

SIGMOÏDITE DIVERTICULAIRE ET DIALYSE PERITONEALE (DP)

R. MONTAGNAC, D. COEURET, F. SCHILLINGER

Service de Néphrologie - Hémodialyse

Centre Hospitalier de Troyes

L'urémie chronique et l'âge d'une part, le dialysat et le cathéter d'autre part, exposent les patients en DP aux péritonites digestives sur sigmoïdite diverticulaire dont la fréquence risque de s'accroître du fait de la progression du nombre de patients âgés.

Pour éviter une morbidité importante, pouvant même engager le pronostic vital, une prise en charge précoce est primordiale. Si la clinique oriente parfois vers une origine digestive de la péritonite, le diagnostic repose sur la mise en évidence, dans le dialysat, d'au moins deux germes dont l'un typique de la flore entérale. En l'absence d'urgence chirurgicale, l'imagerie peut être utile au diagnostic de diverticulite. Le traitement initial de la péritonite comme de la sigmoïdite dépend surtout du tableau clinique. Dans certains cas, le maintien en DP est possible après l'épisode aigu, moyennant une stricte prévention des péritonites fécales.

Les récurrences de sigmoïdite peuvent être évitées par une exérèse colique après deux (voire même une seule) poussées de diverticulite.

I - INTRODUCTION

La fréquence de la diverticulose colique augmentant avec l'âge, le nombre de péritonites fécales par sigmoïdite diverticulaire, sa complication la plus fréquente, risque de s'accroître avec la progression du nombre et du vieillissement des patients en DP.

Or, à l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus quant aux critères diagnostiques et aux attitudes thérapeutiques vis à vis de ces péritonites digestives. Certaines vont rester mineures, proches des formes dites médicales alors que, pour d'autres, la symptomatologie banale initiale va s'avérer trompeuse. Peuvent aussi survenir des formes d'emblée sévères, d'allure chirurgicale. Ces difficultés diagnostiques et thérapeutiques risquent d'entraîner une morbidité importante, voire d'engager le pronostic vital du patient. Les modalités de la prise en charge sont donc primordiales.

A côté des mécanismes d'inflammation et d'infection propres aux diverticules (leur morphologie, la stase stercorale, les troubles de motricité colique, la flore microbienne digestive), le terrain des dialysés péritonéaux s'avère propice à cette complication. Il en détermine aussi la présentation et implique certaines difficultés à court comme à long terme.

Sont ainsi en cause :

- *l'âge* : le recrutement dans des tranches d'âge de plus en plus élevées amène en DP plus de patients polypathologiques et dénutris

- *l'état d'urémie* :

. le déficit de l'immunocompétence prédispose aux complications infectieuses qui vont elles-mêmes aggraver la dénutrition, liée à l'anorexie fréquente et aux pertes protidiques survenant lors des échanges

. la constipation, fréquente, est favorisée par la prise de certains médicaments, la restriction hydrique et une alimentation parfois particulière, sur un intestin fragile. Or la stase stercorale favorise la diverticulose

- *la technique de DP* peut elle-même favoriser la survenue d'accidents infectieux d'origine colique en modifiant les mécanismes locaux de défense du péritoine.

Normalement, les particules étrangères au contact du péritoine sont éliminées vers la circulation sanguine, au travers du diaphragme, par un flux lymphatique entretenu par le péristaltisme abdominal et par les contractions diaphragmatiques liées aux mouvements respiratoires. La présence du dialysat diminue ce flux lymphatique.

De même, par dilution des facteurs humoraux et cellulaires, le dialysat diminue la concentration relative en leucocytes et opsonines, favorisant ainsi la survenue de certaines péritonites, notamment à colibacilles, et entravant leur stérilisation. Le renouvellement permanent du dialysat accentue cette déplétion et, du fait de son acidité et de son osmolarité élevées en début d'infusion, les fonctions macrophagiques sont altérées, permettant à certains micro-organismes, tels les staphylocoques, les colibacilles et les levures, de survivre à l'intérieur des macrophages et d'être à l'origine de rechutes de péritonites que l'on croyait guéries .

Le cathéter de dialyse peut induire une ischémie chronique localisée à son contact intime avec le feuillet péritonéal accolé au côlon, qui peut évoluer vers une lacération puis une perforation colique franche (1, 2, 3, 4). Ceci peut être favorisé par la distension colique lors d'un iléus réactionnel, au cours d'une péritonite par exemple, expliquant la fréquence des tableaux de péritonite en deux temps, avec un tableau initial qui s'aggrave secondairement.

II - CRITERES DIAGNOSTIQUES

Lors d'une péritonite, sont en faveur d'une origine diverticulaire :

- un tableau clinique initial sévère, dont l'absence néanmoins ne doit en aucun cas faire écarter cette possibilité
- une hémoculture et/ou une culture du dialysat positives à germe entéral
- un choc septique , l'émission de dialysat par le rectum, la présence de fibres végétales dans le dialysat, très évocateurs mais rares
- l'absence d'amélioration ou une aggravation secondaire sous un traitement médical probabiliste initié sans orientation étiologique

La clé du diagnostic est la mise en évidence, en culture, d'au moins deux germes dont l'un typique de la flore entérale, d'autant plus s'il est anaérobie.

C'est ensuite l'imagerie qui permet le diagnostic de diverticulite :

- le scanner est l'examen de première intention car le plus performant car il permet d'analyser la paroi colique et son environnement graisseux péritonéal, d'autant que sont possibles des coupes fines, une injection IV de produit de contraste, une insufflation rectale ...
- en phase aiguë, le cliché d'ASP (à la recherche de signes d'effraction de la paroi digestive) et l'échographie (avec les aspects caractéristiques des diverticules et de la sigmoïdite), non invasifs et de réalisation facile, restent parfois utiles
- du fait de ses risques et qu'il sous-estime la sévérité puisqu'il ne bilante pas l'extension extra-murale, le lavement aux produits de contraste ne doit être réalisé qu'à distance

- de même, la coloscopie, contre indiquée en phase aiguë du fait des risques de perforation, peut être ensuite utile pour différencier d'un cancer
- l'IRM est en cours d'évaluation mais n'est actuellement ni indiquée ni réalisable en urgence

III - CHOIX THERAPEUTHIQUES

Pour la péritonite et la sigmoïdite :

Ils dépendent essentiellement de la présentation clinique.

- un tableau initial sévère impose un geste chirurgical dans les meilleurs délais
- devant un tableau plus discret, et lorsqu'une origine diverticulaire est prouvée, ou tout au moins fortement suspectée, un traitement médical de première intention, par bi-antibiothérapie, est indiqué. Son intérêt est de refroidir l'infection, quitte à ne pas la guérir, et de stabiliser le patient pour le préparer à une intervention chirurgicale qui, bien que repoussée, s'effectuera alors dans de meilleures conditions. Mais une vigilance accrue doit détecter à temps toute absence d'amélioration ou aggravation secondaire, dont la gestion et le pronostic seront forcément plus délicats. Il convient en effet de repérer les formes d'évolution insidieuse avant que l'altération de l'état du patient n'aggrave davantage la morbi-mortalité que ne l'aurait fait une chirurgie précoce.
- pour certains, la présence d'au moins deux germes serait une indication chirurgicale formelle, quel que soit le tableau clinique.

Sur le plan technique, une laparotomie est préconisée, et sera complétée, en cas de sigmoïdite, par une résection du segment diverticulaire en cause et par une colostomie de décharge pour mise au repos de la portion d'aval en attendant une remise en continuité ultérieure. Cette chirurgie en deux temps paraît préférable à la résection et remise en continuité dans le même temps que certains réalisent cependant lorsque le terrain s'y prête.

La pratique de la laparoscopie mérite d'être évaluée chez les patients en DP car elle permet de conserver un péritoine relativement intègre dans les cas où il n'y a pas de geste radical à envisager sur le colon. On pourrait dire, s'inspirant d'Eustace (5), qu'il vaut mieux une laparoscopie précoce, simple et peu traumatisante pour le péritoine, permettant une évaluation fiable de son intégrité, sans pour autant sacrifier la DP, qu'une laparotomie tardive, effectuée dans un contexte devenu urgent et lourde de conséquences pour la pratique ultérieure de la DP car favorisant l'apparition d'adhérences et d'une inflammation persistante.

Pour la DP à distance de l'épisode aigu :

Classiquement, la DP est suspendue quelques semaines pour faciliter la guérison et laisser le péritoine récupérer son intégrité fonctionnelle. Le maintien en DP pourra alors se discuter. Dans cette optique, il faut décider précocement de la conservation ou non du cathéter, si son ablation ou un changement ne se justifie pas par ailleurs en fonction de l'infection.

Si un traitement médical seul a suffi, la poursuite de la technique est possible, moyennant l'absolu respect de certaines mesures préventives :

- lutte contre la constipation par un régime adapté et l'éviction des traitements constipants
- éviction des traitements à risque tels les corticoïdes (immunodépression), les AINS (risques de perforation des diverticules), les anti-sécrétoires (suspectés par certains de favoriser la pullulation microbienne (6, 7, 8))

- couverture antibiotique prophylactique, adaptée aux germes de la flore colique, en cas d'explorations digestives, endoscopiques ou radiologiques

Si par contre, un traitement chirurgical s'est avéré nécessaire, d'indication primaire ou secondaire, il met le plus souvent un point final à la pratique de la DP même si certaines expériences démontrent que le contraire est parfois possible.

Pour certains, la survenue précoce (avant 15 mois de DP) d'une telle infection péritonéale ou deux récurrences doivent amener à transférer le patient vers l'hémodialyse. Mais les récurrences pourraient être évitées par une chirurgie d'exérèse colique après deux (voire même une seule) poussées de diverticulite. Lorsque la DP paraît le meilleur mode d'épuration, la voie coelioscopique, moins traumatisante pour le péritoine et la paroi abdominale, pourrait en permettre la poursuite.

IV - FAUT IL RECHERCHER UNE DIVERTICULOSE AVANT DE DECIDER DE LA DP ?

En 1989, Rottembourg (9) écrivait « la présence de diverticules induit un risque de complications dont il faudrait mesurer l'ampleur avant de débiter la DPCA ».

Or la pratique systématique d'un bilan digestif a un coût, comporte des risques et peut contrarier l'acceptation de certains patients pour lesquels la DP s'avère le mode « idéal » de traitement.

Si des auteurs (10) considèrent que la diverticulose, quelles que soient ses caractéristiques, ne contre-indique en principe pas la DP et qu'il n'y a donc pas lieu de la rechercher préalablement, d'autres (11) pensent que des antécédents de diverticulite sont une contre-indication mais qu'un bilan digestif ne s'impose pas en leur absence.

D'autres enfin (12) discutent la possibilité de la DP en fonction du type de diverticulose : les facteurs de risque seraient un nombre de diverticules supérieur à 10, une taille supérieure ou égale à 10 mm et une localisation à l'ensemble du colon et pas seulement au sigmoïde. Doivent également être pris en considération (11, 12, 13), l'âge (fréquence accrue de la maladie diverticulaire après 60 ans mais potentiel de complications plus élevé chez le sujet jeune), la prédominance du sexe féminin et de la race noire (14), l'association plus fréquente de la diverticulose avec la polykystose rénale autosomique dominante (15,16).

Nous pensons qu'avant décision de mise en DP, un bilan digestif ne doit s'envisager qu'en cas d'antécédents avérés de diverticulite. Ensuite, la recherche d'une diverticulose ne s'imposera que face à une péritonite d'origine digestive afin de discuter, en fonction de la situation, de la conduite à tenir. Par contre, pour tout patient, certaines caractéristiques cliniques (surtout l'âge avancé, une constipation habituelle, et peut-être la polykystose rénale comme néphropathie initiale) imposent, dans l'ignorance d'une diverticulose, que soit adoptée, de façon stricte et systématique, l'attitude préventive précédemment évoquée.

CONCLUSION

La diverticulose colique n'apparaît pas être elle-même une contre-indication à la pratique de la DP, mais certains paramètres cliniques peuvent amener à la rechercher et à être particulièrement vigilants quant aux risques de péritonites fécales, en prévenant autant que possible leurs facteurs favorisants.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - BALAJI V., DIGARD N.
Delayed bowel perforation due to functioning chronic ambulatory peritoneal dialysis catheter.
Nephrol. Dial. Transplant. 1996, 11, 368-369
- 2 - KAGAN A., BAR-KHAYIM T.
Delayed decubitus perforation of the bowel is a sword of Damocles in patients on peritoneal dialysis.
Nephron 1996, 74, 232-233
- 3 - ROTTEJAR C., SIVARADJAN S., MAZZONI J.
Bowel perforation in CAPD patients.
Perit. Dial. Int. 1992, 12, 396-398
- 4 - THIBODEAUX L.C.
Bowel perforation associated with CAPD.
Nephron 1995, 70, 265
- 5 - EUSTACE J., LAPPIN D., KEANE F.
Laparoscopic-aided diagnostics of recurrent peritonitis in a patient on CAPD.
Nephrol. Dial. Transplant. 1996, 11, 2338-2339
- 6 - CARAVACA F., RUIZ-BALERO R.
Risk factors for developing peritonitis caused by micro-organism of enteral origin in peritoneal dialysis patients.
Perit. Dial. Int. 1998, 18, 1, 41-45
- 7 - FRIED M., SIEGRIST H.
Duodenal bacterial overgrowth during treatment in outpatients with omeprazole.
GUT 1994, 35, 23 -26
- 8 - WINGATE D.L.
Acid reduction and recurrent enteritis.
Lancet 1990, I, 222
- 9 - ROTTEMBOURG J., JACOBS C.
La DPCA : concepts actuels après 10 années d'expérience.
Presse Méd. 1989, 18, 1018-1023
- 10 - MICHEL C., AL KHAYAT R., VIRON B.
Comment diagnostiquer et traiter les infections péritonéales chez les malades en insuffisance rénale chronique terminale traitée par DP ?
Néphrologie 1995, 16, 55-69
- 11 - TRANAEUS A., HEIMBURGER O., GRANQUIST S.
Diverticular disease of the colon : a risk factor for peritonitis in continuous peritoneal dialysis.
Nephrol. Dial. Transplant. 1990, 5, 141-147
- 12 - TRANAEUS A., HEIMBURGER O., LINDHOLM B.
Peritonitis in CAPD : diagnostic findings, therapeutic outcome and complications.
Perit. Dial. Int. 1989, 9, 179-190

13 - TZAMALOUKAS A.H., OBERMILLER L.E., GIBEL L.J., MURATA G.H.
CAPD peritonitis due to abdominal pathology.
Perit. Dial. Int. 1993, 13, 2, S.335-337

14 - HOLLEY J., BERNARDINI J., PIRAINO B.
Polymicrobial peritonitis in patients on CAPD.
Am. J. Kidney Dis. 1992, 19, 2, 162-166

15 - IGLESIAS C., TORRES V.
Epidemiology of adult polycystic kidney disease.
Am. J. Kidney Dis. 1983, 2, 6, 630-639

16 - SCHEFF R.T., ZUCKERMAN G. HARTER H.
Diverticular disease in patients with chronic renal failure due to polycystic kidney disease.
Ann. Intern. Med. 1980, 92, 202-204