



Des antibiotiques ou aucun antibiotique pour la diverticulite aiguë, telle est la question!

QUESTION CLINIQUE

Les antibiotiques changent-ils les résultats cliniques des patients atteints de diverticulite aiguë non compliquée?

CONCLUSION

Chez les patients immunocompétents et non septiques atteints de diverticulite aiguë non compliquée, les antibiotiques ne modifient pas les taux de complications précoces ou de récurrence.

DONNÉES PROBANTES

- Patients inscrits : immunocompétents et présentant des symptômes compatibles avec une diverticulite aiguë non compliquée (confirmée par tomodensitométrie) sans être septiques ou gravement malades. Répartis au hasard pour recevoir des antibiotiques (céphalosporine/métronidazole ou amoxicilline/acide clavulanique) ou un placebo ou encore ne recevoir aucun antibiotique pendant environ 7 jours.
- Revue systématique (3 ECR, 1 329 patients)¹ :
 - Complications à 30 jours (abcès, perforation, obstruction, fistule) : 1,5 % par rapport à 1,3 % (aucun antibiotique) : aucune différence statistique.
 - Risque de récurrence à long terme (de 2 à 11 ans) : environ 24 % dans les deux groupes.
- Les 3 ECR les plus vastes et de la meilleure qualité :
 - 623 adultes suédois atteints d'une première diverticulite aiguë non compliquée ou ayant connu une récurrence² :
 - Après 1 an, aucune différence statistique pour ce qui est :

- Des complications durant l'hospitalisation (exemples : abcès, perforation) : 1,0 % par rapport à 1,9 % (aucun antibiotique).
- Séjour médian à l'hôpital (3 jours dans les deux groupes).
- Récidive (environ 16 % dans les deux groupes).
- Après 11 ans (environ 90 % des patients)³ :
 - Aucune différence pour ce qui est des récurrences (environ 31 %) ou d'une intervention chirurgicale pour une diverticulite (environ 5 %).
- 528 adultes néerlandais ayant subi un premier épisode de diverticulite⁴ :
 - Après 6 mois, aucune différence statistique pour ce qui est :
 - Du temps de rétablissement médian : 12 jours par rapport à 14 jours (aucun antibiotique).
 - De la diverticulite compliquée : 2,6 % par rapport à 3,8 % (aucun antibiotique).
 - Des taux de réadmission : 12 % par rapport à 18 % (aucun antibiotique).
 - Après 24 mois (environ 90 % des patients)⁵ :
 - Aucune différence pour ce qui est des récurrences (environ 15 %), des complications ou d'une intervention chirurgicale.
- 480 adultes espagnols à l'urgence pour une diverticulite⁶.
 - Après 3 mois, aucune différence statistique pour ce qui est :
 - Des hospitalisations : 5,8 % par rapport à 3,3 % (aucun antibiotique).
 - Des interventions chirurgicales urgentes : aucune.
- Limites : Certains ECR étaient sans insu^{2,6}.

CONTEXTE

- Les lignes directrices déconseillent le recours systématique aux antibiotiques chez les patients immunocompétents et non fragiles d'un point de vue médical qui sont atteints de diverticulite^{7,8}.
- Les taux de diverticulite augmentent (surtout au cours des 50 dernières années)⁹.
 - Des facteurs génétiques semblent entrer en jeu dans environ la moitié des cas⁸.
 - Les noix, les graines et le maïs soufflé ne semblent pas avoir d'incidence sur la diverticulite¹⁰.
- Risque de cancer colorectal¹¹ :
 - Diverticulite non compliquée : environ 0,5 % (semblable aux témoins asymptomatiques).
 - Diverticulite compliquée : environ 8 %.
- Risque de diverticulite compliquée : à son maximum lors du premier épisode⁹.
- Récidive⁹ :
 - Après le 1^{er} épisode : environ 17 %.
 - Après le 2^e épisode : environ 44 %.

RÉFÉRENCES

1. Dichman M-L, Rosenstock SJ, Shabanzadeh DM. Cochrane Database Syst Rev. 2022;6:CD009092. DOI: 10.1002/14651858.CD009092.
2. Chabok A, Pahlman L, Hjern F, et al. Br J Surg. 2012;99:532-539.

AUTEURS

Michael R Kolber, M.D.,
CCMF, M. Sc., **Clarence K
Wong**, M.D., FRCPC

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

3. Isacson D, Smedh K, Nikberg M, et al. Br J Surg. 2019;106:1542-1548.
4. Daniels L, Ünlü C, de Korte N, et al. Br J Surg. 2017;104:52-61.
5. van Dijk ST, Daniels L, Ünlü C, et al. Am J Gastroenterol. 2018;113:1045-1052.
6. Mora-Lopez L, Ruiz-Edo N, Estrada-Ferrer O, et al. Ann Surg. 2021;274:e435-e442.
7. Qaseem A, Etzeandía-Ikobaltzeta I, Lin JS, et al. Ann Intern Med. 2022;175:399-415.
8. Peery AF, Shaukat A, Strate LL. Gastroenterology. 2021;160:906-911.
9. Bharucha AE, Parthasarathy G, Ditah I, et al. Am J Gastroenterol. 2015;110(11):1589-1596.
10. Strate LL, Liu YL, Syngal S, et al. JAMA. 2008;300(8):907-914.
11. Rottier SJ, van Dijk ST, van Geloven AAW, et al. Br J Surg. 2019;106:988-997.

**OUTILS POUR LA PRATIQUE
RENDU POSSIBLE PAR**



EN PARTENARIAT AVEC



Les articles **Outils pour la pratique** sont des articles révisés par les pairs qui résument les données médicales pouvant transformer la pratique de première ligne. Ils sont coordonnés par les Drs **G. Michael Allan** et **Adrienne Lindblad** et rédigés par le groupe PEER (Patients, Experience, Evidence, Research), avec l'appui du Collège des médecins de famille du Canada, et des Collèges des médecins de famille de l'Alberta, de l'Ontario et de la Saskatchewan. Les commentaires sont les bienvenus à l'adresse toolsforpractice@cfpc.ca. La bibliothèque d'Outils pour la pratique en français de CMFCApprendre est en cours de construction. Elle sera disponible à l'été 2024.

Cette communication exprime l'opinion des auteurs et ne reflète pas nécessairement le point de vue ni la politique du Collège des médecins de famille du Canada.