

## **Arbre décisionnel de prise en charge d'une sténose ano-rectale 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- 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
- 3- L'évaluation d'une sténose anale ou rectale doit préciser son siège en hauteur par rapport au canal anal, sa longueur, son calibre, son caractère fixé ou se relâchant sous anesthésie générale, l'importance de l'infiltration fibreuse péri-rectale, son retentissement sur la fonction ano-rectale, son retentissement symptomatique (index d'Allan), et l'association à d'autres lésions (ulcération, fistule, abcès). Ce bilan doit comprendre une IRM et en raison du risque de dégénérescence une endoscopie avec des biopsies sur la sténose et en amont après éventuelle dilatation. AE
- 4- Les biopsies (sur la sténose et en amont) doivent être régulièrement répétées au cours de la surveillance. AE
- 5- L'indication du traitement d'une sténose anale ou rectale doit prendre en compte l'existence de signes occlusifs ou de dyschésie, d'incontinence anale et la possibilité de pratiquer une endoscopie avec biopsies. AE
- 6- Le risque de la dilatation d'une sténose anale ou rectale basse est l'apparition ou l'aggravation de troubles de la continence. AE
- 7- En cas de suppuration anale associée à une sténose anale ou rectale, le traitement de la suppuration doit être effectué en priorité. Grade C
- 8- Le traitement initial d'une sténose anale ou rectale inflammatoire est médical. AP
- 9 - Le volet médical du traitement d'une sténose anorectale inflammatoire associée à la MC repose sur les anti-TNF +/- immunosuppresseur. Grade A
- 10 - Le traitement par anti-TNF qui a permis de mettre en rémission l'atteinte ano-rectale au cours de la maladie de Crohn, doit être poursuivi en entretien. Grade B
- 11- En cas de sténose fibreuse, isolée, il est recommandé de réaliser en première intention une dilatation de la sténose AP
- 12- Même en l'absence de signes fonctionnels il est recommandé d'obtenir une dilatation suffisante pour permettre la surveillance endoscopique afin de dépister une dysplasie. AE
- 13- En cas de sténose en échec des traitements conservateurs, serrée, symptomatique et/ou empêchant toute exploration endoscopique, une ano-proctectomie avec résection du mesorectum peut être proposée. AE
- 14- En présence de lésions dysplasiques en muqueuse rectale, quel qu'en soit le grade, il est recommandé de proposer une ano-proctectomie à visée carcinologique avec exérèse du mesorectum. AP

# Prise en charge d'une sténose ano-rectale de la maladie de Crohn

