

## Arbre décisionnel de prise en charge d'une fistule anale active de la maladie de Crohn jamais traitée

1. 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. et al. *Gastroenterology* 2003)
2. En l'absence de PRO validés, le retentissement d'une LAP de la MC peut être évalué par l'index d'Allan (Allan A. et al. *Dis Colon Rectum*. 1992) ou par celui d'Irvine (Irvine EJ. *J Clin Gastroenterol* 1995). Ce dernier évalue les symptômes (douleur, écoulement, infiltration locale), et le retentissement fonctionnel (sexuel).
3. La gravité d'une suppuration ano-périnéale de la MC est définie l'extension des lésions, leur caractère délabrant, l'existence d'un retentissement général, fièvre, blocage urinaire et/ou fécal.
4. Elle tient compte du terrain (âge, dénutrition, co-morbidités, 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 ano-périnéales de la MC, notamment quand elles sont complexes, et/ou récidivantes, et/ou multi-opérées. Grade B.
7. L'IRM est l'exploration par imagerie de référence par sa sensibilité et spécificité dans la mise en évidence des lésions (grade A), et aussi par l'appréciation de leur caractère inflammatoire. Grade B. De plus, elle apprécie l'atteinte rectale associée. Grade A.
8. En IRM un abcès ou une collection de petite taille est inférieur à 10 mm. AP
9. En IRM l'activité inflammatoire d'une fistule est définie par une hyper-intensité en T2. AE
10. En cas de suppuration anale associée à une MC, le traitement chirurgical rapide est indiqué, associé à l'initiation du traitement par anti-TNF +/- immunosuppresseurs. Grade B
11. Le volet chirurgical du traitement d'une suppuration anale associée à la MC consiste à drainer vers la peau ou la cavité rectale l'abcès et ses éventuelles extensions secondaires, et à drainer la fistule, si elle est repérée, au minimum par un séton noué lâche. Grade C
12. La fistulotomie seule peut être proposée en cas de fistule très basse si l'on n'engage pas de risque fonctionnel, au cours d'une MC bien contrôlée. AE
13. Le volet médical du traitement des suppurations associées à la MC repose sur les anti-TNF +/- immunosuppresseurs. Grade A. Lors de l'initiation ou de la reprise d'un anti-TNF chez l'adulte, il est conseillé d'y associer un immunosuppresseur pendant 6 à 12 mois. La combinaison 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 anti-TNF car ce sont les seules molécules qui ont à l'heure actuelle une efficacité démontrée dans les LAP de la MC. AE
14. Le traitement antibiotique prescrit sur 12 semaines associé à une induction par anti-TNF peut accélérer l'amélioration des symptômes associés à une suppuration de la MC. Grade B

15. L'existence d'une inflammation rectale au début de la prise en charge d'une suppuration associée à une MC, et sa persistance au cours du suivi sont des facteurs de mauvais pronostic et incitent à proposer un traitement médical maximal d'emblée et/ou à l'optimiser rapidement. Grade C
16. Les thiopurines administrées seules ont possiblement un effet modéré sur la maladie fistulisante. Grade C
17. Pour cette raison les thiopurines isolées ne seront proposées que pour une fistule simple, bien drainées chirurgicalement, sans abcès ou diverticules > 10 mm, sans atteinte inflammatoire anale ou rectale chez un maladesans facteur de risque anatomique ou fonctionnel, et sous réserve d'une surveillance rapprochée. AE
18. La cible anatomo-clinique à obtenir lors du traitement des suppurations de la MC est au minimum la mise en rémission complète à 6 mois définie par une fistule sèche, non productive à la pression, indolore et l'absence de collection >10 mm en IRM, et une diminution nette ou une disparition de l'hyper-intensité en T2 à 12 mois en IRM. AP
19. Le traitement par anti-TNF d'une suppuration anale au cours de la MC qui a été efficace initialement doit
20. Être poursuivi en entretien. Grade B

**Fistule anale de la maladie de Crohn,  
Active cliniquement et/ou en IRM et jamais traitée**

