

SIGMOÏDITE DIVERTICULAIRE ET DIALYSE PERITONEALE. ENQUETE DANS LA REGION EST

R. MONTAGNAC, D. COEURET, F. SCHILLINGER
Service de Néphrologie- Hémodialyse
Centre Hospitalier de Troyes
et l'Association des Néphrologues de l'Est (*)

Les auteurs rapportent les différents éléments cliniques, thérapeutiques et évolutifs recueillis lors d'une enquête menée dans la région Est, rétrospectivement sur 6 ans, pour analyser les péritonites survenues en DP sur sigmoïdite diverticulaire et l'attitude qui a prévalu.

Au sein de la population étudiée et pour la période analysée, le diagnostic de péritonite fécale a été retenu chez 23 patients par la mise en évidence, à la culture du dialysat, de germes d'origine digestive. La présentation clinique permet de les classer en 3 groupes.

Pour 22 de ces patients, les traitements ont été chirurgicaux 6 fois (4 d'emblée, 2 après traitement médical initial) et 16 fois seulement médicaux. 2 patients sont décédés, 13 ont été transférés en hémodialyse et 8 maintenus en DP.

I - BUTS ET METHODES

Un patient traité par dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) au Centre Hospitalier de Troyes a voulu rester sur cette technique en dépit de la survenue d'une péritonite sur sigmoïdite diverticulaire ayant nécessité une cure chirurgicale. Une enquête a alors été menée auprès des Services de Néphrologie pratiquant la DP dans la région Est de la France (Besançon, Charleville-Mézières, Colmar, Metz, Montbéliard, Mulhouse, Nancy, Reims, Strasbourg, Thionville, Troyes, Verdun, Vesoul et Vittel) afin de recenser des cas similaires.

Concernant uniquement les patients qui, entre le 01.01.1992 et le 01.01.1998 (soit 6 ans), avaient présenté, sur cette technique, des péritonites imputées à une diverticulose colique, elle recueillait les items suivants :

- 1) âge et sexe
- 2) étiologie de l'insuffisance rénale
- 3) date de début de la DP et de son interruption éventuelle
- 4) date et mode de diagnostic de la diverticulose colique
- 5) mode de traitement et évolution des péritonites
- 6) devenir ultérieur de la DP

II - RESULTATS

1) La population étudiée :

233 patients étaient en DP au 01.01.1992

951 ont été pris en charge au cours de cette période de 6 ans

383 patients étaient en DP au 01.01.1998.

23 (dans 11 des 14 Centres) sont concernés par notre étude.

Le délai moyen de survenue de la première péritonite d'origine digestive à compter de la prise en charge en DP est de 19 mois (extrêmes : 0,5 mois et 7 ans) . Dans 5 cas, la diverticulose colique était connue avant celle-ci.

Les caractéristiques de ces patients, rapportées dans le tableau I, indiquent :

- une nette prédominance féminine (16 femmes pour 7 hommes),
- un âge moyen de 66,2 ans à la prise en charge en DP (extrêmes: 34-85)
- et de 67 ans lors du diagnostic
- comme étiologie de l'insuffisance rénale, une polykystose rénale (PKR) dans 17,5% des cas, une néphropathie glomérulaire (GNC) dans 30%, interstitielle (NIC) dans 13%, vasculaire (NVx) dans 13%, diabétique (ND) dans 9%, et une cause restée indéterminée (Nx) chez 17,5% des patients.

2) 3 groupes de patients :

Groupe 1 de huit patients (n°1 à 8), âgés de 36 à 72 ans (moyenne: 54,7), dont la péritonite sur sigmoïdite diverticulaire a pu être affirmée.

Groupe 2 de treize patients (n°9 à 21), âgés de 62 à 85 ans (moyenne: 74,4), ayant présenté une (ou des) péritonite(s) à germes digestifs supposées liées à une diverticulose colique sous-jacente.

Groupe 3 de deux patients (22 et 23), âgés de 67 et 65 ans : le premier a présenté une péritonite sans germe sur diverticulose antérieurement connue et le second aucune infection au cours des 16 mois précédant la découverte d'une diverticulose.

Tableau I - Caractéristiques des patients

	Patients	Sexe	Etiologie I.R.C.T.	Age au début DP	(années) qd Dg diverticulose
Groupe 1	1	H	GNC	56	57
	2	H	NVx	51	51
	3	F	GNC	38	39
	4	F	NIC	70	72
	5	F	NIC	61	61
	6	F	GNC	34	36
	7	F	ND	65	67
	8	F	GNC	63	65
Groupe 2	9	F	PKR	81	84
	10	H	PKR	65	65
	11	F	PKR	68	73
	12	F	NVx	84	85
	13	H	Nx	69	69
	14	H	Nx	66	68
	15	H	NVx	70	70
	16	F	GNC	64	64
	17	F	Nx	62	62
	18	F	NIC	68	71
	19	F	ND	80	82
	20	H	GNC	82	83
	21	F	GNC	85	85
Groupe 3	22	F	PKR	63	67
	23	F	Nx	78	65

3) Au total, on dénombre 37 épisodes de péritonite digestive dans l'historique de ces patients, avec, lorsque la culture est positive, les germes suivants (unique 19 fois et 2 germes au moins 12 fois) - (Tableau II)

Tableau II - Liste des germes

		nombre de fois où le germe est retrouvé seul ou en association
<i>Cocci Gram Positif</i>	<i>Streptococcus peptococcus</i>	1
	<i>Streptococcus intermedius</i>	3
	<i>Enterococcus faecalis</i>	5
	<i>Enterococcus gallinarum</i>	1
<i>Bacilles Gram négatif</i>	<i>Escherichia coli</i>	11
	<i>Serratia liquefaciens</i>	1
	<i>Proteus mirabilis</i>	1
	<i>Morganella morganii</i>	2
	<i>Bacteroides fragilis</i>	1
	BGN non précisé	1
<i>Bacilles Gram positif</i>	<i>Bacillus</i>	1
	<i>Corynebacterium species</i>	1
<i>Levures</i>	<i>Candida albicans</i>	5
"multi-microbienne"		9
Culture stérile		5

4) les aspects cliniques et paracliniques ont été recensés à partir du groupe 1.

Pour la température, il s'agit plutôt d'un état subfébrile puisque toujours inférieur ou égal à 38,5°, y compris dans les deux cas avec perforation, ce qui en fait un paramètre trompeur.

Il n'y a eu diarrhée que dans un cas.

L'abdomen était sensible à la palpation dans tous les cas, sans défense dans 4 cas, avec défense franche dans les 4 autres cas où la décision d'un geste chirurgical a été immédiate.

Chez 5 patients, une péritonite a précédé la sigmoïdite et, traitée médicalement, a été considérée comme guérie (après quinze jours en moyenne). Le court intervalle de temps existant avec la sigmoïdite (qui s'est avérée perforée par la suite dans 3 de ces cas) fait suspecter qu'il s'agissait déjà, un mois avant, du même processus infectieux colique, seulement refroidi, et non guéri, par le traitement antibiotique et qui aurait récidivé plus sévèrement après une période d'évolution infraclinique.

A côté des cultures du dialysat, toujours positives, certains autres examens paracliniques n'ont été que parfois documentés : cellularité de l'effluent, leucocytose sanguine. L'imagerie utilisée est variable.

Dans trois cas, la réalisation d'un lavement a peut-être favorisé la survenue d'une perforation :

- la veille de celle-ci, un lavement à la gastrograffine pour bilan d'une péritonite à *E.coli* survenue un mois auparavant,
- péritonite quatre jours après un lavement baryté de contrôle, effectué trois semaines après guérison clinique d'une sigmoïdite.
- lavement évacuateur pour fécalome vingt-quatre heures avant l'apparition des signes de péritonite

Prudence doit donc être observée, dans un tel contexte, vis à vis de la réalisation de lavements, diagnostiques comme thérapeutiques.

5) Le traitement a été :

- 5 fois chirurgical et 3 fois médical pour le groupe 1
- 1 fois chirurgical et 12 fois médical pour le groupe 2
- 1 fois médical, pour le patient 22 (péritonite clinique sur diverticulose connue mais sans germe à la culture)

soit, au total : 6 traitements chirurgicaux

- 4 "à chaud" et en 2 temps, par hémicolectomie gauche avec colostomie de décharge, et remise en continuité dans un second temps
- 2 différés : traitement initialement médical, puis sigmoïdectomie "à froid" avec anastomose termino-terminale en un seul temps

16 traitements médicaux seuls selon des protocoles classiques associant antibiotiques par voie intra-péritonéale et/ou systémique (per os ou I.V.)

Le cathéter n'a été signalé comme changé que chez 3 patients.

6) Evolution :

- 2 décès (= 4,4%) âgés (84 et 85 ans), l'un en post-opératoire et l'autre d'un choc septique consécutif à la péritonite. Leurs décès paraissent plus liés à la fragilité de leur terrain polypathologique qu'à la sigmoïdite dont le tableau n'était pas des plus sévères

-13 transferts en hémodialyse (= 56%) :

- . 6 du groupe 1, l'arrêt définitif de la DP s'étant fait en pré-opératoire pour 4 d'entre eux et dans le mois suivant le traitement médical pour les 2 autres: 1 pour des troubles du transit persistants et allant en s'aggravant, l'autre pour persistance d'une hyperleucocytose à 14.600 par mm³ malgré une évolution clinique satisfaisante.
- . 6 du groupe 2 après un nombre variable de péritonites digestives (1 à 4)
- . le patient 23 qui n'a pourtant jamais eu d'infection péritonéale en DP pendant les seize mois précédents, mais des douleurs abdominales et de mauvais drainages : la découverte d'une diverticulose colique faisant décider de l'arrêt de la DP

- 8 maintiens en DP (= 35%) :

- . 2 du groupe 1 : le seul opéré chez qui la DP a été reprise, à sa demande expresse, sans problème durant 38 mois, avant d'être repris en HD puis transplanté et l'autre chez qui, le diagnostic de sigmoïdite étant posé a posteriori, la guérison clinique et l'état général satisfaisant ont conduit à maintenir la DP
- . 5 du groupe 2 qui ont tous bénéficié d'un traitement médical efficace et n'ont pas présenté de complication
- . et le patient 22 qui a présenté une péritonite sans germe à la culture mais sur diverticulose antérieurement connue

III - DISCUSSION

La décision de maintien en DP, lorsque le tableau clinique et l'évolution étaient favorables a répondu à divers éléments de réflexion :

- A contre-indications ou risques prévisibles liés à l'hémodialyse
- A choix de l'équipe médicale en accord avec le patient
- A exigence du patient pour convenance personnelle, voire contre l'avis de l'équipe soignante

Dans deux cas (patients 1 et 6), cette décision pouvait paraître discutable mais s'avèrera finalement un choix satisfaisant.

Afin de guider ce choix, nous avons comparé, selon le maintien ou non en DP, les paramètres suivants :

- l'intervalle entre le début de la DP et la première péritonite d'origine digestive
- . le nombre total de péritonites digestives

Ainsi, on compte :

- en cas de maintien en DP : 30,1 mois « libres » avant le premier épisode digestif et 1,4 péritonite digestive.
- en cas d'arrêt de la DP : 15,5 mois « libres » avant le premier épisode digestif et 2,1 péritonites digestives avant le changement

Ainsi, plus précoce est la première péritonite digestive imputable à une diverticulose colique, plus il faut redouter la survenue d'épisodes similaires et nous suggérons de stopper la DP.

De même, au-delà de 2 épisodes, il a semblé prudent de ne pas poursuivre la DP. Mais l'on pourrait envisager une exérèse colique « à froid » de la portion incriminée, non seulement pour éviter les récurrences mais aussi pour pouvoir éventuellement poursuivre la DP si le profil du patient en fait son mode électif d'épuration,

CONCLUSION

Associée à notre analyse de la littérature (rapportée par ailleurs), cette enquête menée dans l'Est de la France permet d'envisager quelques pistes quant à la conduite à tenir, en matière de DP, lors de la principale complication de la diverticulose colique : la sigmoïdite diverticulaire. Celle-ci est source de péritonites fécales dont une prise en charge adaptée est nécessaire pour ne pas obérer le pronostic du patient comme celui du péritoine, et permettre parfois le maintien de la DP.

(*) : remerciements particuliers à :

PL. Caraman, PY. Durand, V. Fournier, M. Galy Floch, S. Genestier, B. Gilson, P. Halin, S. Lamriben, S. Lavaud, E. Prenat, H. Terrasse, D. Vautrin