

Arbre décisionnel de prise en charge d'une fistule anale de la maladie de Crohn active cliniquement et/ou en IRM sous antiTNF

1. 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. *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 (professionnel, sexuel, psychologique...).
2. 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. Elle tient compte du terrain (âge, dénutrition, co-morbidités, antécédents, traitements immunosuppresseurs). AE
3. 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
4. En IRM l'activité inflammatoire d'une fistule est définie par une hyper-intensité en T2. AE
5. 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.
6. 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.
7. Le volet médical du traitement des suppurations associées à la MC repose sur les anti-TNF +/- immunosuppresseur. 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 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 anti-TNF car ce sont les seules molécules qui ont à l'heure actuelle une efficacité démontrée dans les LAP de la MC. AE
8. 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 en IRM l'absence d'image liquidienne (collection) >10 mm, au mieux associée à une diminution ou une disparition de l'hyper-intensité en T2 à 12 mois en IRM. AP
9. Le traitement par anti-TNF d'une suppuration anale au cours de la MC qui a été efficace initialement doit être poursuivi en entretien. Grade B
10. L'aggravation d'une fistule sous traitement d'entretien par anti-TNF impose un bilan qui fera proposer un nouveau geste chirurgical de drainage et/ou une optimisation du traitement médical. Grade B
11. En cas d'échec primaire ou de rechute (activité clinique de la fistule, abcès) chez un malade en cours de traitement, et après évaluation clinique, anatomique et éventuellement endoscopie et IRM :
 1. Les arguments pour un traitement chirurgical (éventuellement sans optimisation du traitement médical) sont : collection > 10 mm, fistule longue, de trajet complexe, séton enlevé récemment.
 2. Les arguments pour une optimisation du traitement médical (éventuellement sans nouveau drainage chirurgical) sont : aggravation ou apparition récente d'un aspect inflammatoire des trajets fistuleux, fistule bien drainée et séton en place, une atteinte inflammatoire rectale, anale ou luminale. AP

Fistule anale de la maladie de Crohn active sous traitement anti-TNF

