

Traitements des Localisations Ano-Périnéales de la Maladie de Crohn

L. ABRAMOWITZ

Unité de Proctologie Médico-Chirurgicale de l'Hôpital Bichat - Paris

INTRODUCTION

Un examen clinique soigneux (en consultation ou sous AG) pouvant être aidé par une écho-endoscopie ou une IRM permet de classer et cartographier précisément les lésions ano-périnéales de ces patients.

Le traitement dépend des lésions identifiées lors de ce bilan clinico-radiologique. Nous sommes alors schématiquement dans deux cas de figures possibles : lésions primaires (fissures et ulcérations anales, pseudo-marisques) ou secondaires (abcès, fistules ou sténose). Ces lésions pouvant être parfois associées.

TRAITEMENT DES LÉSIONS PRIMAIRES

Il ne repose sur aucune donnée validée de la littérature. Les seules études disponibles ne se sont attachées qu'au traitement des fistules anopérinéales. On peut cependant proposer les traitements suivants en fonction de l'aspect de la lésion.

Lorsqu'il s'agit d'une fissure anale sans aspect inflammatoire, commissurale ou non, il est parfois suffisant de traiter par des topiques locaux et de régulariser le transit par le traitement de la poussée de la maladie de Crohn colique associée ; ce traitement pouvant durer plusieurs semaines à plusieurs mois.

Lorsque nous sommes devant une lésion plus inflammatoire souvent associée à des marisques, il peut être utile de prescrire des antibiotiques habituellement utilisés dans la maladie de Crohn tels que le métronidazole ou la ciprofloxacine.

Enfin, en cas d'ulcères très inflammatoires, responsables de douleurs importantes, nous sommes parfois amenés à discuter des thérapeutiques immunosuppressives telles que l'infliximab et/ou l'azathioprine (ou la 6-mercaptopurine) en fonction des lésions iléocoliques associées.

Ces traitements ne seront envisagés qu'après avoir éliminé une suppuration non drainée.

TRAITEMENT DES LÉSIONS SECONDAIRES

Il repose en tout premier lieu sur le drainage des suppurations qui doit être le moins agressif possible. Compte tenu du risque important de récidive entraînant des sphinctérotomies itératives chez ces patients ayant souvent des diarrhées, il est particulièrement

important qu'ils soient opérés par des opérateurs très entraînés à ce type de chirurgie avec pour objectif de diminuer le risque de récidive en identifiant correctement le ou les orifices internes et les différents trajets à drainer. Afin de diminuer le risque de retard de cicatrisation (pouvant être important) il est préférable de ne pas opérer en période de poussée rectosigmoïdienne [1].

En cas de fistule basse, on réalise le plus souvent une fistulotomie, avec cependant un risque non négligeable d'incontinence anale en cas de fistulotomies itératives chez ces patients pouvant récidiver fréquemment leurs lésions anales.

En cas de fistules haute, complexe ou multi-récidivée il faut se contenter d'effectuer un drainage de la suppuration par mise en place d'un ou plusieurs sétos non traumatisants. On utilise de fins lacs vasculaires maintenus sans tension. Le risque de récidive doit faire préconiser d'éviter les larges pertes de substances.

Après cette phase de drainage, différentes alternatives s'offrent à nous :

- Le drainage prolongé (technique du sétos perdu) peut avoir sa place chez un patient à fort risque d'incontinence.

- L'ablation isolée du sétos est suivie d'une fermeture de la fistule dans 10 à 60 % des cas et d'une récidive dans 15 à 60 %.

- Le serrage progressif du sétos est à proscrire. La fistulotomie peut être réalisée mais fait courir un risque d'incontinence anale important chez ces patients qui présentent des selles souvent liquides.

- Les alternatives chirurgicales actuelles sont l'injection de colle biologique (Figures 1 et 2) et le lambeau d'avancement. La colle doit être injectée dans une fistule drainée par un sétos après avoir éliminé un abcès résiduel. Les taux de succès sont de 30 à 60 % [2] dans les travaux ayant traité des fistules anales (crohniennes et autres). Les résultats d'une étude randomisée du GETAID sur les fistules exclusivement crohniennes sont actuellement en attente. Le lambeau d'avancement donne des résultats à peu près équivalents.

- Les autres alternatives sont les traitements médicaux. **L'infliximab** est le traitement le plus sérieusement étudié avec des comparaisons au placebo. Le premier essai [3] a évalué les résultats à 3 mois après 3 perfusions à 0, 2 et 6 semaines. Il était observé un tarissement complet de l'écoulement des fistules dans 55 % des cas avec l'infliximab contre 13 % avec le placebo ($p = 0,04$). L'ablation du sétos se fait le plus



Figure 1

Fistules anales Crohniennes, antérieure (ano-vestibulaire) et postéro-gauche (transphinctérienne supérieure) drainées par des sétons avant application de colle biologique.



Figure 2

Fistules anales Crohniennes, antérieure (ano-vestibulaire) et postéro-gauche (transphinctérienne supérieure) après application de colle biologique.

souvent après la 2^e perfusion. Un deuxième essai évaluait l'efficacité de réinjections régulières après les 3 premières perfusions. L'absence d'écoulement à 1 an était observée chez 36 % des patients sous infliximab contre 19 % avec le placebo [4]. Ce traitement semble donc avoir une efficacité démontrée soulageant souvent les patients de façon spectaculaire. Cependant, il semble y avoir un épuisement avec le temps, les trajets fistuleux persistent lors du contrôle radiologique, il existe un risque infectieux important notamment vis-à-vis de la tuberculose et le coût est élevé. Il paraît donc important de recommander cette thérapeutique chez des patients particulièrement sélectionnés.

L'azathioprine ou la 6-mercaptopurine semble être efficace dans 29 % des cas dans une étude récente [5].

Le tacrolimus a donné des résultats encourageants versus placebo sur une courte série (diminution de l'écoulement dans 43 % des cas versus 8 %) ; la ciclosporine et le méthotrexate ont donné des résultats transitoires sur quelques séries ouvertes. Enfin l'utilisation des antibiotiques tels que le métronidazole ou

la ciprofloxacine est possible mais ne repose sur aucune étude contrôlée et leur utilisation prolongée peut occasionner respectivement une neuropathie ou une tendinopathie.

Les sténoses du canal anal ou du bas rectum sont en général secondaires à des lésions anopérinéales chroniques. Il importe de traiter en premier lieu une lésion primaire ou un abcès associé. On peut avoir recours à une dilatation prudente en cas de sténose symptomatique.

CONCLUSION

Le traitement des localisations anopérinéales de la maladie de Crohn doit reposer sur une cartographie précise des lésions anopérinéales et des lésions sus-jacentes associées. Celui-ci associe souvent un traitement médical (antibiotique, immunosuppresseur) à un traitement chirurgical le moins agressif possible (drainage, fistulotomie sélective, colle biologique ou lambeau). L'objectif est de passer un cap en étant le moins traumatisant pour les sphincters de l'anus.

RÉFÉRENCES

1. Nordgren S, Fasth S, Hulten L. Anal fistulas in Crohn's disease : incidence and outcome of surgical treatment. *Int J Colorectal Dis* 1992 ; 7 : 214-8.
2. Singer M, Cintron J, Nelson R, Orsay C, Bastawrous A, Pearl R, Sone J, Abcarian H. Treatment of fistulas-in-ano with fibrin sealant in combination with intra-adhesive antibiotics and/or surgical closure on the internal fistula opening. *Dis Colon Rectum* 2005 ; 48 : 799-808.
3. Present DH, Rutgeerts P, Targan S, Hanauer SB, Mayer L, van Hogezaand RA, Podolsky DK, Sand BE, Braakman T, De Woody KL, Schaible TF, van Deventer SJ. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *N Engl J Med* 1999 ; 340 : 1398-405.
4. Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, Chey WY, Feagan BG, Fedorak RN, Kamm MA, Korzenik JR, Lashner BA, Onken JE, Rachmilewitz D, Rutgeerts P, Wild G, Wolf DC, Marster PA, Travers SB, Blank MA, van Deventer SJ. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 876-85.
5. Lecomte T, Contou JF, Beaugerie L, Carbonnel, Cattan S, Gendre JP, Cosnes J. Predictive factors of response of perianal Crohn's disease to aziathioprine or 6-mercaptopurine. *Dis Colon Rectum* 2003 ; 46 : 1469-75.