

Maladies inflammatoires: aspects actuels / Inflammatory bowel diseases: current aspects

Maladie de Crohn ano-périnéale

C. FLORENT

*Hôpital Saint-Antoine, Fédération d'hépatogastro-entérologie
184, rue du Fg Saint-Antoine – 75571 Paris (France)*

Les lésions ano-périnéales (LAP) sont fréquentes au cours de la maladie de Crohn et posent des problèmes diagnostiques, thérapeutiques, mais aussi obstétricaux. Dans cette session, nous aborderons successivement ces différentes facettes des LAP au cours des MICI.

L'examen clinique est un temps capital dans l'exploration des LAP de la maladie de Crohn (MC). Celui-ci doit être réalisé dans les meilleures conditions, et parfois sous anesthésie générale. Il permettra de mettre en évidence la plupart des lésions, et d'affirmer ou de suspecter un abcès plus profond. L'examen endoscopique du rectum (et du reste du côlon) est un temps complémentaire obligatoire de l'examen clinique, pour l'indication du traitement général de la maladie. L'IRM est l'examen de référence pour évaluer les collections et les trajets fistuleux. Elle est à mettre en balance avec l'endosonographie, réalisée au mieux avec une sonde rigide. Cet examen est idéalement réalisé par le proctologue lui-même, et guidera ses gestes thérapeutiques. L'endosonographie sera réalisée éventuellement sous anesthésie générale en semi-urgence, et alors idéalement couplée à l'examen clinique et à l'examen endoscopique du côlon.

La survenue d'une LAP est fréquente au cours de la maladie de Crohn et concerne environ 50 % des malades. Il s'agit d'une fistule dans plus de 50 % des cas, compliquant des ulcérations rectales, mais évoluant secondairement pour leur propre compte. Ces lésions nécessitent un traitement propre (en sus du traitement général de la maladie), essentiellement des drainages, souvent itératifs. Après ablation de ces drainages, le taux de fermeture spontané est faible et

le taux de récurrences élevé. L'injection de colle, après avoir éliminé toute collection résiduelle, permet d'obtenir la « guérison » dans 30 % des cas. L'Infliximab, dans des conditions d'utilisation très strictes, permet d'obtenir un tarissement durable (1 an) des fistules dans moins de 40 des cas (19 % pour le placebo). Dans cette indication, la thalidomide a souvent des résultats immédiats brillants, mais sa toxicité neurologique au long cours (polynévrites) en limite l'utilisation. Chez quelques malades, la répétition des lésions suppurées, associées au délabrement progressif de l'appareil sphinctérien, conduit à une amputation abdomino-périnéale et à une stomie définitive, permettant au moins de restaurer un certain confort de vie.

Au cours des MICI, avant toute chirurgie, la fertilité des femmes est sensiblement normale, même si elle est un peu diminuée en cas de maladie de Crohn en raison des adhérences pelviennes qui entraînent une stérilité tubaire et des LAP qui retentissent sur la vie génitale. L'anastomose iléo-anale diminue globalement de moitié la fertilité, aussi bien dans les MICI que dans les polyposes. Chez les femmes atteintes de MICI, on observe une hypotrophie fœtale modérée. Ceci est une raison supplémentaire pour essayer d'obtenir à tout prix l'arrêt du tabac, qui est favorable aussi bien pour l'évolution de la MC que pour le développement fœtal. Globalement, le risque de poussée au cours de la grossesse est doublé quand celle-ci débute chez une malade évolutive. Chez les femmes présentant une LAP, l'accouchement par voie vaginale semble peu indiqué, de même qu'après anastomose iléo-anale.

Anal and perineal Crohn's disease

Anal and perineal lesions (LAP) are frequent in Crohn's disease and generate many problems, for diagnosis, treatment and pregnancy. In this session, we will debate of the different aspects of LAP.

Clinical examination is a major phase for the diagnosis of LAP. In many cases, this examination has to be performed under general anaesthesia because of pain. Clinical examination is effective to show most of

the lesions, fistulae, abscesses... Endoscopic examination of the rectum (and colon) and in some cases rectal endosonography can be performed during the same anaesthesia, allowing a complete diagnosis of LAP and colonic lesions. Colonoscopy is mandatory to choose the general treatment needed by the patient. MRI is the gold standard for peri-rectal examination, abscesses and fistulae evaluation. In some cases it can be performed in emergency and do not need sedation.

The occurrence of a LAP is very frequent in Crohn's disease (50% of patients). The starting point of the fistula is a rectal ulceration, but after some time, fistula becomes self-dependent. These lesions need a local treatment, associated with general medications. After draining, the problem of fistulae closure remains open. One may help with fibrin-glue injections, which permits a closure rate of about 30%. Infliximab can be used in some patients, but the results are disappointing, with a closure rate of only 40%, that is only twice better than placebo. Thalidomid has some spectacular results, but prolonged use is limited by the development of neuropathies. In some cases, LAP induces sphincter

destruction, and terminal colostomy is the only way to improve the quality of life of patients.

Before any surgery, the fertility of patients with ulcerative colitis is similar to the general population, and a little bit decreased in Crohn's disease, because of pelvic adhesions and dyspareunia. In MICI, the foetus weight at birth is significantly decreased as compared to general population. This points out the importance of stopping smoking, as well for Crohn's disease as for the baby weight. The risk of relapse during pregnancy is twice higher in patient with an active disease at conception (50%). Vaginal delivery is not indicated in patients with severe LAP and after ileo-anal pouch anastomosis.