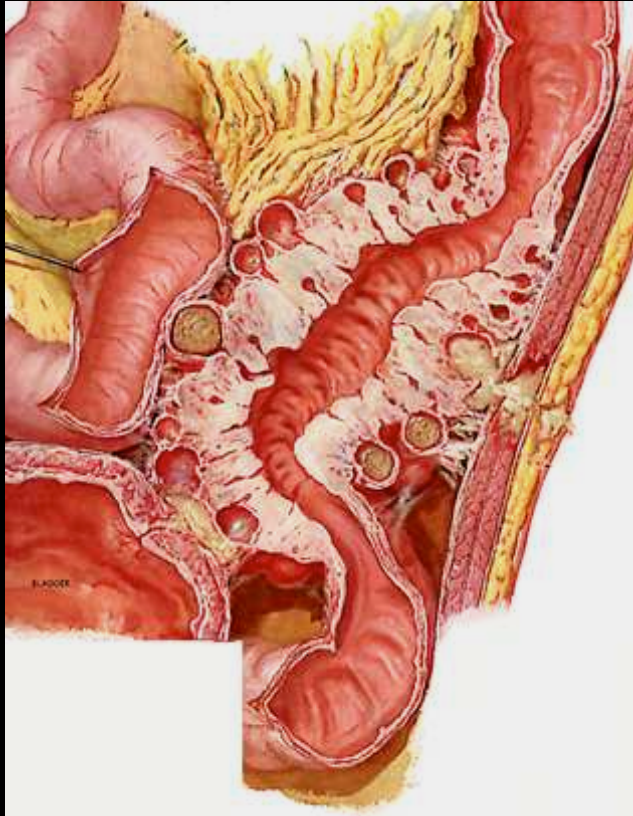


4. Diverticulose colique et ses complications



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.

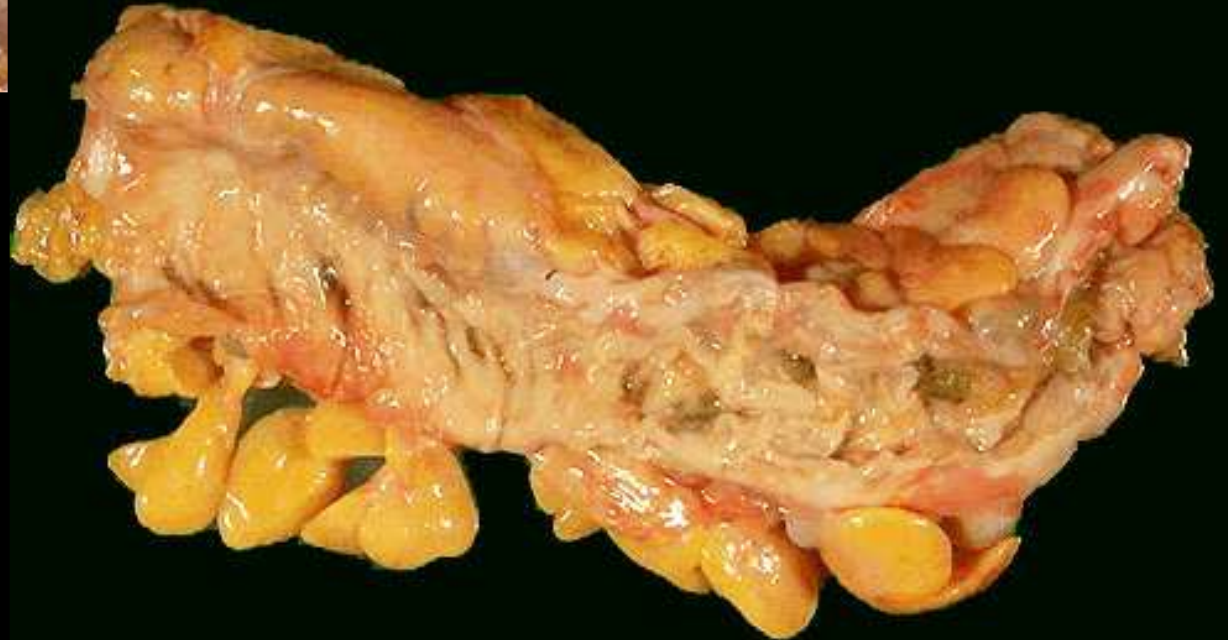
- la « **diverticulite compliquée** » correspond aux complications locales que sont les abcès, les fistules, les péritonites d'origine diverticulaire et les sténoses.

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

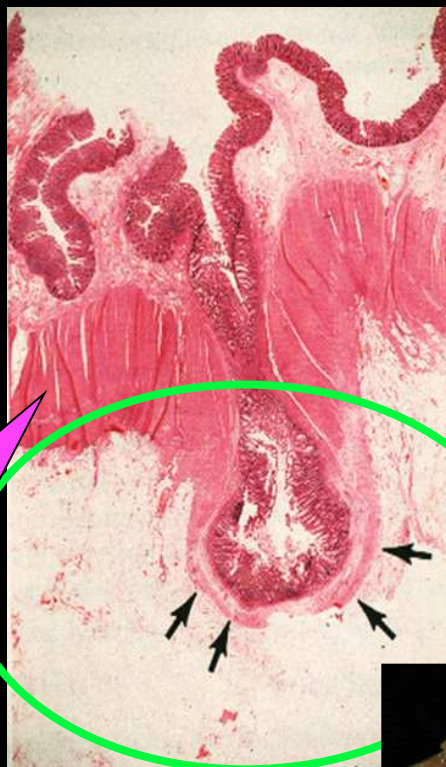
4.1 Diverticulose



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



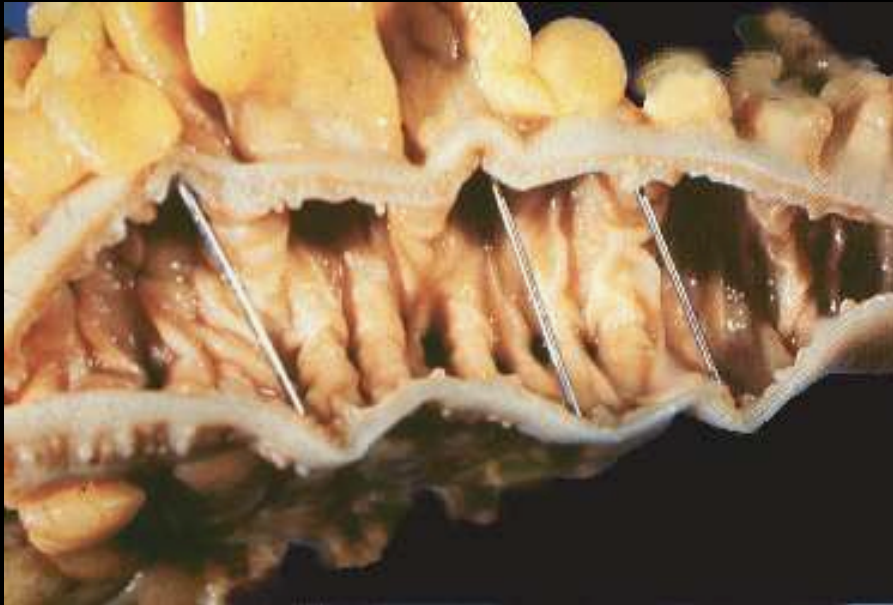
Anatomie pathologique



« Pseudo-diverticules » de pulsion

Physiopathologie

élévation de la pression endoluminale → **myochose**
points de faiblesse pariétaux
dégénérescence du tissu conjonctif

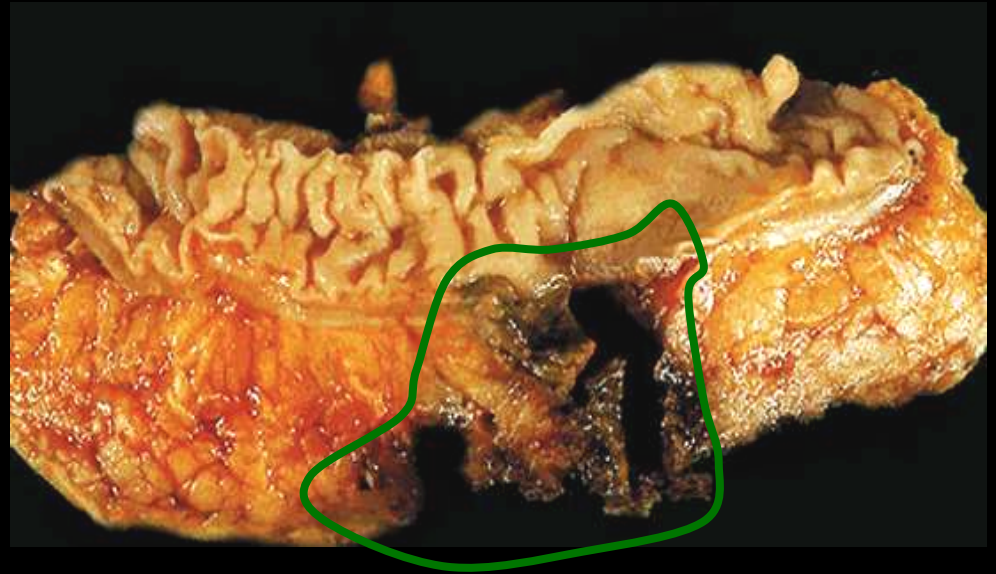
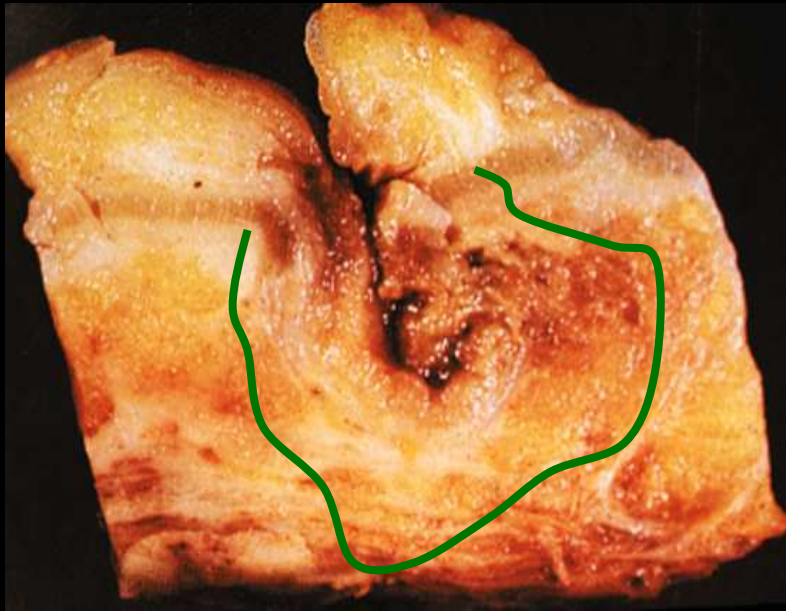




Le mésosigmoïde entoure sur au moins 270° le sigmoïde chez les sujets atteints de diverticulose ou obèses: ceci explique pourquoi une perforation diverticulaire se fera préférentiellement dans le mésosigmoïde plutôt qu'en péritoine libre.



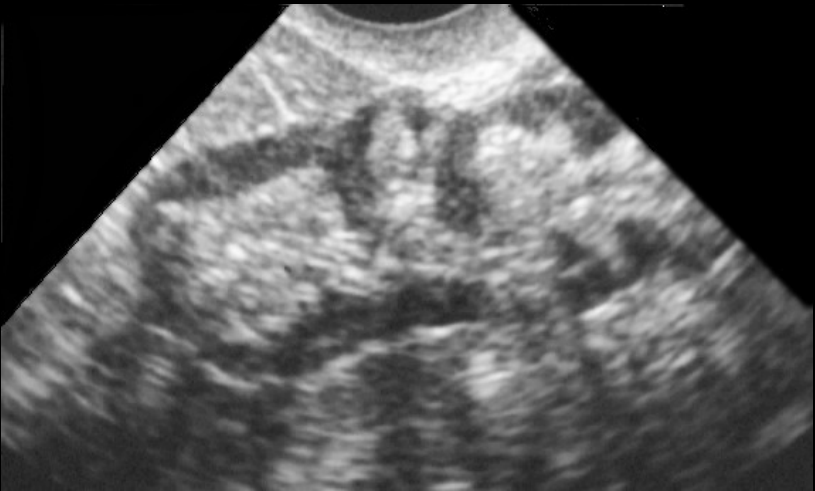
**surcharge fibro-graisseuse
du mésosigmoïde**

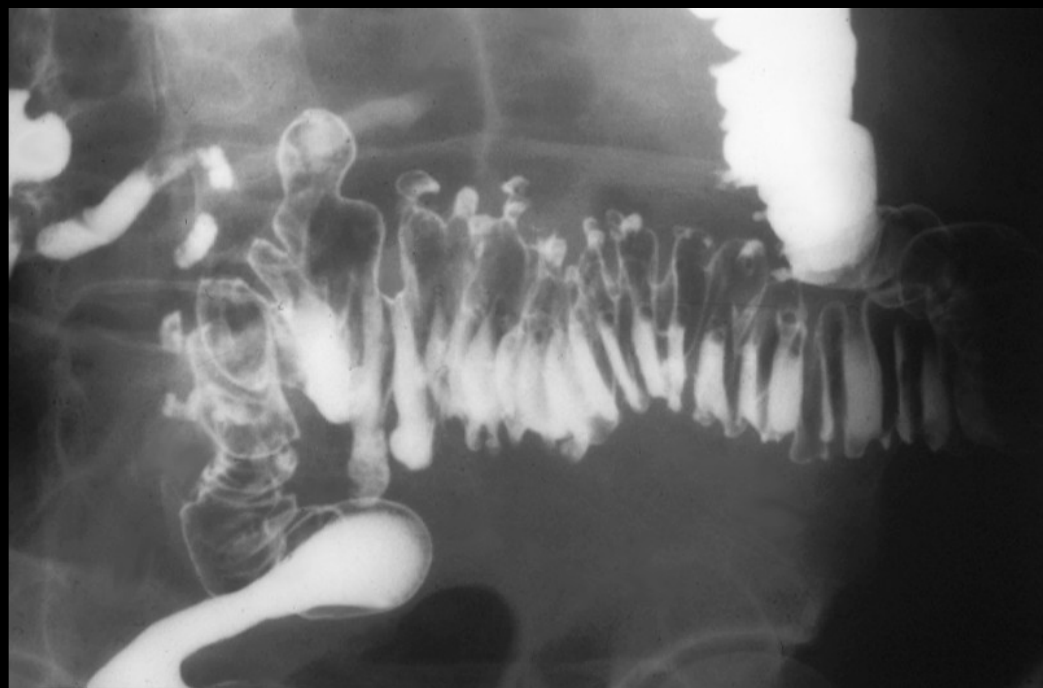
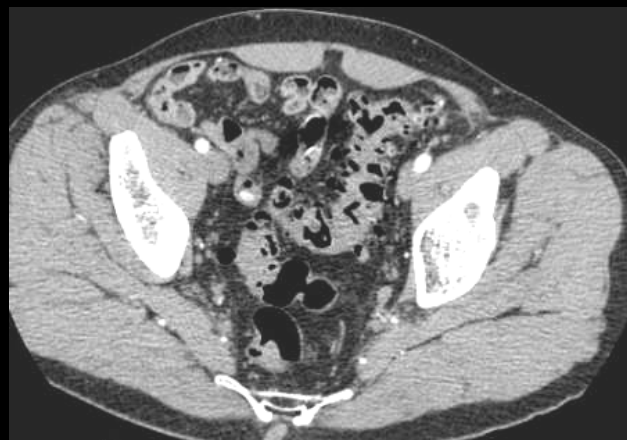


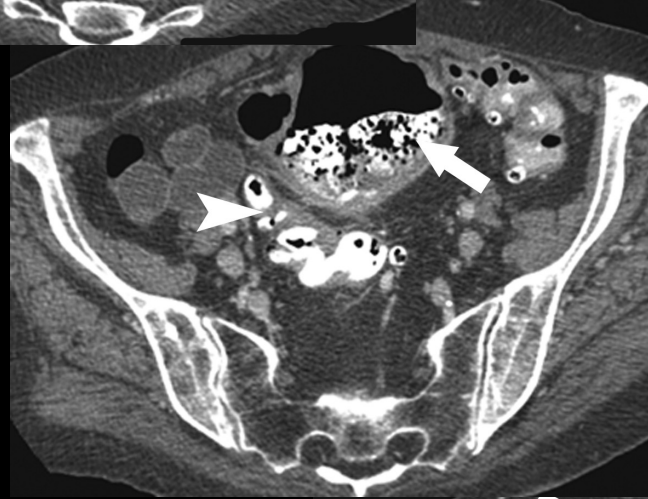
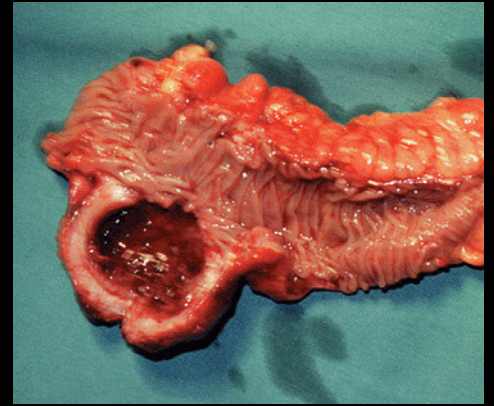
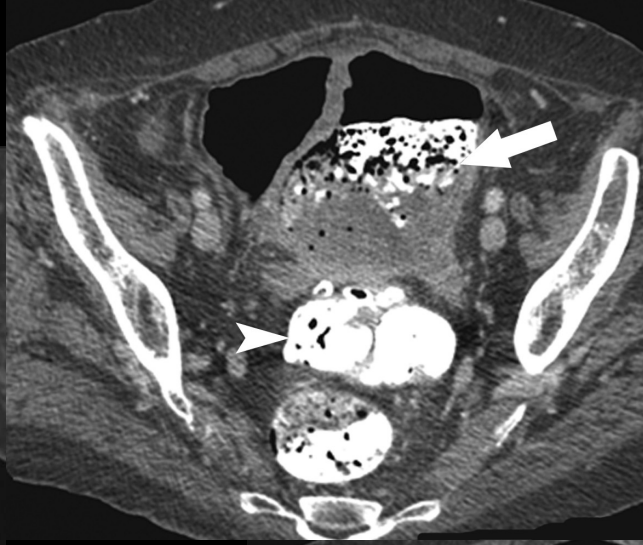
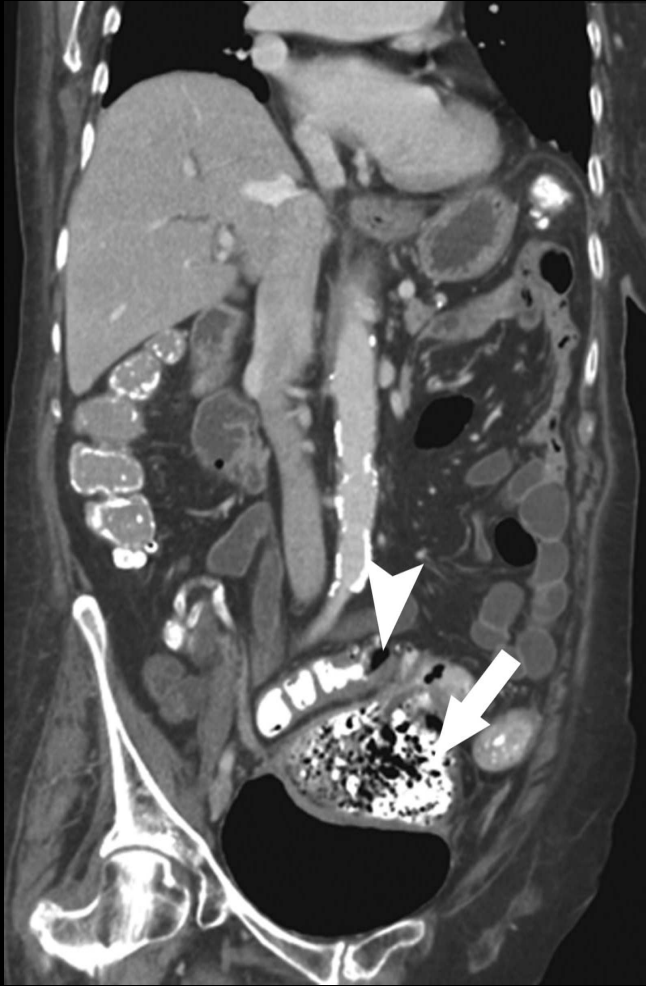
80% des diverticulites sont des perforations "bouchées" éventuellement compliquées d'abcès, **traitées médicalement**.

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

4.2 Maladie diverticulaire

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 $37^{\circ}5$ 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.

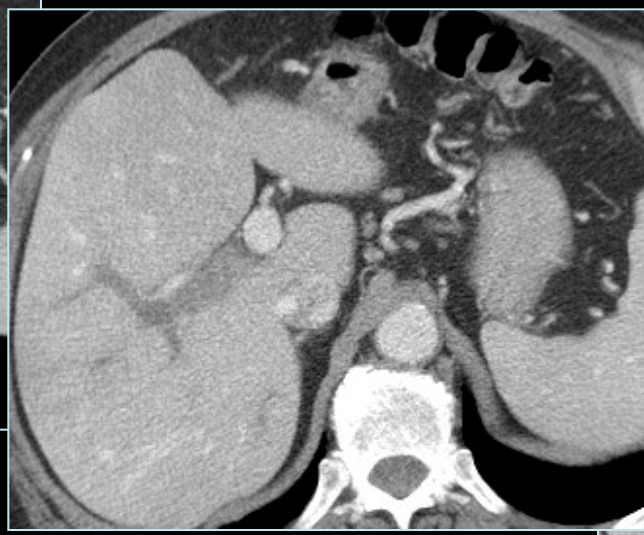
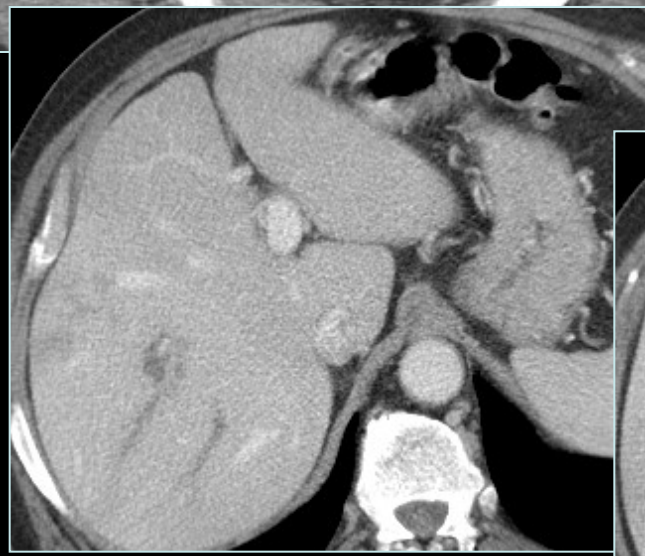
Examens complémentaires

- Echographie (si sigmoïde) : transcutanée, endovaginale
- CT +++ avec 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.
- lavement opaque : pas en 1^{ère} intention
(fistule, diff cancer infecté)
- coloscopie : CI en urgence (risque perfo)

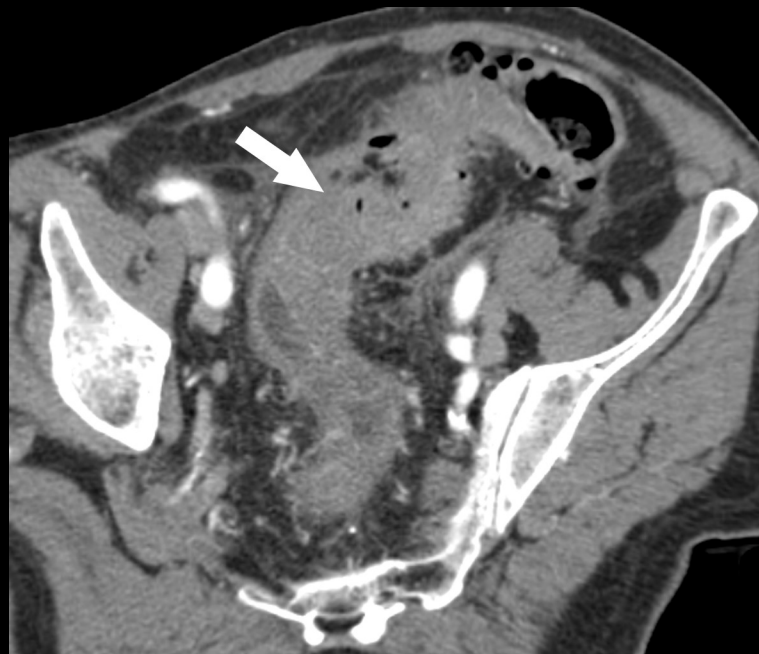
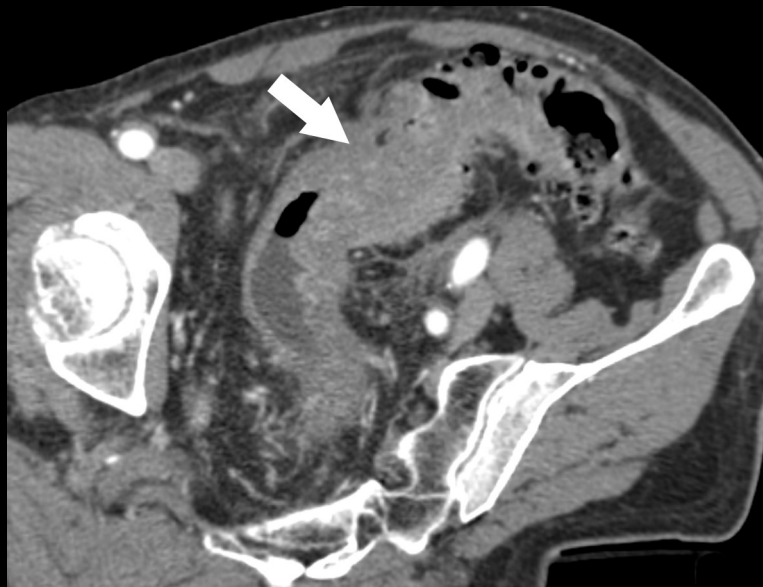
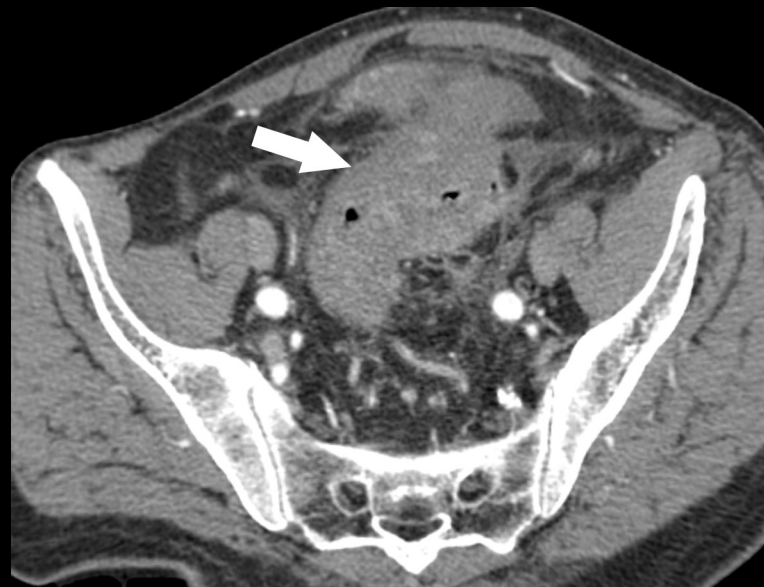
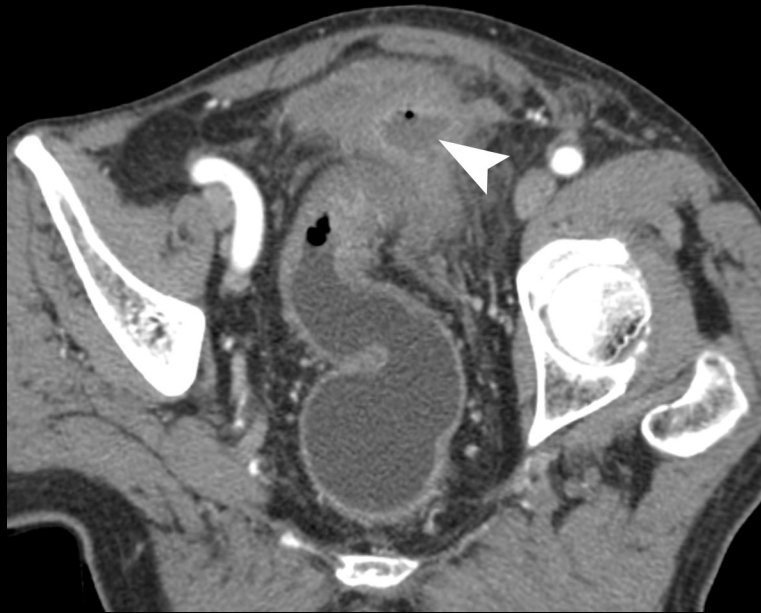
On définit les formes graves comme celles associées à la présence d'abcès, de gaz ou de fuite extra-digestive du produit de contraste.

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.

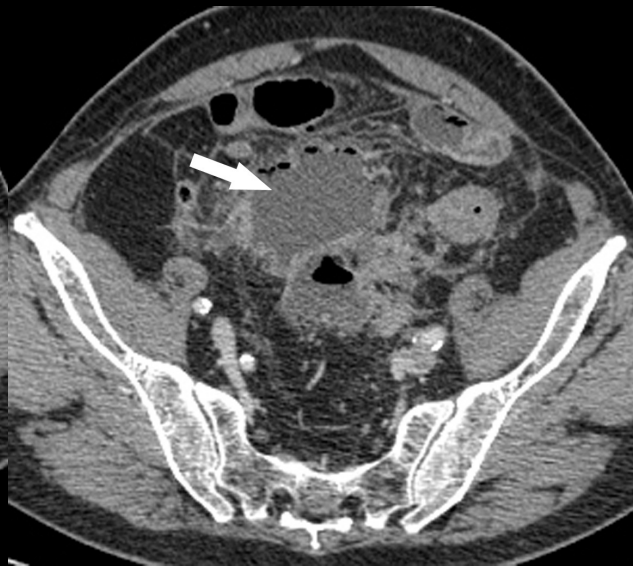
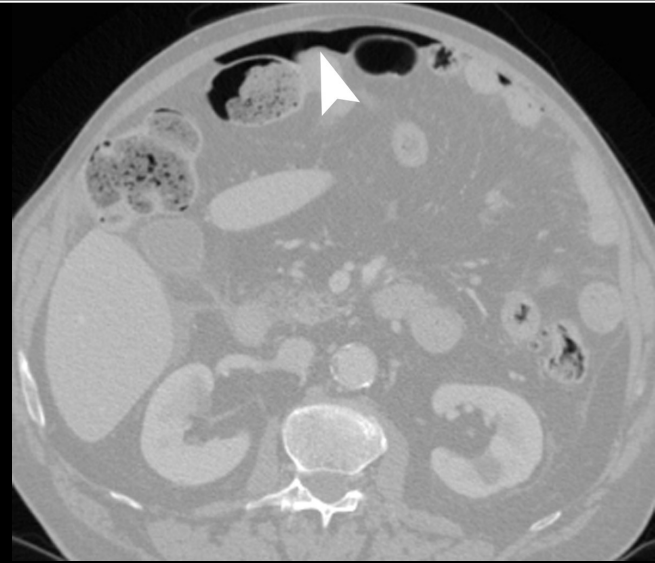


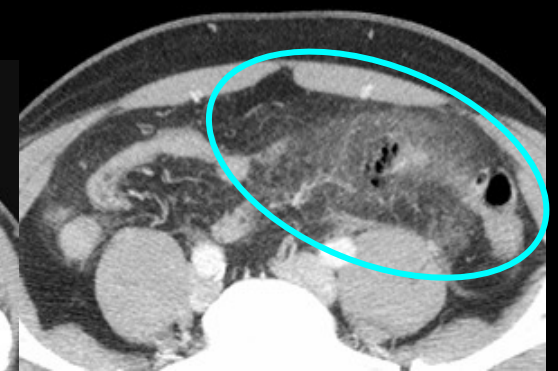
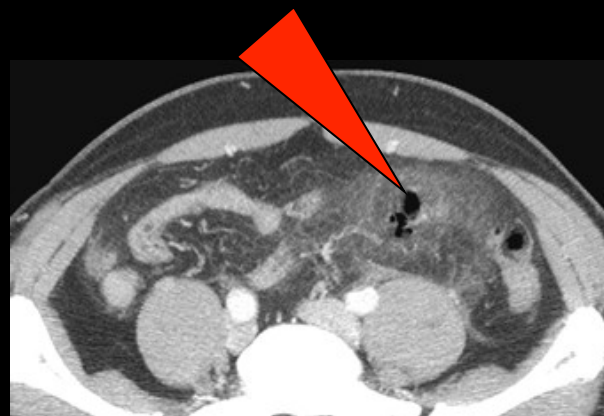
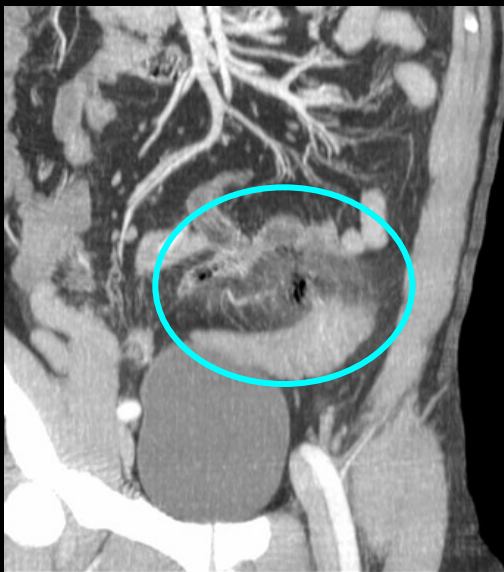
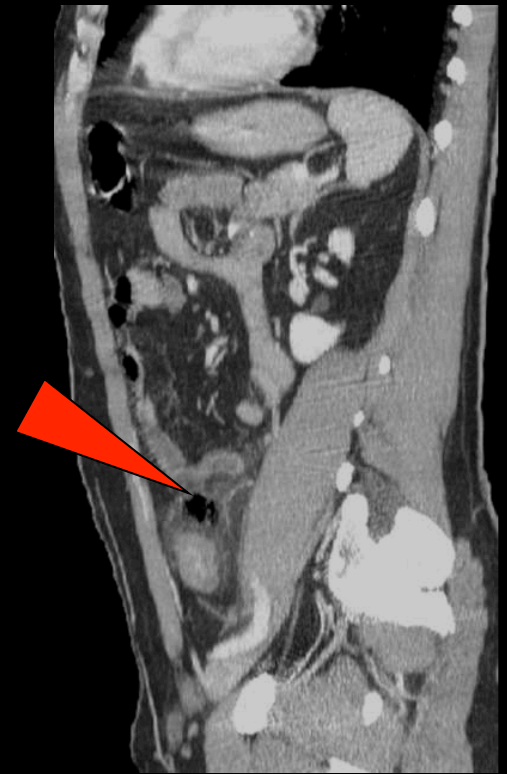
Diverticulite avec
pyléphlébite



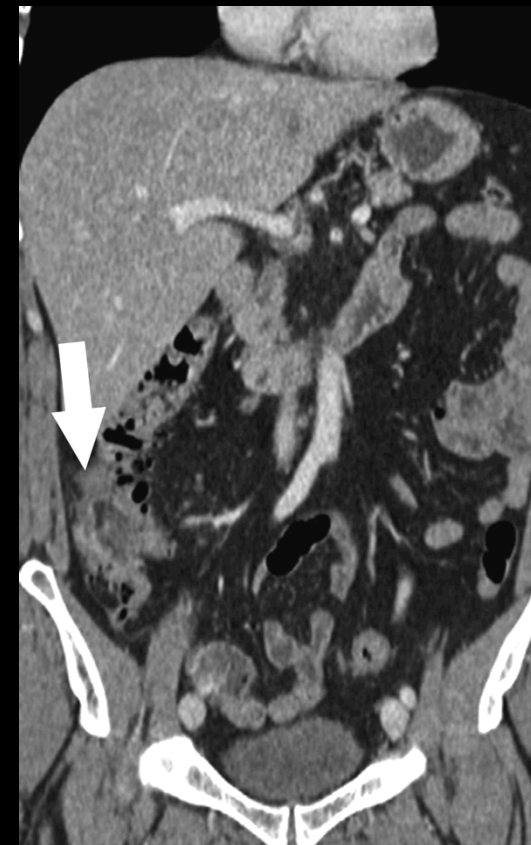
Diverticulite

Diverticulite perforée avec abcès pelvien et pneumopéritoine

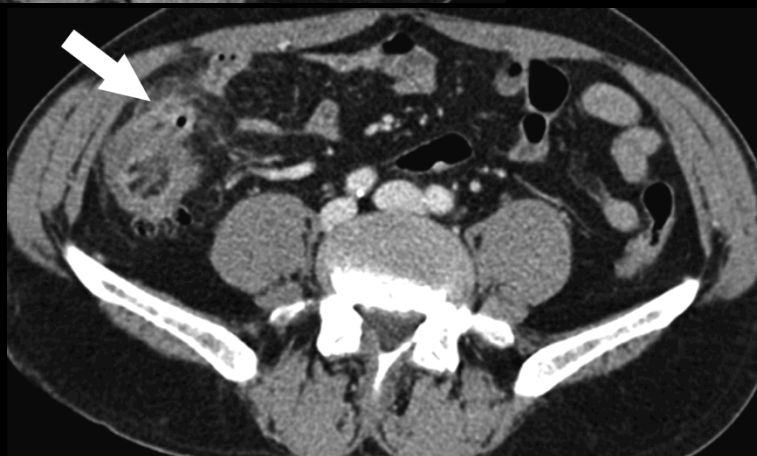


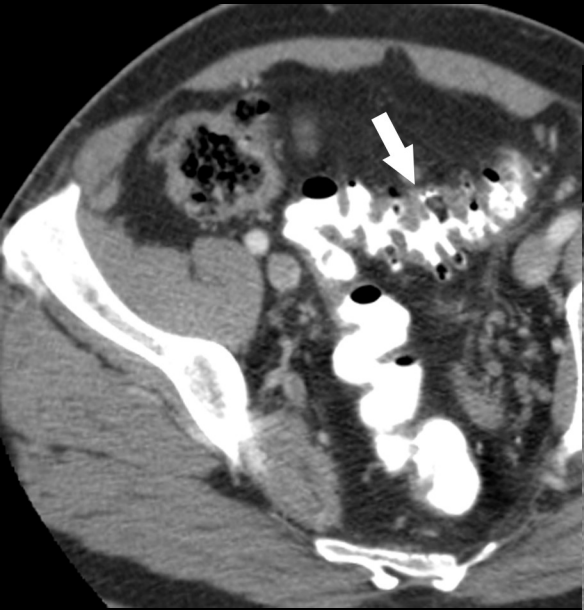
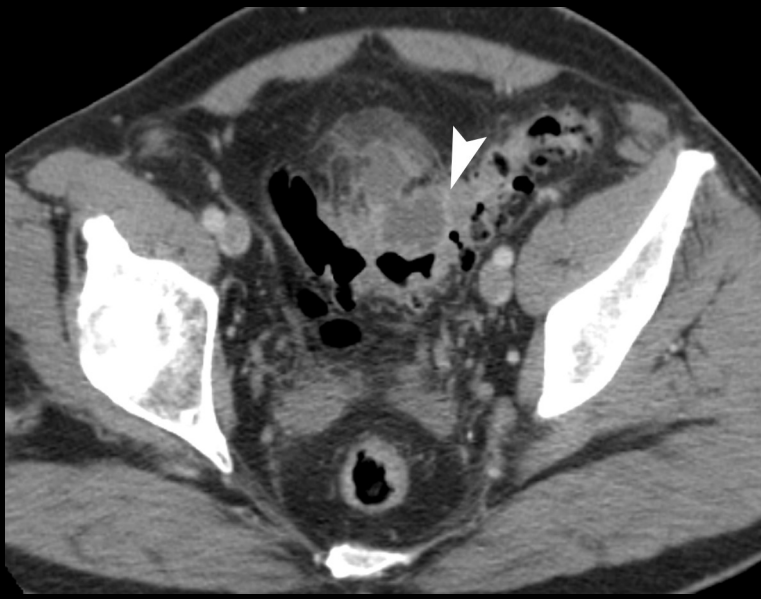


Diverticulite perforée bouchée dans le mésosigmoïde

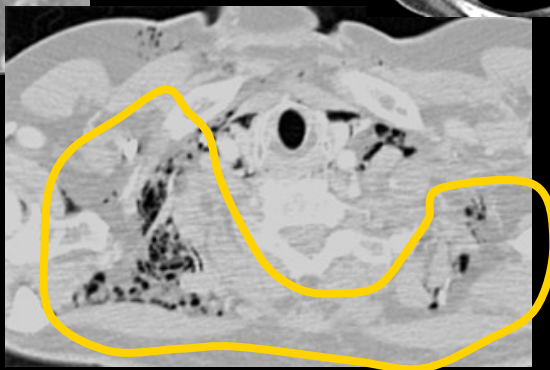
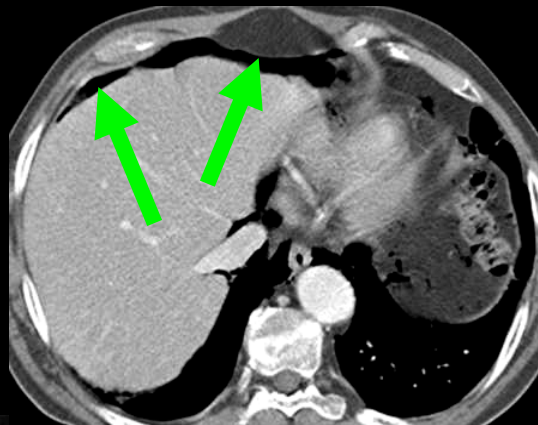
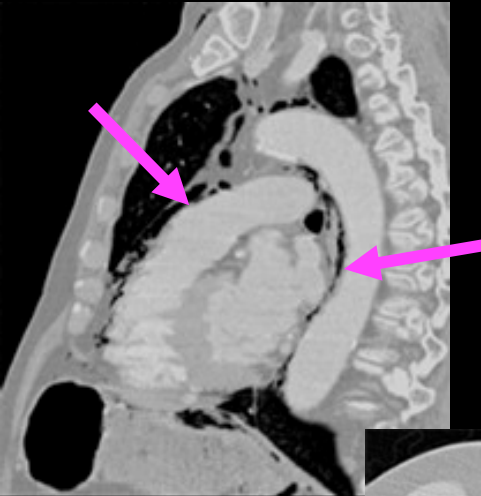
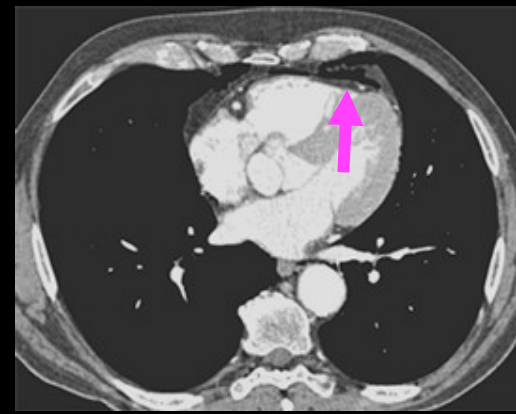
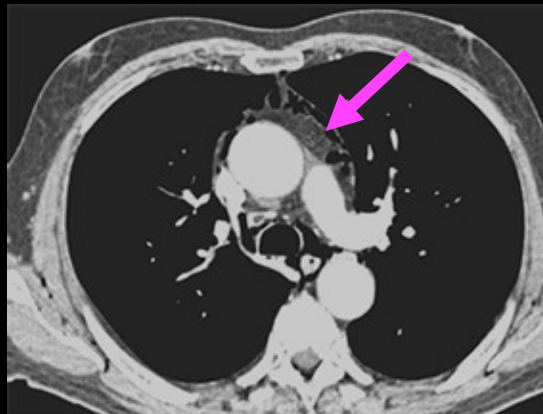
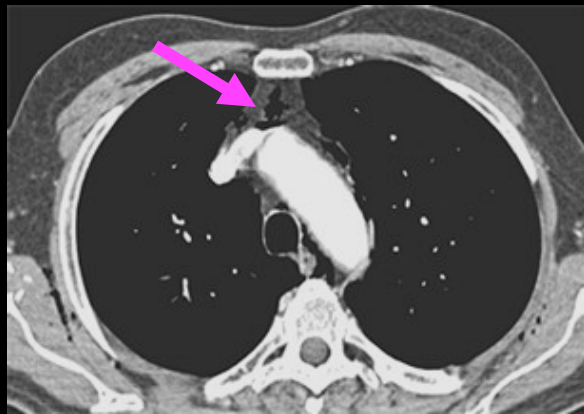


Diverticulite
droite

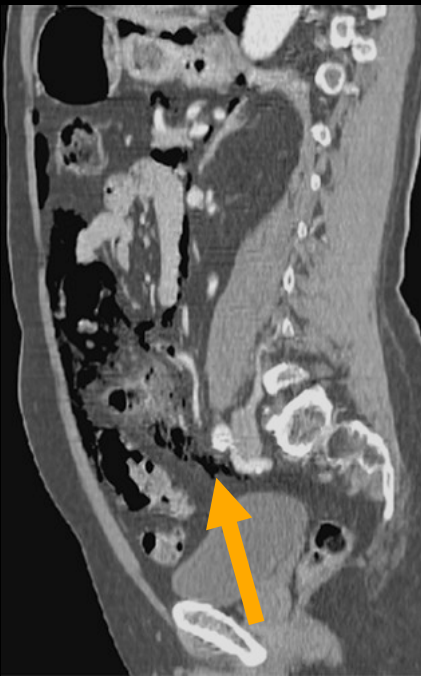




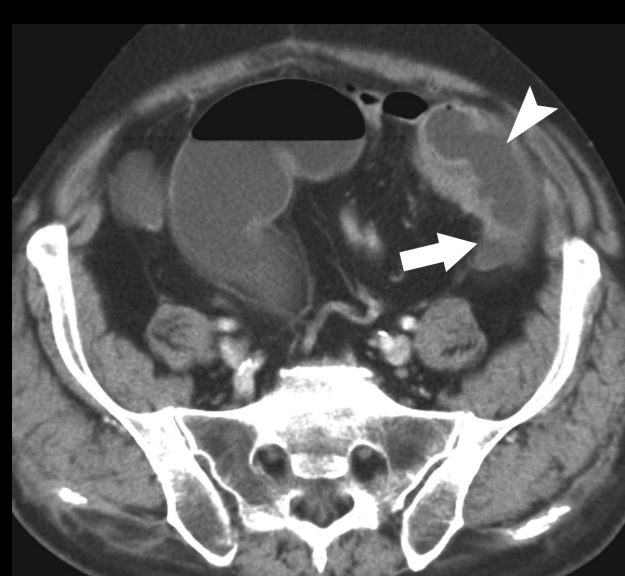
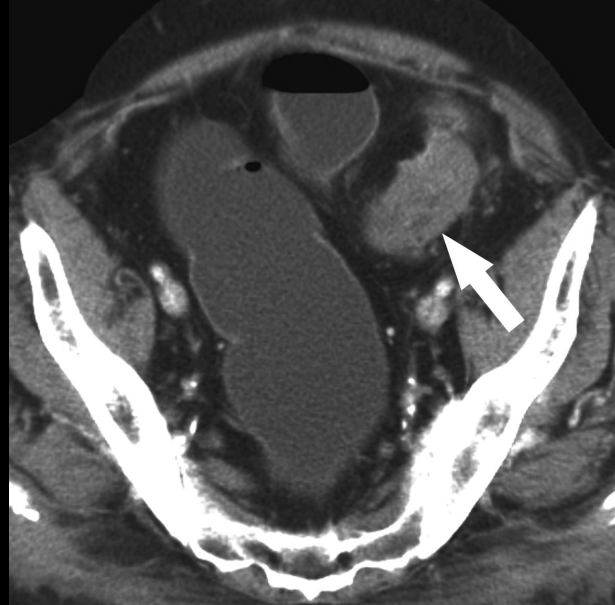
Abcès pérಿಸigmoidien



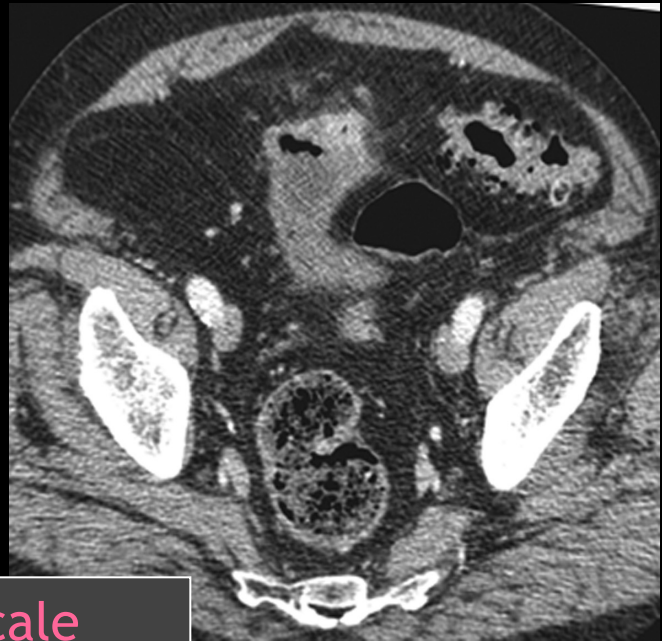
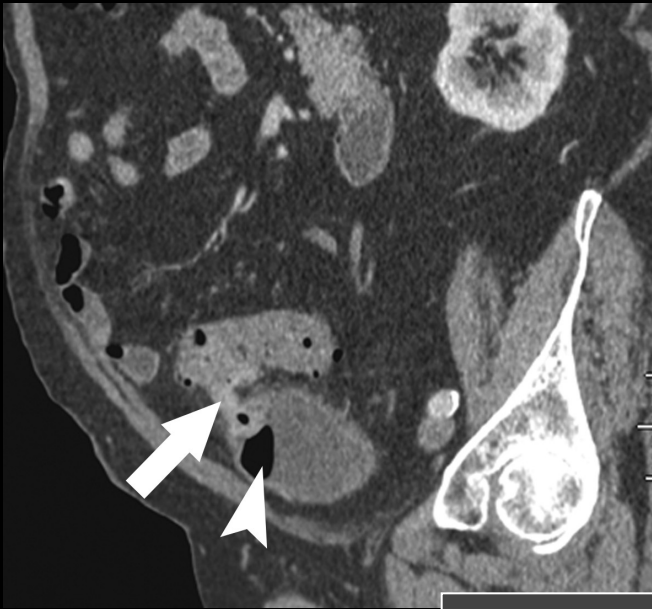
emphysème sous-cutané basi cervical révélateur d'un **PNO médiastin** ; patient **sous traitement par AINS** ; origine ???



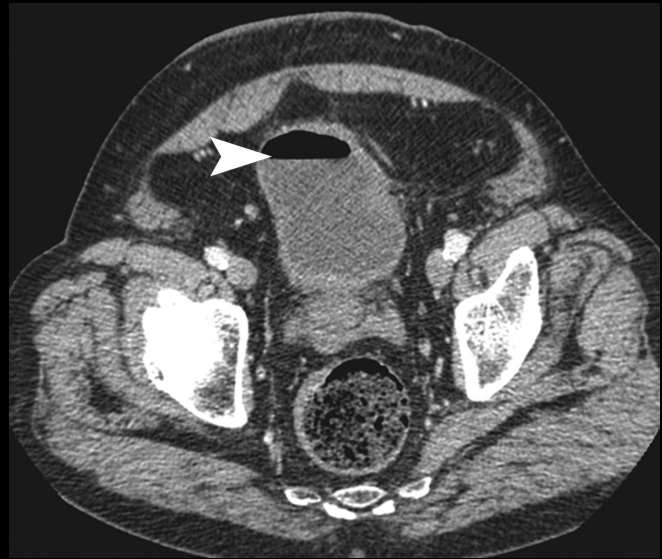
**rétro-
pneumopéritoine
et pneumo
médiastin** par
perforation d'un
diverticule
sigmoïdien

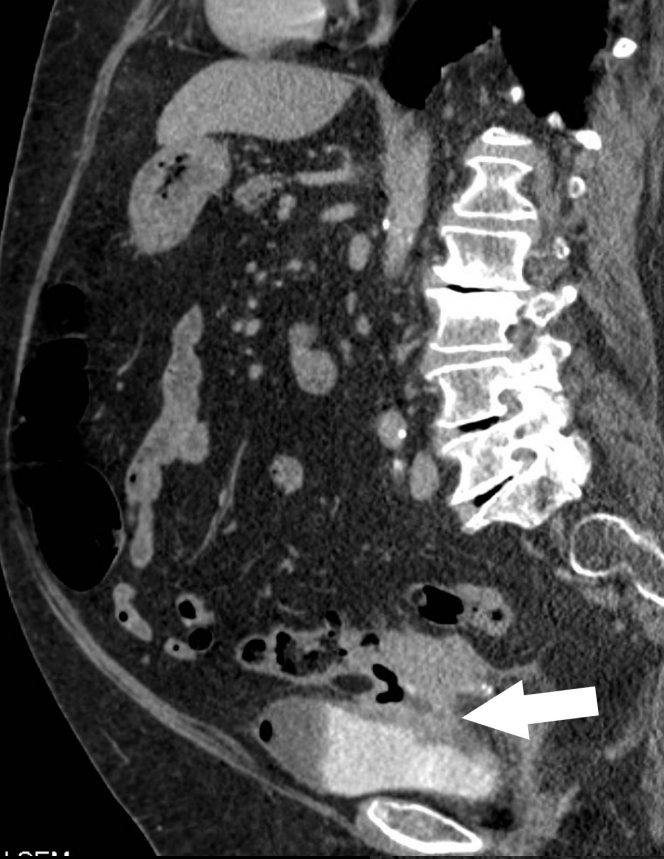


Sténose sigmoïdienne

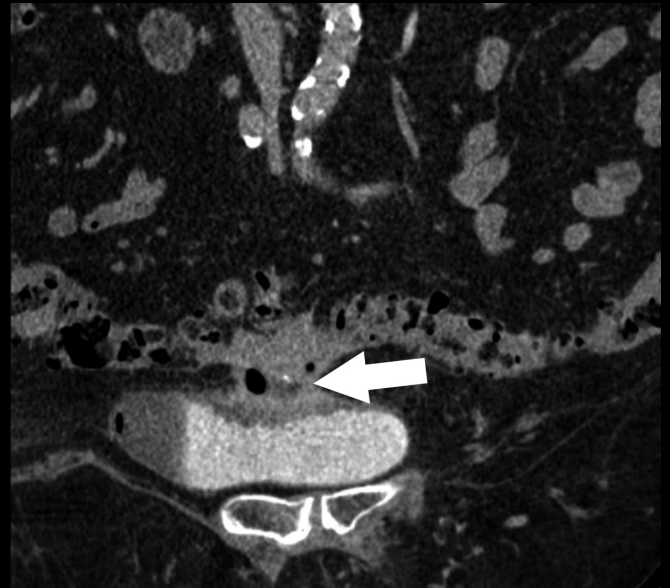


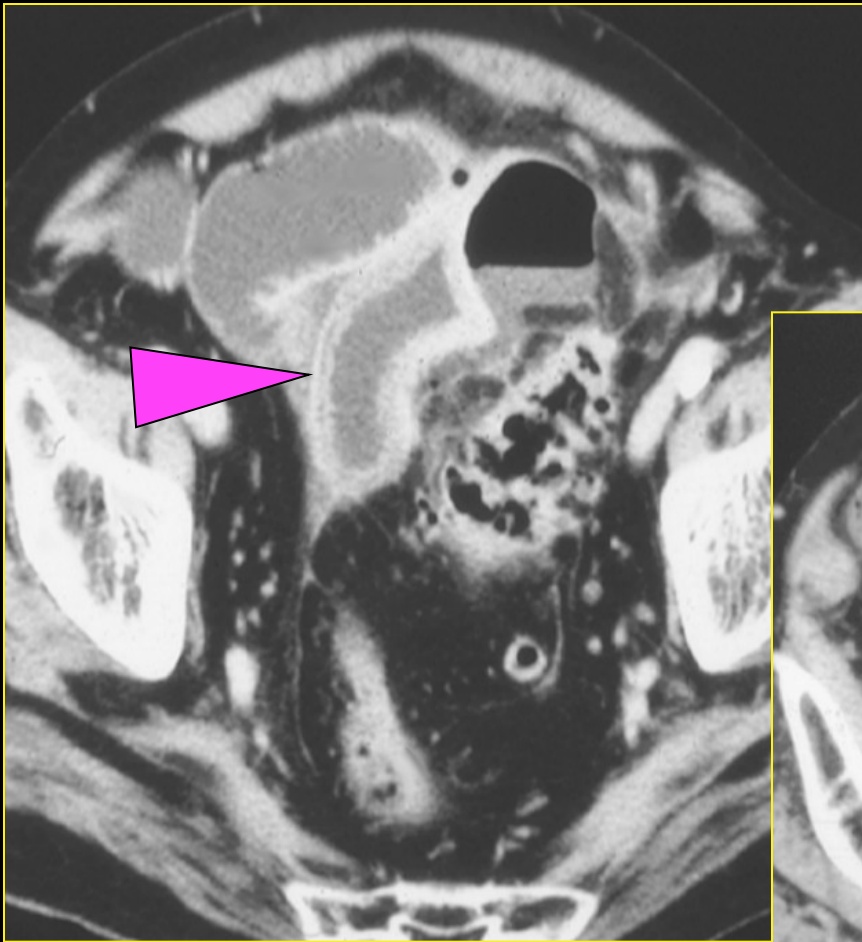
Fistule vésicale



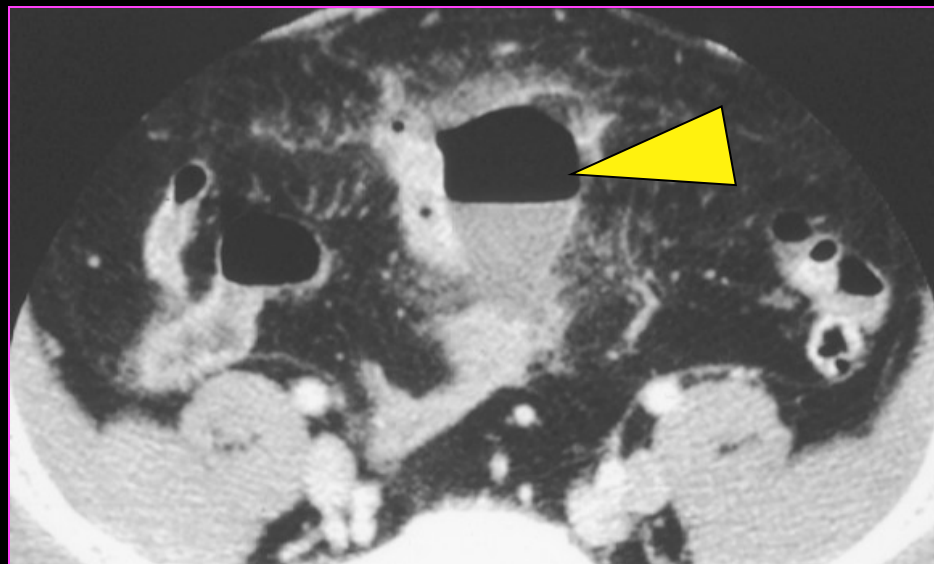
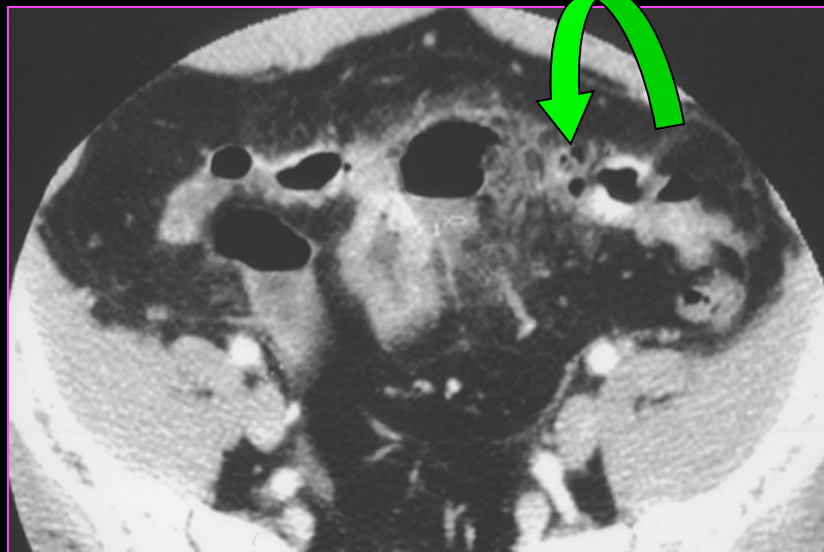
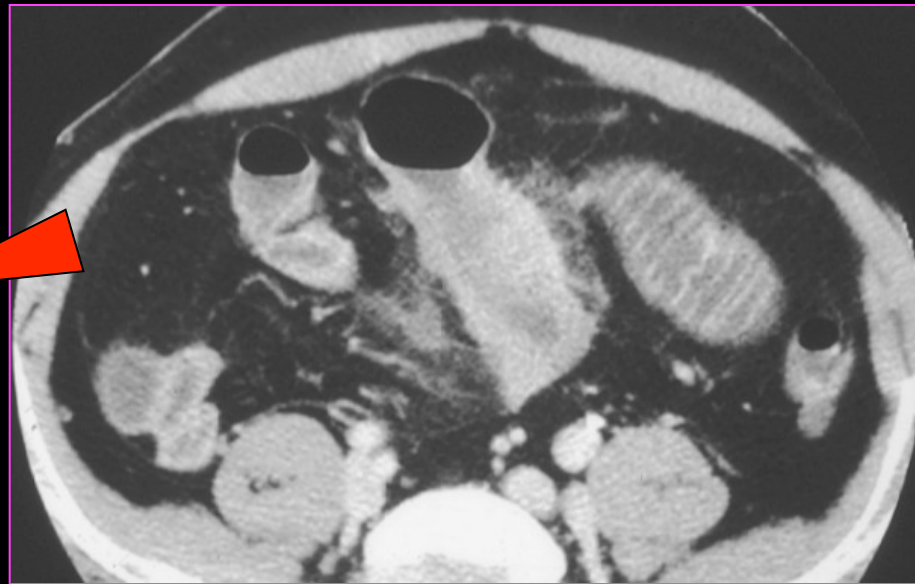
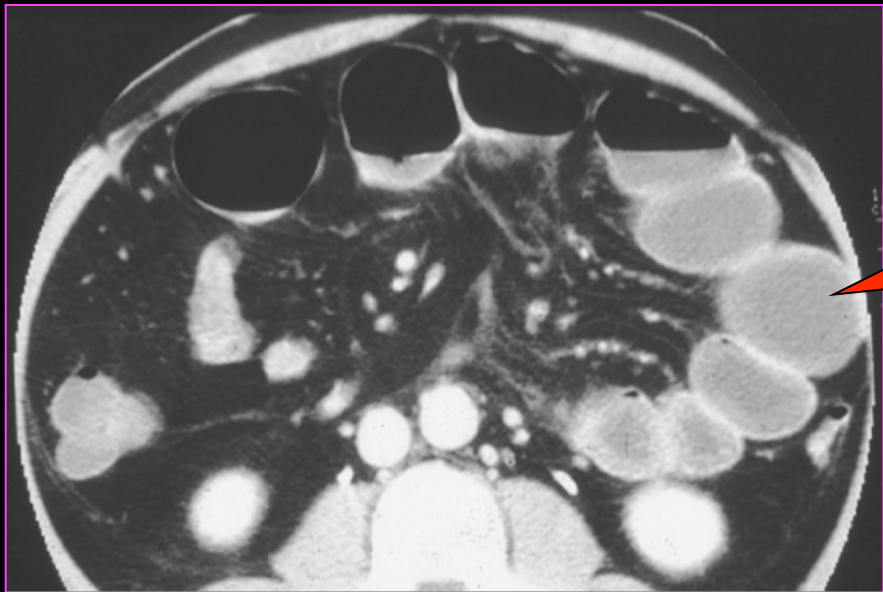


Fistule
vésicale



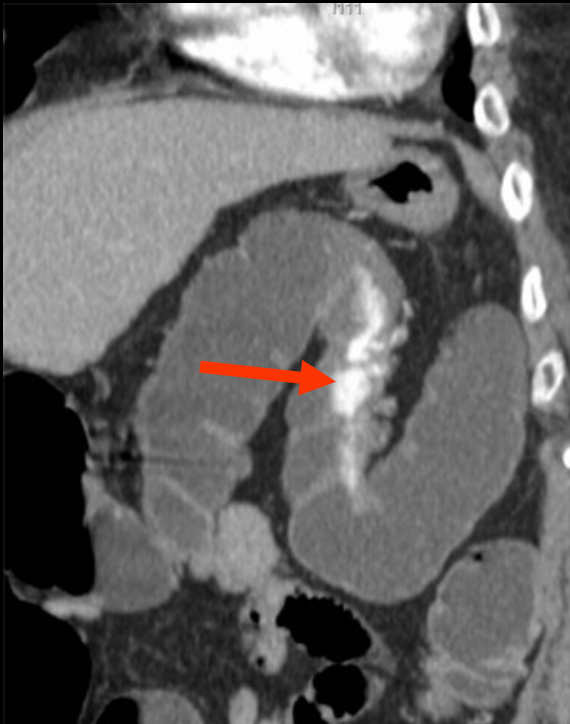
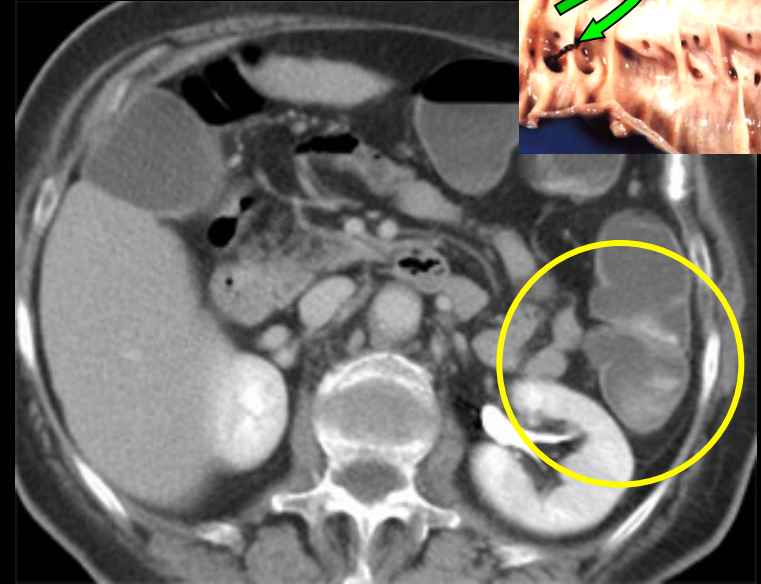
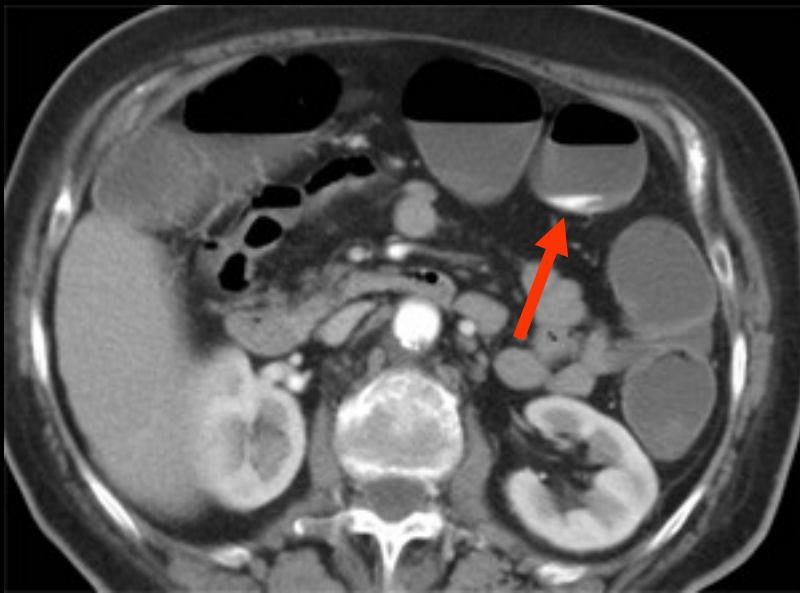


Occlusion du grêle +++ sur abcès pérಿಸigmoidien





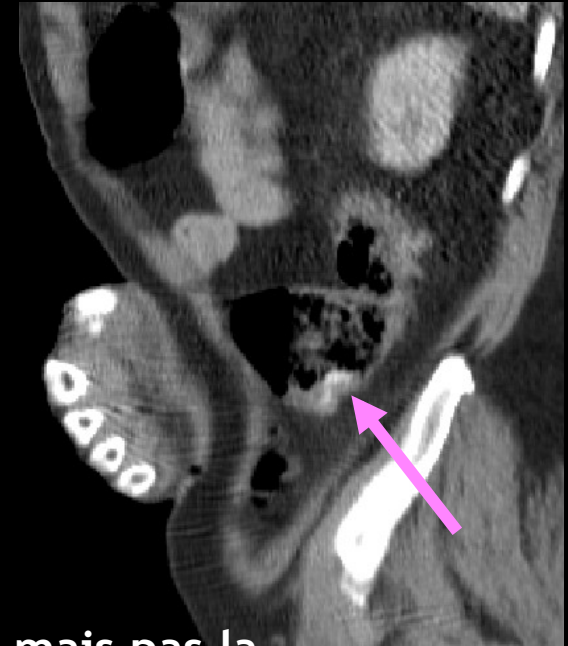
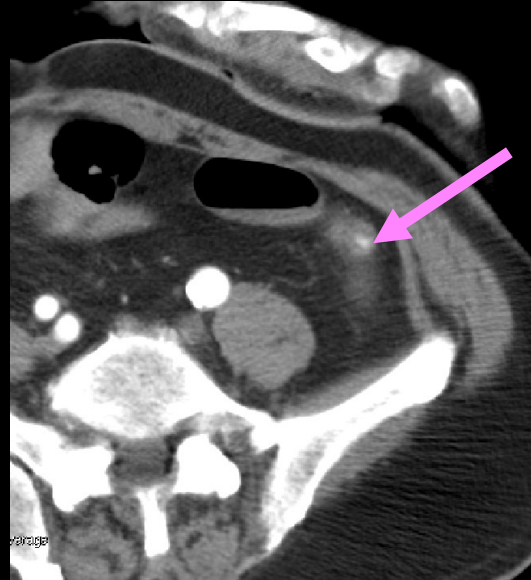
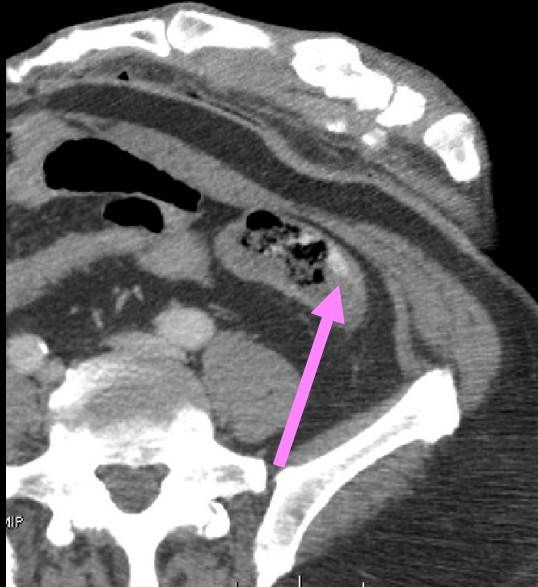
Abcès hépatique



Homme 68 ans ; rectorragies massives

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

Le diagnostic est généralement fait à la sigmoïdoscopie, 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 **angiodyplasie**
- dans le **colon gauche et le sigmoïde** plutôt **diverticule hémorragique**

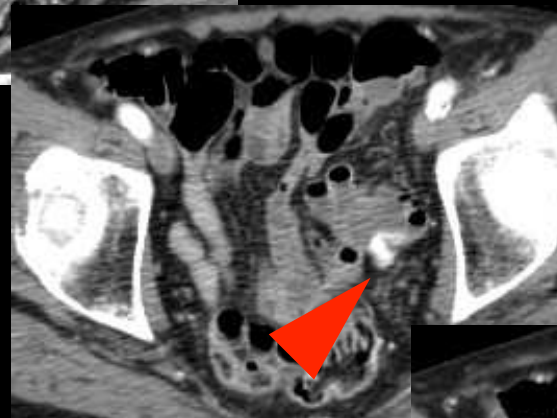
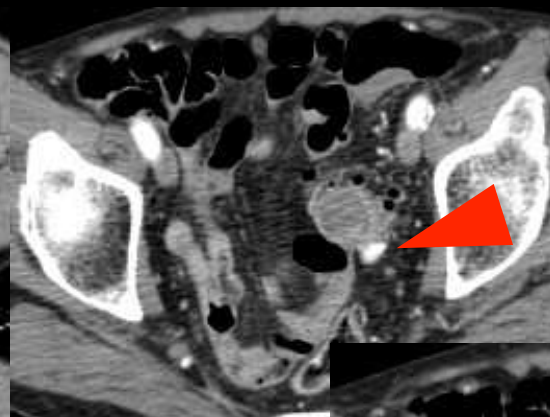
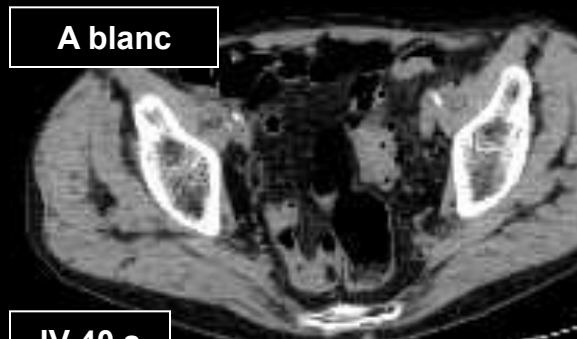
A blanc

IV 40 s

IV 80 s

Patient de 71 ans
réctorragies

**Diverticule
hémorragique !**



Diagnostic différentiel :

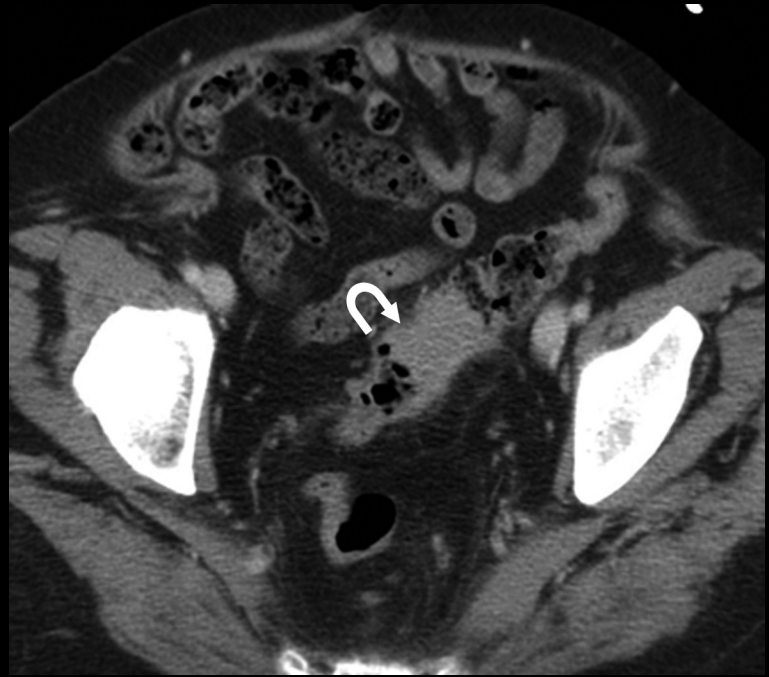
cancer colique infecté +++

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

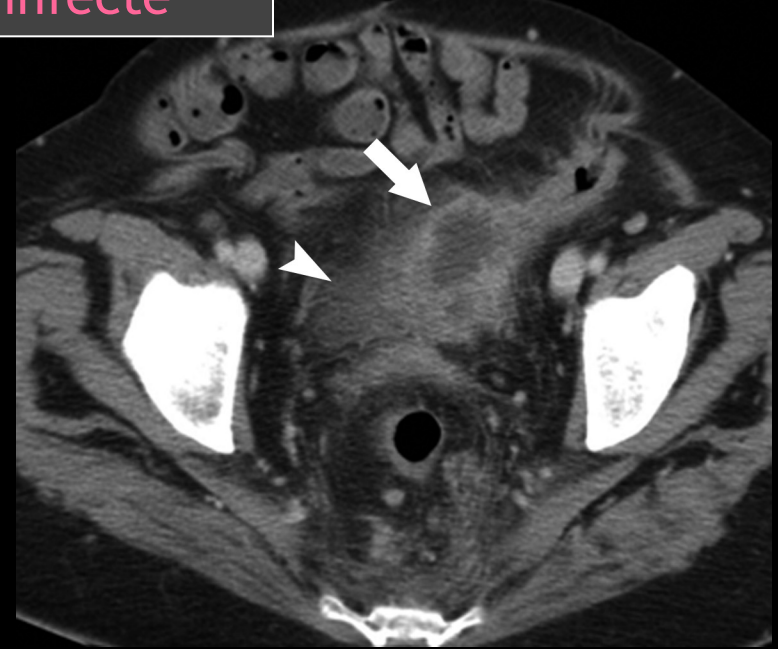
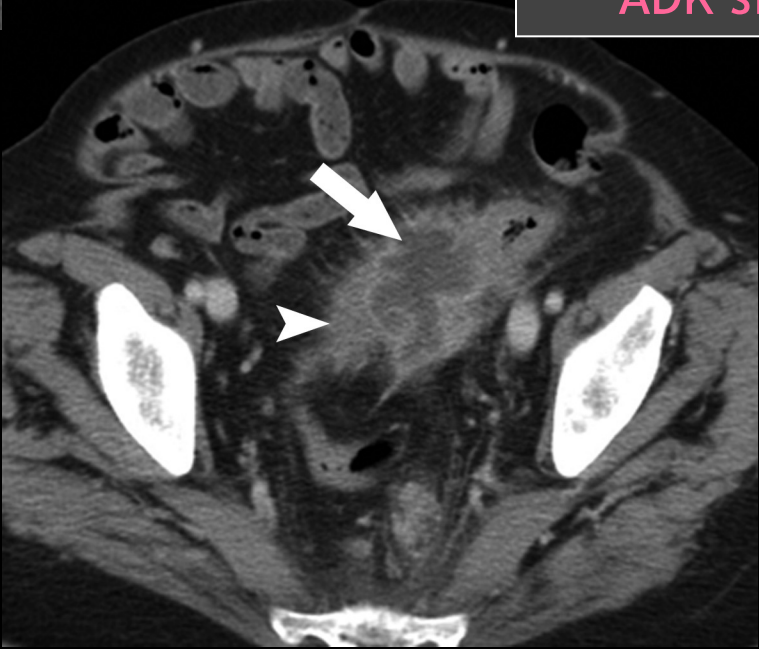


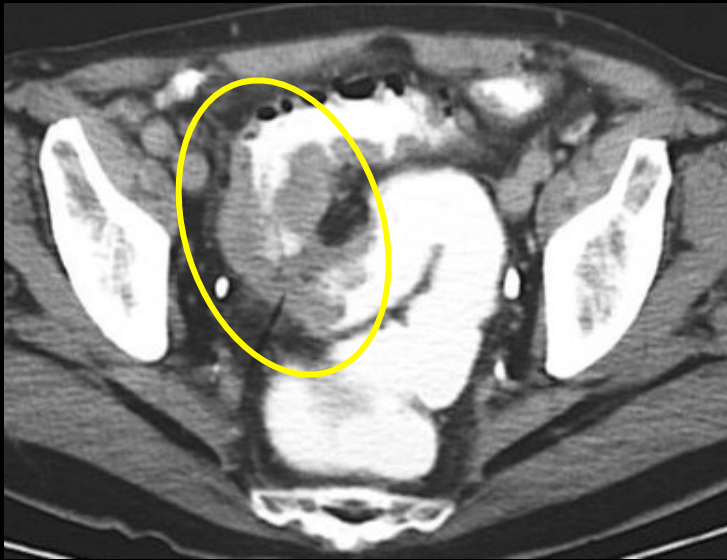
**En cas de suspicion
de sigmoïdite dès l'acquisition à blanc,
il faut
opacifier le recto-sigmoïde !!!
(hydrosolubles)**





ADK sigmoïdien infecté

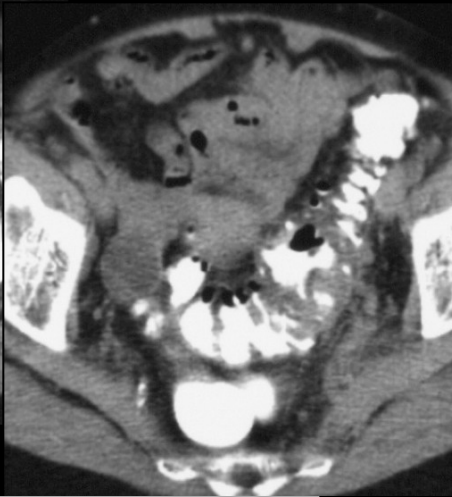
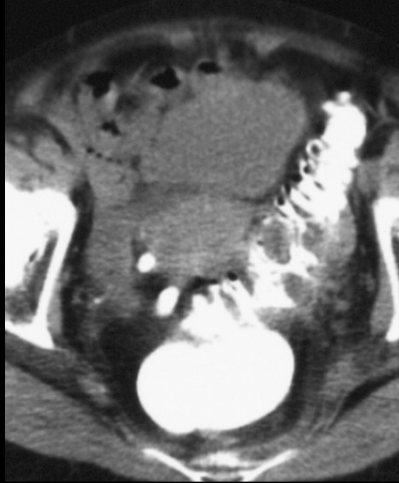
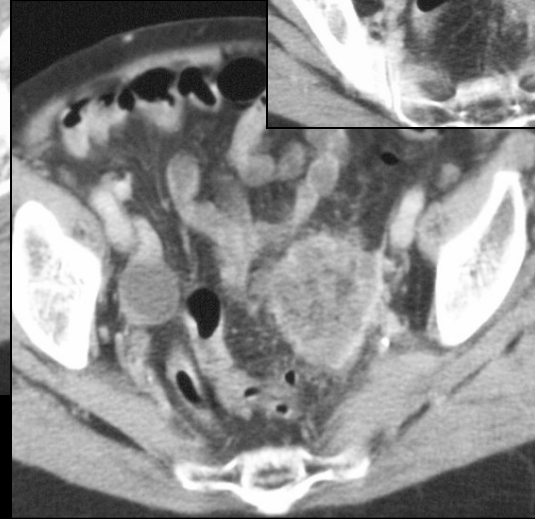
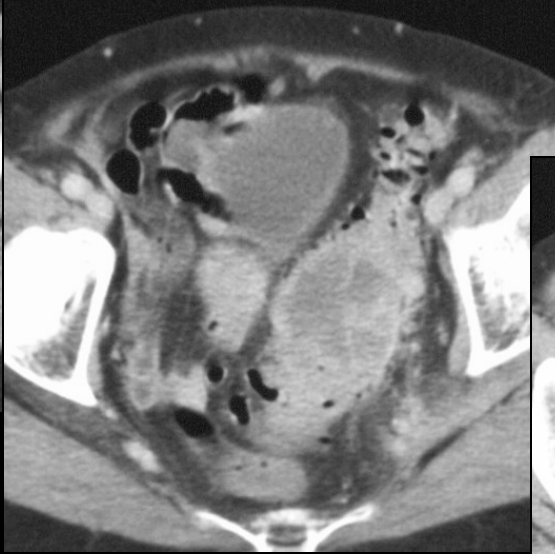




ADK sigmoïdien



Myochose



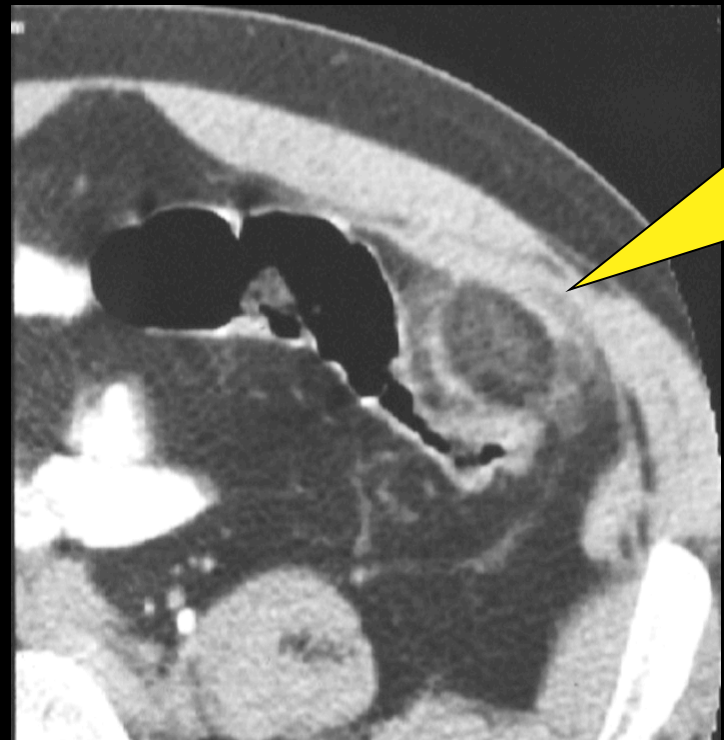
Sigmoidite pseudo-tumorale

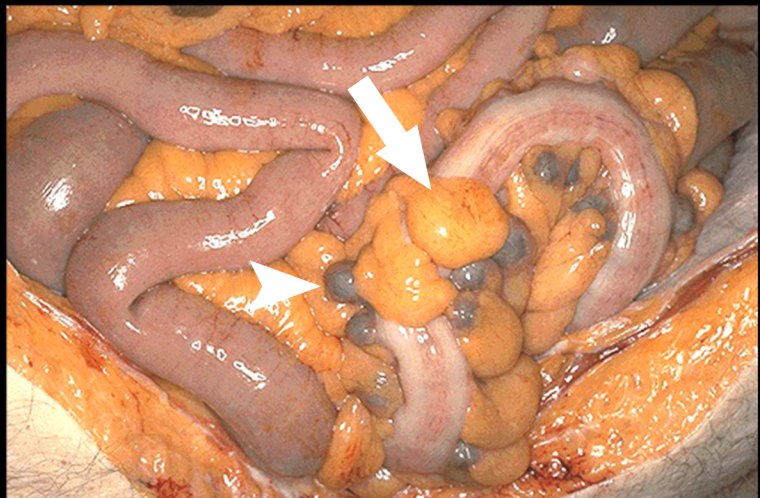
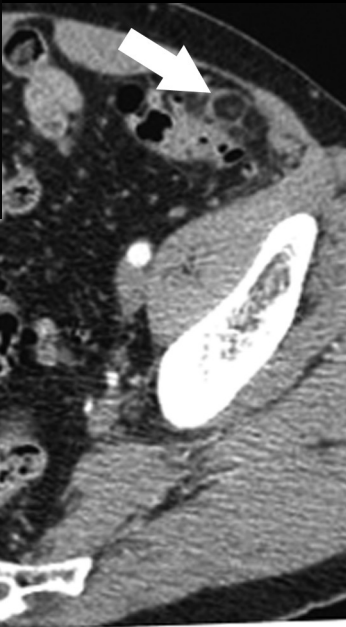


- image "en navette" juxta colique
- centre dense (granulome lipophagique)
- épaississement inflammatoire réactionnel du péritoine pariétal
- masse hyperéchogène "fixée" à la paroi +++



Appendagite





Appendagite

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).