

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**La prise en charge de la sigmoïdite aiguë diverticulaire non compliquée aux  
urgences, revue de pratique professionnelle aux urgences du Centre  
Hospitalier de Dunkerque**

Présentée et soutenue publiquement le 14 Septembre 2022 à 18h  
au Pôle Recherche  
par **Jade THOURET**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Eric WIEL**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD**

**Monsieur le Docteur Jean-Robert NZAMUSHE LEPAN MABLA**

**Directeur de thèse :**

**Monsieur le Docteur Eric GRAVE**

---

# **AVERTISSEMENT**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

## Sommaire

Abréviations .....	4
I. INTRODUCTION .....	5
II. GÉNÉRALITÉS .....	7
DÉFINITIONS .....	8
CLASSIFICATION .....	8
ÉPIDÉMIOLOGIE .....	8
FACTEURS DE RISQUE .....	9
PRÉSENTATION CLINIQUE .....	10
EXPLORATION PARACLINIQUE .....	10
NOUVELLES RECOMMANDATIONS 2017 .....	11
Objectif de l'étude .....	14
III. ÉTUDE CLINIQUE .....	16
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	17
IV. RÉSULTATS.....	19
Analyse descriptive .....	20
Analyse multivariée .....	28
V. DISCUSSION.....	33
Limites et biais de l'étude .....	34
Forces de l'étude.....	34
Analyse .....	34
VI. CONCLUSION .....	38
VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	40
VIII. ANNEXES.....	46

## Abréviations

---

**AEG** : Altération de l'état général

**BPCO** : Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**CRP** : Protéine C-Réactive

**FR** : Fréquence respiratoire

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HTA** : Hypertension Artérielle

**IV** : Intraveineux

**IMC** : Indice de Masse Corporelle

**MICI** : Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

**NFS** : Numération Formule Sanguine

**PAS** : Pression Artérielle Systolique

**PO** : Per os

**TDM** : Tomodensitométrie

# I. INTRODUCTION

La diverticulose et la diverticulite, une de ses complications, sont des pathologies courantes. On estime que plus de 70% des personnes de plus de 80 ans seraient porteuses d'une diverticulose. Jusqu'à 25% d'entre elles présenteront au moins un épisode de diverticulite au cours de leur vie (1). L'incidence de ces pathologies est en augmentation ces dernières décennies. On retrouve par exemple une majoration de 7,5% d'hospitalisation pour ce motif en Italie entre 2008 et 2015 (2).

Leur étiologie, contrairement à leur présentation clinique, n'est pas précisément connue et continue à être étudiée. Les moyens diagnostiques, que sont la biologie et le scanner abdomino-pelvien injecté, sont quant à eux, standardisés depuis le milieu des années 2000 (3).

La prise en charge des diverticulites, en particulier dans leur forme non compliquée a grandement évolué au cours des dernières années au niveau international (4)(5) et cela, suite aux études nord-européennes DIABOLO et AVOD réalisées au début des années 2010 (6)(7).

Suite à ces études et aux nombreuses ayant suivi, l'HAS a publié de nouvelles recommandations sur la prise en charge des diverticulites en 2017 (8). Depuis leurs parutions, il n'existe qu'une seule thèse, soutenue à l'été 2021 à Marseille (9), portant sur la pratique en Médecine Générale qui a cherché à savoir si elles étaient connues et utilisées en France.

Nous avons voulu savoir si ces recommandations étaient appliquées dans la pratique courante aux Urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque.

## **II. GÉNÉRALITÉS**

## DÉFINITIONS

La Société Européenne de Colo-Proctologie définit la diverticulite comme l'inflammation d'un diverticule et du tissu environnant. Elle est considérée comme non compliquée en l'absence d'abcès, de perforation, de fistule, d'obstruction et/ou de saignement (4).

## CLASSIFICATION

Il existe plusieurs classifications concernant les diverticulites sigmoïdiennes (10)(11). En France, c'est le score de gravité modifiée de Hinchey, créé en 1978 puis modifié en 1999 qui est utilisé (8).

Tableau 1 : Score modifiée de HINCHEY (10)(11).

<b>Stade 0</b>	Diverticulite non compliquée
<b>Stade I</b>	<b>Ia</b> : Légère inflammation péri-colique ou phlegmon <b>Ib</b> : Abscès péri-colique
<b>Stade II</b>	Abscès à distance
<b>Stade III</b>	Péritonite purulente
<b>Stade IV</b>	Péritonite stercorale

## ÉPIDÉMIOLOGIE

La diverticulose colique est une pathologie fréquente. Sa prévalence augmente avec l'âge et cela sans distinction de sexe (12). Environ 10% des 30-40 ans seraient atteints contre 70% des plus de 80 ans (12). On estime qu'une personne porteuse d'une diverticulose aurait entre 5 et 25% de risque de développer une diverticulite au cours de sa vie (1), 15 à 40% d'entre elles présenteront même plusieurs épisodes (10).

L'incidence de cette pathologie est en augmentation au cours des dernières décennies, que ça soit en Europe ou en Amérique du Nord (13), en particulier chez

les jeunes (12)(14). L'étude italienne de *G. Binda et al.* a retrouvé une augmentation de 3% par an d'admission aux urgences dans un contexte de diverticulite aiguë et une augmentation de 7,5% du nombre d'hospitalisations pour ce même motif entre 2008 et 2015. Ainsi en 2015, sur 100 000 hospitalisations, 310 patients l'étaient dans un contexte de diverticulite aiguë, contre 190 en 2008 (2).

A la fin des années 1990, la population des jeunes adultes, en dessous de 40 ans, était réputée pour présenter des tableaux cliniques plus sévères associés à des complications plus fréquentes (15). Cependant, les dernières études ne retrouvent pas de différence significative (12).

## **FACTEURS DE RISQUE**

Les origines de la diverticulose et de la diverticulite ne sont pas précisément connues (4). Certains facteurs de risque, comme par exemple l'obésité, ont cependant été retrouvés (4)(16). De rares études tendent à penser qu'il existerait une composante génétique à la présence de diverticulose (1). L'étude de *S. Sigurdsson et al.* réalisée sur les populations islandaise et danoise à la fin des années 2010, avait retrouvé une mutation au niveau du gène FAM155A comme facteur de risque de diverticulite (17) mais il n'existe que peu d'études à ce sujet jusqu'à présent.

Le lien avec l'alimentation a longuement été suspecté et recherché. Une alimentation riche en fibres diminuerait le risque de survenue de diverticulite tandis qu'une consommation importante de viande rouge et le régime alimentaire à l'occidentale l'augmenteraient. La consommation d'alcool, de tabac et de café a également été étudiée sans qu'aucun lien de cause à effet puisse être mis en évidence (18)(19).

## PRÉSENTATION CLINIQUE

### *Généralités*

Le tableau clinique de la diverticulite sigmoïdienne est variable (10). Le symptôme le plus fréquent est la douleur abdominale. Elle est généralement localisée en fosse iliaque gauche mais peut également concerner le flanc gauche, l'hypogastre ou être diffuse (20). La moitié des patients présenteront également de la fièvre (20). Les modifications du transit peuvent également être présentes mais toucheraient moins de 50% des patients. La diarrhée est plus fréquente que la constipation à la phase aiguë (4)(20). Plus rarement les patients présentent des nausées, des vomissements ou une symptomatologie urinaire (pollakiurie, dysurie principalement) (10)(20).

### *Complications*

Les complications de la diverticulite sigmoïdienne aiguë sont l'abcès, la fistule, la perforation digestive, l'occlusion intestinale et/ou le saignement diverticulaire. Le tableau clinique peut être plus spécifique selon le type de complications avec par exemple la possibilité de vomissement fécaloïde en cas d'occlusion. Le diagnostic différentiel sera fait grâce au TDM (10).

## EXPLORATION PARACLINIQUE

Le bilan biologique n'est pas spécifique mais permet une orientation diagnostique. On retrouve généralement la présence d'un syndrome inflammatoire biologique avec une augmentation de la CRP (8). L'hyperleucocytose, à prédominance sur les polynucléaires neutrophiles, est quant à elle plus rare et généralement présente uniquement en cas de formes compliquées (10)(20).

Le diagnostic sera confirmé par l'imagerie. L'échographie était initialement recommandée. Cependant, avec le développement et la démocratisation de la

tomodensitométrie, le scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste, est devenu l'examen de référence depuis le milieu des années 2000 (3). En effet, il présente une meilleure sensibilité et spécificité et est devenu peu irradiant. De plus, il permet d'éliminer les diagnostics différentiels. Pour finir, il permet d'établir la classification de la diverticulite (7)(21)(22)(23).

## **NOUVELLES RECOMMANDATIONS 2017**

Au début des années 2010, ont été publiées les études DIABOLO et AVOD. Elles étaient toutes deux motivées par l'absence de réelles littératures prouvant la supériorité de l'utilisation d'une antibiothérapie dans les formes non compliquées de sigmoïdites. Elles cherchaient à évaluer leur efficacité. Ces études multicentriques et randomisées ont ouvert de nouvelles pistes de prise en charge en montrant qu'il n'existait pas de différences significatives d'évolution ou de complication entre les patients bénéficiant ou non d'une antibiothérapie dans les sigmoïdites non compliquées (6)(24). De nombreuses recherches ont été réalisées suite à ces publications dans le but de renforcer le degré de preuve scientifique (25)(26). En se basant sur l'ensemble de ces travaux, les sociétés savantes ont, peu à peu, fait évoluer leurs recommandations de bonnes pratiques. Ce fut le cas de la Haute Autorité de Santé (HAS) française en 2017 (8) et plus récemment de la Société Européenne de Colo-Proctologie et la Société Mondiale de Chirurgie d'Urgence en 2020 (4)(5).

A l'heure actuelle, et depuis 2017, l'HAS recommande donc une prise en charge ambulatoire et symptomatique des sigmoïdites aiguës non compliquées (jusqu'au stade Hinchey Ia), sous réserve que le diagnostic soit confirmé par une imagerie par tomodensitométrie. Celle-ci n'est envisageable qu'en l'absence de signe

de sepsis, d'immunodépression, de grossesse et/ou de score ASA > 3 (8) (*Annexe 1*).

Une fiche de recommandation de bonnes pratiques a été publiée par l'HAS en Juillet 2021 afin de fournir un rappel et d'affiner les recommandations de 2017 en terme d'antibiothérapie (27).

### *Sigmoïdite Aiguë non compliquée*

Depuis le changement de recommandations, publié par l'HAS en 2017, la prise en charge des formes non compliquées de diverticulite est symptomatique en première intention, en cas d'atteinte de stade 0 ou 1a (8). Cette approche n'est envisageable qu'en absence de facteur de risque. De fait, les patients porteurs de comorbidités significatives (28), avec un score ASA supérieur à 3 ou les femmes enceintes doivent bénéficier d'un antibiotique. Il est alors recommandé de prescrire la même antibiothérapie que dans les formes compliquées (21).

La prise en charge des patients sans comorbidités et accessibles à un traitement per os, peut être réalisée en ambulatoire (29).

En résumé, lors d'un épisode de sigmoïdite aiguë diverticulaire non compliquée, le traitement doit être réalisé sans antibiothérapie pour les patients ne présentant pas de signes de gravité, d'immunodépression, de grossesse et ayant un score ASA > 3. En parallèle, cette prise en charge peut être proposée en ambulatoire en cas d'absence de comorbidités significatives et/ou de contexte social défavorable (8).

Ces patients ambulatoires et bénéficiant d'un traitement symptomatique, doivent idéalement être réévalués à 48 heures. En l'absence d'amélioration clinique, ils se verront prescrire de *l'Amoxicilline et Acide Clavulanique* par voie orale à dose d'1 gramme, trois fois par jour, pendant 7 jours. En cas d'allergie prouvée, on prescrira une *Fluroquinolone* associée à du *Metronidazole* pour une durée de 7 jours également.

Ce changement de paradigme, avec une prise en charge en ambulatoire et sans anti-infectieux en première intention, présente de multiples avantages. En effet, elle permet de limiter l'utilisation d'antibiotiques et ainsi de diminuer, tant que faire ce peu, l'émergence des résistances bactériennes. On limite également le risque d'effets indésirables induits à l'échelle individuelle, comme par exemple les colites à *Clostridium Difficile*.

La prise en charge ambulatoire présente, quant à elle, deux avantages principaux. Tout d'abord, elle permet de gagner quelques places d'hospitalisation dans le contexte actuel d'extrême tension au niveau des lits d'aval. De plus, elle offre la possibilité de réduire les coûts, en épargnant les frais engendrés par une hospitalisation.

Différentes études ont montré que cette approche n'augmente pas le risque de complication (30), y compris à long terme (31).

La place de l'utilisation des probiotiques reste à définir. En effet, ils n'augmentent pas le risque d'évènements indésirables mais leur efficacité n'a pas été prouvée (32). Il en est de même pour l'alimentation pauvre en fibres qui est régulièrement recommandée mais qui fait encore débat dans la littérature (4).

## *Sigmoïdite Aiguë compliquée*

La prise en charge des sigmoïdites aiguës compliquées doit être réalisée en hospitalisation. Ses modalités dépendent du type de complication.

Elle comprend systématiquement l'utilisation d'une antibiothérapie intraveineuse. En France, l'HAS recommande l'association d'*Amoxicilline-Acide Clavulanique* avec de la *Gentamicine*, ou de *Céfotaxime* ou *Ceftriaxone* avec du *Métronidazole*. Si le patient présente une allergie vraie aux pénicillines, elle recommande l'association de *Lévofloxacine*, de *Gentamicine* et de *Métronidazole* (8).

En cas de perforation, si le patient ne présente pas de signe de sepsis, la prise en charge est réalisée par une antibiothérapie intraveineuse seule (1).

En cas d'abcès (stade Ib et II de Hinchey), on réalise, en première intention, un drainage percutané réalisé en radiologie interventionnelle (1)(4)(21).

En cas de péritonite, purulente ou stercorale, la prise en charge doit être chirurgicale en vue d'un lavage et d'une résection colique. La technique peut être laparoscopique ou par laparotomie (4). Il est régulièrement nécessaire de recourir à une intervention de Hartmann avec mise en place initiale d'une stomie, en particulier dans la population jeune (15).

### **Objectif de l'étude**

Lors de notre pratique quotidienne, nous avons l'impression que les recommandations de 2017 de l'HAS étaient peu respectées, que ça soit par méconnaissance de celles-ci ou par appréhension à laisser sortir les patients atteints de diverticulite non compliquée sans antibiothérapie par peur de potentielles complications. Nous n'avons trouvé que peu de travaux pour confirmer nos hypothèses. L'étude de *E.Acute et al.* publiée en 2019 retrouvait que les trois quarts

des chirurgiens interrogés prescrivait des antibiotiques aux patients sans comorbidités présentant une sigmoïdite diverticulaire non compliquée (33). Une revue de pratique professionnelle portant sur des médecins généralistes dans le département des Bouches-du-Rhône a été réalisée dans le cadre d'une thèse publiée en 2021. On y retrouve un respect des recommandations de l'HAS de 2017 dans 40% des cas concernant la prise en charge thérapeutique. 71,4% des praticiens déclaraient ne pas avoir connaissance du contenu des dernières recommandations (9). Nous n'avons pas trouvé d'études à propos de l'évaluation de l'application et/ou de la connaissance des préconisations de 2017 au sein des services d'urgences.

Face à ce constat, nous avons décidé d'étudier les prises en charge dans un service d'Urgences, afin de pouvoir évaluer le respect ou non des recommandations et de rechercher de potentiels axes d'amélioration.

## **III. ÉTUDE CLINIQUE**

## MATÉRIEL ET MÉTHODE

### *Type d'étude*

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive et unicentrique. Les données ont été collectées aux Urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque du 1<sup>er</sup> Janvier 2019 au 31 Décembre 2020.

### *Critères d'inclusion*

Nous avons inclus tous les patients de plus de 18 ans dont le diagnostic final dans le logiciel Urqual était de sigmoïdite aiguë après leur passage aux urgences.

### *Critères d'exclusion*

Nous avons exclus tous les patients ayant présenté des formes compliquées et/ou touchant d'autres parties du colon.

### *Données collectées*

Pour chaque patient nous avons collecté :

- l'âge,
- le sexe,
- les antécédents personnels,
- les informations cliniques : les caractéristiques de la douleur abdominale, la présence ou non de vomissements, de diarrhées, de constipation, de fièvre,
- les informations paracliniques : la valeur des leucocytes, de la CRP, la réalisation ou non d'une imagerie (échographie et/ou d'un scanner abdomino-pelvien injecté),
- la prise en charge : les avis demandés, le mode de sortie, la prescription ou non d'antibiotiques, la durée de prescription

- le devenir : patients revus ou non en consultation, la survenue ou non de complications

### *Traitement des données*

Les données ont été extraites à partir des différents logiciels utilisés au sein de l'Hôpital de Dunkerque :

- *Urqual*®, logiciel utilisé aux urgences sur la période de collecte des données
- *Hopital Manager*®, utilisé dans l'ensemble des services conventionnels de l'hôpital
- *Kalires*®, logiciel de biologie
- *PACS*®, pour l'imagerie

L'ensemble des données a fait l'objet d'une saisie informatique anonymisée sur Excel. Les statistiques ont ensuite été réalisées par le service de DIM de l'hôpital de Dunkerque. Par la suite, des tests du Chi-2, de Fisher et de Wilcoxon ont été utilisés pour réaliser les analyses multi-variées. Le seuil de significativité était fixé pour un risque alpha à 5%.

### *Ethique et protection des données*

Nous avons déclaré notre étude à la commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (*Annexe 2*).

## **IV. RÉSULTATS**

Nous avons retrouvé 258 dossiers répondant aux critères d'inclusion. Après exclusion des 77 dossiers correspondant à des sigmoïdites compliquées ainsi que des colites droites, nous avons inclus 181 patients au sein de notre étude.

## Analyse descriptive

### Population

Au sein de notre population on retrouve 44,2% d'hommes pour 55,8% de femmes.

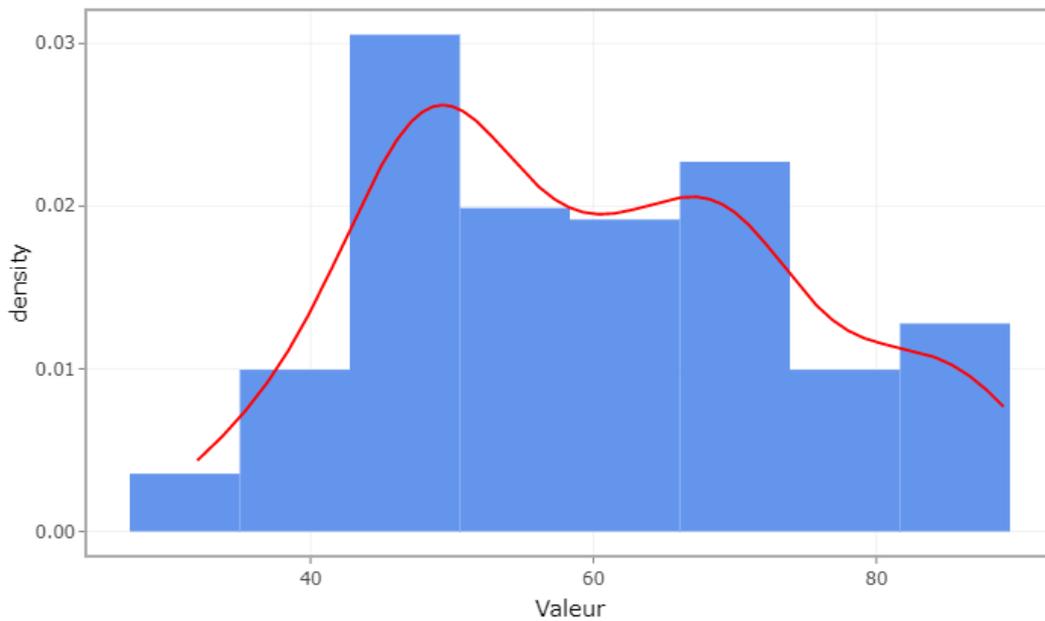


Figure 1 : Âge des patients au sein de notre étude

Sur la *figure 1*, on voit que l'âge moyen est d'environ 60 ans pour un écart allant de 32 ans à 89 ans.

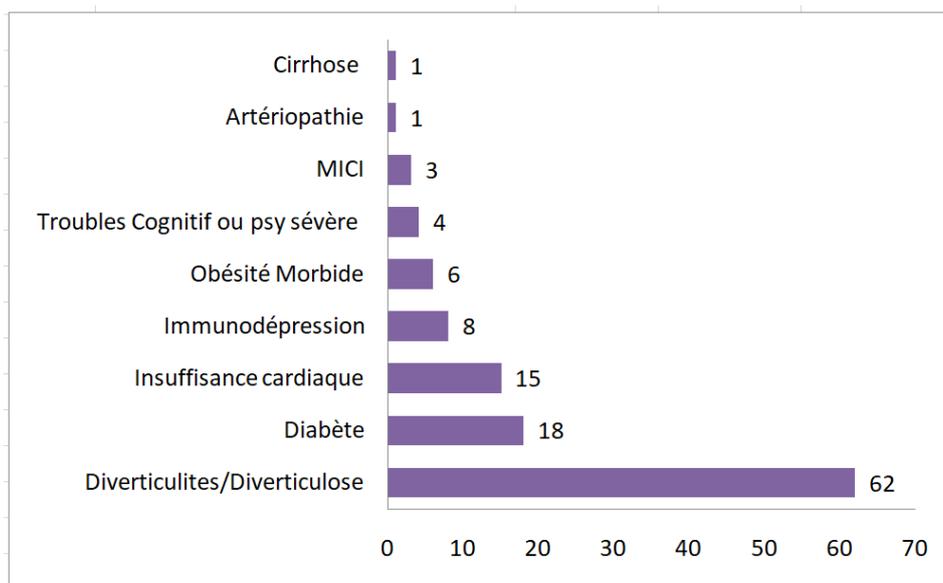


Figure 2 : Antécédents des patients inclus

Sur la *figure 2* nous pouvons constater qu'environ un tiers des patients de notre étude (35,4%) présentaient un antécédent de diverticulite et/ou de diverticulose lors de leur admission. En tenant compte de leurs différents antécédents, nous avons retrouvé 26 patients pouvant être considérés comme tarés. Nous avons inclus les 8 patients immunodéprimés (en cours de traitement d'une néoplasie, splénectomisé, greffé, en cours de dialyse ...), 4 atteints de troubles cognitifs ou psychiatriques sévères et 14 patients porteurs de comorbidités sévères ou multiples conduisant à un score ASA > 3.

Aucune femme enceinte n'a été inclus dans l'étude.

## Présentation clinique et explorations paracliniques

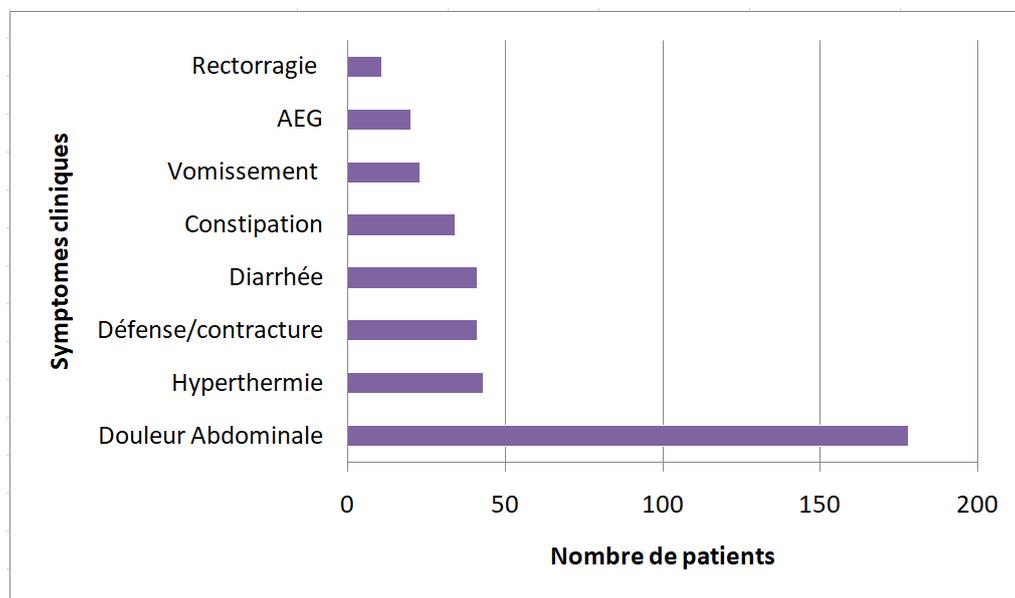


Figure 3 : Synthèse des symptômes

Nous pouvons constater, sur la *figure 3*, que le signe clinique le plus fréquemment retrouvé est la douleur abdominale, celle-ci est présente chez 178 (98,3%) patients. Elle est associée dans 41% des cas à la présence d'une défense et/ou d'une contracture. Les localisations les plus courantes de la douleur sont présentées dans la *figure 4*. Parmi les autres symptômes nous avons retrouvé la notion d'hyperthermie au domicile (23,7%), la diarrhée (22,6%), la constipation (18,78%) et plus rarement la présence de rectorragie (6%).

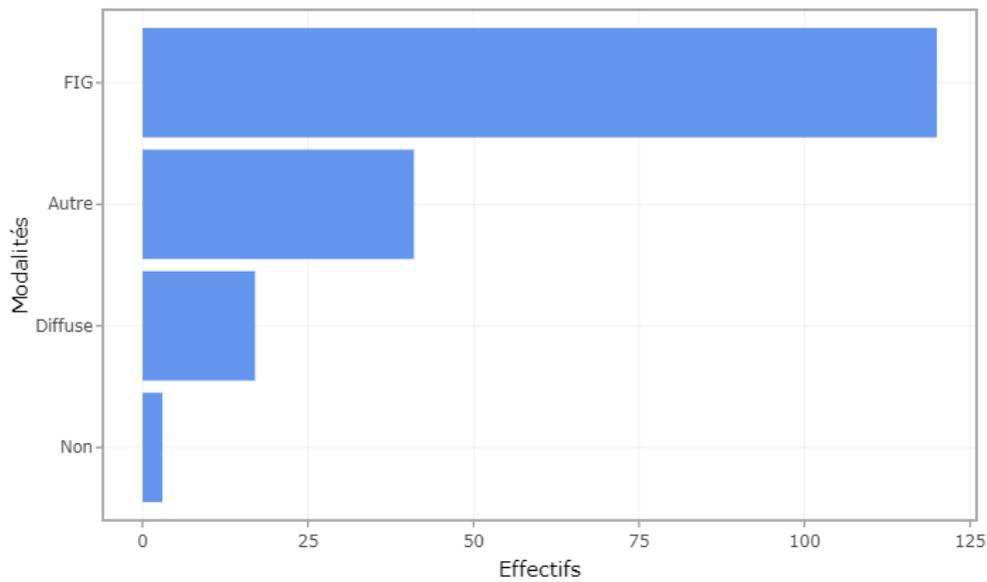


Figure 4 : Différentes localisations de la douleur abdominale

FIG = Fosse iliaque Gauche

Concernant les examens paracliniques, tous les patients ont bénéficié d'un bilan biologique. Comme présenté sur la *figure 5*, 97,8% des patients ont eu un scanner abdomino-pelvien avec injection de produits de contraste. A noter qu'un patient avait bénéficié d'une échographie en ville qui avait été complétée par une TDM.

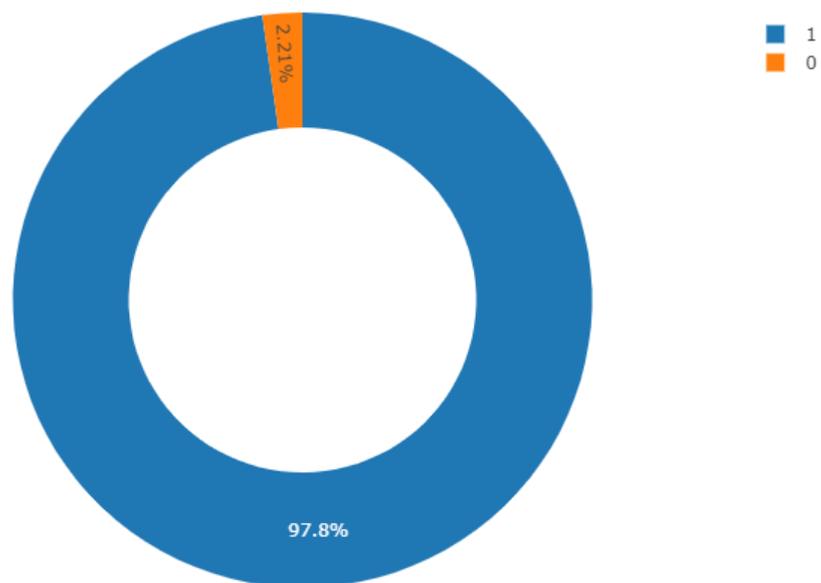


Figure 5 : Patient ayant bénéficié d'un scanner abdomino-pelvien avec injection aux urgences

1 = Oui, 0 = Non

## Prise en charge

Lors de la prise en charge des patients un avis chirurgical est demandé auprès des chirurgiens viscéraux presque une fois sur deux (50,8%). Les gastro-entérologues sont, quant à eux, consultés dans 6,63% des cas.

Seulement 5% des patients ont été pris en charge sans antibiothérapie.

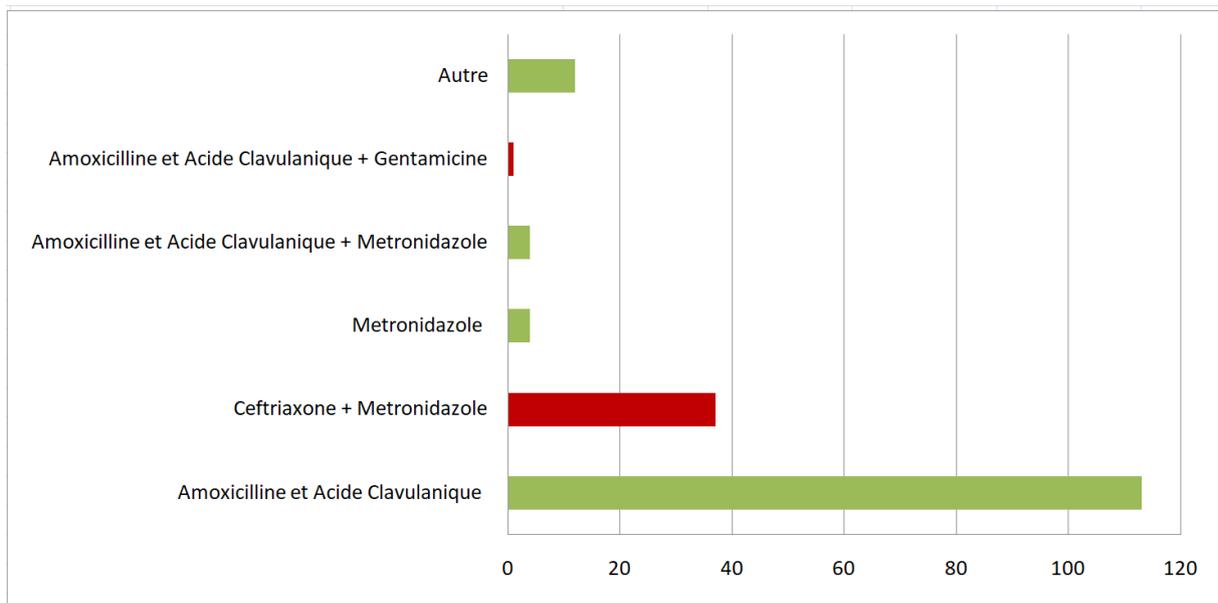


Figure 6 : Antibiothérapie initiale reçue par les patients le cas échéant

Sur la *figure 6*, on constate que 62,7% des patients ont reçu de l'Amoxicilline + Acide Clavulanique (*Augmentin®*) quelle que soit sa voie d'administration. 20,56% se sont vus prescrire une Céphalosporine de 3<sup>ème</sup> génération associée au *Metronidazole* et 1% de l'*Augmentin®* associé à de *Gentamicine*. Au total, 13 antibiothérapies différentes ont été retrouvées au sein de notre étude.

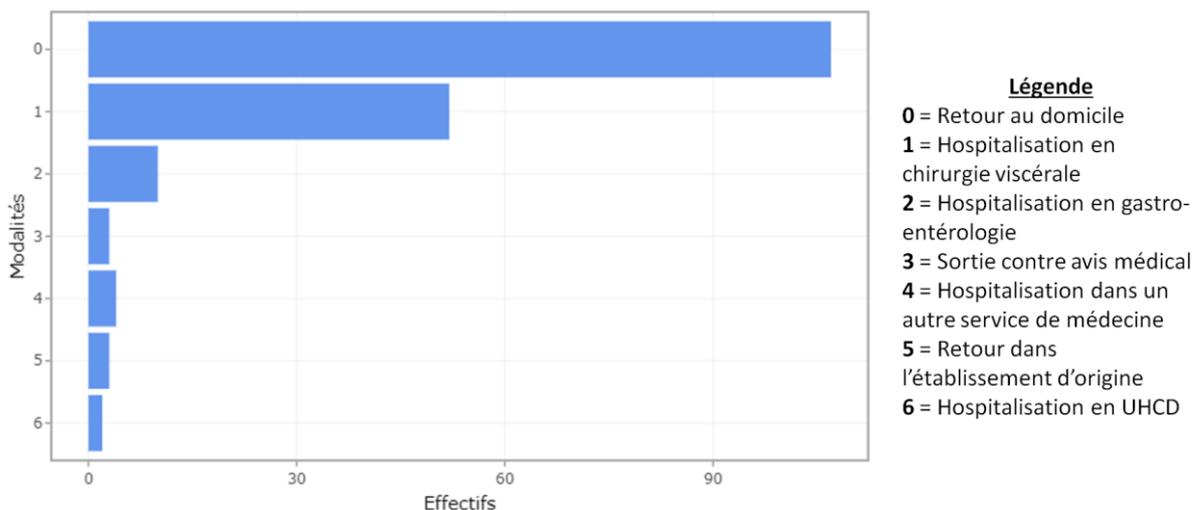


Figure 7 : Orientation des patients à la fin de leur prise en charge aux urgences

Sur la *figure 7* on constate qu'un peu plus de la moitié des patients sont rentrés à leur domicile ou dans leur établissement d'origine. 28,73% ont été hospitalisés en service de Chirurgie et 7,73% en service de Médecine (Gastro-entérologie, Médecine Polyvalente ou Gériatrie).

Lorsque les patients sont hospitalisés, leur séjour dure généralement moins de 48 heures. Le plus long retrouvé était de 14 jours. Au cours de l'hospitalisation, 7 patients (10%) ont présenté une complication. On retrouve un abcès sigmoïdien, une colite à *Clostridium Difficile*, une bactériémie associée à une détresse respiratoire aiguë, une nécessité d'incrémentement de l'antibiothérapie devant la persistance du syndrome inflammatoire biologique et 3 complications sans gravité (une veinite, un épisode de convulsion et un syndrome confusionnel).

Quelle que soit leur orientation, 32,2% des patients se sont vus prescrire un régime sans résidu. 11% des patients ont par la suite été revus en consultation avec un chirurgien viscéral et 23,7% avec un gastro-entérologue afin de discuter de la réalisation ou non d'une coloscopie à distance.

12 patients (7%) ont consulté à nouveau aux urgences dans la semaine suivant leur sortie. 4 ont alors été hospitalisés en service conventionnel, 2 ont dû bénéficier d'un bloc opératoire devant la présence d'un abcès et 7 sont rentrés à leur domicile.

### *Respect des recommandations*

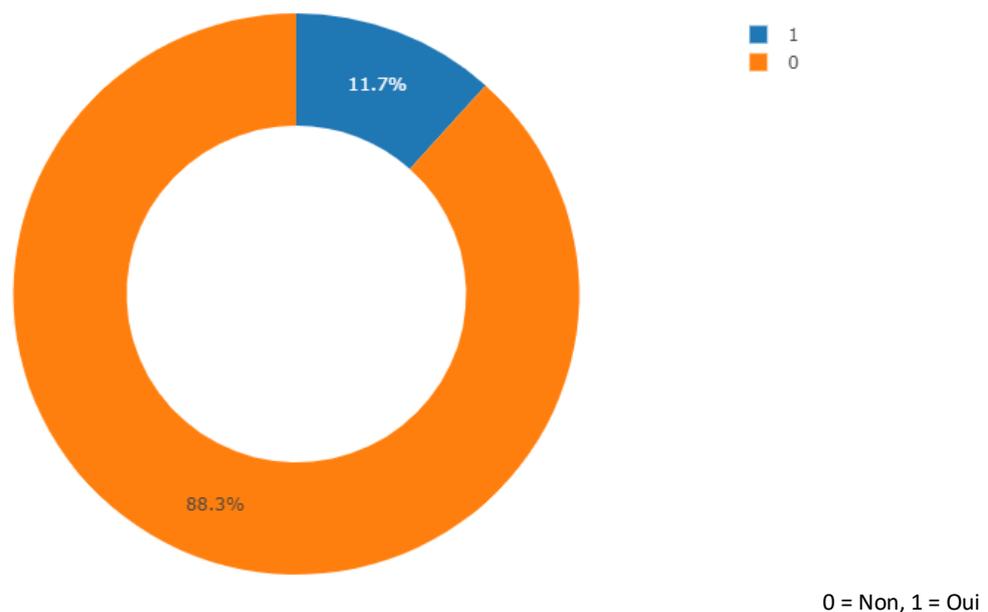


Figure 8 : Respect ou non des recommandations

Comme le démontre la *figure 8*, les recommandations sont peu respectées au sein de notre étude.

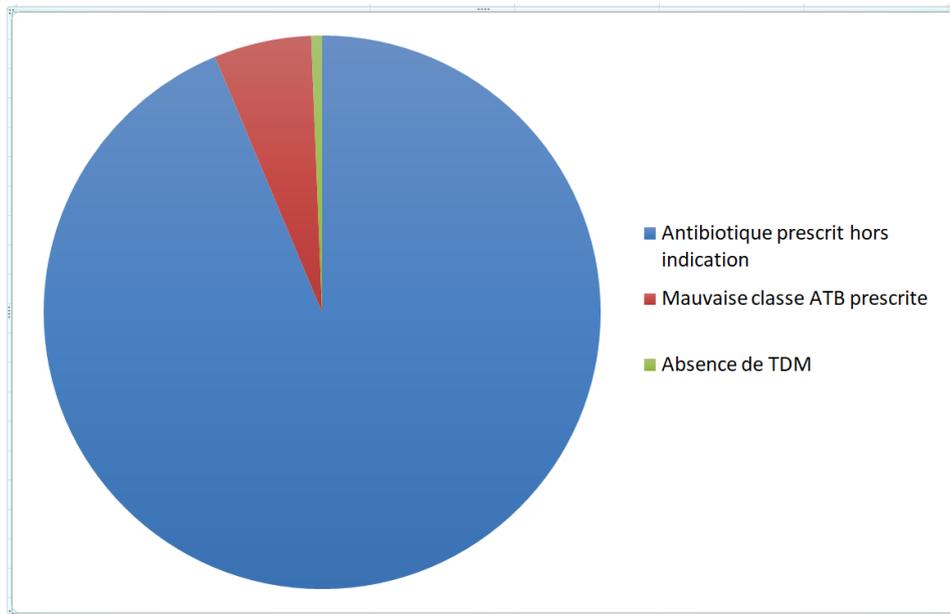


Figure 9 : Modalité de non respect des recommandations

Sur la *figure 9*, on peut s'apercevoir que 149 patients ont reçus une antibiothérapie sans indication, 9 patients se sont vus prescrire la mauvaise classe d'antibiotiques et 1 patient n'a pas bénéficié d'un scanner.

## Analyse multivariée

### Selon l'orientation

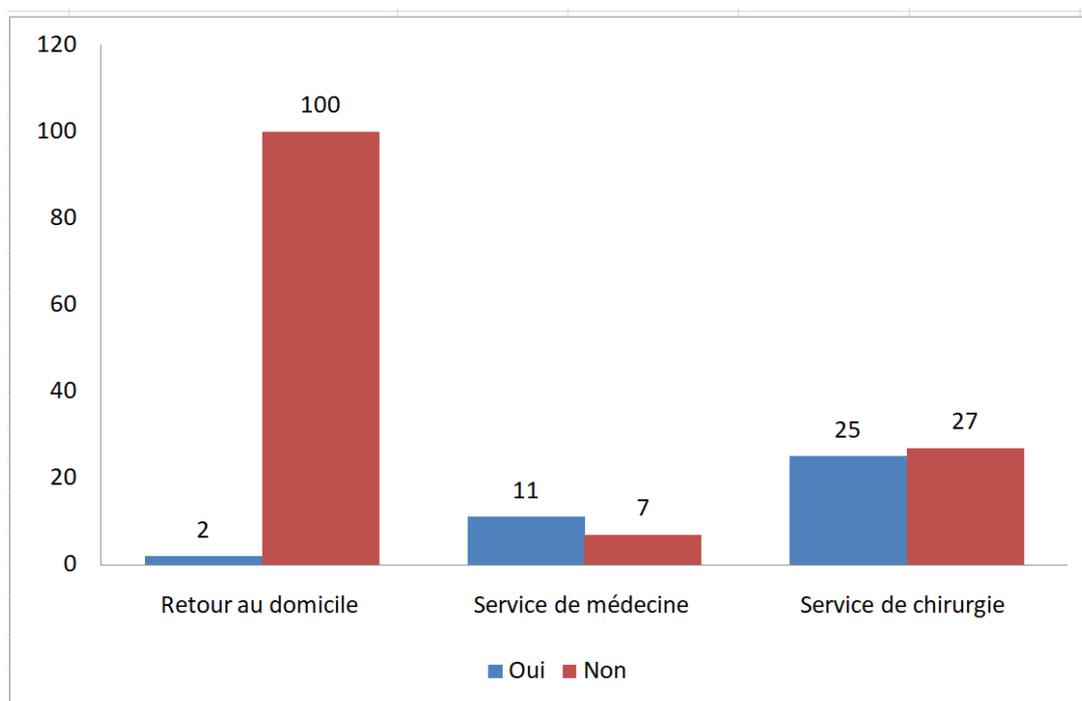


Figure 10 : Antibiothérapie adaptée ou non en fonction de l'orientation du patient

Nous avons cherché à savoir si l'orientation des patients avait un impact sur le respect des recommandations et sur la survenue de complications qui auraient conduits à une nouvelle consultation aux urgences. Cependant, avec une p-value de 0,14 pour la *figure 10* et de 0,89 pour la 11, les résultats ne sont pas statistiquement significatifs.

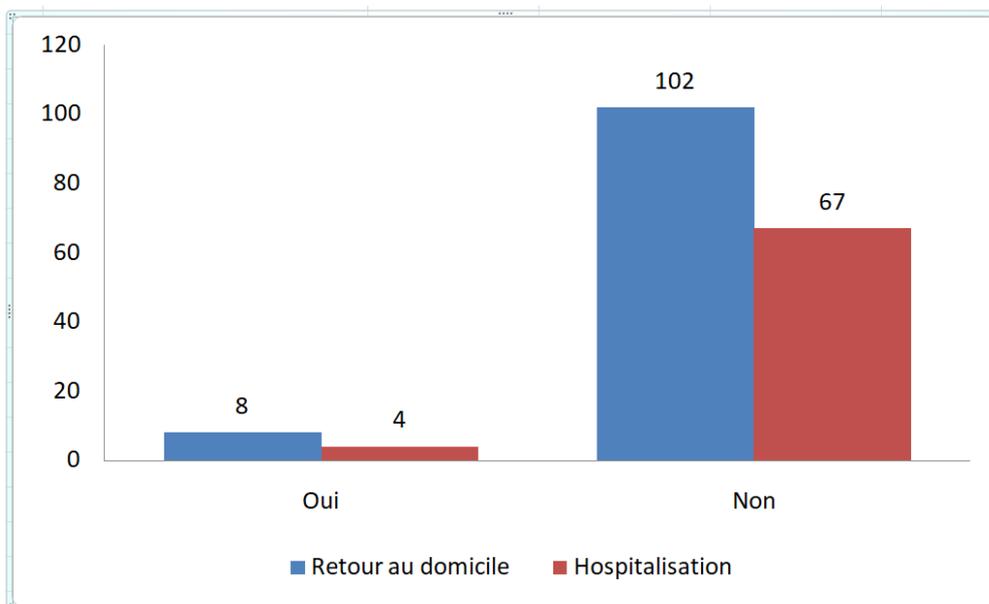


Figure 11 : Nouvelle consultation et/ou complication dans les 15 jours selon l'orientation initiale des patients

## Selon l'avis

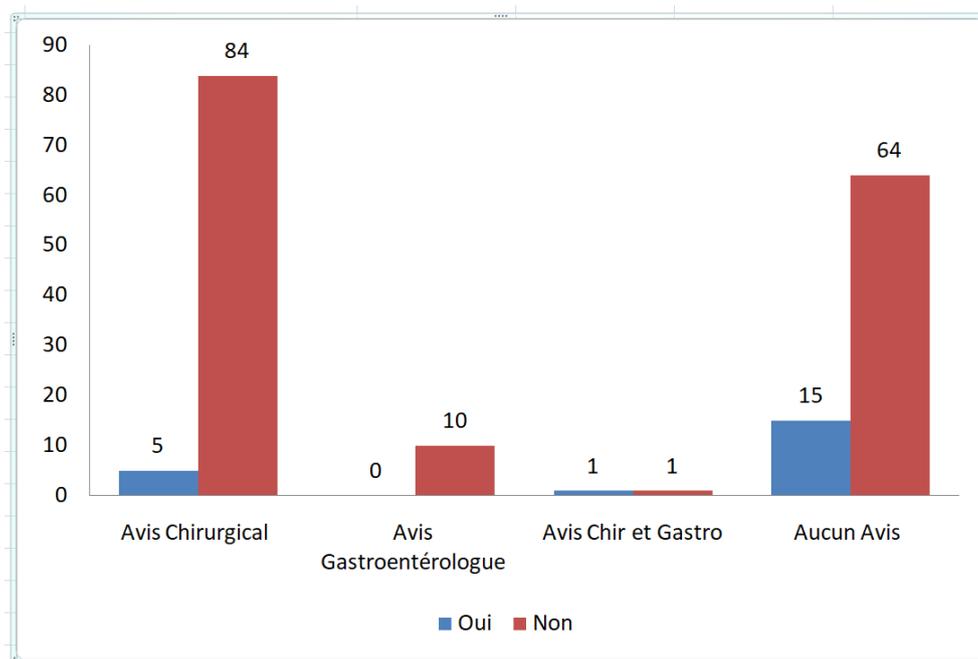


Figure 12 : Respect ou non des recommandations selon si l'avis chirurgical et/ou d'un gastro-entérologue a été pris ou non

Dans *figure 12*, la p-value étant de 0,01, les résultats obtenus sont donc statistiquement significatifs. On y retrouve 50% de respect des recommandations pour les deux patients ayant bénéficié d'un avis chirurgical et d'un gastro-entérologue. Lorsqu'aucun avis n'est demandé, elles sont respectées dans 18,9% des cas. Quand un avis chirurgical seul est sollicité, les recommandations sont suivies pour 5,62% des patients. Par contre, elles ne le sont pas pour ceux ayant uniquement bénéficié de l'avis d'un gastro-entérologue.

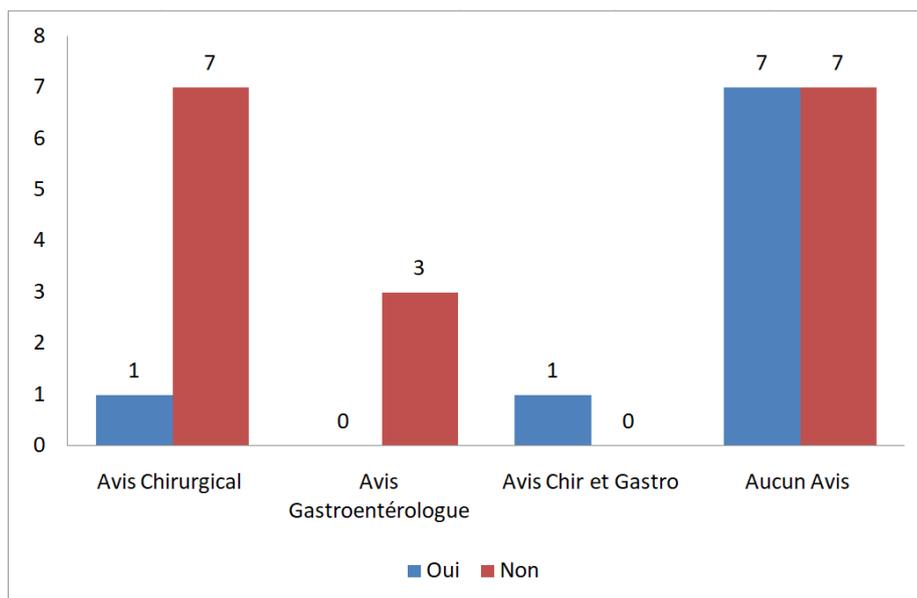


Figure 13 : Respect ou non des recommandations selon l'avis demandé pour les patients tarés

La *figure 13* a été réalisée sur l'échantillon des 26 patients tarés. La p-value est de 0,08. Les recommandations ont été respectées dans 12,5% des cas (1 patient sur les 8 concernés) lorsqu'un avis chirurgical seul a été demandé, dans aucun des cas lorsque l'avis est donné uniquement par un gastro-entérologue (0 patient sur les 3 concernés) et dans 50% des cas (7 patients sur les 14 concernés) lorsque l'urgentiste a décidé seul de la prise en charge.

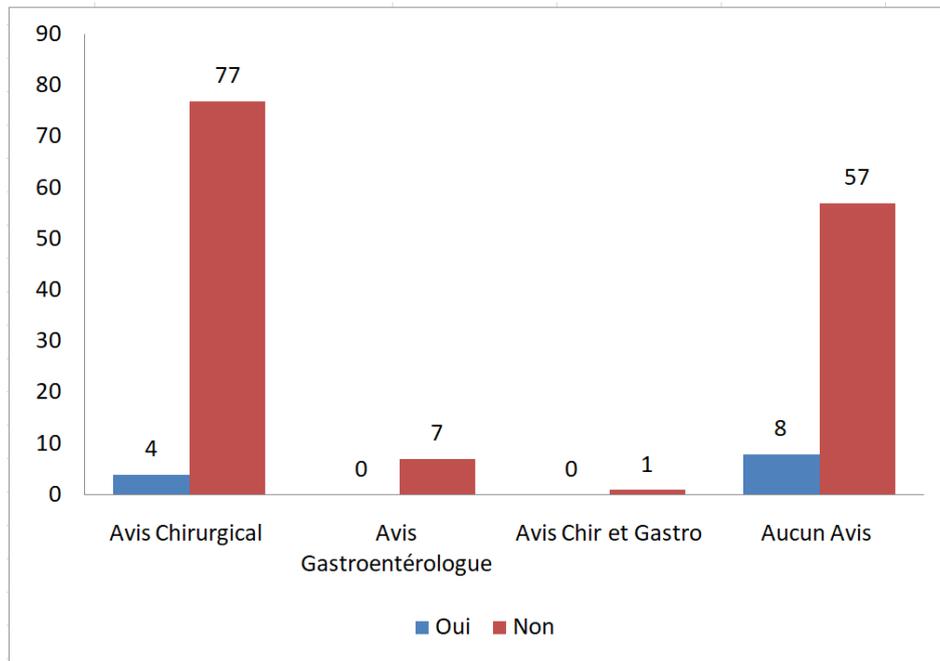


Figure 14 : Respect ou non des recommandations selon l'avis demandé pour les patients non tarés

Concernant la *figure 14*, la p-value est de 0,30. On retrouve dans ce sous-groupe des sujets non tarés, une nette domination du non respect des recommandations. Celui-ci concerne 100% des 8 patients ayant bénéficié de l'avis d'un gastro-entérologue (qu'il soit associé ou non à celui d'un chirurgien), 95% de ceux (81 patients) pour lesquels un avis chirurgical a été demandé et de 87,69% des 65 patients dont la prise en charge a été assurée par l'urgentiste seul.

# V. DISCUSSION

### **Limites et biais de l'étude**

Notre étude monocentrique, descriptive, rétrospective est confrontée aux limites et biais inhérents à ce type de travail.

Nous avons réalisé un recrutement au sein du Service des Urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque uniquement, ce qui ne permet pas d'extrapoler les résultats de notre étude.

Le recueil rétrospectif des données via les dossiers informatiques nous a permis de nous amender d'éventuels biais d'observation inhérents à une étude prospective. Cependant la qualité des données que nous avons collectées, était dépendante du remplissage du dossier informatique du patient. A quelques exceptions près, nous avons réussi à collecter l'ensemble des données souhaitées pour chaque patient.

### **Forces de l'étude**

La validité de l'étude est renforcée par la revue systématique des dossiers sur la période de 24 mois, étudiée selon des critères d'inclusion et d'exclusion bien définis.

Cette étude monocentrique reflète les pratiques aux Urgences du Centre Hospitalier du Dunkerque et nous permet ainsi d'envisager la mise en place de propositions afin de faire évoluer localement les pratiques.

### **Analyse**

#### *a) Population*

Notre étude regroupe, comme au sein de la population générale, des patients ayant des âges et des comorbidités variés (1)(10).

### *b) Présentation clinique*

Concernant la clinique de façon globale, plus de 98% des patients présentaient une douleur abdominale, principalement en fosse iliaque gauche. Les autres symptômes, tels que la fièvre, les troubles du transit, les vomissements, étaient plus rares. Ces tableaux cliniques sont semblables à ceux retrouvés dans la littérature (10).

### *c) Paraclinique*

Comme recommandé par l'HAS (4), l'ensemble des patients de l'étude ont bénéficié qu'un bilan biologique. Ils ont également, dans la quasi-totalité des cas, bénéficié d'un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste pour confirmation du diagnostic. Cela a pu être possible grâce à la présence d'un scanner au sein des urgences leur étant réservé.

### *d) Evolution*

De même que dans de nombreuses études déjà disponibles (26)(34), nous avons pu constater que le taux de complications est extrêmement bas. Cependant ce résultat a pu être faussé par le fait que plus des trois quarts des patients de notre étude ont bénéficié d'un traitement antibiotique.

D'autre part, une partie de notre étude a été réalisée lors de la première vague de COVID-19 en 2020 au cours de laquelle la population se rendait très peu à l'hôpital. Cela a pu entraîner une sous estimation du taux de nouvelle consultation et/ou de complication.

### *e) Surconsommation en antibiotiques*

Avec 95% de patients ayant bénéficié d'une antibiothérapie, on constate une surconsommation d'antibiotiques au sein de notre étude. Celle-ci n'est pas améliorée

par la demande d'un avis spécialisé et n'est pas influencée par la prise en charge ambulatoire ou hospitalière des patients.

62,7% des patients se sont vus prescrire de l'*Amoxicilline* associée à de l'*acide Clavulanique*. Cependant, nous avons retrouvé 13 antibiothérapies différentes dans notre étude.

Cette sur-prescription d'antibiotiques pourrait être d'origine multifactorielle, tout d'abord par une méconnaissance des dernières recommandations de la part des praticiens. D'autre part, on peut imaginer une certaine inquiétude à laisser sortir ces patients, que l'on considère comme infectés, sous traitement symptomatique seul. Pour finir, il pourrait également exister une pression et une inquiétude importantes de la part du patient lui-même.

#### *f) Hospitalisation*

40,88% des patients ont été hospitalisé dans notre étude pour une durée moyenne d'hospitalisation de moins de 48 heures. Tous les patients pour lesquels une hospitalisation avait été jugée nécessaire par l'urgentiste ou le spécialiste ont pu en bénéficier.

Le taux d'hospitalisation est élevé au sein de notre étude. Son origine est multifactorielle. Tout d'abord, on retrouve les patients nécessitant une surveillance hospitalière. Elle peut être imposée par la présence de comorbidités importantes, de signes de sepsis, de troubles cognitifs ou psychiatriques prononcés ou d'un environnement social défavorable. Par ailleurs, une part non négligeable de patients se sont vus prescrire de l'*Augmentin*® par voie intraveineuse pour une durée de 48 heures, rendant leur hospitalisation nécessaire pour réaliser son administration.

### *g) Conformité des dossiers*

Comme décrit précédemment, lorsqu'il s'agit de prise en charge diagnostique, la quasi-totalité de nos dossiers sont en accord avec les recommandations. Les patients ont en effet bénéficié de la réalisation de biologie et d'un scanner abdomino-pelvien avec injection de produit de contraste.

D'autre part, en termes de prise en charge thérapeutique, seuls 11,7% des dossiers étaient fidèles aux dernières recommandations de l'HAS. Leur respect ne semble être que peu influencé par la prise d'avis auprès d'un spécialiste.

La présence de comorbidités significatives ne représente, quant à elle, pas un facteur influençant le respect des recommandations dans notre étude. Cependant les sous-effectifs nécessaires à la réalisation des analyses multi-variées, par exemple le nombre de patients tarés pour lesquels les recommandations ont été respectées, étaient trop faibles pour espérer obtenir des résultats statistiquement significatifs.

Le peu de respect des recommandations de l'HAS peut être dû à deux facteurs principaux, l'absence d'informations concernant le changement des recommandations fin 2017 et l'inquiétude du personnel à faire sortir un patient sans antibiotique. La réticence du corps médical à ce changement de paradigme de prise en charge est également retrouvée dans la littérature (35,36). Le manque d'information concernant les changements de recommandations a également été retrouvé lors d'une thèse réalisée à Marseille en 2021 sur une population de médecins généralistes (9).

## **VI. CONCLUSION**

Dans cette revue de pratique professionnelle réalisée aux Urgences de Dunkerque entre Janvier 2019 et Décembre 2020, nous avons pu constater que les recommandations en termes de démarche diagnostique étaient globalement appliquées. En effet, 100% des patients ont bénéficié d'un bilan biologique et 97,8% d'un scanner abdominopelvien avec injection de produit de contraste.

Le résultat est plus mitigé en termes de prise en charge. En effet, nous n'avons retrouvé que 11,7% de dossiers conformes aux recommandations de l'HAS de 2017, principalement par surconsommation en antibiotiques, prescrits chez 95% de patients. Celle-ci ne semble pas améliorée par la prise d'avis, ni influencée par les antécédents des patients.

Cette étude met en exergue des axes d'amélioration comme par exemple une sensibilisation aux dernières recommandations auprès des différents praticiens (Chirurgiens Viscéraux, Gastroentérologues, Urgentistes) du Centre Hospitalier de Dunkerque ou encore la proposition d'un algorithme (*Annexe 3*) de prise en charge qui pourrait être proposé et devra être validé par les différentes spécialités.

Il pourrait être intéressant de réaliser une prochaine étude après la validation et la mise en place de cet algorithme pour évaluer si les recommandations sont plus respectées en termes de prise en charge et, si ce n'est pas le cas, de chercher à comprendre pourquoi par le biais d'une nouvelle étude.

# **VII. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. Strate LL, Morris AM. Epidemiology, Pathophysiology, and Treatment of Diverticulitis. 2020;156(5):1282–98.
2. Binda GA, Mataloni F, Bruzzone M, Carabotti M, Ciocchi R, Nascimbeni R, et al. Trends in hospital admission for acute diverticulitis in Italy from 2008 to 2015. Tech Coloproctol [Internet]. 2018;22(8):597–604. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-018-1840-z>
3. Zins M, Bruel J-M, Pochet P, Regent D, Loiseau D. Quelle est la valeur diagnostique des différents examens dans la diverticulite simple et compliquée ? Quelle doit être la stratégie diagnostique ? Gastroentérologie Clin Biol. 2007;31(8–9):15–9.
4. Schultz JK, Azhar N, Biondo S, Ris F. European Society of Coloproctology : guidelines for the management of diverticular disease of the colon. 2020;1–24.
5. Al. SM and. Update of the WSES guidelines for the management of acute colonic diverticulitis in the emergency setting. Int J Colorectal Dis. 2020;24(5):599–600.
6. Korte N De, Daniels L, Consten ECJ, Cuesta MA, Gerhards MF, Geloven AAW Van, et al. A multicenter randomized clinical trial investigating the cost-effectiveness of treatment strategies with or without antibiotics for uncomplicated acute diverticulitis ( DIABOLO trial ). 2010;1–10.
7. Hjern F, Haapaniemi S, Smedh K, Study A. Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. 2012;532–9.
8. HAS. Prise en charge médicale et chirurgicale de la diverticulite colique. Rev Francoph Cicatrisation. 2017;1(1):16–7.

9. Boulanger F. Prise en charge de la diverticulite aiguë non compliquée en médecine générale : évaluation des pratiques professionnelles To cite this version : HAL Id : dumas-03279744. 2021;
10. Meara MP, Alexander CM. E m e r g e n c y P r e s e n t a t i o n s o f Diverticulitis. 2018;98:1025–46.
11. Klarenbeek BR, De Korte N, Van Der Peet DL, Cuesta MA. Review of current classifications for diverticular disease and a translation into clinical practice. Int J Colorectal Dis. 2012;27(2):207–14.
12. Turner GA, Grady MJO, Purcell R V, Frizelle FA. Acute Diverticulitis in Young Patients : A Review of the Changing Epidemiology and Etiology. Dig Dis Sci [Internet]. 2021;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s10620-021-06956-w>
13. Benjamin Chun-Kit Tong. 乳鼠心肌提取 HHS Public Access. Physiol Behav. 2017;176(5):139–48.
14. Bharucha AE, Parthasarathy G, Ditah I, Fletcher JG, Ewelukwa O, Pendlimari R, et al. Temporal Trends in the Incidence and Natural History of Diverticulitis: A Population-Based Study. 2016;2015(11):1589–96.
15. Pautrat K, Bretagnol F, Hutten N, De Calan L. Acute diverticulitis in very young patients: A frequent surgical management. Dis Colon Rectum. 2007;50(4):472–7.
16. Patel K, Krishna SG, Porter K, Stanich PP, Mumtaz K, Conwell DL, et al. Diverticulitis in Morbidly Obese Adults: A Rise in Hospitalizations with Worse

- Outcomes According to National US Data. *Dig Dis Sci* [Internet]. 2020;65(9):2644–53. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10620-019-06002-w>
17. Sigurdsson S, Alexandersson KF, Sulem P, Feenstra B, Gudmundsdottir S, Halldorsson GH, et al. Sequence variants in ARHGAP15, COLQ and FAM155A associate with diverticular disease and diverticulitis. *Nat Commun*. 2017;8:1–7.
  18. Carabotti M, Falangone F, Cuomo R, Annibale B. Role of Dietary Habits in the Prevention of Diverticular Disease Complications : A Systematic Review. 2021;1–11.
  19. Hjern F, Wolk A, Håkansson N. Smoking and the risk of diverticular disease in women. *Br J Surg*. 2011;98(7):997–1002.
  20. Point AU. Diverticulite sigmoïdienne INTRODUCTION CONCLUSIONS EPIDEMIOLOGY MEDICAL TREATMENT SURGICAL TREATMENT. 2005;809–16.
  21. Meurette G. Diverticulite sigmoïdienne à l ' heure des recommandations. 2019;297–300.
  22. Buchs NC, Mortensen NJ, Ris F, Morel P, Gervaz P, Buchs NC, et al. Natural history of uncomplicated sigmoid diverticulitis. 2015;7(11):313–8.
  23. Rezapour M, Stollman N. Diverticular Disease in the Elderly. 2019;
  24. Daniels L, Ünlü Ç, Korte N De, Dieren S Van, Stockmann HB, Vrouwenraets BC, et al. Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis. 2017;52–61.

25. Dijk ST Van, Bos K, Boer MGJ De, Draaisma WA, Enst WA Van, Felt RJF, et al. A systematic review and meta-analysis of outpatient treatment for acute diverticulitis. 2018;505–12.
26. Elfeki SHEH, Shalaby ASM. Management of acute uncomplicated diverticulitis without antibiotics : a systematic review , meta-analysis , and meta-regression of predictors of treatment failure. Tech Coloproctol [Internet]. 2018;22(7):499–509. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10151-018-1817-y>
27. Les R, Pratiques B. Diverticulite aiguë sigmoïdienne non compliquée. 2021;2–3.
28. Haute Autorité de Santé. Stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2. 2020. 57 p.
29. Prospective A, Randomized M, Trial C, Trial D. Outpatient Versus Hospitalization Management for Uncomplicated Diverticulitis. 2014;259(1).
30. Dijk ST Van, Chabok A, Dijkgraaf MG, Boermeester MA, Smedh K. Observational versus antibiotic treatment for uncomplicated diverticulitis : an individual-patient data meta-analysis. 2020;1062–9.
31. Dijk ST Van, Daniels L, Korte N De, Dieren S Van, Stockmann HB, Vrouwenraets BC, et al. Long-Term Effects of Omitting Antibiotics in Uncomplicated Acute Diverticulitis. 2018;(February):1–8.
32. Lahner E, Bellisario C, Hassan C, Zullo A, Esposito G, Annibale B. Probiotics in the Treatment of Diverticular Disease . A Systematic Review. 2016;25(1):79–86.

33. Acute E, Library C, States U, Authority FN. The end of antibiotics in the management of uncomplicated acute diverticulitis. 2019;373–5.
34. Saligram S. Antibiotics Versus No Antibiotics for Acute. 2019;1005–12.
35. Reynolds IS, O’Connell E, Heaney RM, Khan W, Khan IZ, Waldron R, et al. Adherence to clinical guidelines and the potential economic benefits of admission avoidance for acute uncomplicated diverticulitis. *Ir J Med Sci*. 2018;187(1):59–64.
36. Azhar N, Aref H, Brorsson A, Lydrup ML, Jörgren F, Schultz JK, et al. Management of acute uncomplicated diverticulitis without antibiotics: compliance and outcomes -a retrospective cohort study. *BMC Emerg Med* [Internet]. 2022;22(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12873-022-00584-x>
37. Hurwitz EE, Simon M, Vinta SR, Zehm CF, Shabot SM, Minhajuddin A, et al. Adding Examples to the ASA-Physical Status Classification Improves Correct Assignment to Patients. *Anesthesiology*. 2017;126(4):614–22.

## **VIII. ANNEXES**

**Annexe 1 : Score ASA, Physical Status Classification System (37)**

<b>1</b>	Patient normal
<b>2</b>	Patient avec anomalie systémique modérée
<b>3</b>	Patient avec anomalie systémique sévère
<b>4</b>	Patient avec anomalie systémique sévère représentant une menace vitale constante
<b>5</b>	Patient moribond dont la survie est improbable sans intervention
<b>6</b>	Patient déclaré en état de mort cérébrale dont on prélève les organes pour greffe



Référence CNIL :

2223975 v 0

## Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-005

reçue le 19 octobre 2021

Madame Jade THOURET

171 RUE AUGUSTE BONTE  
59130 LAMBERSART

### ORGANISME DÉCLARANT

<b>Nom :</b>	Madame THOURET Jade	<b>N° SIREN/SIRET :</b>	
<b>Service :</b>		<b>Code NAF ou APE :</b>	
<b>Adresse :</b>	171 RUE AUGUSTE BONTE	<b>Tél. :</b>	0664625028
<b>CP :</b>	59130	<b>Fax. :</b>	
<b>Ville :</b>	LAMBERSART		

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 20 octobre 2021

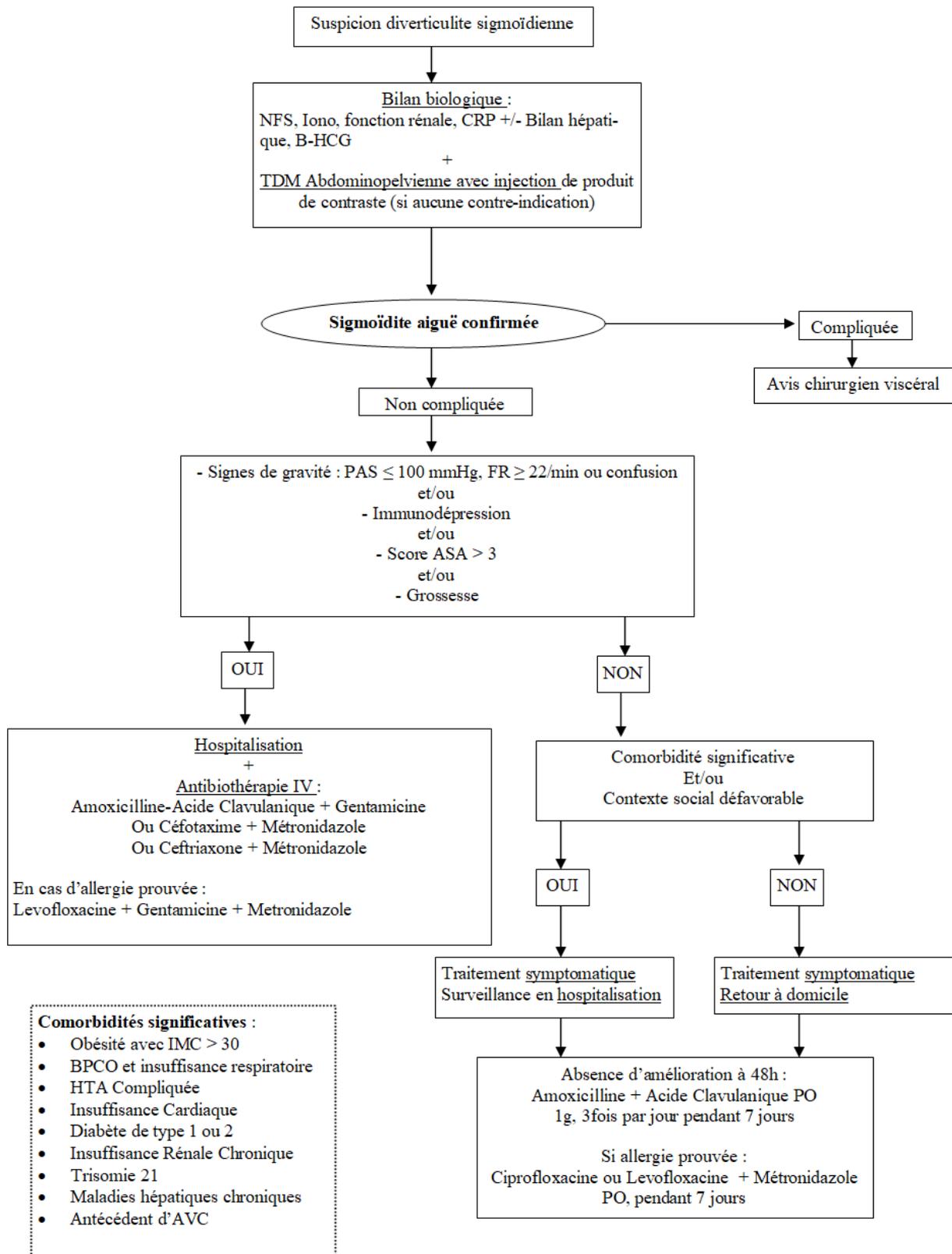
— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

*Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.*

*Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>*

Annexe 3 : Algorithme de prise en charge



**AUTEURE : Nom : THOURET**

**Prénom : Jade**

**Date de soutenance : 14/09/2022**

**Titre de la thèse : « La prise en charge de la sigmoïdite aiguë diverticulaire non compliquée aux urgences, revue de pratique professionnelle aux urgences du centre hospitalier de Dunkerque »**

**Thèse - Médecine - Lille « 2022 »**

**Cadre de classement : Médecine d'Urgence**

**DES + FST/option : Médecine d'Urgence**

**Mots-clés : Sigmoïdite aiguë diverticulaire non compliquée, sigmoïdite, service d'Urgences, Urgences,**

**Résumé :**

**Contexte :** De nouvelles recommandations ont été publiées par la Haute Autorité de Santé Française en 2017 concernant la prise en charge de la sigmoïdite aiguë diverticulaire non compliquée. Celles-ci sont favorables à la prise en charge symptomatique simple et/ou ambulatoire en l'absence de facteurs de risque de complication. L'objectif de notre étude était de réaliser une revue de pratique professionnelle au sein des Urgences du Centre Hospitalier de Dunkerque afin d'étudier le respect ou non de ces recommandations.

**Matériel et Méthode :** Étude rétrospective, observationnelle, descriptive et monocentrique de Janvier 2020 à Décembre 2021. Nous avons inclus tous les patients de plus de 18 ans dont le diagnostic final, à la sortie des Urgences était de sigmoïdite aiguë diverticulaire non compliquée.

**Résultats :** Nous avons retrouvé un respect des recommandations en termes de démarches diagnostiques pour la quasi-totalité des patients. Concernant la prise en charge thérapeutique, elles sont respectées dans 11,6% des cas.

**Conclusion :** Notre étude retrouve un faible pourcentage de respects des recommandations de 2017 concernant la prise en charge thérapeutique. Il ressort une surconsommation en antibiotiques, prescrits chez plus de 95% des patients inclus. Ce pourcentage semble que peu amélioré par la prise d'avis auprès de spécialistes et ne pas l'être par les antécédents des patients. Il nous semble important de proposer un rappel des recommandations de l'HAS concernant la sigmoïdite aiguë diverticulaire non compliquée, par exemple en proposant un algorithme de prise en charge.

**Composition du Jury :**

**Président : Monsieur le Professeur Eric WIEL**

**Assesseurs : Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD  
Monsieur le Docteur Jean-Robert NZAMUSHE LEPAN MABLA**

**Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Eric GRAVE**