

Arbre décisionnel de prise en charge d'un abcès, d'une collection anale de la maladie de Crohn.

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 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 (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. L'IRM est l'exploration par imagerie de référence par sa sensibilité et spécificité dans la mise en évidence des abcès et des fistules anales (Grade A), et aussi par l'appréciation de leur caractère inflammatoire (Grade B). De plus, elle apprécie l'atteinte rectale associée (Grade A).
4. En IRM un abcès ou une collection de petite taille est inférieur à 10 mm. AE
5. En l'absence de geste de drainage urgent, il est recommandé d'arrêter les biothérapies chez un patient ayant un abcès symptomatique, du fait des règles de prudence d'usage de ces médicaments. AE
6. Le traitement antibiotique isolé (sans prise en charge associant chirurgie et traitement par anti-TNF) n'a pas sa place pour traiter les suppurations au cours de la MC. AE
7. Un traitement antibiotique peut être proposé avant traitement chirurgical sans se substituer à lui, ni le retarder dans le but de limiter l'extension du sepsis. AE
8. Si des signes de gravité sont présents, un drainage en urgence sous anesthésie générale est indiqué. AE
9. En l'absence de signes de gravité, un abcès symptomatique palpable au niveau de la marge anale doit bénéficier d'une incision en urgence sous anesthésie locale en consultation. AE
10. Après incision d'un abcès anal, si le malade est soulagé et en cas de suspicion de suppuration complexe il est préférable d'opérer après une IRM qui guidera le geste chirurgical. Grade B
11. En cas d'abcès symptomatique inaccessible à une incision, l'urgence est de drainer sous anesthésie générale l'abcès sans imagerie préalable si celle-ci doit retarder le geste. AE
12. 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 au minimum à drainer la fistule, si elle est repérée, par un drain souple noué sans tension. Grade C
13. Une collection de petite taille (<10 mm) asymptomatique peut être traitée dans un premier temps par anti-TNF, sous couvert d'une évaluation ultérieure clinique et par imagerie. AP
14. En cas de suppuration anale associée à une MC, le traitement chirurgical rapide est indiqué, associé à l'initiation du traitement par anti-TNF. Grade B
15. Le seul traitement médical efficace en cas de fistule anale associée à une MC repose sur les anti-TNF. Grade A. Leur association à un immunosuppresseur pourrait en augmenter l'efficacité. Grade B. 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
16. 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
17. L'existence d'une atteinte 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
 18. La cible anatomo-clinique à obtenir lors du traitement des suppurations ano-périnéales de la MC est au minimum la mise en rémission à 6 mois définie par une fistule sèche, non productive à la pression, indolore, et l'absence de collection >10 mm en IRM, associée à 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 être poursuivi en entretien. Grade B
 20. En cas d'échec primaire ou de rechute (activité clinique de la fistule, abcès) chez un malade sous anti-TNF, 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/abcès > 10 mm, fistule longue, de trajet complexe, sétou 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 sétou en place, une atteinte inflammatoire rectale, anale ou luminale. AP

