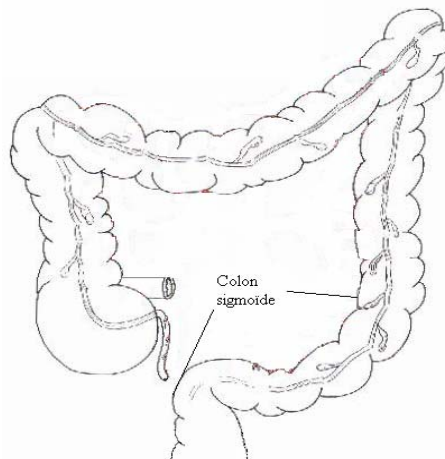


INFORMATIONS AUX PATIENTS
LA DIVERTICULOSE COLIQUE ET LA SIGMOÏDITE
Dr Lionel Charbit

Madame, Monsieur,

Cette brochure est destinée à répondre aux questions fréquentes concernant la chirurgie de la diverticulose colique. Il s'agit d'un document n'abordant que des principes généraux, sans être exhaustif, ni normatif.

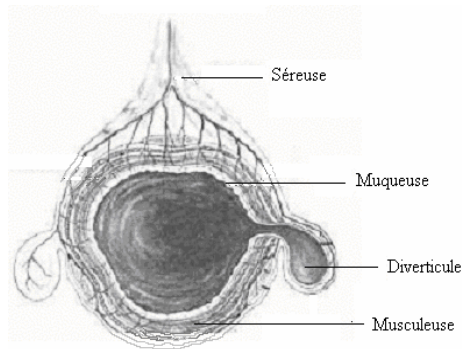
De quoi s'agit-il ?



Vue du côlon de face

Le **côlon**, ou gros intestin, est divisé en trois parties : droite, transverse et gauche. Le sigmoïde, qui constitue la partie terminale du colon gauche, s'abouche dans le rectum. La paroi du côlon est formée de différentes tuniques : muqueuse, musculuse et séreuse (fine membrane de péritoine à sa surface).

Un **diverticule** est une hernie de la muqueuse à travers la paroi musculaire colique.



Vue en coupe du côlon et de diverticules

L'apparition de diverticules et l'augmentation de leur nombre s'observent avec le vieillissement, sans que l'on sache vraiment pourquoi, même si le régime alimentaire semble en cause. Lorsqu'ils sont multiples, on parle de **diverticulose**, laquelle peut siéger sur n'importe quel segment colique, bien que sa localisation prédomine au niveau du sigmoïde (80% des cas). Dans 15% des cas, la diverticulose intéresse la totalité du côlon. C'est une **pathologie très fréquente**, qui est le plus souvent asymptomatique.

Complications de la diverticulose

La diverticulose se complique dans environ 10% des cas. Les complications sont liées au traumatisme de la muqueuse des diverticules, causées par des matières fécales piégées en leur sein, qui forment comme des « petits cailloux » ou stercolithes. Les ulcérations de la muqueuse peuvent s'infecter, entraîner une inflammation ou **diverticulite**. La **sigmoïdite** est une diverticulite localisée au côlon sigmoïde. Si le diverticule se perforé, il aboutit soit à la formation d'un **abcès**, soit à **péritonite** grave (passage de selles dans l'abdomen), mais fort heureusement rare (5% des complications infectieuses).

A distance des poussées de sigmoïdite, l'inflammation peut faire place à une fibrose cicatricielle, qui peut rétrécir le calibre du côlon, jusqu'à l'**occlusion**.

Les hémorragies sont plus rares. Elles sont dues à l'ulcération d'un vaisseau de la muqueuse diverticulaire. Survenant brutalement, sans aucun signe annonciateur, elles peuvent être très abondantes et leur évolution imprévisible.

Les diverticules ne se transforment jamais en cancer.

Les examens les plus utiles pour poser le diagnostic sont le scanner abdominal avec opacification digestive basse, le lavement radio opaque et la coloscopie. Ces examens

permettent de mettre en évidence les diverticules et l'existence d'une complication, comme un abcès.

Traitement

Dans le cas d'une sigmoïdite non compliquée, le traitement initial comporte une antibiothérapie associée à un régime pauvre en fibres végétales pendant 3 semaines à un mois.

Le seul traitement curatif de la diverticulose est chirurgical, fondé sur la résection du segment colique malade. Il s'agit le plus souvent d'une sigmoïdectomie, laquelle peut être élargie à la partie descendante du côlon gauche en cas de diverticulose étendue. Cette intervention est dans la mesure du possible différée par rapport à la dernière poussée de sigmoïdite, afin d'être à distance des phénomènes inflammatoires et de rendre la procédure plus facile. Le rétablissement de la continuité colique est réalisé dans le même temps opératoire, par une « couture » entre le colon gauche et le rectum.

Cette intervention est actuellement réalisée par **laparoscopie**, c'est-à-dire à l'aide d'une caméra et d'instruments longs, introduits par des petits orifices pratiqués sur la paroi abdominale.

L'indication opératoire

Seuls 30% des patients, qui ont fait une première poussée non sévère de sigmoïdite aiguë, en feront une seconde. En revanche, en cas de récurrence, le risque de poussée ultérieure augmente à 70 – 80%. L'indication opératoire concerne les patients ayant une **forme compliquée** d'emblée (abcès, péritonite, communication avec un autre organe), une **première poussée de sigmoïdite aiguë diverticulaire** (sévère mais non compliquée) avant l'âge de cinquante ans ou deux poussées au-delà de cet âge.

Le délai idéal entre la dernière poussée et l'intervention est de deux à trois mois (régression de l'inflammation locale et meilleures conditions opératoires).

Les **formes hémorragiques** et les **occlusions** posent des problèmes spécifiques, qu'il est difficile de schématiser.

Complications post-opératoires

Elles ne sauraient être résumées en quelques lignes. Elles sont rares, fonctions de l'âge, des maladies associées et de la forme compliquée ou non de la sigmoïdite.

Le risque majeur du rétablissement colique après résection est la **fistule anastomotique**, autrement dit la fuite de matières à travers tout ou partie de la suture colique (suture non étanche), que cette dernière ait été effectuée à la main ou à l'aide d'une pince, par laparoscopie ou après une incision médiane. Il s'agit d'une péritonite post-opératoire, qui impose une réintervention en urgence et parfois la confection d'une colostomie (anus artificiel) temporaire. Ce risque est compris entre 1 et 3%.

Les autres risques sont inhérents à tout acte de chirurgie abdominale (hémorragie, infection, atteinte d'un autre organe abdominal), à l'anesthésie générale, ou spécifique de la laparoscopie, comme l'exceptionnelle embolie gazeuse (passage de gaz dans la circulation). Cette liste n'est pas exhaustive et le chirurgien répondra de façon spécifique à toutes vos questions.

En pratique

Vous entrez à l'hôpital la veille de l'opération. Vous êtes réalimenté dès le lendemain de l'intervention lorsqu'elle a été effectuée par laparoscopie. La sortie a lieu entre le 3^{ème} et 6^{ème} jour post-opératoire, après la reprise du transit. Les douleurs s'amendent rapidement, bien qu'elles puissent persister quelques jours dans les épaules (résorption du gaz).

Eviter le port de charges lourdes et les sports violents pendant 8 semaines. **Alertez votre médecin si vous constatez** : sécrétion purulente au niveau des incisions ou rougeur locale, fièvre, douleurs très intenses non calmées par les antalgiques usuels ou distension de l'abdomen avec arrêt du transit (arrêt des gaz).

Toutes les ordonnances vous seront remises avant votre sortie, ainsi qu'un rendez-vous de consultation à 1 mois.

N'hésitez pas à poser toutes les questions à votre le chirurgien, qui y répondra de façon spécifique, en tenant compte de votre cas particulier.