

crohn colite

Nom du guide de pratique clinique

Prise en charge de la maladie de Crohn périanale fistulisante.

Objectif

Fournir une orientation pour la prise en charge des patients atteints d'une maladie de Crohn périanale fistulisante.

Population de patients

Patients adultes de 18 ans ou plus ayant reçu un diagnostic de maladie de Crohn et ayant subi une récente résection chirurgicale.

D^r Jeffrey McCurdy, M.D., Ph. D., FRCPC (Université d'Ottawa et L'Hôpital d'Ottawa)
D^r Alain Bitton, M.D., FRCPC (Université McGill et Centre universitaire de santé McGill)

À retenir

- La maladie de Crohn périanale est un phénotype agressif de la maladie de Crohn.
- Les examens initiaux visent à évaluer la présence d'abcès et à différencier une atteinte simple d'une atteinte complexe sur le plan anatomique.
- La prise en charge optimale des fistules simples et complexes nécessite l'adoption d'une approche multidisciplinaire impliquant des gastro-entérologues, des chirurgiens et des radiologues.
- La thérapie anti-TNF, avec ou sans la prise d'un immunomodulateur et d'antibiotiques, reste le traitement de première intention pour les fistules complexes.
- Les traitements chirurgicaux et médicaux émergents peuvent être envisagés pour les cas réfractaires.

Ces outils d'aide à la décision clinique ont été mis au point par des experts canadiens dans le domaine des maladies inflammatoires de l'intestin (MII), et sont basés sur leur interprétation des données probantes actuelles et des considérations spécifiques au système de soins de santé canadien. Des lignes directrices internationales provenant d'Europe et des États-Unis sont disponibles; elles peuvent toutefois refléter des facteurs régionaux qui ne sont pas directement applicables partout au Canada.

Introduction

La maladie de Crohn périanale est une forme de la maladie de Crohn qui provoque de l'inflammation dans la région de l'anus. Les manifestations périanales de la maladie de Crohn comprennent les fistules périanales, les abcès périanaux et les lésions du canal anal (ulcères, fissures et sténoses). Elle touche jusqu'à un tiers des personnes atteintes de la maladie de Crohn. La prise en charge des fistules périanales nécessite l'adoption d'une approche multidisciplinaire (en gastro-entérologie, en radiologie et en chirurgie colorectale).

Les symptômes comprennent :

- Douleurs et/ou démangeaisons autour de l'anus
- Saignements et/ou écoulements périanaux (pus/mucus)
- Douleurs périanales
- Urgence d'évacuer les selles ou incontinence

Les fistules peuvent être simples ou complexes :

- Fistule périanale simple : fistule basse définie comme un canal qui traverse le tiers inférieur du sphincter anal externe, avec une seule ouverture externe, sans abcès ni sténose du canal anal.
- Fistule périanale complexe : fistule haute définie comme un canal qui traverse les deux tiers supérieurs du sphincter anal externe; maladie avec plusieurs ouvertures externes, ou fistules périanales associées à des abcès.

Le traitement des fistules périanales est guidé par des études d'imagerie et des examens physiques tels que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) pelvienne ou l'écho-endoscopie rectale (EER), les évaluations endoscopiques et l'examen sous anesthésie (ESA). Ces procédures aident à définir l'anatomie de la fistule, à exclure la présence d'un abcès périanal et à déterminer la présence (ou non) d'une inflammation rectale.

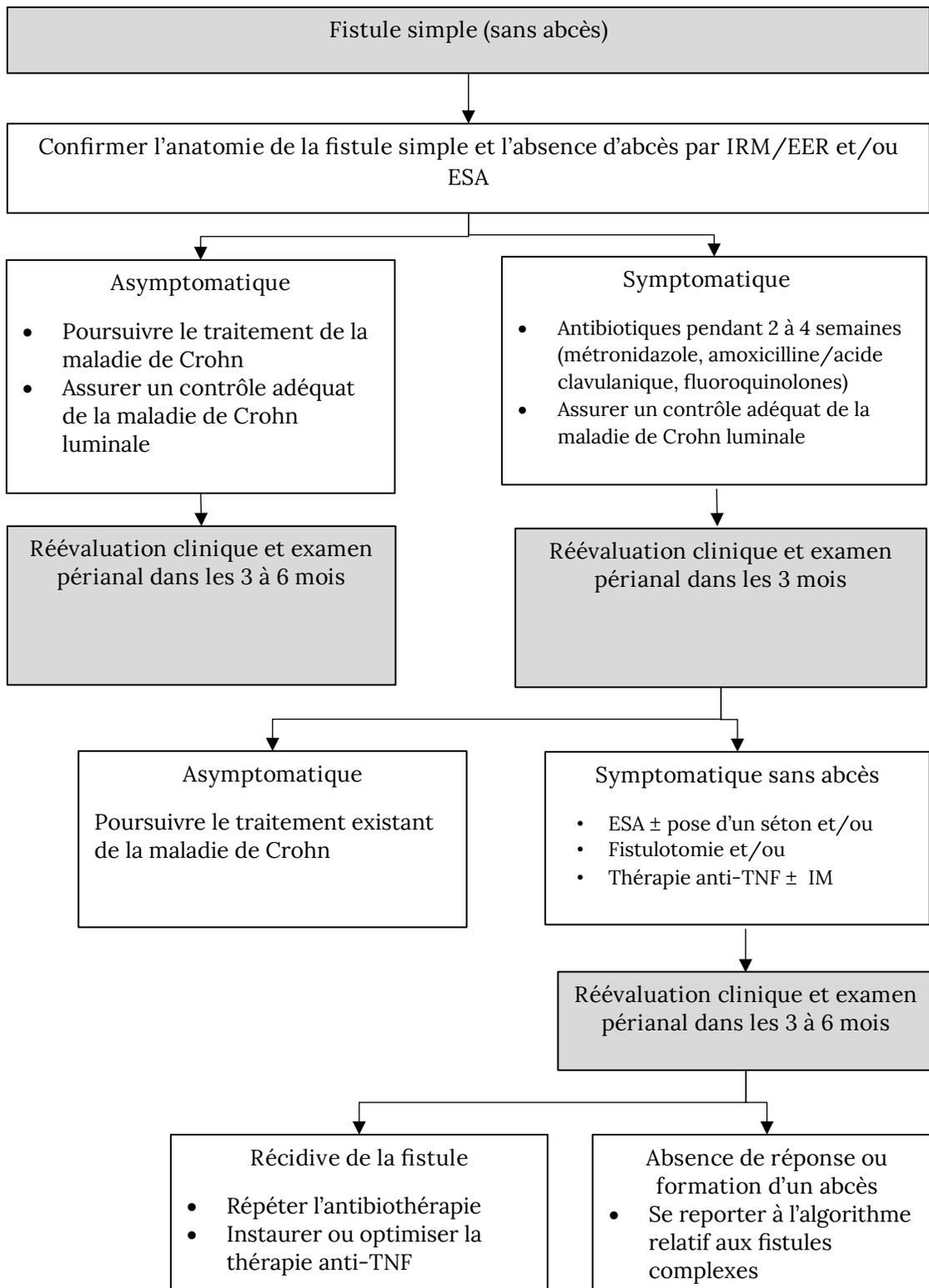
L'objectif du traitement se divise globalement en objectifs à court et à long terme.

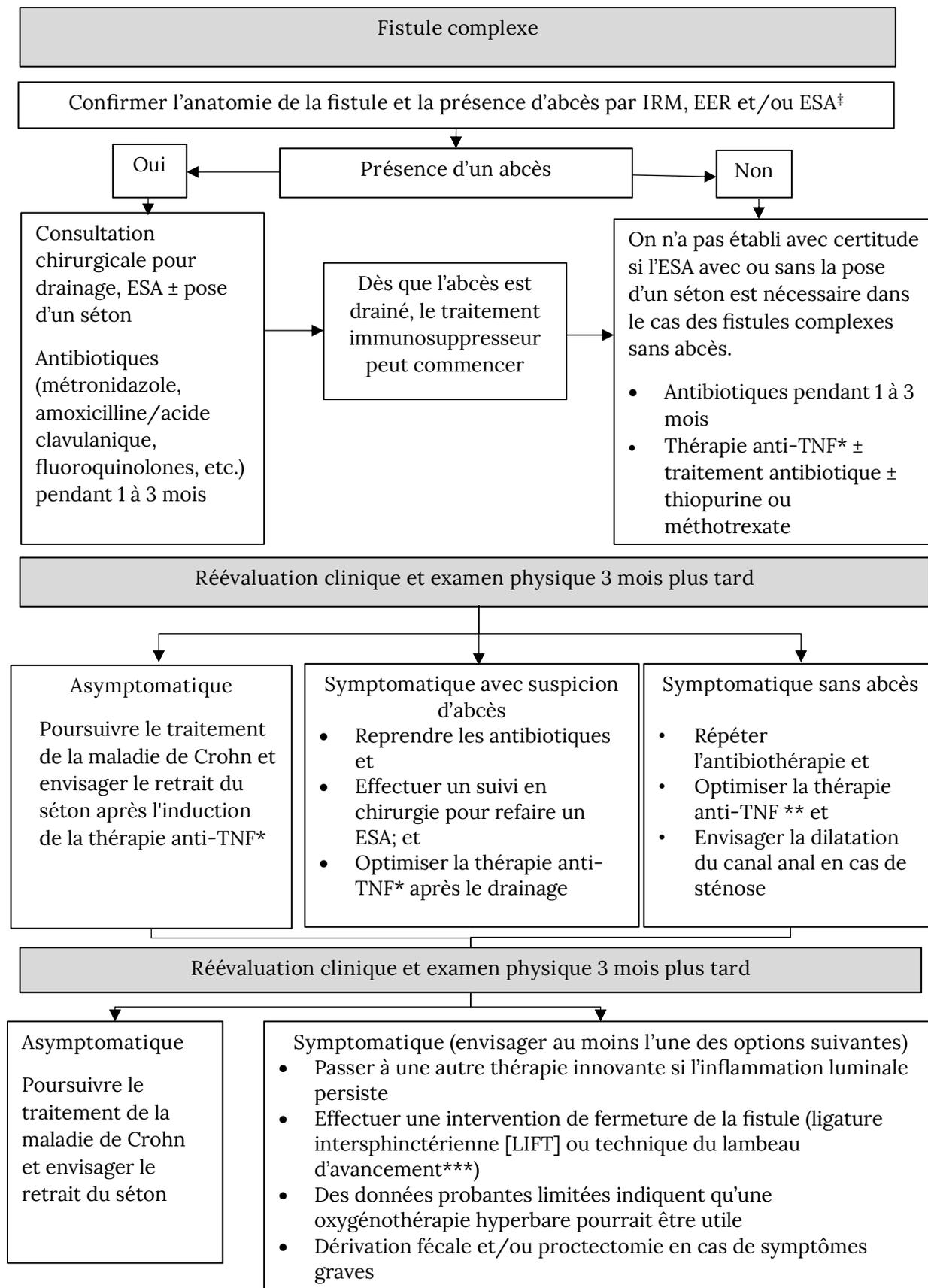
À court terme, l'objectif est d'obtenir un soulagement rapide des symptômes causés par les abcès/collections de liquide.

À long terme, les objectifs du traitement sont axés sur la fermeture complète de l'orifice fistuleux sans incontinence fécale.

Cependant, il est souvent impossible de parvenir à une occlusion complète. La fermeture de l'orifice fistuleux est déterminée cliniquement en fonction des symptômes cliniques (drainage de la fistule) et par un examen physique par le test de compression (avec les doigts). À ce jour, des définitions validées de la guérison radiologique doivent encore être établies. C'est la raison pour laquelle elle ne doit pas être considérée comme le résultat à atteindre. La réponse symptomatique, quant à elle, ne doit pas être l'objectif du traitement, mais elle peut être utile pour évaluer une amélioration précoce attribuable au traitement. De plus, une réponse symptomatique peut être un résultat acceptable dans certains cas lorsque les symptômes sont seulement intermittents et non associés à l'apparition des complications mentionnées précédemment (voir les définitions de rémission et de réponse au Tableau 1).

Les algorithmes ci-dessous sont les voies cliniques représentant les pratiques exemplaires pour la prise en charge des fistules périanales simples et complexes.





‡ Ne pas attendre l'IRM/EER/ESA si le patient présente un abcès nécessitant un drainage certain.

* L'optimisation doit être étayée par une surveillance pharmacologique thérapeutique.

** Consulter le médecin en cas d'intolérance du patient à la thérapie anti-TNF.

*** Le patient ne doit pas présenter de maladie luminale active ni de sténoses anales actives.

Données probantes contradictoires concernant l'efficacité de la thérapie par cellules souches mésenchymateuses

Tableau 1. Définition de la rémission et de la réponse chez les patients présentant une maladie de Crohn périanales fistulisante [Adapté de Steinhart, *et al.*]

Rémission complète	Rémission symptomatique et radiographique (comme définie ci-dessous)
Rémission symptomatique	Absence à la fois de douleur et d'écoulement du canal fistuleux (absence de drainage par pression douce) et fermeture de l'ouverture externe
Réponse symptomatique	Amélioration significative des symptômes de douleur et du drainage, évaluée à la fois par le patient et le médecin en l'absence de rémission. La réponse symptomatique ne doit pas être considérée comme un résultat final souhaitable, mais elle est utile pour évaluer la réponse précoce aux traitements.
Rémission radiographique	Bien qu'une définition largement acceptée de la guérison radiologique des fistules périanales reste encore à établir, des données probantes émergentes indiquent que les canaux fistuleux fibrotiques ne présentant ni inflammation ni abcès laissent supposer une guérison radiologique.

Références

Steinhart, *et al.* Clinical Practice Guideline for the Medical Management of Perianal Fistulizing Crohn's Disease: The Toronto Consensus, *IBD* 2019; 25(1):1-13. <https://doi.org/10.1093/ibd/izy247>

Parks, *et al.* A classification of fistula-in-ano. *BJS Society* 1976;63(1):1-12. <https://doi.org/10.1002/bjs.1800630102>

Lightner, *et al.* Interdisciplinary Management of Perianal Crohn's Disease. *Gastroenterol Clin North Am* 2017; 46 (3):547-562. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.05.008>