

Arbre décisionnel de prise en charge d'une fistule anale en rémission au cours de la maladie de Crohn.

1. La description anatomo-clinique des lésions anales de la MC peut être faite selon la classification de Cardiff. (Hughes LE. *Clinical classification of perianal Crohn's disease. Dis Colon Rectum* 1992;35:928–932.)
2. La classification de l'American Gastroenterological Association distingue les fistules simples des fistules complexes. Une fistule complexe possède au moins une des caractéristiques suivantes : trajet haut (inter- ou transsphinctérien haut, extra- ou suprasphinctérien), plusieurs orifices externes, présence d'un abcès, d'une communication avec une structure adjacente notamment le vagin ou la vessie, d'une sténose, d'une atteinte rectale active (Sandborn WJ, Fazio VW, Feagan BG, Hanauer SB. *American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee. AGA technical review on perianal Crohn's disease. Gastroenterology* 2003 ; 125 : 1508-30).
3. En l'absence de PRO validés, le retentissement d'une LAP de la MC peut-être évalué par l'index d'Allan (Allan A, Linares L, Spooner HA, Alexander-Williams J. *Clinical index to quantitate symptoms of perianal Crohn's disease. Dis Colon Rectum.* 1992;35:656-61.) ou par celui d'Irvine (Irvine EJ. *Usual therapy improves perianal Crohn's disease as measured by a new disease activity index. McMaster IBD Study Group. J Clin Gastroenterol* 1995;20:27-32). Ce dernier évalue les symptômes (douleur, écoulement, infiltration locale...), et le retentissement fonctionnel (professionnel, sexuel, psychologique...). Grade B
4. La gravité d'une suppuration ano-périnéale de la MC est définie par l'extension des lésions, leur caractère délabrant, l'existence d'un retentissement général, fièvre, blocage urinaire et/ou fécal. Elle tient compte du terrain (âge, dénutrition, comorbidités, antécédents, traitements immunosuppresseurs). AE
5. Une fistule est cliniquement inactive si les orifices ne sont pas productifs spontanément ou à la pression, s'il n'existe pas de sensibilité locale, pas d'infiltration, pas d'abcès. AE
6. Une imagerie est recommandée dans la prise en charge des complications suppuratives de la MC, notamment quand elles sont complexes, et/ou récidivantes, et/ou multi-opérées. Grade B.
7. En IRM l'activité inflammatoire d'une fistule est définie par une hyperintensité en T2 (Van Assche G, Vanbeckevoort D, Bielen D, et al. *Magnetic resonance imaging of the effects of infliximab on perianal fistulizing Crohn's disease. Am J Gastroenterol* 2003 ; 98 : 332-9.). AE
8. En IRM, une collection de petite taille est inférieure à 2 cm. AP
9. Le volet médical du traitement des suppurations associées à la MC repose sur les antiTNF +/- immunosuppresseur. Grade A. Le traitement par antiTNF d'une suppuration anale au cours de la MC qui a été efficace initialement doit être poursuivi en entretien. Grade B. Lors de l'initiation ou de la reprise d'un antiTNF chez l'adulte, il est conseillé d'y associer un immunosuppresseur pendant 6 à 12 mois. La combothérapie pourrait augmenter l'efficacité de l'infliximab et de l'adalimumab. Surtout, elle réduit l'immunogénicité du traitement anti-TNF. Il est conseillé de se mettre d'emblée dans les conditions optimales d'utilisation des antiTNF car ce sont les seules molécules qui ont à l'heure actuelle une efficacité démontrée dans les LAP de la MC. AE
- 10.
11. La fistulotomie n'est pas une option recommandée sauf en cas de fistule superficielle isolée chez un patient n'ayant pas de facteur de risque d'incontinence anale. AP
12. Sous traitement médical efficace un geste chirurgical visant à obturer un trajet fistuleux bien drainé, non inflammatoire et sans abcès en IRM peut être indiqué pour diminuer les symptômes résiduels tels que : suintement fécal, fuites de gaz. AE
13. Sous traitement médical efficace, un geste chirurgical visant à obturer un trajet fistuleux bien drainé, non inflammatoire et sans abcès en IRM pourrait diminuer le risque de récurrence. AE
14. L'ablation du séton s'il est présent et/ou une technique d'obturation sont possibles quand :
 - La fistule est bien drainée et non inflammatoire
 - L'inflammation rectale est contrôlée endoscopiquement
 - L'IRM montre l'absence de diverticule ou de cavité liquidienne significative (2 cm) et une diminution franche de l'inflammation sur les séquences en T2, et que l'éventuelle inflammation rectale est guérie
15. La chronologie des techniques d'obturation n'est pas définie, toutefois elles ne doivent être proposées qu'après rémission sous traitement médical et jamais en phase initiale inflammatoire. AE

Prise en charge d'une fistule anale en rémission (avec ou sans séton) au cours de la maladie de Crohn.

Fistule anale bien drainée et non inflammatoire - Pas de rectite

En IRM :

- hyperintensité en T2 absente ou modérée
- pas de collection >2 cm

Maintien du traitement par anti-TNF +/- immunosuppresseurs

Ablation simple du seton toujours possible, surtout si :

- Refus de nouvelle chirurgie
- Difficulté ou risque d'échec des autres techniques

Fistulotomie exceptionnelle
Fistule très basse
Pas de facteurs de risque d'incontinence anale

Fistule basse

Diamètre large:
Plug

Trajet direct
Trajet bas
Fibrose modérée
Fistule ano-vulvaire

Diamètre fin et long:
Colle

Orifice interne rectal
Fibrose modérée
Pas de séquelle rectale

Lambeau rectal

LIFT

Épisodes inflammatoires récidivants

Cellules souches (essai)