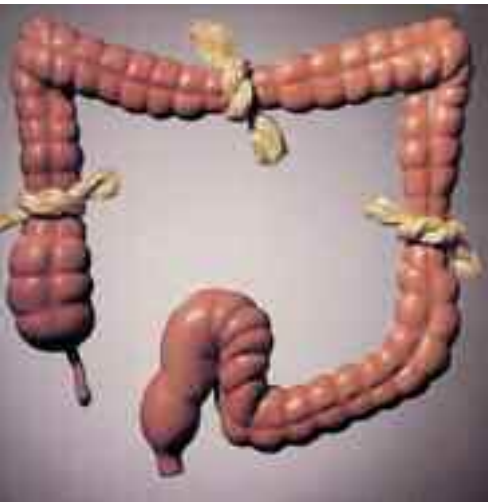


Une constipation chronique qui n'en est pas une...

François Melançon, MD



La diverticulite

La diverticulite, c'est l'inflammation d'un diverticule. On en ignore toutefois la physiopathologie exacte. On croit que des selles pourraient s'accumuler dans le diverticule et causer de l'obstruction. Le diverticule continue pour sa part à sécréter normalement du mucus, ce qui distend la cavité et provoque une prolifération bactérienne. Certains pensent que cette pression augmentée associée à la présence de particules plus sèches peut entraîner l'érosion de la paroi muqueuse, une inflammation, une nécrose focale et dans certains cas, une perforation. Souvent, la graisse de l'épiploon bouche spontanément les petites perforations et « limite les dégâts », mais, à l'occasion, de plus larges perforations ou la présence d'une immunité déficiente chez quelques patients peuvent causer la progression de la diverticulite vers l'abcès ou, plus rarement, vers la rupture intestinale ou la péritonite.

Une diverticulite peut se compliquer de la formation d'une fistule, surtout en présence d'un abcès. Cette fistule se crée entre l'intestin et un organe adjacent ou la peau. Des diverticulites récurrentes peuvent se compliquer de la formation de tissu cicatriciel, et à la suite d'un rétrécissement ou même d'une obstruction de la lumière colique.

Quoique les épisodes de diverticulite affectent surtout les personnes âgées, 20 % de tous les cas touchent des gens de moins de 50 ans.

Le cas de Michel

Michel, 47 ans, vous consulte à la salle d'urgence pour une douleur abdominale sévissant depuis trois jours.

Ses symptômes

Il ne fait pas de température, n'a pas noté de changement concernant ses habitudes de selles et n'a pas souffert de méléna ou de rectorragies. Il va à la selle chaque jour et a des selles parfaitement « normales » selon lui. Il ne souffre d'aucun brûlement mictionnel et n'a aucun symptôme urinaire. Son appétit est vaguement diminué, mais il n'a aucune nausée et mange ses trois repas par jour.

(Le cas se poursuit à la page suivante.)

Le diagnostic

La présentation clinique

Les présentations cliniques varieront beaucoup selon l'endroit où est située la diverticulite, la gravité de l'inflammation et la présence ou non de complications. Jusqu'à 70 % des gens se plaindront de douleurs crampiformes à la fosse iliaque gauche souvent associées, mais pas toujours, à un changement d'habitudes des selles. D'autres patients se plaindront de nausée et de vomissements, de diarrhée ou de constipation, de flatulences et de ballonnements, soit exactement les mêmes symptômes que ceux associés au côlon irritable.

Diagnostiques différentiels

Une microperforation bouchée par la graisse de l'épiploon pourra être presque asymptomatique, mais pourra aussi évoluer en un abcès franc associé à des signes d'infection systémique, comme l'hyperthermie, et même en une péritonite franche. En raison des lieux variés où elle peut se présenter, la diverticulite est une grande imitatrice et passera tantôt pour une appendicite aiguë, tantôt pour un ulcère

Suite du cas de Michel

L'investigation

L'examen abdominal est fort peu contributoire : pas de défense, péristaltisme normal, une vague sensibilité diffuse et évidence à la percussion de selles abondantes. Le toucher rectal n'est pas douloureux. La formule sanguine est sans particularité : les globules blancs ne sont pas augmentés et la différentielle est normale. La plaque simple confirme une abondance de selles le long du cadre colique, sans autres éléments notables.

Vous concluez à une constipation chronique et renvoyez le patient avec un laxatif oral. Il revient trois jours après. Quoiqu'il soit allé passablement à la selle, il a toujours autant mal au ventre. Vous répétez le bilan sanguin. Il demeure normal.

Que faites-vous? De quoi Michel souffre-t-il?

d'estomac, une cholécystite ou une pancréatite. Une extension dans le rétropéritone pourra suggérer une pyélonéphrite et être associée à de la dysurie et à de l'urgence mictionnelle, alors qu'une diverticulite placée bas dans le côlon pourra imiter un problème gynécologique (PID).

L'examen physique

Tout comme les plaintes varieront selon la gravité et la localisation du processus pathologique, l'examen physique sera très varié d'un cas à l'autre, mais la plupart du temps non contributoire. Dans certains cas, les trouvailles pourront être quasi absentes. Dans les cas de diverticulites compliquées d'abcès, on retrouvera une masse douloureuse palpable dans 20 % des cas. Parfois, s'il y a perforation, l'abdomen pourra être tympanique et les bruits intestinaux absents ou au moins diminués.

Les patients dont l'examen physique est le moins contributoire sont les gens âgés prenant des stéroïdes. Ces patients peuvent souffrir d'une catastrophe abdominale presque complètement camouflée par les stéroïdes, présenter un tableau de choc « soudain », et décéder de leur diverticulite avant qu'on puisse même poser le diagnostic.

Le laboratoire

On utilise les épreuves de laboratoire comme aide diagnostique, même si les résultats peuvent souvent prêter à confusion.

- En général, on notera une leucocytose et une abondance de polymorphonucléaires, mais l'absence d'une leucocytose n'élimine pas le diagnostic, puisque jusqu'à 40 % des patients souffrant de diverticulite ont une formule blanche normale.
- Les patients qui vomissent devront passer un dosage d'électrolytes et on fera des tests de fonction hépatique et de la lipase chez tous les patients.
- On s'assurera de la fonction rénale avant de demander des tests avec matériel de contraste.
- Une analyse et une culture d'urine aideront au diagnostic différentiel.
- Des hémocultures devraient être prises avant de débiter une antibiothérapie empirique chez les patients avec une condition grave ou chez les immunocompromis.
- Un test de grossesse devrait toujours être fait chez les femmes en âge d'avoir des enfants pour ne pas manquer une grossesse ectopique.

Les tests d'imagerie

Recommandés

- Le meilleur test à demander est la tomodensitométrie, dont la sensibilité et la spécificité atteignent maintenant 97 %. Elle permettra de confirmer le diagnostic, d'en évaluer la gravité ainsi que le stade clinique et de découvrir la présence et l'extension de possibles complications.
- La plaque simple de l'abdomen est demandée pour vérifier la présence d'un iléus ou d'une obstruction colique.
- On vérifie toujours sous les diaphragmes pour s'assurer qu'il n'y ait pas d'air libre, témoin d'une perforation.

Le meilleur test à demander est la tomodensitométrie, dont la sensibilité et la spécificité atteignent maintenant 97 %.

Conclusion du cas de Michel

Devant la persistance de ses symptômes et un laboratoire non contributoire, Michel a subi une tomodensitométrie de l'abdomen qui a démontré la présence d'une diverticulite aiguë au côlon sigmoïde.

Il a été traité avec une combinaison de métronidazole et de ciprofloxacine. Son état s'est rapidement amélioré.

Jusqu'à un patient sur quatre se présentant avec un premier épisode de diverticulite nécessitera une chirurgie.



Dr Melançon est omnipraticien et compte 25 années d'expérience dont 18 en salle d'urgence. Il a pratiqué en cabinet privé et en CLSC. Il est récemment revenu

à ses premières amours, soit la médecine d'urgence, la traumatologie et la psychiatrie.

Non recommandés

- Les études endoluminales avec produits de contraste sont moins sensibles puisque la majeure partie de l'inflammation est extraluminale.
- En raison du risque de perforation, l'endoscopie n'est pas recommandée en phase aiguë. Plus tard, on l'utilisera pour évaluer l'étendue d'une diverticulose ou pour s'assurer de la nature bénigne d'un rétrécissement colique imputé à une stricture postdiverticulite.

Le traitement

La prise en charge médicale traitera avec succès presque 100 % des patients souffrant d'une diverticulite non compliquée.

Diète liquide et antibiotiques

Le traitement consistera en une diète de liquides clairs et en une couverture antibiotique à large spectre, qui doit s'attaquer autant aux anaérobies du type *Bacteroides fragilis* ou *Clostridium* qu'aux aérobies, comme *E. Coli*, *Klebsiella*, *Proteus* et *Enterobacter*. Par exemple, on pourra combiner de la ciprofloxacine ou du triméthoprime sulfaméthoxazole avec du métronidazole. De la moxifloxacine ou de l'amoxicilline pourront être utilisées en monothérapie. La diète sera progressivement modifiée pour refléter l'amélioration clinique, qui se produit normalement en moins de trois jours.

Contrôle de la douleur

Le contrôle de la douleur est important. La morphine demeure un excellent choix, même si des considérations théoriques suggèrent que la mépéridine

pourrait être un meilleur choix en raison d'effets possiblement négatifs de la morphine sur le tonus intestinal et celui des sphincters.

Hospitalisation

Les cas plus graves (signes de péritonite ou d'infection systémique, patients incapables de se nourrir oralement) devraient être hospitalisés, mis sous intraveineuse, et des consultations en chirurgie et en maladies infectieuses devraient être obtenues.

Chirurgie

Jusqu'à un patient sur quatre se présentant avec un premier épisode de diverticulite nécessitera une chirurgie. Les éléments suivants devraient automatiquement entraîner une consultation chirurgicale :

- une perforation avec présence d'air libre et une péritonite fécale;
- une péritonite secondaire à la rupture d'un abcès;
- une hyperthermie non contrôlée;
- un abcès abdominal ou pelvien;
- la présence d'une fistule;
- l'incapacité à éliminer un néo;
- une obstruction intestinale;
- un statut immunocompromis;
- un patient très âgé ou des épisodes récurrents.

Tout patient opéré d'urgence devrait recevoir en préopératoire une antibiothérapie prophylactique. La plupart des patients subiront une procédure en deux étapes. La décision de procéder à une chirurgie électorale six semaines après un traitement médical réussi d'une diverticulite se prend au cas par cas. On envisagera notamment une chirurgie de résection en présence d'épisodes multiples ou d'une crise grave. **C**