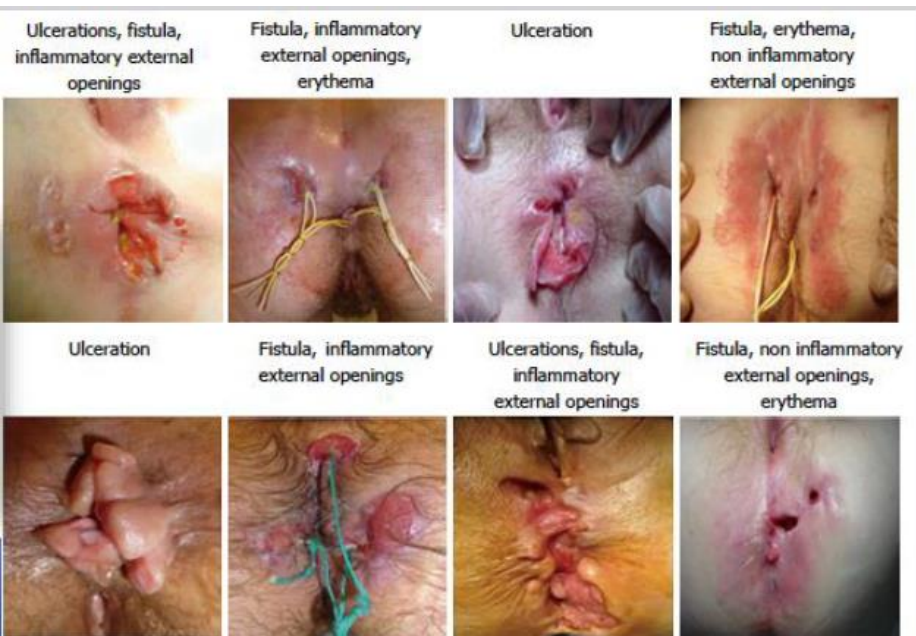


# 1<sup>er</sup> Masterclass de Proctologie interventionnelle

## LAP et maladie de Crohn Prise en charge



**MR.BELKAHLA**  
**Gastroentérologie et**  
**hépatologie**  
**Korti nazim**

07/06/2023

# Introduction

- ❑ **Les lésions ano-périnéales** associées à la maladie de Crohn (LAP MC) sont fréquentes au cours de l'évolution de cette maladie (environ 30%).
- ❑ Elles peuvent être **isolées et inaugurales**, révélant ainsi une maladie avec une atteinte **luminale** peu symptomatique ou négligée, ou bien survenir au cours d'une maladie luminale **déjà connue**.

## Objectifs pédagogiques

- Connaitre la nature
- Connaitre les modalités de drainage.
- Quelle est la place des biothérapies.
- Connaitre l'apport des techniques chirurgicales

**Nature ?**

# Classification

Les lésions dites primaires	Les lésions dites secondaires	Les lésions spécifiques associées
spécifiques dues à l'inflammation tissulaire : dermite, hypodermite, pseudo fissures, ulcérations.	suppuration survenant sur une lésion primaire, le plus souvent ulcération ano-rectale ; sténose ano-rectale le plus souvent secondaire à la fibrose provoquée par une suppuration sous-jacente ou des ulcérations.	maladie de Verneuil, psoriasis périanal ?,maladie pilonidale assez fréquentes au cours de la MC.



## Enjeux (1)...

- ❑ Le pronostic des **LAP MC est sévère**. Ces lésions retentissent sur la qualité de vie du patient. Elles provoquent **des dégâts tissulaires** pouvant aboutir à **des troubles de la fonction ano-rectale** (par atteinte cutanée ou muqueuse, musculaire, fibreuse). Indirectement, ce sont **des marqueurs de gravité** de la maladie chez un patient.
- ❑ Les stratégies de prise en charge de ces lésions sont aujourd'hui très différentes en cas de maladie de Crohn, ou en son absence. En effet, la chirurgie est plus économe et le traitement médical débuté d'emblée.



## Enjeux (2)...

- ❑ Le diagnostic précoce d'une MC améliore le pronostic grâce à une prise en charge médico-chirurgicale rapide et adaptée.
- ❑ Une LAP MC peut survenir chez **un patient traité** pour une atteinte luminale et en rémission. Le diagnostic est alors important car il amènera à **discuter une optimisation du traitement, voire un changement de thérapeutique.**

**Quels éléments doivent faire poser la question d'une MC associée ?**



# 1-Terrain ...

Age

Tabac

Atcd familiaux de MICI

## 2-Les symptômes associés

- ❑ Des épisodes répétés, prolongés, anciens ou contemporains, de douleurs abdominales,
- ❑ amaigrissement, diarrhée,

# 3-L'aspect des lésions :

Chez un patient sans MC connue :

C'est globalement l'aspect « anormalement » inflammatoire/oedémateux ou agressif de l'atteinte qui va alerter.

Une atteinte cutanée de voisinage, dermite ou hypodermite avec des ulcérations en puits, des marisques oedémateuses.

*kyste pilonidal très inflammatoire, résistant à la prise en charge. Granulomes à l'histologie, cicatrisation sous antiTNF*



*dermite avec ulcérations en puits,  
secondaire à une MC*



Une fissure avec des berges œdématisées, un fond végétant, un caractère creusant, une localisation multiple, un siège atypique. Une ulcération qui remonte sur le bas rectum.

*multiples fissures et fistules sous cutanées avec micro-orifices marginaux, plus réaction œdémateuse importante.*



Une fistule complexe, surtout si elle est associée à des lésions primaires (ulcérations, fissures...).

*abcès avec réaction cutanée  
oedémateuse, anus  
mutifissuraire.*



*suppuration atypique avec ulcération et marisque plus oedème à l'origine d'une fistule antérieure, ulcération latérale gauche, seconde suppuration postérieure sous une ulcération cutanée*





*suppuration avec de multiples trajets suppuratifs  
et délabrement anal du à des ulcérations.*



# 3-L'aspect des lésions :

## Chez un patient atteint MC connue :

Toute lésion anale sera suspecte d'être spécifique et liée à sa maladie

Chez un patient atteint de RCH, l'apparition d'une LAP fera redresser le diagnostic vers celui de MC.

## Quand effectuer le bilan ?

En cas de suspicion, et en l'absence d'urgence chirurgicale, le bilan est à faire avant tout geste thérapeutique.

# Quel bilan ?

Le diagnostic de **MC** peut être affirmé en **présence de lésions luminales macro ou microscopiques**

On prévoira **entéro-IRM, endoscopie digestive haute et basse avec des biopsies systématiques sur les lésions** et, en leur absence, étagées en **muqueuse saine**.

**Une IRM pelvi-périnéale** sera volontiers prescrite avant chirurgie afin de faire le **bilan anatomique des lésions anales** secondaires, mais elle n'apportera pas d'argument en faveur d'une MC.

Lors de l'examen sous anesthésie et en cas de chirurgie des lésions anales, **des prélèvements à visée histologique** à la recherche de **granulome** seront effectués. Ces lésions histologiques très évocatrices ne sont pas toujours retrouvées, et le diagnostic de MC pourra être posé même en leur absence.

La recherche **des anticorps ANCA** n'a pas d'intérêt dans cette indication.

**Traitement des LAP  
maladie de Crohn ?**

# ulcérations anales de la maladie de Crohn (1)

- **Si l'ulcération anale est superficielle, unique, peu étendue et sans rectite associée**, une surveillance rapprochée est recommandée, parfois associée à un traitement par thiopurine (AP 3).
- Les thiopurines utilisées seules n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans le traitement des ulcérations anales, même si elles pourraient en diminuer la fréquence de survenue (grade C).
- **Devant des ulcérations anales sévères : traitement médical maximum avec des anti-TNF d'emblée**, en raison du risque d'évolution vers des lésions secondaires (Grade C).

## ulcérations anales de la maladie de Crohn (2)

- Il convient **d'éviter les traitements chirurgicaux** qui pourraient entraîner un défaut de cicatrisation, ou exposer à un risque de suppuration ou d'incontinence secondaire (AP 1).
- La seule indication d'un traitement chirurgical est le drainage d'une suppuration ano-rectale, abcès ou fistule complexe, lorsqu'elle est associée aux ulcérations.

## Les suppurations





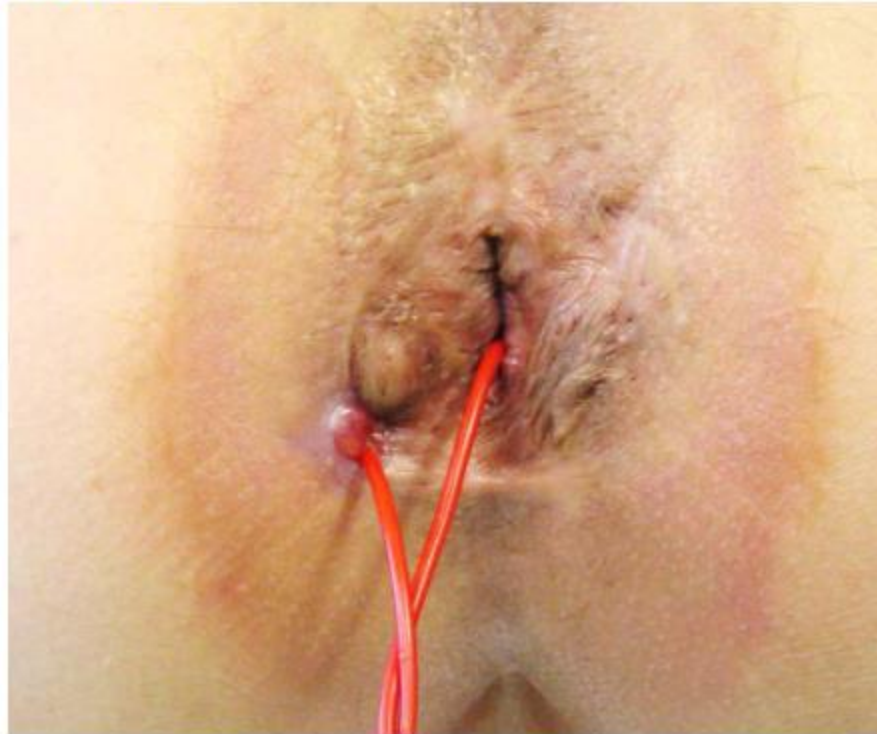
## Fistule simple (1)

- **Fistule anale simple, isolée, et asymptomatique, sans abcès cliniquement ou radiologiquement décelable, et sans inflammation à l'IRM : aucun traitement (AP 8).**
- Pour les autres formes le traitement est médico-chirurgical (Grade A).

## Fistule simple (2)

- **Abcès** : drainage et seton avant toute prise en charge (Grade B).  
*en urgence avant le bilan radiologique s'il est difficile à obtenir sans recherche des trajets fistuleux si pas compétence*
- +/- ciprofloxacine en cas de **fistule anale inflammatoire (Grade B)** tout particulièrement/*uniquement ?* pendant les premières semaines du traitement par une biothérapie (Grade B). Ne doit pas se substituer au drainage chirurgical.
- **Fistule anale simple symptomatique ou inflammatoire à l'IRM**, l'indication d'azathioprine (AZA) se justifie par son efficacité modérée à fermer des fistules (Grade B), mais surtout à diminuer leur apparition et le recours à la chirurgie (Grade C). Anti-TNF à discuter, au cas par cas, notamment en présence de facteurs de risque, ou en cas d'indication pour atteinte luminale (AP 6).

**La fistule est drainée,  
l'inflammation contrôlée...**



Activ

## Fistule simple (4)

Une fois l'inflammation contrôlée :

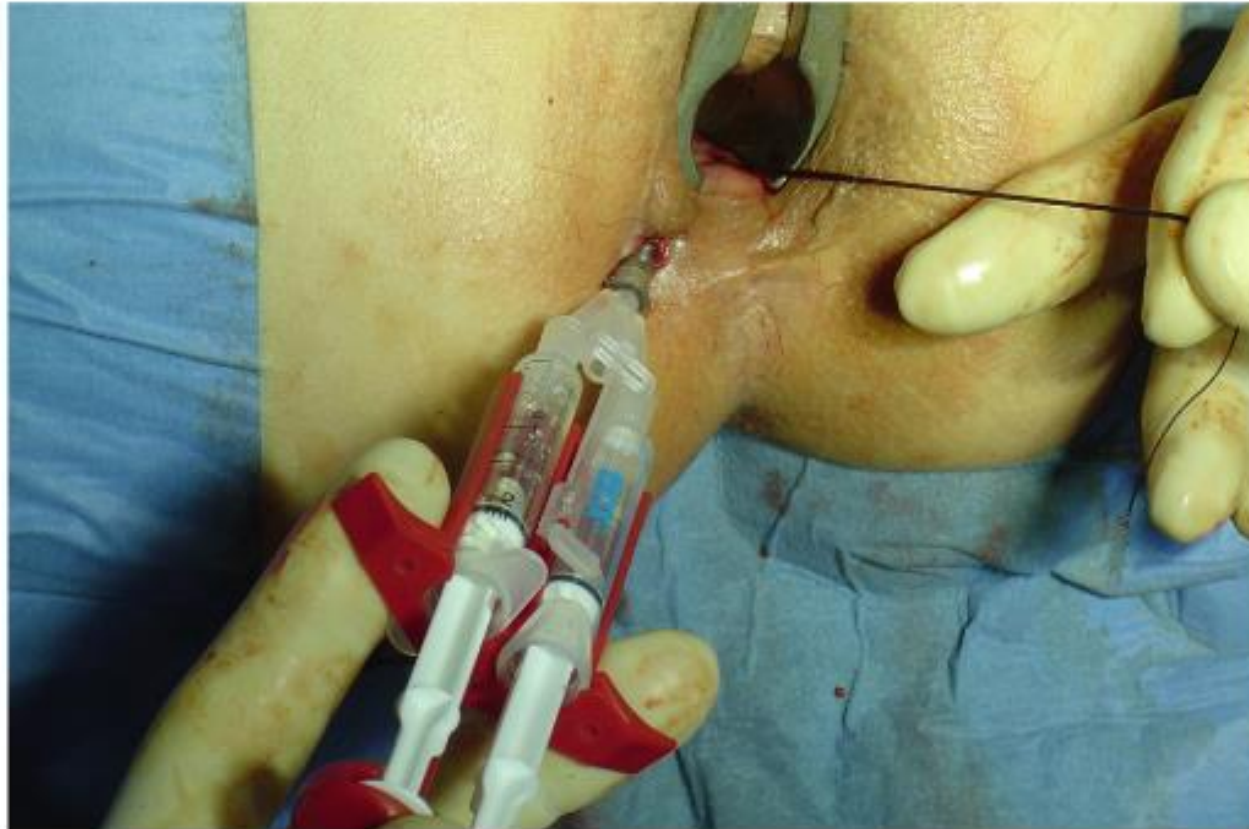
- La fistulotomie n'est pas une option recommandée (AP 11)
- ...sauf en dehors des très rares cas de fistules très superficielles, isolées, chez un patient n'ayant pas de séquelle périnéale (AP 12).

## Fistule simple (4)

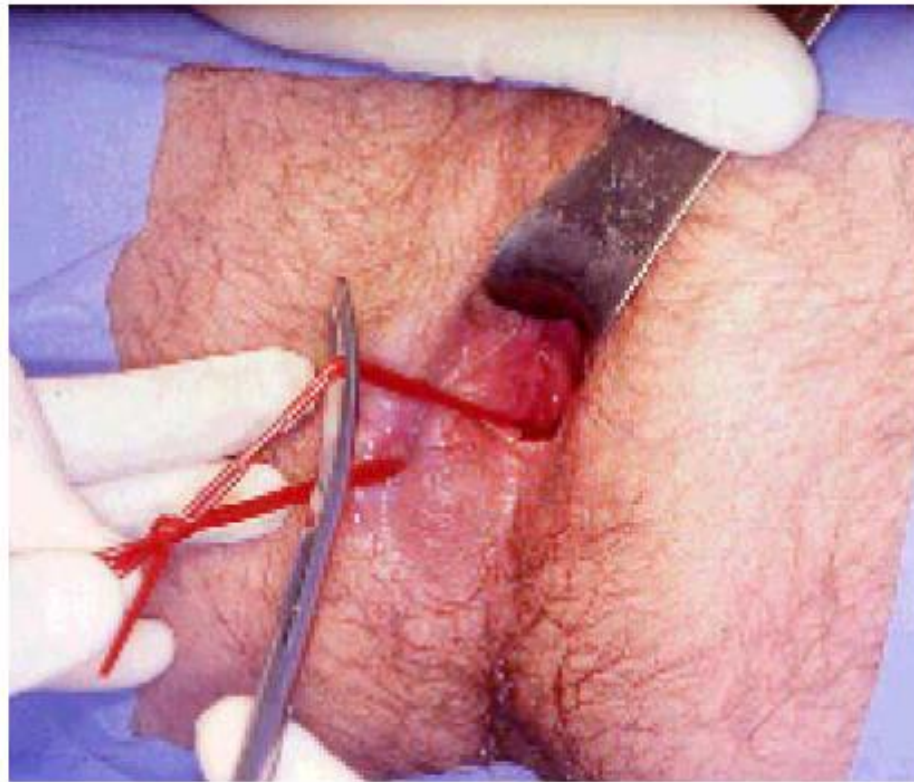
Une fois l'inflammation contrôlée :

- L'**obturation** d'une fistule anale ne doit être proposée qu'une fois toutes les collections disparues, et après obtention du contrôle local (pas d'autre lésion active, trajet non inflammatoire) et du contrôle de l'atteinte digestive (AP 9).
- Seule la colle biologique a fait la preuve d'une efficacité significativement supérieure à l'ablation simple du seton (Grade A).
- *Intérêt sur la prévention des récives ?*
- Alternative : ablation simple du seton. La place de l'évaluation par IRM pour fixer la date du retrait du seton n'est pas définie.

## Obturation ?



**Ou simple ablation du seton ?**



## Les fistules complexes





# Fistule complexe (1)

Le traitement est médico-chirurgical (Grade A).

**Volet chirurgical** : Contrôle de l'infection

- Abscess : drainage (Grade B).
- Mise sur seton de la fistule (Grade B).  
*agenda +++*
- La fistulotomie n'est pas une option recommandée (AP 11).

## Fistule complexe (2)

Le traitement est médico-chirurgical (Grade A).

### Volet médical :

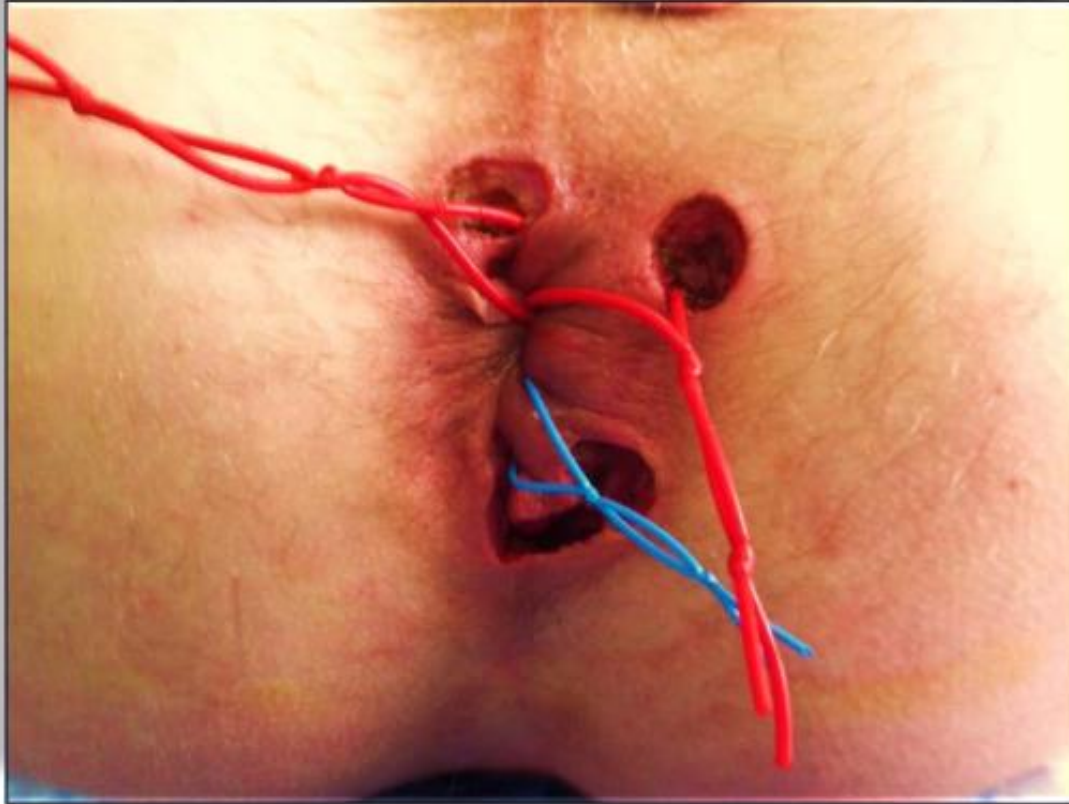
- +/- recours temporaire à un traitement par ciprofloxacine en cas de fistule anale inflammatoire pendant les premières semaines du traitement d'induction par une biothérapie (Grade B). Ce traitement ne doit pas se substituer au drainage chirurgical.
- L'infliximab est recommandé de première intention, en association avec un traitement immunosuppresseur pendant les premiers mois (Grade A).
- L'efficacité de l'adalimumab serait équivalente. L'intérêt de l'association à un immuno-suppresseur est moins évident.

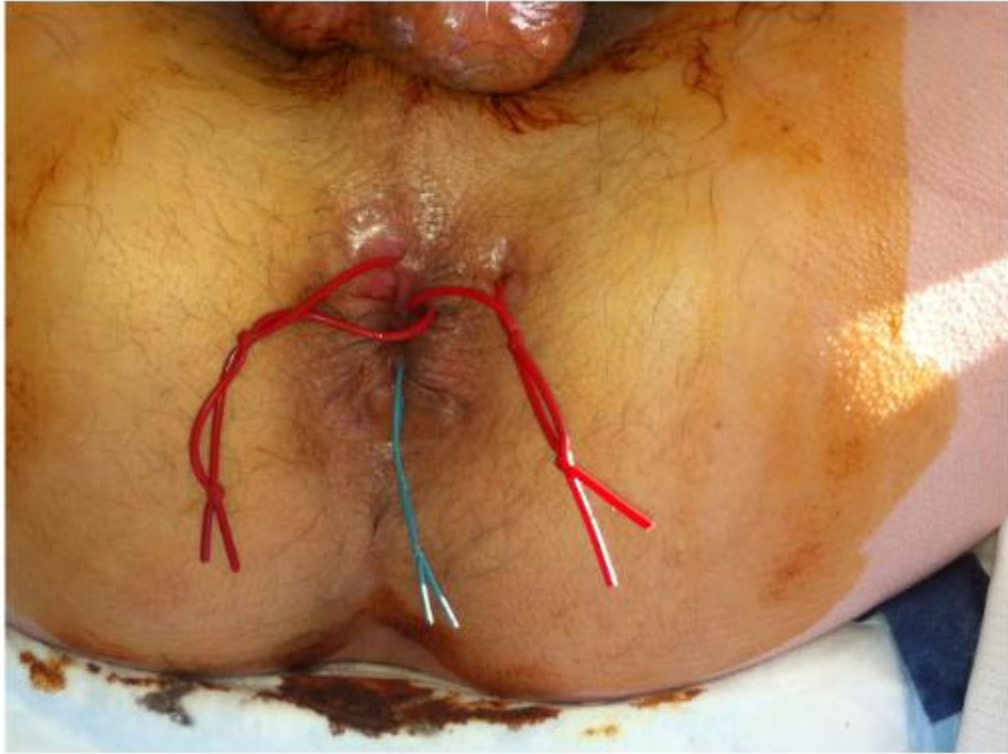
## Fistule complexe (3)

une fois la maladie contrôlée :

- Les techniques conservatrices (colle biologique et plug) n'ont pas fait la preuve d'une efficacité significativement supérieure à l'ablation simple du seton (Grade A).
- Un lambeau d'abaissement rectal peut être proposé après une sélection très stricte des patients (absence de rectite et de sténose anale), après drainage permettant d'assécher la fistule, en cas de trajet profond intéressant plus du tiers de la hauteur du sphincter et avec un rectum non pathologique (AP 13).
- Simple ablation du/des setons ?



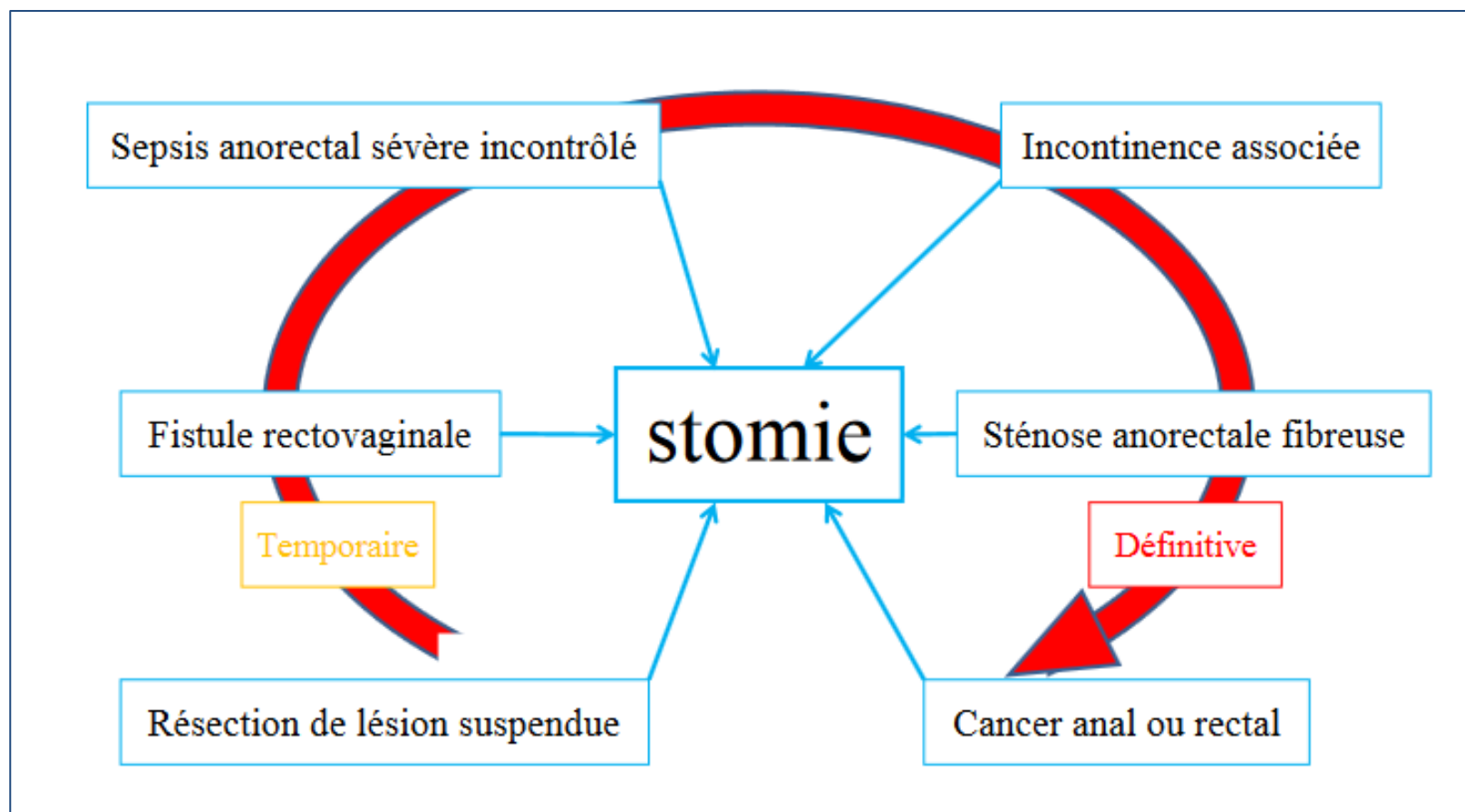




## Lésions anales et stomie

- Il n'est pas démontré qu'une stomie augmente le taux de succès des techniques chirurgicales d'obturation des fistules.
- La colostomie est indiquée en dernier recours dans les LAP de MC sévères, éventuellement associée à une proctectomie en cas d'atteinte rectale réfractaire, après échec des autres traitements médicaux et chirurgicaux (AP 16).
- La stomie simple permet une diminution de l'activité des LAP sévères, mais le taux de rétablissement de la continuité digestive reste faible.

# Indications et durée de la stomie



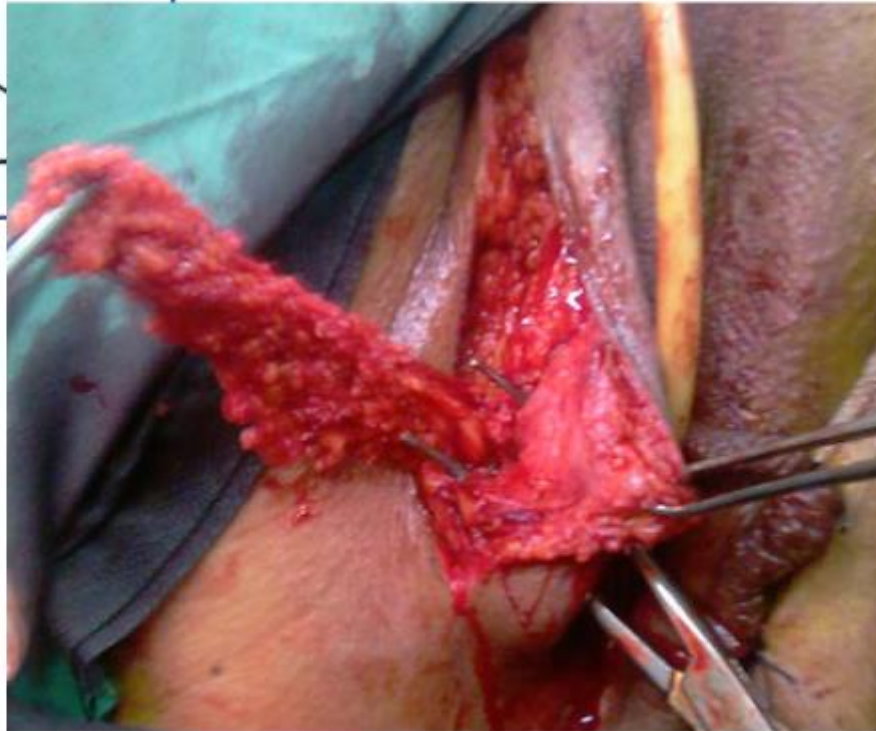
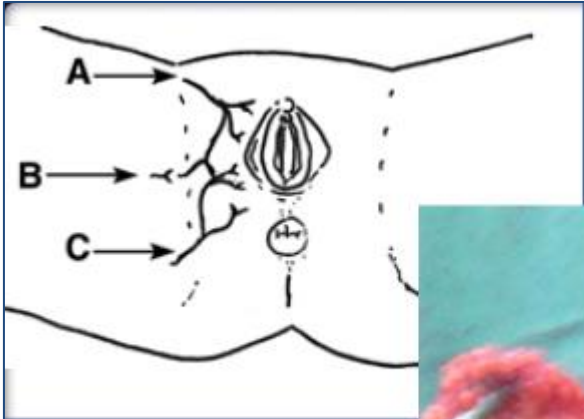


## Les fistules ano-recto/vulvaires-vaginales



# Fistules ano-recto-vaginales

- L'obturation par colle biologique ou bouchon ne peut être recommandée faute de preuves de leur efficacité.
- Un lambeau d'abaissement rectal ou vaginal peut être proposé après une sélection très stricte des patients (absence de rectite et de sténose anale)(AP 13).
- La technique de section-reconstruction ne parait pas recommandée à cause de ses risques de complications (AP15).
- LIFT à évaluer.
- En cas d'échec d'une ou deux procédures de lambeaux rectal ou vaginal, la réalisation d'une graciloplastie ou d'un lambeau de Martius doit être discutée (AP 14).



## Les sténoses



## Sténoses anales

- Le préalable à toute dilatation est le traitement médico-chirurgical des lésions ano-périnéales associées, des lésions luminales et l'optimisation du traitement de fond (Grade C).
- La dilatation est proposée en cas de sténose fibreuse, symptomatique et courte (Grade C).
- Avant de réaliser une dilatation il convient d'évaluer le risque d'incontinence anale (AP 17).
- Il faut toujours rechercher une éventuelle dysplasie associée, locale ou en amont (AP 18).
- En cas d'échec de dilatation, les alternatives chirurgicales conservatrices doivent être étudiées avant de discuter l'indication d'une ano-proctectomie (AP 19).

## Choix des modalités d'un accouchement

- Pas de conduite à tenir formelle, chaque cas à discuter.
- L'existence d'un périnée fibreux, ou de troubles de la continence, ou d'une diarrhée chronique, ou d'un périnée inflammatoire non contrôlé par le traitement médico-chirurgical doivent faire discuter la possibilité d'un accouchement par césarienne (AP 20).

## Take home messages...

- les LAP peuvent être inauguraux et révélatrices d'une MC
- rechercher des arguments anamnestiques et cliniques
- toujours penser à une MC devant une lésion ano-rectale
- en cas de doute prescrire immédiatement le bilan préantiTNF en parallèle
- le bilan doit comprendre entéroIRM, endoscopies haute et basse avec biopsies étagées en l'absence de lésion macroscopique
- faire des prélèvements à visée histologique des lésions lors d'un examen sous AG ou de la chirurgie
- une LAP peut survenir chez un patient avec une atteinte luminale traitée et bien contrôlée

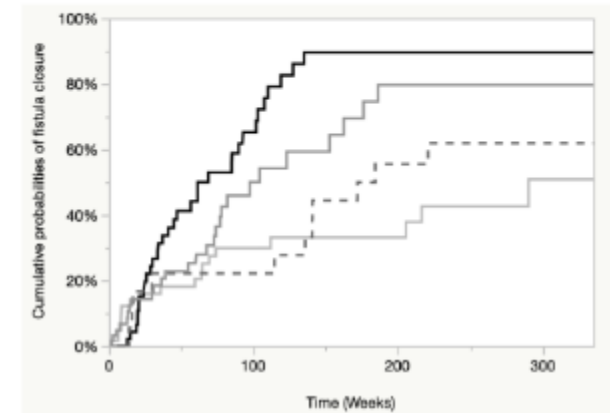
# Chirurgie: Points importants

Abcès = drainage urgent

Drainer les collections / fistules  
Séton sans tension

Limiter les sections sphinctériennes

Démarche chirurgicale pro-active



	47	11	11	2
— Seton and additional surgery within 1 y	47	11	11	2
— Seton alone	62	13	5	4
- - Seton and additional surgery > 1y	18	15	9	5
— No seton	58	24	15	6

M.Laland, Colorectal Disease, 2022

