

Diverticulite aiguë du colon : devenir en fonction de la prise en charge préalable en médecine générale et critères prédictifs de complications. Expérience sur 10 ans dans un C.H.U.

Acute colonic diverticulitis : outcome according to general practice management prior to referral and criteria predictive of complications. A 10-year experience in a University Hospital

P. Youatou¹, W. Ngatchou¹, G. Yondou¹, F. Nde¹, P. Mols¹, A.-S. Ramadan¹ et M. Ngassa²

¹Service des Urgences, C.H.U. Saint-Pierre, ULB, ²Service de Gastroentérologie, C.H.U. Brugmann, ULB

RESUME

Introduction : Le traitement ambulatoire des diverticulites non compliquées est efficace et recommandé dans plusieurs études. Le but de notre étude était d'analyser l'impact de la prise en charge en médecine générale sur les complications, les modalités de traitement et la durée d'hospitalisation lors d'un premier épisode de diverticulite.

Matériel : 176 dossiers ont été analysés. Parmi les 160 patients retenus, 50 étaient adressés par un médecin traitant. Les critères d'inclusion étaient : admission via les urgences avec un premier épisode de diverticulite confirmé par au moins un CT scanner. Les données analysées étaient l'anamnèse, les paramètres cliniques et paracliniques, les complications, les traitements et la durée d'hospitalisation.

Résultats : Les patients adressés par le médecin traitant ont une durée d'hospitalisation plus longue ($p = 0,034$) et sont plus âgés ($p < 0,001$) que ceux se présentant directement aux urgences avec une corrélation significative entre les 2 variables ($R = 0,406$). Aucune différence significative n'a été retrouvée en termes de complications et de modalités de traitement entre les deux groupes. Le rebond ($p = 0,049$), la défense ($p = 0,005$), et un délai entre le début des plaintes et l'admission aux urgences supérieures à 4 jours ($p = 0,027$) étaient les facteurs associés à une diverticulite compliquée.

ABSTRACT

Background and objectives : Ambulatory treatment of acute uncomplicated diverticulitis has been shown to be safe and effective by several recent studies. The aim of our study was to analyze the outcome of general practice management concerning the complications, the treatment modalities and the hospitalization duration during the first episode of acute diverticulitis.

Material and Methods : A total of 176 medical files of patient presenting between January 2000 and December 2010 at the emergency department with a first episode of acute diverticulitis confirmed by an abdominal CT scan were analyzed. Among the 160 patients fulfilling the inclusion criteria, 50 were referred by a general practitioner (GP). Data concerning admission modalities, clinical status, paraclinic investigations, complications, treatment and length of hospital stay were reviewed.

Results : The patients referred by the GP were significantly older ($p < 0.001$) and were hospitalized significantly longer ($p = 0.034$) than the patients consulting directly the emergency department. There was a significant correlation between the 2 variables ($R = 0.406$). Complications and treatment modalities did not differ between the two groups. Complicated diverticulitis was associated with rebound ($p = 0.049$), tenderness ($p = 0.005$) and a time

Conclusion : La prise en charge en médecine générale des diverticulites aiguës ne modifie pas le devenir des patients lors de leur admission à l'hôpital en termes de complications et de modalités de traitement. Le traitement ambulatoire des diverticulites simples est recommandé, mais en cas de mauvaise tolérance clinique, telle que la présence d'un rebond, d'une défense et des symptômes de plus de 4 jours, une hospitalisation est indiquée et justifiée.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 4-9

interval between initial symptoms onset and admission to the emergency department superior to 4 days ($p = 0.027$).

Conclusions : Ambulatory management of acute diverticulitis by the GP does not affect the outcome of the patients after their hospital admission in term of complications and treatment modalities. Ambulatory treatment of acute diverticulitis is safe but hospitalization is indicated in case of poor clinical tolerance, presence of rebound, tenderness and duration of symptoms for more than 4 days.

Rev Med Brux 2017 ; 38 : 4-9

Key words : colonic diverticulitis, ambulatory, emergency

INTRODUCTION

La diverticulose est l'affection du colon la plus fréquente avec une incidence de 0,7 et une prévalence de 1,8 pour 1.000 patients par an¹. Environ 15 à 25 % des patients atteints de diverticulose développeront au cours de leur vie une diverticulite^{1,2}.

La prévalence de la diverticulose bien que similaire dans les deux sexes varie en fonction de l'âge. Dans les pays industrialisés, elle est estimée à moins de 10 % chez les personnes de moins de 40 ans, environ 30 % chez les personnes de plus de 60 ans et à plus de 50 % chez les patients de plus de 80 ans³. En Occident, 95 % des diverticules sont situés dans le sigmoïde et le côlon gauche et seulement 5 % dans le côlon droit⁴.

La physiopathologie de la diverticulite n'est que partiellement élucidée, mais elle comprend différentes étapes menant à une perforation micro ou macroscopique d'un diverticule^{1,5}.

La diverticulite aiguë se manifeste cliniquement par des douleurs spontanées ou provoquées de la fosse iliaque gauche (FIG) avec possible débordement au niveau du flanc gauche ou de la région sus-pubienne⁶. Des troubles du transit sont observés dans 50 à 70 % des cas, la diarrhée étant plus fréquente que la constipation. L'arrêt de matières et de gaz est observé dans 21 % des cas, la fièvre est présente 4 fois sur 5. Des signes urinaires sans infection urinaire sont également décrits⁶. L'examen physique montre selon le stade de présentation une sensibilité de la FIG, un rebond, voire une défense.

Pour confirmer le diagnostic, une biologie et un examen d'imagerie doivent être réalisés, de préférence la tomodensitométrie qui est l'examen diagnostique de référence^{2,7,8}. Il permet également d'évaluer le degré d'extension ainsi que la sévérité du processus inflammatoire. Cette évaluation permet au clinicien de

différencier les patients devant bénéficier uniquement d'un traitement médical de ceux nécessitant une intervention radiologique (drainage percutané) ou chirurgicale.

Les consensus actuels^{9,10} sont en faveur d'une prise en charge ambulatoire des diverticulites non compliquées. Plusieurs études montrent d'excellents résultats du traitement non hospitalier des diverticulites simples chez des patients avec ou sans comorbidités¹¹⁻¹⁵. Dans l'optique d'apprécier l'impact de la prise en charge de cette pathologie par les médecins généralistes, nous avons mené une étude rétrospective comparant le devenir hospitalier des patients admis aux urgences via leur médecin généraliste avec ceux venus par leurs propres moyens.

PATIENTS ET METHODES

Nous avons rétrospectivement analysé les dossiers de 176 patients, admis via les urgences du C.H.U. Saint-Pierre pour diverticulite aiguë de janvier 2000 à décembre 2010. Les données concernant l'anamnèse (âge, sexe, mode d'admission, épisode de diverticulite, antécédent de diverticulose sans diverticulite, douleur fosse iliaque gauche, diarrhée, constipation et anorexie), l'examen clinique (température, tension artérielle, fréquence cardiaque, sensibilité fosse iliaque gauche, rebond et défense), les résultats de laboratoire (CRP, globules blancs, polynucléaires neutrophiles et éosinophiles) et l'imagerie (CT scanner et échographie) ont été récoltées. Le temps écoulé entre le début des symptômes et l'admission aux urgences (To) chez les patients non adressés par le médecin traitant a aussi été étudié. Les critères d'inclusions étaient : l'admission via les urgences à la demande du médecin traitant ou non, la confirmation du diagnostic de diverticulite sur base d'au moins un CT scanner abdominal et l'absence d'antécédent de diverticulite.

Sur base des critères de CT scanner⁵ les patients

ont été repartis en deux groupes :

Diverticulites simples ou non compliquées	Diverticulites compliquées
a. Présence de diverticules b. Épaississement de la paroi colique (> 4mm) c. Infiltration de la graisse péri-colique	a. Perforation colique b. Abscess péri-colique c. Obstruction colique d. Fistules coliques

Pour les cas inclus dans cette étude, la prise en charge thérapeutique des diverticulites compliquées était basée sur l'état général du patient et sur la gravité de l'infection intrapéritonéale évaluée en 4 stades dans la classification de Hinchey^{2,6,16}.

ANALYSE STATISTIQUE

Les variables continues ont été décrites par les médianes et l'étendue (intervalle entre la plus petite et la plus grande valeur) car la distribution de notre cohorte n'est pas gaussienne, et les variables discrètes par les pourcentages. Les comparaisons des variables continues ont été faites en utilisant les tests de Mann-Whitney pour deux groupes. Les proportions quant à elles ont été comparées en utilisant les tests de chi-carré.

Résultats

Des 176 patients admis pour diverticulites aiguës, 16 ont été exclus de l'étude pour données manquantes ou insuffisantes. Des 160 patients inclus dans l'étude, 50 ont été adressés par un médecin traitant (groupe I) et 110 se sont présentés directement aux urgences (groupe II). La répartition selon le sexe montre une légère prédominance féminine dans le groupe I et masculine dans le groupe II (tableau 1). En outre, les patients du groupe I sont plus âgés que ceux du groupe II ($p < 0,001$) et la fréquence cardiaque des patients du groupe II est plus élevée que celle des patients du groupe I ($p = 0,042$). L'analyse des autres paramètres ne montre aucune différence statistiquement significative entre les deux groupes de patients.

Il en est de même en termes de complications ($p = 0,206$), de pourcentage de diverticulite compliquée ($p = 0,287$) et non compliquée ($p = 0,371$), et de décès avec respectivement 3 décès dans le groupe I et 4 dans le groupe II. Tous les patients décédés étaient âgés de 77 ans à 100 ans avec de multiples antécédents médicaux et chirurgicaux, 6 d'entre eux ont été admis en état de choc septique avec péritonite fécale et ont été opérés, mais sont décédés après un séjour en soins intensifs variable de 1 à 99 jours. Concernant les modalités de traitement, aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les 2 groupes, que ce soit pour la durée totale du traitement médical ($p = 0,097$), qu'il soit intraveineux ($p = 0,161$) ou per os ($p = 0,573$), pour le drainage percutané ($p = 0,312$), la coelioscopie ($p = 0,491$) ou pour la laparotomie ($p = 0,619$). Les patients référés

Tableau 1 : Caractéristiques des patients inclus dans l'étude.

Paramètres	Groupe 1 n = 50	Groupe 2 n = 110	p-valeur
Age* (années)	68,5 (29-100)	56 (23-99)	< 0,001
Hommes	16 (32 %)	61 (55 %)	0,005
Femmes	34 (68 %)	49 (44,5 %)	0,005
Durée des plaintes avant admission (jours)*	2,6 (0-21)	2,2 (0-15)	0,543
Température*(°C)	36,65 (36-39,1)	37 (36-39,9)	0,925
Fréquence cardiaque* (battements/min)	80 (50-111)	88 (60-132)	0,042
TA systolique (mm Hg)*	138 (100-190)	130 (70-220)	0,147
TA diastolique (mm Hg)*	80 (36-100)	77 (36-110)	0,668
CRP (mg/dl)*	9,5 (0,4-42,8)	6,86 (0,5-45,8)	0,165
Globules blancs x 10 ³ /mm ³ *	12,55 (3,9-25,7)	12,3 (1,42-64,1)	0,887
Polynucléaires Neutro x 10 ³ /mm ³ *	9,33 (2,55-23,39)	9,28 (2,21-59,4)	0,897
Douleur FIG	43 (86 %)	98 (89,09 %)	0,392
Anorexie	10 (20 %)	14 (12,72 %)	0,181
Constipation	15 (30 %)	26 (23,63 %)	0,274
Diarrhée	12 (24 %)	23 (20,9 %)	0,401
Sensibilité FIG	44 (88 %)	102 (92,72 %)	0,291
Rebond	15 (30 %)	36 (32,72 %)	0,435
Défense	14 (28 %)	30 (27,27 %)	0,585
Diverticule	42 (84 %)	97 (88,18 %)	0,319
Paroi colique (> 4mm)	35 (70 %)	82 (74,54 %)	0,35
Infiltration péri-colique	37 (74 %)	91 (82,72 %)	0,15
Abscess péri-colique	7 (14 %)	10 (9,1 %)	0,257
Abscess Douglas	2 (4 %)	4 (3,63 %)	0,614
Perforation	10 (20 %)	28 (25,45 %)	0,284
Occlusion	1 (2 %)	2 (1,82 %)	0,681
Péritonite	10 (20 %)	12 (10,9 %)	0,103
Fistule	1 (2 %)	4 (3,63 %)	0,233
ATCD diverticulose	5 (10 %)	5 (4,54 %)	0,169

* Médiane (minimum-maximum) ; TA : tension artérielle ; FIG : fosse iliaque gauche ; CRP : C-reactive protein

par le médecin traitant ont une durée d'hospitalisation plus longue [8] (3-88)] que ceux qui se sont présentés spontanément aux urgences [7] (1-123)]. Cette

différence est statistiquement significative ($p = 0,034$) (tableau 2).

Tableau 2 : Complications, modalités de traitement et durée d'hospitalisation dans les 2 groupes.

Paramètres	Groupe 1 n = 50	Groupe 2 n = 110	p-valeur
Diverticulites non compliquées	35 (70 %)	69 (63 %)	0,371
Diverticulites compliquées	15 (30 %)	41 (37 %)	0,287
Complications	15 (30 %)	42 (38,2 %)	0,304
Abcès colique	8 (16 %)	14 (12,7 %)	0,372
Perforation	11 (22 %)	29 (26,4 %)	0,351
Occlusion	1 (2 %)	2 (1,8 %)	0,678
Péritonite	9 (18 %)	12 (10,9 %)	0,163
Fistule	2 (4 %)	2 (1,8 %)	0,370
Durée totale du traitement médical (jours)*	12 (3-36)	10,5 (2-30)	0,097
Antibiothérapie intra-veineuse (jours)*	5 (2-25)	5 (1-30)	0,1614
Antibiothérapie per os (jours)*	7 (0-21)	7 (0-15)	0,573
Drainage percutané	1 (2 %)	0	0,312
Coelioscopie	8 (16 %)	16 (14,5 %)	0,491
Lavage + drainage	3 (6 %)	4 (3,6 %)	0,380
Hartmann**	2 (4 %)	4 (3,6 %)	0,610
Colostomie***	0	0	
Colectomie sans colostomie	2 (4 %)	6 (5,5 %)	0,519
Laparotomie	4 (8 %)	9 (8,2 %)	0,619
Lavage + drainage	0	2 (1,8 %)	0,471
Colostomie***	1 (2 %)	1 (0,9 %)	0,529
Hartmann**	2 (4 %)	5 (4,5 %)	0,620
Colectomie sans colostomie	1 (2 %)	2 (1,8 %)	0,678
Décès	3 (6 %)	4 (6 %)	0,498
Durée d'hospitalisation (jours)*	8 (3-88)	7 (1-123)	0,034

* Médiane (minimum-maximum) ; ** Hartmann : colectomie gauche avec confection d'une colostomie terminale provisoire dans le flanc gauche ; *** Colostomie : dérivation du colon qui permet l'élimination des selles à travers une incision pratiquée dans la paroi abdominale.

Etant donné la durée d'hospitalisation et l'âge plus élevé chez les patients adressés par le médecin traitant, il était intéressant de chercher l'existence d'une

corrélation entre ces deux paramètres. Les résultats montrent une faible corrélation, mais significative, entre les deux variables avec un coefficient de corrélation $R = 0,406$.

Des paramètres cliniques étudiés, on observe que le délai To entre le début des plaintes et l'admission aux urgences supérieur à 4 jours ($p < 0,05$), le rebond ($p < 0,05$), et la défense abdominale ($p = 0,005$) ont été plus souvent rencontrés chez les patients avec diverticulite compliquée. Sur les 110 patients du groupe II, 42 présentaient une diverticulite compliquée contre 68 avec diverticulite simple (tableau 3). Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les deux groupes de patients concernant les autres paramètres cliniques analysés (tableau 3).

Tableau 3 : paramètres cliniques associés à une diverticulite compliquée.

Paramètres	Diverticulite compliquée n = 42	Diverticulite non compliquée n = 68	p-valeur
Age*	57,5 (23-99)	55 (27-96)	0,315
Température* (°C)	36,95 (36-39,9)	37 (36-39,4)	0,406
Fréquence cardiaque* (battements/min)	87 (70-132)	88 (60-126)	0,139
ATCD de diverticulose	0	5 (7,35 %)	0,083
Douleur FIG	37 (88 %)	61 (89,7 %)	0,506
Anorexie	5 (11,9 %)	9 (13,23 %)	0,581
Constipation	12 (28,6 %)	15 (22,05 %)	0,34
Diarrhée	8 (19,04 %)	15 (22,05 %)	0,501
Sensibilité FIG	39 (92,8 %)	63 (92,64 %)	0,594
Rebond	18 (42,85 %)	17 (25 %)	0,049
Défense	18 (42,85 %)	12 (17,64 %)	0,005
To > 4jours	12 (28,57 %)	7 (10,29 %)	0,027

* Médiane (minimum-maximum) ; To : Temps écoulé entre le début des symptômes et la présentation aux urgences chez les patients se présentant spontanément aux urgences ; FIG : fosse iliaque gauche ; ATCD : antécédents

DISCUSSION

Cette étude a été réalisée sur base de consensus récents en faveur d'un traitement ambulatoire des diverticulites simples. Le BAPCOC 2008 (Guide belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire)¹⁰ et la Haute Autorité de Santé en France (HAS)⁹ recommandent un traitement ambulatoire en cas de diverticulite non compliquée avec bonne tolérance clinique, et si le contexte social le permet. En cas de mauvaise tolérance clinique (signes d'irritation péritonéale, hydratation orale impossible, absence d'amélioration après 48 à 72 heures de traitement

ambulatoire, patient fragilisé...) une hospitalisation est indiquée et justifiée^{2,8}. Ces consensus sont en accord avec les résultats de plusieurs études réalisées sur des patients souffrant de diverticulites aiguës non compliquées traités à domicile. La prise en charge ambulatoire des diverticulites non compliquées a été un succès chez 97 % des patients admis dans les études prospectives de Mizuki *et al.*¹¹ et dans celles d'Alonso *et al.*¹². Ces résultats sont également confirmés par Etzioni *et al.*¹³ qui conclut dans son étude rétrospective portant sur la prise en charge des diverticulites aiguës simples que le traitement ambulatoire a été efficace chez 94 % des patients. Pour Rodriguez *et al.*¹⁴, le traitement ambulatoire est efficace et sûr, mais son étude bien que prospective présente l'inconvénient d'être une forme d'hôpital à domicile. Ridgway *et al.*¹⁵ dans son étude prospective randomisée contrôlée en double aveugle montre que l'antibiothérapie orale n'est pas statistiquement inférieure à l'antibiothérapie IV dans le traitement de la diverticulite non compliquée.

Notre étude démontre que la prise en charge par le médecin traitant des patients souffrant de diverticulites aiguës ne modifie pas le devenir de ceux-ci en termes de complications, de décès, de modalités de traitement et de leur durée lors de leur admission à l'hôpital.

Ces résultats vont donc dans le sens de la littérature démontrant l'efficacité et la sécurité de la prise en charge ambulatoire des diverticulites non compliquées¹¹⁻¹⁵. Dans l'étude rétrospective de Lidor *et al.*¹⁷ analysant les données de 16.048 patients âgés ≤ 67 ans (âge moyen de 77,8 ans) sans diagnostic de diverticulite dans les 18 mois précédant l'épisode aigu, 45 % des sujets suivis pendant une moyenne de 19,2 mois (écarts de 0 à 42,5) n'ont pas été hospitalisés lors du diagnostic de diverticulite. Elle démontre aussi que les patients non hospitalisés et ceux âgés d'au moins 80 ans ont significativement moins de rechutes et de risque de chirurgie¹⁷.

Les patients référés par les médecins traitants ont une durée d'hospitalisation plus longue que ceux qui se sont présentés directement aux urgences, car ils sont plus âgés et ont par conséquent une comorbidité plus importante. En outre, il existe une corrélation significative entre les deux paramètres ($R = 0,406$).

Ce travail a aussi permis de démontrer l'importance du rebond, de la défense abdominale et du délai To supérieur à 4 jours depuis le début des symptômes, comme paramètres associés à une complication de la diverticulite. Ces signes péritonéaux (rebond et défense) sont décrits dans la littérature^{10,14} comme signes de diverticulites compliquées, tout comme la douleur d'intensité croissante et l'arrêt de matières et de gaz⁶. Le délai (To) de plus 4 jours après le début des symptômes a été obtenu par analyse statistique de la variable temps à la recherche de la limite pour laquelle les complications étaient plus

observées. Toutefois ce dernier point devrait faire l'objet d'une étude plus spécifique et plus rigoureuse car bien que ces résultats soient significatifs, ils ne sont associés à aucun précédent dans la littérature.

La durée médiane totale du traitement antibiotique dans notre étude est de 12 jours dans le groupe I contre 10,5 jours dans le groupe II, avec une durée identique pour le traitement IV et per os. Le traitement des patients avec diverticulites aiguës dépend de la présentation clinique et de la sévérité de la pathologie. Le traitement conventionnel d'une diverticulite aiguë non compliquée est médical. La prise en charge ambulatoire peut être envisagée si le patient est cliniquement stable, sans signes péritonéal et sans comorbidités. Dans ce cas, il est recommandé de maintenir une diète hydrique lors des 48 premières heures.

Le traitement à domicile comprendra des antalgiques et une antibiothérapie à large spectre (amoxicilline-clavulanate ou une association quinolone-métronidazole) pendant 7 à 14 jours^{2,5,8,9,12}. L'amélioration des symptômes doit être rapide (dans les 48 premières heures) sinon une hospitalisation est nécessaire et le même schéma thérapeutique est réalisé mais par voie veineuse associant une hydratation et une alimentation parentérale^{8,9}.

Néanmoins plusieurs études récentes ont en effet montré que le traitement antibiotique n'est pas indispensable dans la diverticulite simple, pas plus que l'arrêt de l'alimentation solide pour les patients pris en charge en ambulatoire¹⁸. Ces données ont été confirmées par une étude récente multicentrique randomisée et contrôlée de Chabok *et al.*¹⁹ qui ne montre pas la supériorité du traitement antibiotique sur l'accélération de la guérison, la durée d'hospitalisation, la prévention des récurrences et des complications. Elle présente l'inconvénient d'être de puissance insuffisante.

Notre travail est une étude rétrospective avec une distribution anormale et un échantillonnage non représentatif de la population. Il n'y avait pas de protocole standard dans l'anamnèse, les examens cliniques et paracliniques. Il ne nous a pas été possible de contacter les patients pris en charge en ambulatoire et ayant évolué favorablement, de même que le suivi à distance des patients de notre cohorte. Il faudra plus d'études prospectives randomisées pour mieux comparer les groupes en évitant les biais potentiels.

CONCLUSION

Notre étude montre que la prise en charge par le médecin traitant des patients ayant une diverticulite aiguë ne modifie pas le devenir de ceux-ci lors de leur admission à l'hôpital en termes de complications et de modalités de traitement. Elle démontre aussi que les patients adressés par le médecin traitant sont plus âgés et par conséquent ont un séjour hospitalier plus long. En cas de bonne tolérance clinique, il faudrait envisager une prise en charge ambulatoire des diverticulites

simples. Des signes d'alerte tels que le rebond, la défense et des symptômes d'une durée de plus de 4 jours, sont des arguments en faveur d'une diverticulite compliquée nécessitant une prise en charge hospitalière.

Conflits d'intérêt : néant.

BIBLIOGRAPHIE

- Berger MY, De Wit NJ, Vogelenzang R *et al.* : NHG-standaard Diverticulitis. Huisarts Wet 2011 ; 54 : 490-8
- Di Mare L, Christoforidis D, Ronga A, Demartines N : Nouveautés dans la stratégie thérapeutique de la diverticulite sigmoïdienne. Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 1277-81
- Branagan G, Senapati A : Colonic diverticulosis. Surgery (Oxford) 2008 ; 26(8) : 357-60
- Bourelle A, Montravers P, Boyer J, Schmit JL, Teillet L, Loiseau D : Traitement médical des diverticulites aiguës non compliquées. Gastroenterol Clin Biol 2007 ; 31 : 21-6
- Young-Fadok T, Pemberton JH, Weiser M, Friedman LS, Duda RB : Treatment of acute diverticulitis. Literature review current through : jan 2014. UpToDate. Accessed on February 07, 2014. https://www.uptodate.com/contents/acute-colonic-diverticulitis-medical-management?source=search_result&search=treatment%20of%20acute%20diverticulitis.%20Literature%20review&selectedTitle=1~150
- Loiseau D : Sigmoidite diverticulaire : quand opérer ? FMC-HGE, Post'U 2004-Paris : p 133-7. <http://www.fmcgastro.org/wp-content/uploads/file/pdf/186.pdf>
- Zins M, Bruel JM, 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 ? Gastroenterol Clin Biol 2007 ; 31 : 15-9
- Dominguez EP, Sweeney JF, Choi YU : Diagnosis and management of diverticulitis and appendicitis. Gastroenterol Clin N Am 2012 ; 35 : 367-91
- Haute autorité de santé. Recommandations. Gastroenterol Clin Biol 2007 ; 31 : 5-10
- BAPCOC. Diverticulite. In : Guide Belge des traitements anti-infectieux en pratique ambulatoire. Bruxelles, Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee, 2008 : 67
- Mizuki A, Nagata H, Tatemichi M *et al.* : The out-patient management of patients with acute mild-to-moderate colonic diverticulitis. Aliment Pharmacol Ther 2005 ; 21 : 889-97
- Alonso S, Pera M, Parés D *et al.* : Outpatient treatment of patients with uncomplicated acute diverticulitis. Colorectal Dis 2010 ; 12 : 182-344
- Etzioni DA, Chiu VY, Cannom RR, Burchette RJ, Haigh PI, Abbas MA : Outpatient treatment of acute diverticulitis : rates and predictors of failure. Dis Colon Rectum 2010 ; 53 : 861-5
- Rodríguez-Cerrillo M, Poza-Montoro A, Fernandez-Diaz E, Iñurrieta Romero A. Patients with uncomplicated diverticulitis and comorbidity can be treated at home. Eur J Intern Med 2010 ; 21 : 553-4
- Ridgway PF, Latif A, Shabbir J *et al.* : Randomized controlled trial of oral vs intravenous therapy for the clinically diagnosed acute uncomplicated diverticulitis. Colorectal Dis 2009 ; 11 : 941-6
- Bretagnol F, Panis Y : Prise en charge des complications de la diverticulose sigmoïdienne. Presse Med 2008 ; 37 : 827-30
- Lidor AO, Segal JB, Wu AW, Yu Q, Feinberg R, Schneider EB : Older patients with diverticulitis have low recurrence rates and rarely need surgery. Surgery 2011 ; 150 : 146-53
- Bourelle A : Controverses sur la prise en charge des pathologies abdominales aiguës. Diverticulites sigmoïdiennes. Journées Francophones d'Hépatogastroentérologie et d'Oncologie Digestive 2014
- Chabok A, Pahlman L, Hjern F, Haapaniemi S, Smedh K, AVOD Study Group : Randomized clinical trial of antibiotics in acute uncomplicated diverticulitis. Br J Surg 2012 ; 99 : 532-9

Correspondance et tirés à part :

P. YOUATOU
C.H.U. Saint-Pierre
Service des Urgences
Rue Haute 322
1000 Bruxelles
E-mail : Pierre_YOATOUTOWO@stpierre-bru.be

Travail reçu le 24 janvier 2015 ; accepté dans sa version définitive le 3 juin 2016.