

Réalisée par la Commission Proctologie Endoscopique
de la Société Française d'Endoscopie Digestive

Docteur Alain CASTINEL ✉, Docteur Jean-Michel DIDELOT, Docteur Thierry HIGUERO, Docteur Aurélien GARROS,
Docteur Michel GOMPEL, Docteur Jean-Michel ROUILLON, Docteur Anne-Laure TARRERIAS.



Photo 1 : fissure inflammatoire creusante à bords décollés

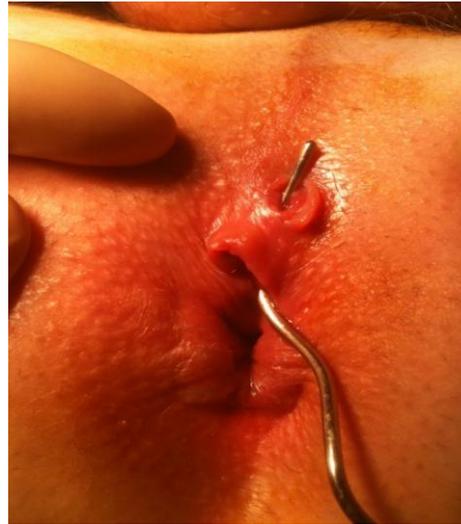


Photo 2 : fistule antérieure sur la fissure atypique

Rappels

- > En cas de maladie de Crohn, un patient sur deux aura une LAP au cours de sa vie.
- > Dans 80 % des cas, une atteinte rectale est associée.
- > Un tiers des LAP sont inaugurales, aiguës ou chroniques : abcès, fissure ou fistule.
- > Elles peuvent être indépendantes de l'atteinte digestive.
- > Elles sont un signe de gravité de la maladie, surtout chez le patient jeune.
- > Fort retentissement sur la qualité de vie : sociale, sexuelle, ...

Deux types de lésions

- > Lésions primaires : fissure, ulcération, pseudo-marisque inflammatoire.
- > Lésions secondaires : fistules, abcès, sténose.

Cf. classification UFS de Cardiff en page 2.

Diagnostic positif

Les LAP étant parfois isolées, inaugurales, on doit évoquer une maladie de Crohn sur les arguments suivants :

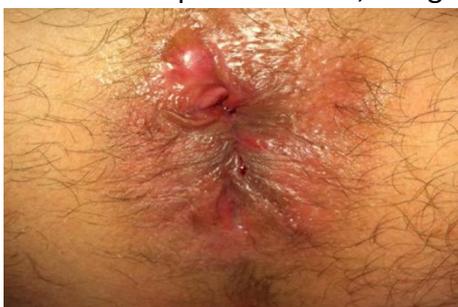


Photo 3 : fistule à trajets multiples

- > Examen proctologique : aspect atypique d'une fissure ou d'une suppuration : fissure latérale, à bords décollés (photos 1 et 2), fistule à trajet complexe ou multiples avec capuchon inflammatoire (photos 2 et 3).
- > Histologie : présence de granulomes (inconstante).

En cas de doute, il faut rechercher une atteinte rectale, colique et/ou de l'intestin grêle par une iléo-coloscopie, voire une entéro-IRM ou un examen par vidéo-capsule du grêle, des marqueurs biologiques : calprotectine, pANCA, ...

Classification de Cardiff des LAP de Crohn

U pour Ulcération	F pour Fistule et abcès	S pour Sténose
0 = absence	0 = absence	0 = absence
1 = fissure superficielle postérieure, antérieure ou latérale	1 = fistule basse ou superficielle périnéale	1 = réversible anale ou rectale, sans sepsis
2 = ulcère creusant du canal anal ou rectal bas, périnéal extensif	2 = fistule haute ou profonde, complexe, recto-vaginale ou iléo-périnéale	2 = irréversible, sténose anale ou rectale

Tableau I. Classification de Cardiff.

Hugues LE. *Clinical classification of perianal Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1992; 35: 928-32.*

Traitement



Photo 4 : lésions primaires délabrantes

Les LAP de Crohn reflètent une évolution péjorative de la maladie et justifient la mise en place de traitements immunosuppresseurs, en particulier en cas d'atteinte rectale : anti-TNF, associés ou non à une thiopurine.

En cas de suppuration, le drainage chirurgical préalable doit précéder ces traitements. La prise en charge est souvent médico-chirurgicale, aidée d'une imagerie pré-opératoire (IRM ano-périnéale, écho-endoscopie) :

1. Drainage des collections avec mise en place d'un sétou sans tension dans les trajets fistuleux (*photo 5*) ;
2. Antibiothérapie associée possible (ciprofloxacine +/- métronidazole) ;
3. Traitement immunosuppresseur, qui traitera la maladie luminale et favorisera la cicatrisation de la maladie ano-périnéale ;
4. Réévaluation clinique et radiologique :
 - a. En cas d'efficacité, la fistule peut être traitée par des techniques d'épargne sphinctérienne (colle biologique et lambeau muqueux d'avancement sont les deux techniques validées à ce jour) ;
 - b. En l'absence de réponse au traitement médical, il faut savoir discuter la stomie, qui peut faire cicatriser le périnée et éviter une évolution en lésions délabrantes pouvant devenir irréversibles à type de destruction sphinctérienne, sténose rectale ou anale fibreuse.

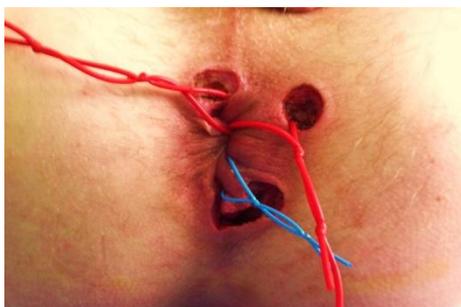


Photo 5 : drainage sur sétou



Photo 6 : destruction sphinctérienne

Conclusions

Toute lésion anale « atypique » en l'absence de maladie de Crohn connue doit la faire évoquer et implique une coloscopie systématique.

Il faut systématiquement explorer un symptôme anal dans le contexte d'une maladie de Crohn connue. Une lésion anale dans ce contexte impose de prendre un avis proctologique spécialisé.