



© Philippe Crochet / Photonostop

Diverticulite aiguë du côlon

Une évolution souvent favorable sans hospitalisation ni antibiotique

RÉSUMÉ

● De nombreuses personnes ont des diverticules du côlon, souvent, en Europe, sur le côlon sigmoïde. Au cours de leur vie, 4 % à 25 % d'entre elles ont au moins un épisode d'inflammation aiguë de diverticules, c'est-à-dire de diverticulite aiguë.

● Comment reconnaître une diverticulite sigmoïdienne aiguë ? Quels traitements proposer aux patients qui ont une forme non compliquée ? Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une synthèse de l'évaluation disponible selon la méthode habituelle de *Prescrire*.

● Dans sa forme la plus caractéristique, une diverticulite sigmoïdienne aiguë se manifeste chez un patient âgé de plus de 50 ans par une douleur à la palpation du quadrant inférieur gauche de l'abdomen, sans vomissement, associée à une concentration sanguine en protéine C réactive (CRP) supérieure à 50 mg/l.

● Le scanner avec injection intraveineuse de produit de contraste est l'examen le plus performant pour diagnostiquer une diverticulite aiguë et détecter ses complications. L'échographie est l'examen de premier choix chez les femmes enceintes ou qui pourraient l'être.

● La majorité des diverticulites aiguës ne sont pas compliquées et évoluent favorablement sans chirurgie. Chez 10 % à 25 % des patients hospitalisés, la diverticulite aiguë est compliquée d'un abcès, d'une péritonite ou d'une sténose, ce qui justifie souvent un traitement invasif.

● Des études ont mis en évidence une augmentation du risque de complications de la diverticulite lié à la prise d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS), ce qui incite à écarter les AINS en cas de diverticulite aiguë.

● Il n'y a pas d'argument solide pour recommander une mise au repos du tube digestif au cours d'une diverticulite aiguë non compliquée.

● Deux essais randomisés ont comparé un traitement antibiotique versus absence de traitement antibiotique chez environ 1 200 patients atteints de diverticulite sigmoïdienne aiguë non compliquée. Dans ces essais, comme dans d'autres études de plus faible niveau de preuves, il n'a pas été constaté de différence entre les groupes en ce qui concerne le délai de guérison, la fréquence des complications ou des récurrences.

● Selon des études portant sur plusieurs milliers de patients, les facteurs de risque d'évolution défavorable

vorable sont notamment l'existence d'autres affections, une immunodépression, un traitement par AINS ou par corticoïde, une CRP supérieure à 150 mg/l. Des signes d'infection sévère, un risque élevé de complication, une grossesse, sont des motifs de recours à une antibiothérapie, malgré l'absence d'évaluation comparative spécifique à ces situations cliniques.

● Quand une antibiothérapie semble justifiée, les données d'évaluation comparative disponibles sont insuffisantes pour guider ses modalités. Les guides de pratique clinique que nous avons retenus portent leur choix sur des antibiotiques à large spectre, de préférence par voie orale.

● Dans certaines conditions, il paraît raisonnable de traiter à domicile les patients sans complication détectée au scanner.

Rev Prescrire 2018 ; 38 (421) : 837-842

De nombreuses personnes ont des diverticules* du côlon : on dit qu'elles ont une diverticulose colique. Chez les personnes vivant dans les pays occidentaux, ces diverticules sont surtout situés sur le côlon sigmoïde (a). Leur fréquence augmente avec l'âge : environ 20 % des personnes âgées de moins de 40 ans ont des diverticules du côlon, et plus de 60 % des personnes âgées de plus de 70 ans (1à3).

La diverticulose colique est le plus souvent asymptomatique. Elle devient symptomatique en cas d'inflammation d'un ou plusieurs diverticules, alias diverticulite aiguë (ou sigmoïdite aiguë quand elle est localisée au côlon sigmoïde), ou en cas d'hémorragie (1à3). Rarement, la diverticulose colique entraîne des symptômes chroniques, tels que diarrhées, rectorragies ou douleurs abdominales liés à l'inflammation de la muqueuse colique (1,2,4).

Parmi les personnes qui ont une diverticulose, 4 % à 25 % ont un ou plusieurs épisodes de diverticulite aiguë au cours de leur vie (1à7). La consommation de tabac, la sédentarité, le surpoids, une alimentation riche en viande et pauvre en fibres, sont associés à un risque accru de diverticulite aiguë (1,6,8à10).

Comment reconnaître une diverticulite sigmoïdienne aiguë ? Quels traitements proposer aux patients qui ont une forme non compliquée ? Pour répondre à ces questions, nous avons réalisé une synthèse de l'évaluation disponible, selon la méthode habituelle de *Prescrire*, rappelée page 842.

Nous n'abordons pas dans ce texte les hémorragies d'origine diverticulaire ; ni les symptômes liés à une inflammation chronique associée aux diverticules coliques. Nous n'abordons pas non plus le traitement des formes compliquées de diverticulite aiguë, tels que les abcès ou les perforations, qui justifient une hospitalisation et souvent un traitement invasif tel qu'un drainage percutané ou un acte chirurgical (4,6,7).

Diagnostic clinique et biologique confirmé par l'imagerie

Les patients atteints de diverticulite aiguë ont des symptômes peu spécifiques, parfois confondus avec ceux d'une affection gynécologique ou rénale, d'un cancer colique, d'une colite ischémique ou infectieuse, d'une occlusion intestinale, d'une appendicite aiguë, etc. (5,11à13). Le symptôme le plus fréquent est une douleur aiguë du quadrant inférieur gauche de l'abdomen qui évolue depuis quelques jours. S'y associent de façon variable de la fièvre, des nausées ou vomissements, une modification du transit (constipation ou diarrhée), des troubles urinaires, une défense* du quadrant inférieur gauche de l'abdomen, une douleur à la décompression de l'abdomen (2,5,12).

Des examens biologiques et d'imagerie sont utiles pour éliminer d'autres diagnostics et préciser la gravité de la diverticulite.

Signes cliniques et biologiques peu spécifiques. L'examen physique du patient chez qui on évoque une diverticulite aiguë comporte au minimum une mesure de la température corporelle, de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, une palpation soigneuse de l'abdomen et, chez les femmes, un examen à la recherche d'une affection gynécologique (12). Certains signes d'alerte font évoquer une complication qui impose une hospitalisation en urgence (lire en encadré Signes d'alerte page 839).

Une numération formule sanguine et une mesure de la concentration sanguine en protéine C réactive (CRP) complètent l'examen clinique quand une diverticulite aiguë est évoquée (12,14). Un examen des urines est utile pour éliminer une affection urinaire ; un test biologique de grossesse est utile pour écarter une grossesse chez une femme qui pourrait être enceinte (7,12). Le dosage sanguin de la créatinine est utile, notamment quand on envisage d'effectuer un scanner (c'est-à-dire un examen radiologique par tomodensitométrie) avec injection intraveineuse de produit de contraste (14).

Les signes qui semblent les plus performants pour retenir le diagnostic de diverticulite aiguë du côlon sigmoïde sont : une douleur du quadrant inférieur gauche de l'abdomen spontanée et à la palpation, majorée par les mouvements ; l'absence de vomissements ; un âge supérieur à 50 ans ; l'existence d'un épisode antérieur de diverticulite aiguë ; et une concentration sanguine de CRP supérieure à 50 mg/l (11,12,14,15). Mais aucun signe n'est suffisamment discriminant à lui seul pour retenir ou écarter le diagnostic de diverticulite aiguë (11). Dans une étude chez 1 021 patients consultant dans un service d'urgences pour une douleur abdominale

a- Chez les personnes vivant en Asie, les diverticules du côlon sont plus rares et le plus souvent situés sur le côlon droit, c'est-à-dire le caecum et le côlon ascendant (réf. 1).

aiguë, dont 112 atteints de diverticulite aiguë, une douleur à la palpation abdominale, localisée au quadrant inférieur gauche, sans vomissements, associée à une CRP supérieure à 50 mg/l a été très spécifique du diagnostic de diverticulite, mais cette association de signes n'était présente que chez un patient sur quatre atteints de cette affection (16).

Imagerie, notamment pour rechercher des complications. Quand une diverticulite est évoquée, une échographie ou un scanner avec injection intraveineuse de produit de contraste est souvent utile pour étayer le diagnostic. Ils permettent aussi de rechercher des signes de complications, tels qu'un abcès ou de l'air en dehors de la lumière colique (4,6,7,14,17,18).

Le scanner avec injection de produit de contraste a l'avantage d'être plus performant que l'échographie pour faire le diagnostic de diverticulite aiguë, détecter ses complications et diagnostiquer d'autres affections qui sont parfois confondues avec une diverticulite aiguë. Sa sensibilité pour reconnaître une diverticulite aiguë est d'environ 80 % à 95 % et sa spécificité d'au moins 95 % (b)(4,6,7,12,14,15,19,20). Soit un rapport de vraisemblance positif d'au moins 16 et un rapport de vraisemblance négatif d'au plus 0,05 (c).

L'opacification digestive par lavement avec un produit de contraste hydrosoluble n'est pas nécessaire pour porter le diagnostic de perforation, mais elle semble utile quand une fistule entre le côlon et un organe voisin est évoquée (14).

L'échographie a l'inconvénient d'être parfois douloureuse, par pression sur l'abdomen (7). Ses performances diagnostiques sont inférieures à celles du scanner. Elles dépendent de l'expérience de l'opérateur et sont diminuées en cas d'obésité (6,7,12,14,15). L'échographie est néanmoins l'examen de premier choix chez les femmes qui pourraient être enceintes, car elle n'expose pas aux radiations.

Évolution favorable chez la plupart des patients

La majorité des patients atteints de diverticulite aiguë ont une forme non compliquée (2,5,21). La plupart des diverticulites aiguës non compliquées évoluent favorablement sans chirurgie. Dans une cohorte rétrospective d'environ 210 000 patients pris en charge à l'hôpital pour un premier épisode de diverticulite aiguë compliquée ou non, 85 % des patients ont été traités sans chirurgie, avec une mortalité de 2 % (22).

Chez 10 % à 25 % des patients hospitalisés pour une diverticulite aiguë, celle-ci est compliquée d'un abcès péri-colique, d'une perforation colique avec péritonite, ou d'une sténose responsable d'une occlusion. Elle est aussi parfois associée à une fistule entre le côlon et un organe voisin, le plus souvent la vessie (2à7,17,19). En cas de complication, la mortalité est de l'ordre de 5 %, voire plus en cas de péritonite (4,6,22).

Signes d'alerte



Chez les patients qui ont une diverticulite aiguë, certains signes cliniques présents initialement ou apparaissant au cours du suivi font évoquer une complication qui justifie une hospitalisation en

urgence :

- frissons, hypotension artérielle, confusion, fréquence respiratoire accélérée (supérieure à 21 par minute) ;
- vomissements ou intolérance alimentaire complète ;
- rectorragie, arrêt complet du transit intestinal avec absence de gaz ;
- distension abdominale, disparition des bruits hydroaériques abdominaux à l'auscultation, contracture continue douloureuse de l'ensemble de l'abdomen ;
- fièvre et douleurs abdominales qui ne diminuent pas en 2 à 4 jours ;
- présence d'air ou de matières fécales dans les urines, difficultés à uriner (1à4).

©Prescrire

- 1- Haute autorité de santé "Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique. Argumentaire scientifique" novembre 2017 : 166 pages.
- 2- Pemberton JH et coll. "Clinical manifestations and diagnosis of acute diverticulitis in adults" UpToDate Site www.uptodate.com consulté le 28 août 2018 : 16 pages.
- 3- Feingold D et coll. "Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis" *Dis Colon Rectum* 2014 ; 57 (3) : 284-294.
- 4- Swanson SM et Strate LL "Acute colonic diverticulitis" *Ann Intern Med* 2018 ; 168 (9) : ITC65-ITC80.

Dans les 10 années qui suivent un premier épisode de diverticulite aiguë traitée sans chirurgie, une récurrence survient chez environ 25 % à 35 % des patients (2,3,14,21,22). En cas de récurrence, les complications ne semblent pas plus fréquentes que lors du premier épisode de diverticulite, sauf les sténoses et les fistules quand les accès se répètent (3,4,6,12,21).

Diverticulite aiguë non compliquée : antibiothérapie souvent inutile

Une grande partie des recommandations concernant le traitement des formes non compliquées de diverticulite aiguë ne repose pas sur des essais randomisés, mais sur des consensus d'experts.

b- Dans la plupart des études évaluant les performances des examens d'imagerie pour le diagnostic de diverticulite aiguë, la référence a été l'évolution clinique (réf. 20).

c- Les chances de retenir à bon escient le diagnostic envisagé sont d'autant plus grandes que la valeur du rapport de vraisemblance positif (RV+) d'un signe (ou d'une combinaison de signes) est élevée. Les chances d'écarter à bon escient le diagnostic envisagé sont d'autant plus grandes que la valeur du RV- d'un signe (ou d'une combinaison de signes) est basse. Par convention, la capacité discriminante d'un signe est dite "très importante" quand la valeur du RV+ est supérieure à 10 ou quand la valeur du RV- est inférieure à 0,1.

Soulager la douleur, sans AINS. La douleur de la diverticulite aiguë est parfois intense. Plusieurs études ont mis en évidence une augmentation du risque de complication de diverticulite chez les consommateurs d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) (2,6,12,17,23). On ne sait pas ce qu'il en est en cas d'utilisation ponctuelle pour soulager les douleurs de diverticulite aiguë (6). Par ailleurs, les AINS altèrent la réponse immunitaire et aggravent des infections bactériennes (24).

Une augmentation du risque de perforation a aussi été constatée chez des patients atteints de diverticulite et traités par opioïde, mais un lien de causalité n'est pas formellement établi (2,12,17,23).

Pour traiter la douleur de la diverticulite aiguë, le *paracétamol* est le premier choix. Un opioïde est un recours à envisager en cas de douleurs intenses (13). Les AINS sont à écarter (12).

Mise au repos du tube digestif : pas d'évaluation. Une alimentation sans fibre, dite sans résidu, voire la mise au repos complète du tube digestif, est traditionnellement recommandée aux patients qui ont une diverticulite aiguë. Cependant, les synthèses méthodiques et guides de pratique clinique que nous avons recensés ne rapportent aucune évaluation solide et aucune explication physiopathologique claire à l'appui de cette recommandation (4,7,13,25). Dans les formes non compliquées de diverticulite aiguë, certains guides de pratique préconisent une alimentation sans restriction si elle est bien tolérée (6,14).

Antibiotiques peu efficaces. Deux essais randomisés non aveugles totalisant 1 239 patients ont comparé un traitement antibiotique versus l'absence d'antibiothérapie chez des patients atteints de diverticulite aiguë non compliquée confirmée par scanner. Les patients immunodéprimés ont été exclus (26,27).

L'âge moyen des patients était de 57 ans. À l'inclusion, la plupart des patients avaient une température corporelle inférieure à 38 °C ou 38,7 °C et une CRP inférieure à 130 mg/l ou 160 mg/l, selon l'essai (26,27).

Dans un essai, l'antibiothérapie d'une durée totale d'au moins 7 jours a été débutée par voie intraveineuse avec une céphalosporine de 2^e ou 3^e génération associée avec du *métronidazole*, ou un carbapénème, ou l'association *pipéracilline* + *tazobactam*, et poursuivie ensuite par voie orale par du *métronidazole* associé avec une céphalosporine ou une fluoroquinolone (26). Dans l'autre essai, l'antibiotique utilisé a été l'association *amoxicilline* + *acide clavulanique* pendant 10 jours, dont au moins 48 heures par voie intraveineuse, ou une association fluoroquinolone + *métronidazole* en cas d'allergie aux pénicillines (27).

Dans ces essais, il n'a pas été constaté de différence statistiquement significative entre les groupes en ce qui concerne le délai de guérison, la fréquence des complications ou des récurrences (26 à 28). Leur puissance statistique ne permet pas d'écarter l'éventualité de différences modérées (27).

Une synthèse méthodique avec méta-analyses mise à jour en 2017 a regroupé les résultats de ces deux essais, d'une étude prospective comparative, non randomisée et de trois études rétrospectives, soit 2 153 patients au total (29). L'absence d'antibiothérapie d'emblée n'a pas semblé exposer à un risque accru de complication par rapport au groupe de patients ayant reçu un traitement antibiotique (risque relatif (RR) = 0,63 ; intervalle de confiance à 95 % (IC95) : 0,25 à 1,57). Il n'y a pas eu non plus d'augmentation du nombre de réhospitalisations (RR = 1,01, IC95 : 0,75 à 1,37).

Plusieurs guides de pratique clinique, dont le guide français de la Haute autorité de santé (HAS) publié en 2017, recommandent de traiter sans antibiotique les patients qui ont une diverticulite aiguë sans complication et sans facteur de risque d'évolution défavorable (4,6,14,15). Chez ces patients, différer de 2 à 3 jours la décision de mettre en route un traitement antibiotique paraît être une attitude raisonnable (12,14).

Signes de gravité, patients fragiles, femmes enceintes : antibiothérapie par prudence.

Selon une synthèse méthodique qui a recensé 21 études prospectives ou rétrospectives portant sur plusieurs milliers de patients, certains critères sont associés à un plus grand risque d'évolution défavorable, notamment : la présence d'autres affections ; une immunodépression ; un traitement par AINS ou par corticoïde ; une CRP supérieure à 150 mg/l (17). Dans ces situations, malgré l'absence d'évaluation comparative, une antibiothérapie est motivée par le risque infectieux. Une fièvre supérieure à 38,5 °C, ou des signes d'infection généralisée, ou un retentissement sur l'état général, ainsi qu'une grossesse, sont des motifs de traitement par antibiotique (6,14).

Antibiothérapie par voie orale. Quelques essais randomisés de faible effectif ont comparé diverses modalités de traitement antibiotique chez des patients ayant une diverticulite aiguë non compliquée : voie orale versus voie intraveineuse ; diverses durées par voie intraveineuse ou diverses durées totales d'antibiothérapie (12,14,30,31). Aucun de ces essais n'a mis en évidence de différence d'efficacité entre les modalités testées, mais leur faible puissance statistique ne permet pas d'écarter l'éventualité de différences modérées.

La plupart des guides de pratique clinique que nous avons retenus ne font pas de recommandation concernant le choix des antibiotiques ni la durée du traitement (2,4,6,7,15). Le guide de la HAS recommande, sur la base d'avis d'experts, une antibiothérapie probabiliste à large spectre, par voie orale, pendant une durée maximale de 7 jours : *amoxicilline* + *acide clavulanique* ; ou fluoroquinolone + *métronidazole* en cas d'allergie aux pénicillines (14).

Surveillance clinique de l'évolution. La plupart des diverticulites aiguës non compliquées ont une évolution favorable sans chirurgie. Avec ou sans antibiotique, la douleur et la fièvre s'amendent le plus

souvent en 2 à 4 jours et la guérison clinique complète survient en général en moins de 2 semaines (26,27). Quelle que soit la prise en charge retenue, une surveillance clinique est prudente (lire l'encadré "signes d'alerte" page 839). Quand l'évolution clinique est favorable, il n'est pas justifié d'effectuer à nouveau des examens biologiques ou d'imagerie (14).

Traitement à domicile. Un essai randomisé et une dizaine d'études de suivi de cohortes, comparatives ou non, ont évalué le traitement sans hospitalisation de patients ayant une diverticulite aiguë confirmée par scanner, sans signe de complication ni facteur de risque d'évolution défavorable. Dans ces études, une aggravation a conduit à hospitaliser 6 % à 7 % des patients (14,32,33).

Plusieurs guides de pratique clinique proposent le traitement à domicile des patients qui ont une diverticulite non compliquée, sans autre problème de santé, quand le maintien d'une alimentation orale est possible et quand ils peuvent recevoir l'aide d'un proche au domicile (4,7,14,15).

En pratique **Traitement de certains patients à domicile, souvent sans antibiotique**

La majorité des patients atteints de diverticulite aiguë ont une forme non compliquée. Dans certaines conditions, quand ce diagnostic a été confirmé par scanner, il est justifié d'envisager le traitement à domicile, souvent sans antibiotique, des patients sans autre problème de santé. En se fondant sur les quelques données d'évaluation disponibles et sur les avis consensuels de spécialistes, nous avons formulé, ci-dessous, des propositions pour la prise en charge des diverticulites aiguës non compliquées.

Synthèse élaborée collectivement
par la Rédaction
sans aucun conflit d'intérêts
©Prescrire

Les Propositions Prescrire

Diverticulites coliques aiguës : traitement à domicile sous certaines conditions

— Chez les patients qui ont des signes cliniques qui font évoquer une diverticulite colique aiguë, des examens biologiques sont à effectuer rapidement : numération formule sanguine et dosage sanguin de la CRP, de la créatinine ; examen cyto bactériologique des urines ; éventuellement test de grossesse.

— Un examen d'imagerie, le plus souvent un scanner abdomino-pelvien avec injection intraveineuse de produit de contraste est généralement nécessaire pour confirmer le diagnostic. Une échographie effectuée par un praticien expérimenté est une alternative raisonnable quand un scanner ne peut pas être rapidement obtenu. L'absence de signe de complications à l'échographie est à confirmer par un scanner avant d'envisager un traitement sans hospitalisation.

— Il est justifié de traiter à domicile les patients qui ont une diverticulite aiguë non compliquée, s'ils sont en bonne santé par ailleurs, si le maintien d'une alimentation orale est possible et s'ils peuvent recevoir l'aide d'un proche. Il est prudent de traiter à l'hôpital les femmes enceintes.

— Le traitement à domicile repose sur la prescription d'analgésiques : *paracétamol* en premier choix. Quand les douleurs sont intenses, un traitement par opioïde est à envisager, en sachant qu'il augmente peut-être le risque de

perforation colique. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont à écarter (risque accru de complication).

— Il n'y a pas d'argument solide pour modifier l'alimentation au cours d'un épisode aigu de diverticulite aiguë traité à domicile.

— Un traitement antibiotique est prudent quand on constate une fièvre supérieure à 38,5 °C, un retentissement sur l'état général, une CRP supérieure à 150 mg/l ou chez les patients traités par AINS avant l'épisode aigu.

— À domicile, si une antibiothérapie est décidée, le choix se porte vers des antibiotiques à large spectre, par voie orale, par exemple : *amoxicilline* + *acide clavulanique* ou, en cas d'allergie aux pénicillines, fluoroquinolone + *métronidazole*, pendant 7 jours.

— La surveillance du traitement à domicile d'un épisode de diverticulite aiguë non compliquée repose sur la clinique. En cas d'aggravation ou en l'absence d'amélioration tangible en 2 à 4 jours, une hospitalisation est à envisager. Quand l'évolution clinique est favorable, il n'est pas utile de réaliser de nouvel examen biologique ou d'imagerie.

©Prescrire

Rev Prescrire 2018 ; 38 (421) : 841