

Laboratoire de recherche sur les MICI
Association algérienne de développement de la FMC et d'évaluation des
pratiques médicales en hépato gastroentérologie

Réunion de consensus sur la maladie de Crohn

Lésions anopérinéales au cours de la MC: Diagnostic et traitement

Dr Houria Saoula
CHU de Bab el oued
26/09/2013

- Quelle est l'ampleur du problème?
- Comment faire le bilan lésionnel des LAP de la maladie de Crohn?
- Quelle est la stratégie thérapeutique?
- Recommandations?

Quelle est l'ampleur du problème?

- Incidence : 25 à 80% dans les séries hospitalières.
13 à 23% dans les études en population
- **LAP touchent un malade sur 2.**
- **Fistules ano-périnéales inaugurales dans 46 % des cas, parfois isolées.**
- Incidence cumulative sur 20 ans : 26 %.
- **D'autant plus fréquentes et plus graves que l'atteinte digestive associée est distale**
 - 12 % si atteinte iléale isolée
 - **91 % si atteinte rectale**

Quelle est l'ampleur du problème?

- Un des aspects de la maladie de Crohn les plus difficiles à prendre en charge
- Facteur reconnu de gravité de la maladie de Crohn
- Délabrement sphinctérien
- Retentissement sur la qualité de vie

Recommandation:1/-Tout patient atteint de maladie de crohn doit avoir un examen proctologique

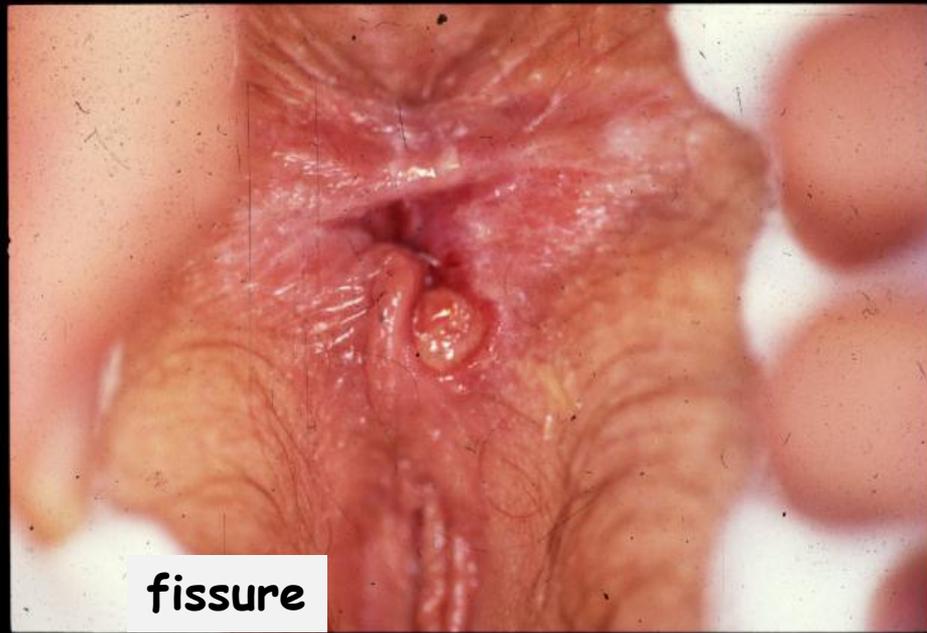
Manifestations cliniques

- Douleurs anopérinéales: 40%
- Suintements 45%
- Incontinence 10%
- Troubles de l'éxonération: dyschesie 3%
- Tuméfactions marginales

Les Lésions Anopérinéales

- **Lésions primaires inflammatoires: 21 à 35%**
 - **Fissures-Ulcérations-pseudomarrisques (U)**
Témoignent de l'activité de la maladie intestinale
Relèvent du traitement de fond de la maladie
- **Lésions secondaires**
 - **infectieuses : Abscès-Fistules (F) 44 à 60%**
anorectopérinéaux, anorectovaginaux,
anorectourinaires
Peuvent évoluer pour leur propre compte
Délabrent l'appareil sphinctérien
 - **cicatricielles: rétrécissement-Sténoses (S)**
anorectales 9 - 22%

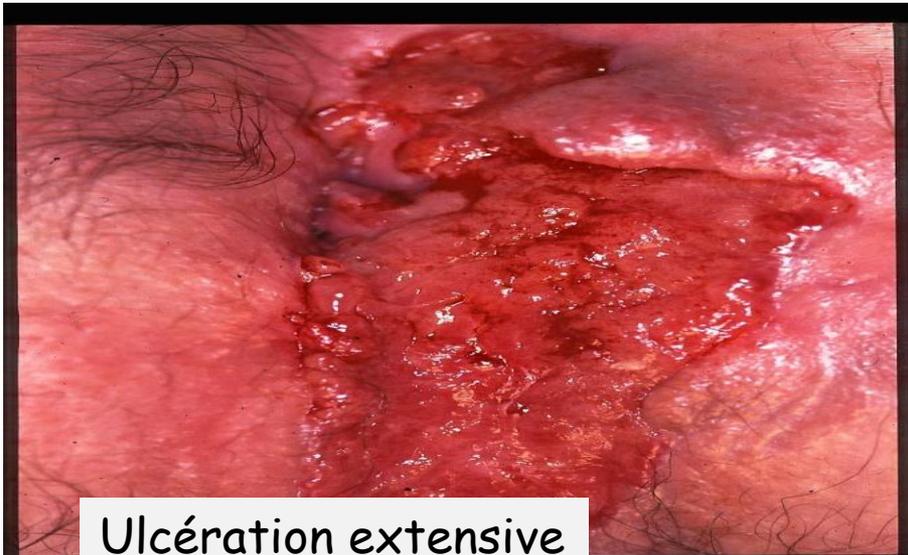
Lésions primaires



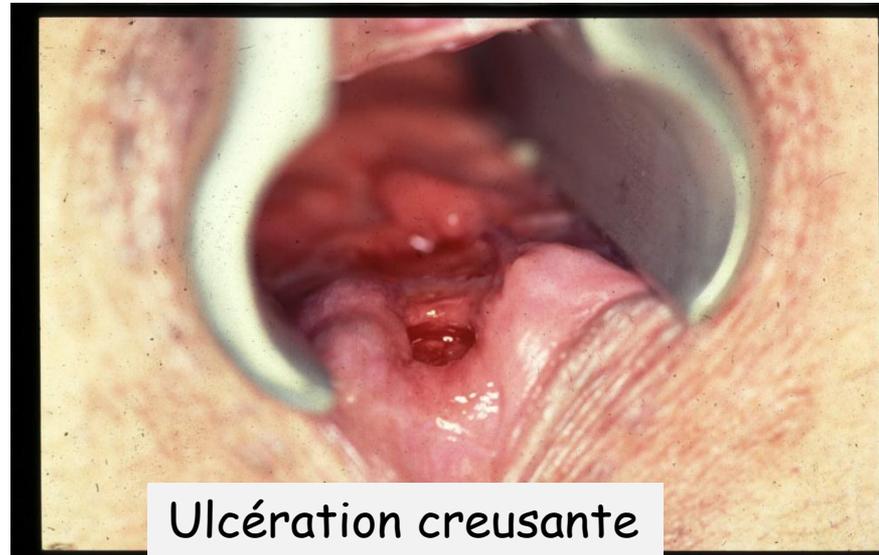
fissure



pseudomarrisque



Ulcération extensive



Ulcération creusante

Lésions secondaires suppurées



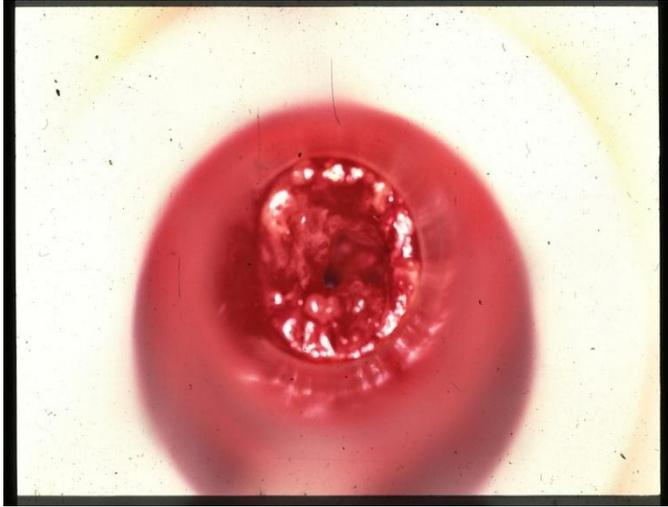
Abcès



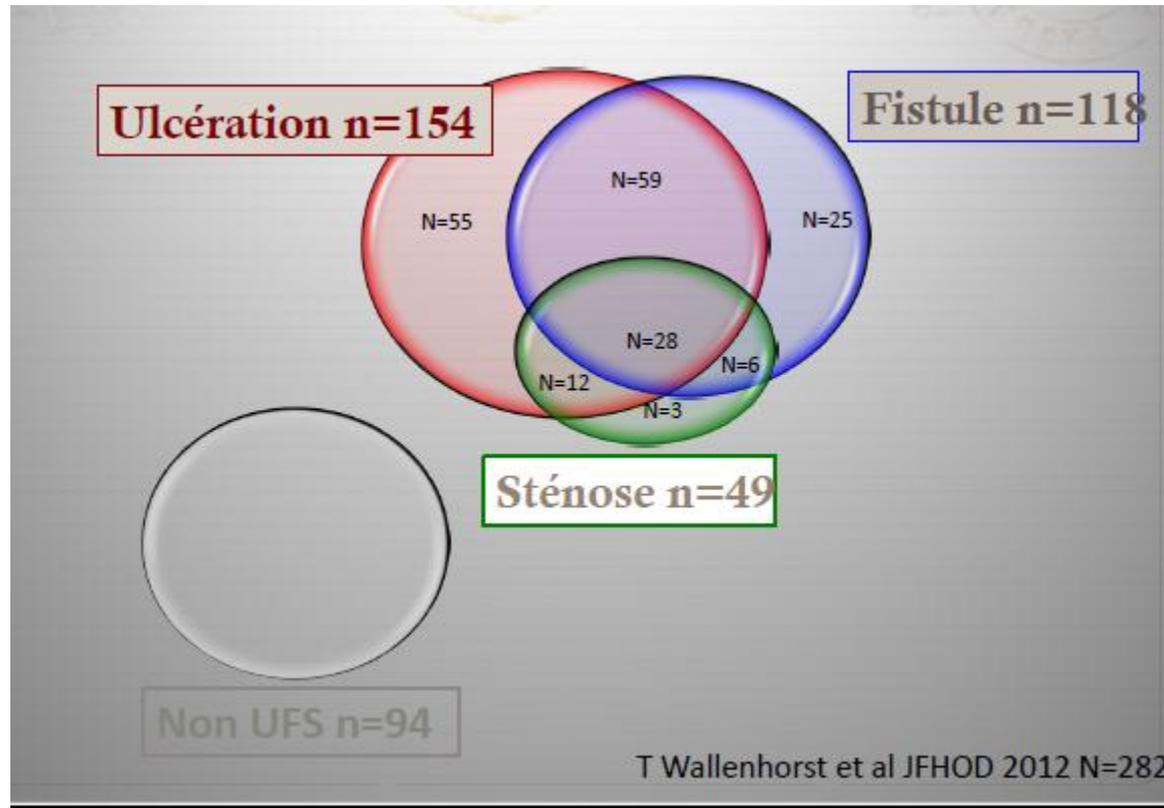
Fistules anales



Lésions secondaires cicatricielles Sténoses anales ou anorectales



LAP : association des lésions



LAP hétérogènes → description anatomique précise indispensable, elle seule pourra déterminer les choix thérapeutiques médicaux ou chirurgicaux.

**COMMENT FAIRE LE BILAN
LÉSIONNEL DES LAP DE LA
MALADIE DE CROHN?**

Comment faire le bilan lésionnel des LAP de la maladie de Crohn?

- Examen proctologique : parfois difficile, douleurs...
- La fistulographie et la tomодensitométrie n'ont plus d'intérêt.
- **L'IRM pelvi périnéale:**
 - Performante (> 90 %) et reproductible
 - Peut modifier l'approche chirurgicale dans 10 à 40 % des cas
- **l'échographie endo-anale :**
 - Moins performante à distance du canal anal
 - Opérateur dépendant
 - Sténose ? Douleurs ?

Comment faire le bilan lésionnel des LAP de la maladie de Crohn?

- **Examen proctologique sous anesthésie générale, sensibilité 90%**
 - « gold standard » entre des mains expertes
 - devra préciser l'ensemble des trajets fistuleux et leur complexité.
 - 1ère étape du drainage chirurgical de suppuration péri anale.
 - avertir le patient de la possibilité de trt chirurgical
- **Combinaison d'un examen sous anesthésie générale à l'IRM ou EE: sensibilité de 100 % pour le diagnostic des suppurations ano-périnéales**

Comment faire le bilan lésionnel des LAP de la maladie de Crohn?

- L'endoscopie basse est systématique à la recherche d'une atteinte ano-rectale; conditionne la thérapeutique.

Comment faire le bilan lésionnel des LAP de la maladie de Crohn?

- **Recommandation 2:** le bilan lésionnel des LAP nécessite une IRM ou EE associée parfois à un examen proctologique sous AG
- Le patient devra toujours être averti de l'éventualité d'un geste chirurgical

Recommandation 3. la présence d'une atteinte ano-rectale conditionne la thérapeutique, aussi l'endoscopie basse est systématique

Classification des lésions

- Classification de Cardiff

U : Ulcérations	F : Fistules/Abcès	S : Sténoses
0 absence	0 absence	0 absence
<p>1 fissure superficielle</p> <p>a) antérieure ou post</p> <p>b) latérale</p> <p>c) pseudomariisque</p>	<p>1 basse/superficielle</p> <p>a) périanales</p> <p>b) anovulvaire/scrotale</p> <p>c) intersphinctérienne</p> <p>d) anovaginale</p>	<p>1 sténose réversible</p> <p>a) spasme du canal anal</p> <p>b) diaphragme du bas rectum</p> <p>c) spasme avec douleur sévère, sans sepsis identifiable</p>
<p>2 ulcère profond</p> <p>a) canal anal</p> <p>b) bas rectum</p> <p>c) avec extension périnéale</p>	<p>2 haute</p> <p>a) borgne, supralévatorienne</p> <p>b) haute directe</p> <p>c) haute complexe</p> <p>d) rectovaginale</p> <p>e) iléopérinéale</p>	<p>2 sténose irréversible</p> <p>a) sténose anale</p> <p>b) fibrose sténosante extra-rectale</p>

Abcès-Fistules Classification de Parks

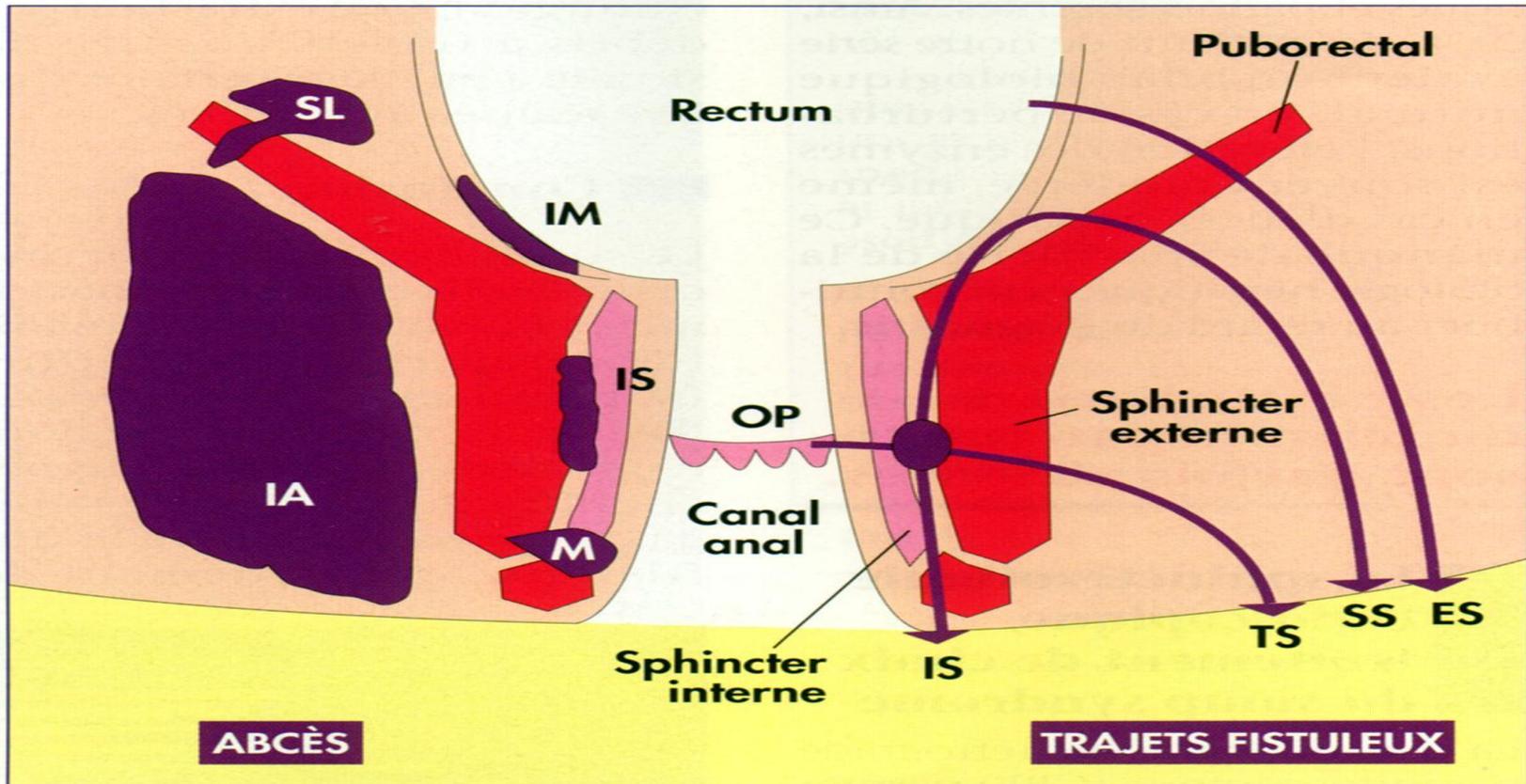


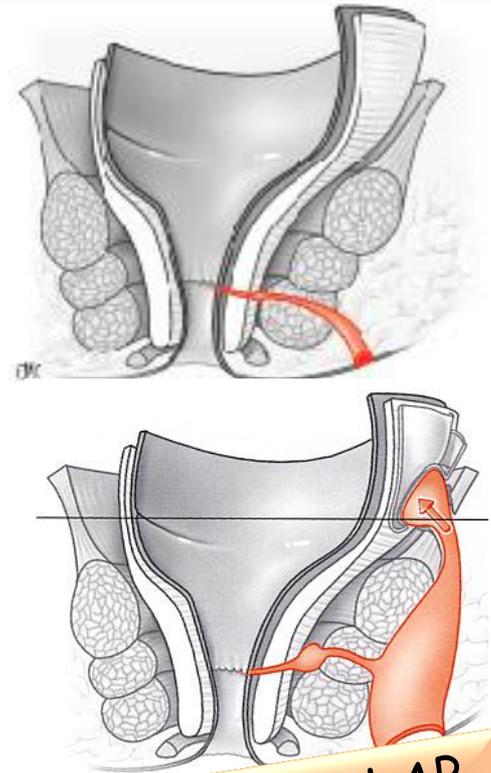
Figure 1. Anatomie topographique simplifiée des fistules anales cryptoglandulaires (coupe longitudinale) selon la classification de Parks.
OP = orifice primaire.

Abcès : IS = intersphinctérien, M = marginal, IM = intramural, IA = ischioanal, SL = supralévatorien.

Trajets fistuleux : IS = intersphinctérien, TS = trans-sphinctérien, SS = suprasphinctérien, ES = extrasphinctérien.

Classification simplifiée des fistules

- **Fistules simples**
 - Basses
 - Orifice externe unique
 - sans abcès
 - Sans sténose
 - Sans atteinte inflammatoire ano-rectale
 - Sans fistules ano-vaginales
- **Fistules complexes:** toutes les autres....



Recommandation 4: il n'y a pas de classification consensuelle des LAP. La classification de l'AGA est la plus simple à utiliser en pratique; la classification de Parks, plus descriptive, est utilisée par les chirurgiens.

La Prise en Charge: principes

Buts:

- améliorer les symptômes et la qualité de vie
- Guérir les lésions
- Contrôler l'infection puis traiter l'inflammation jusque cicatrisation
- Eviter les récurrences
- Préserver la fonction sphinctérienne de l'évolution naturelle de la maladie et du risque iatrogène

La Prise en Charge: principes

Peu d'études randomisées contrôlées →
Recommandations reposent sur des avis d'experts
avec un bas niveau de preuve

- Collaboration étroite entre un gastroentérologue et un chirurgien proctologue.
- Le drainage des suppurations prime sur les autres traitements médicaux chirurgicaux
- La chirurgie des LAP doit être prudente, non agressive,
la préservation de la fonction sphinctérienne doit rester la préoccupation principale.

La Prise en Charge: principes

recommandation5

- La prise en charge des LAP nécessite une Collaboration étroite entre un gastroentérologue et un chirurgien proctologue.
 - Le drainage des suppurations prime sur les autres traitements médicaux chirurgicaux
 - La chirurgie des LAP doit être prudente, non agressive,
- la préservation de la fonction sphinctérienne doit rester la préoccupation principale.

Armes thérapeutiques: Antibiotiques

Metronidazole 1.5g/j ou Ciprofloxacine (1-1,5 g/j)

- Améliorent les symptômes dans 50% des cas
- Trt suspensif (78% de rechutes à l'arrêt)
- Effets secondaires: neuropathie

Antibiotiques (8 sem.) et azathioprine : bénéfice de 50 %, maintenu à 20 semaines

**Ciprofloxacine et antiTNF(Infliximab/adalimumab)
: améliore résultats de plus de 50 % à 12 semaines**

Armes thérapeutiques: les immunosuppresseurs

Azathioprine / mercaptopurine

- Méta-analyse sur 9 études contrôlées, LAP comme objectif secondaire,
70 patients: Amélioration : 54 % thiopurines vs 21 % placebo
- Délai d'efficacité long: 3 à 6 mois

• Ciclosporine

- Taux de réponse global initial 80% en 7 jours
- Rechutes fréquentes (80%) lors passage par voie orale

• Mycophenolate mofetil?

• Tacrolimus?

Armes thérapeutiques / les antiTNF

Infliximab: -traitement des fistules

- **ACCENT I** : 62 % vs 26 % fistules tariées à 3 mois vs placebo
- **ACCENT II** : 306 patients maladie de Crohn fistulisante
36 % vs 19 % fistules tariées à un an (vs placebo)
- **Etude Infiximab + Seton vs Infiximab seul**
(n=32)
 - Réponse initiale 100% vs 82,6% p= 0,014
 - Taux de récurrence 44% vs 79% (p=0,001)

Effet rapide (2 à 4 semaines)

Tarissement des écoulements

Armes thérapeutiques / les antiTNF

Etude rétrospective :

156 patients avec fistules dont 83% de fistules complexes traitées par infliximab suivis de 1999 à 2010 (2/3 setons)

- 2/3 patients fermeture des fistules à 1an
- 1/3 récurrence des fistules
- 1/2 avaient leur fistule fermée à 5 ans

- **Tendance actuelle est d'associer seton et infliximab**
- **Impératif: Drainage des fistules avant mise en route des antiTNF++++**

Armes thérapeutiques /les antiTNF

- **Infliximab:**

traitement des ulcères creusants:

Etude rétrospective: 94 patients avec ulcères anaux creusants traités par infliximab

% de patients avec une réponse complète:

- court terme (4-12 sem) : 42,5 %
- long terme (175 sem (13-459) : > 75 %

Armes thérapeutiques / les antiTNF

Adalimumab

CHARM : 117 patients avec fistules,
étude non dédiée

33 % vs 13 % fistules tariées à un an (90 % stable à 2 ans)

CHOICE: 88 patients avec LAP en échec de Remicade
38% fistules tariées à 2 ans

- **Certolizumab ?**

Autres Traitements

- Metronidazole en gel
- Tacrolimus
- Injection locale de corticoïdes
- Injection locale d'infliximab
- Oxygénation hyperbare
- Colle biologique
- plug

Colle biologique

Colle hémostatique

□ fibrinogène (humain)
+ facteur XIII (humain)
+ aprotinine (bovine)
=>fibrose du trajet fistuleux

- Étude GETAID

A 8 sem 38% vs 16% (OR 3.2,
p=0,04)

- Simple : 50% vs 18% (P=0.08)

- Complexe : 25% vs 11% (P=0.26)

*Meilleurs resultats quand trajet,
fin, long, unique*



(gastroenterology fev 2010)

Plug

Cône de sous-muqueuse de porc
lyophilisé biodégradable
Secondairement colonisé par
les fibroblastes du patient en
deux à trois mois

- => fibrose du trajet
fistuleux
- Succès varie de 24 à 83%
- étude du getaid en cours



)Champagne BJ .et al. Dis Colon Rectum 2006;Lawes DA, et al. World J Surg 2008;Christoforidis D, et al.Dis Colon Rectum 2008;

chirurgie

- Drainage des abcès
- Mise en place de seton
- Fistulotomie
- Lambeaux d'avancement
- Dilatation des stenoses
- Stomie d'amont
- Proctectomie

Indications thérapeutiques

Dépendent:

- De la symptomatologie
- de l'existence d'une atteinte anorectale et de sa sévérité,
- de l'activité de la maladie de Crohn
- du type de LAP et de leur complexité
 - inflammatoire: TRT de la MICI
 - suppurées; TRT local et parfois systémique
 - cicatricielles : TRT mécanique

Les critères de gravité immédiats

Ceux qui exposent à des risques évolutifs défavorables à court terme

- Les ulcérations creusantes du canal anal ou du bas rectum
- Une inflammation sévère du canal anal ou du bas rectum
- Une suppuration complexe non drainée

Ils seront déterminants pour les choix thérapeutiques

Indications: lésions primaires

- Répondent au traitement de la MICI
- **Ulcères creusants: antitnf**
- le traitement chirurgical doit être proscris en raison des risques d'incontinence et de retard de cicatrisation.

Recommandation 6: Les lésions primaires répondent au TRT de la MICI; les ulcérations creusantes sont une indication à un traitement par antitnf. la chirurgie doit être évitée en raison des risques d'incontinence et de retard de cicatrisation

Indications: lésions secondaires abcès et fistules

- La chirurgie doit intervenir en premier:
- il faut d'abord évacuer les abcès
- Drainer les fistules complexes, avec ou sans abcès
- Débuter le traitement médical, proportionnel à l'atteinte inflammatoire ano-rectale:
 - **Les anti-TNF:** Toute suppuration drainée, associée à une atteinte inflammatoire ano-rectale
 - **Les IS:**
 - Une fistule simple sans atteinte ano-rectale
 - Une fistule complexe drainée sans inflammation ano-rectale
- **Ne pas négliger les ATB associés à la chirurgie les premières semaines**

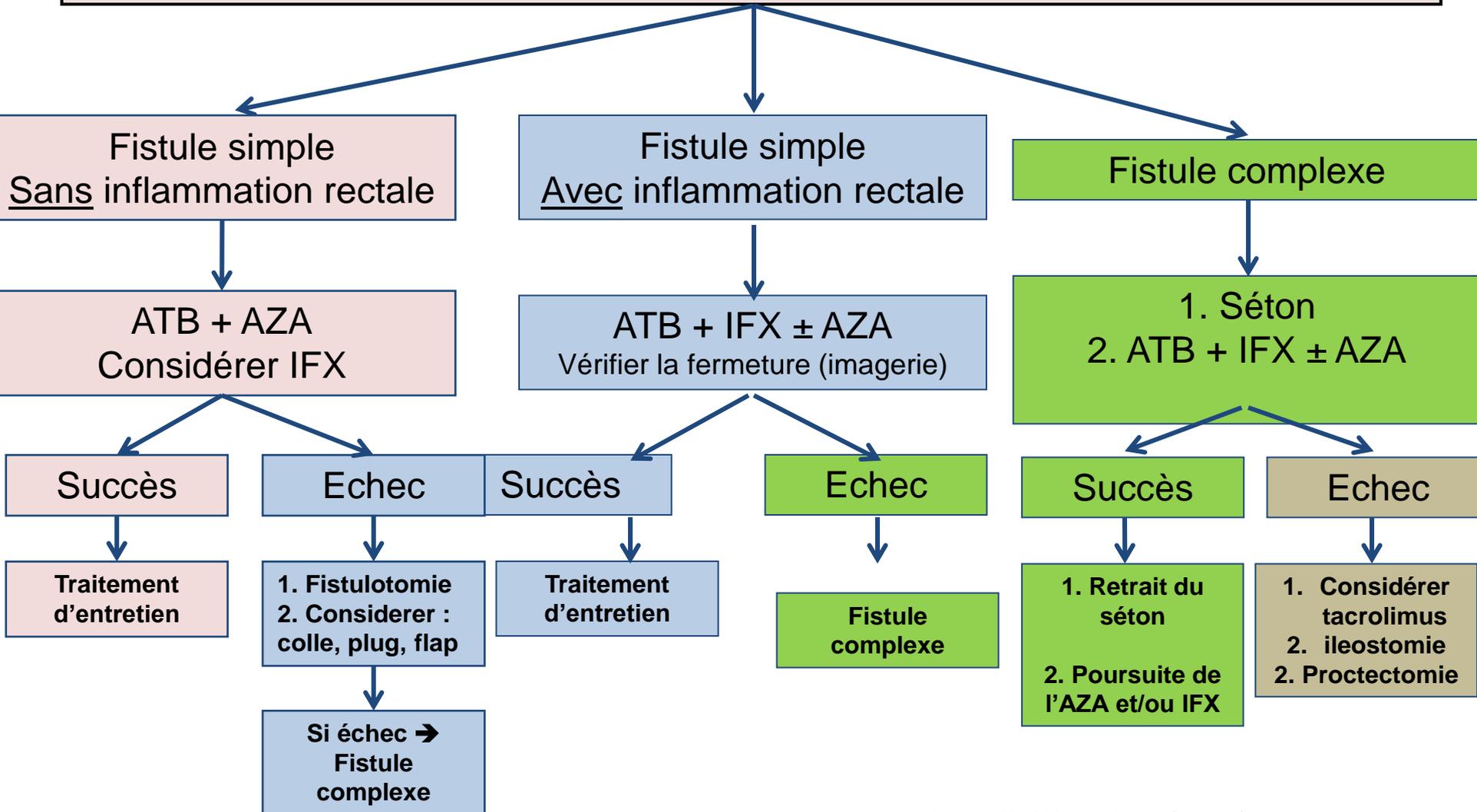
Recommandation 6 une fistule simple est traitée par l'association azathioprine antibiotique, en cas d'échec un traitement chirurgical est indiqué

Recommandation 7 Lorsque la fistule est complexe, le drainage par sétons non serrés est le premier temps du traitement, puis une prise en charge active de la maladie luminale sus jacente peut débuter.

Les immunosuppresseurs (Azathioprine, 6MP) en association des antibiotiques sont indiqués en l'absence d'atteinte ulcérée anorectale.

En cas d'atteinte anorectale ulcérée les anti Tnf sont le traitement de choix.

Interrogatoire + examen physique
Evaluation endoscopique de l'activité de la maladie de Crohn
IRM ou EUS
Examen sous AG



Surveillance après traitement

- Critère clinique: Absence de pus à la pression douce (Present)

Fermeture des fistules chez patients sous antiTNF :

Clinique 57% // echoendoanale 7%

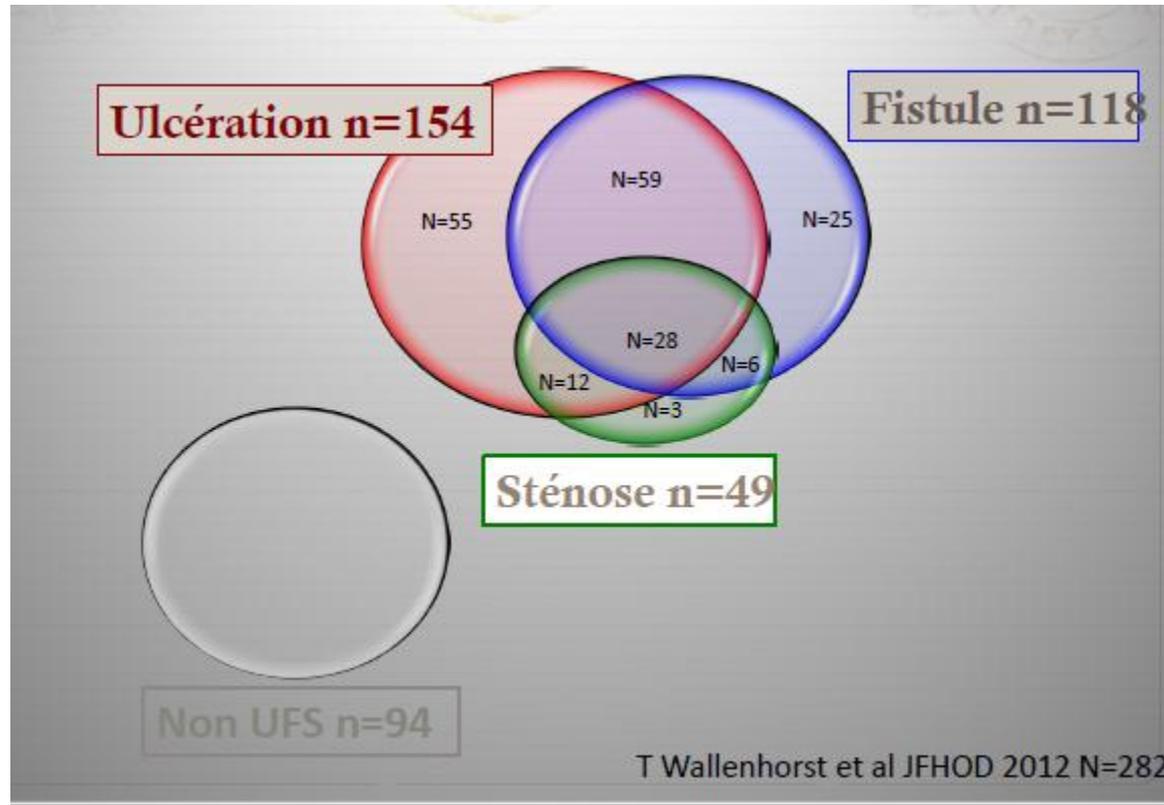
corrélation clinique /IRM:50 à 70% des patients

Recommandation 8: l'examen clinique est suffisant pour évaluer la réponse thérapeutique

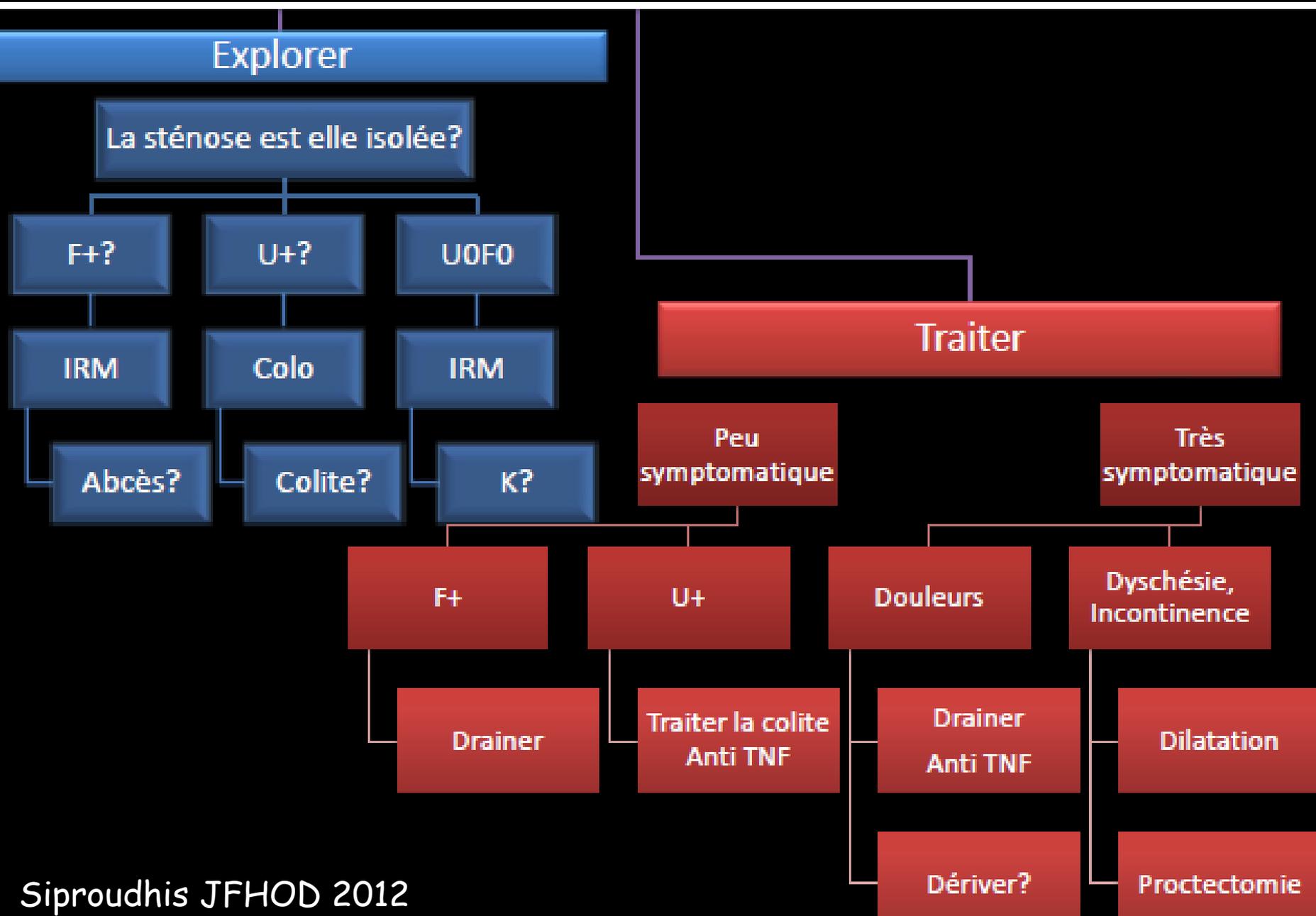
CAS PARTICULIER DES FISTULES ANO-RECTO-VAGINALES

- Incidence: 5-10% des patientes
- Fistules peu symptomatiques: abstention thérapeutique
- Fistules symptomatiques: après traitement et contrôle médical des suppurations un traitement réparateur est envisagé
- Lambeau d'avancement: traitement de choix

prise en charge des sténoses



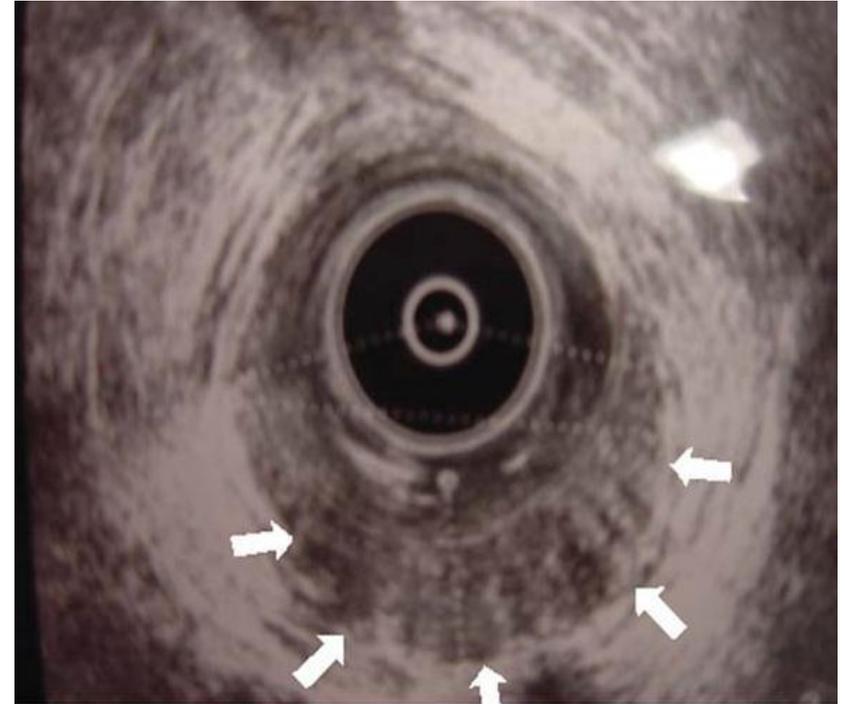
Sténose de la Maladie de Crohn



Recommandation 10: les sténoses anales symptomatiques, sont traitées par la dilatation anale sous anesthésie générale au doigt, au ballonnet ou aux bougies de Hegar ; puis des dilatations régulières sont effectuées au doigt par le patient lui-même

Recommandation 11: La proctectomie est indiquée dans les LAP sévères avec incontinence, associées à des lésions rectales importantes.

Cancer anal associe aux LAP



- Risque relatif serait de 30
- Savoir y penser devant toute lesion rebelle au traitement
- Examen sous AG annuel pour certains

conclusion

- une collaboration étroite médicale et chirurgicale, *spécialisée et expérimentée*
- Les décisions thérapeutiques nécessitent une IRM ou une EEA, une endoscopie, et souvent un examen sous AG
- Les critères décisionnels du traitement médico-chirurgical reposent sur un consensus d'experts.
- La chirurgie, lorsqu'elle est indiquée, doit intervenir en premier. Le traitement médical associé doit être proportionnel à l'intensité de l'atteinte inflammatoire ano-rectale.
- La préservation de la continence sphinctérienne doit rester la priorité