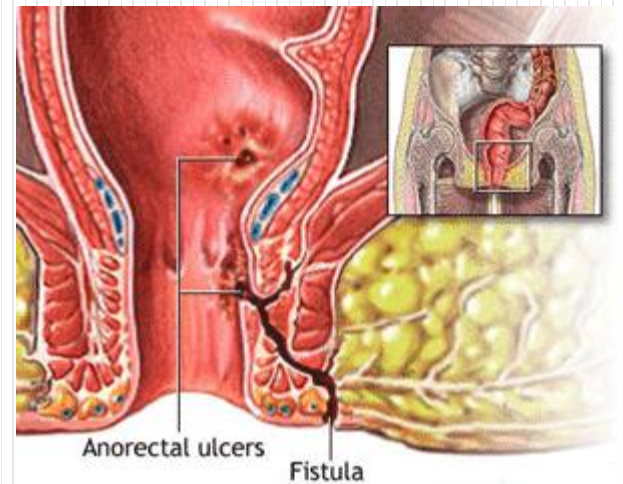


Crohn fistulisant

Dr DIB Fadel
Maitre assistant CHU Tlemcen
Journées consensus Crohn
Alger 25/26 sept 2013



Plan

- Introduction – Epidémiologie
- Physiopathologie
- Diagnostic
- Classification
- Traitement
- Conclusion

Introduction

- Affection fréquente touche de la bouche jusqu'à l'anus
- Atteinte transmurale
- L'intestin grêle est le plus souvent atteint (80% cas) (iléon +++)
- Pic d'incidence : 15-25 ans et 50-80 ans
- On distingue 3 phénotypes différents dans l'histoire naturelle de la maladie de Crohn (MC):
 - ✓ **les formes pénétrantes (ou perforantes)**
 - ✓ les formes sténosantes
 - ✓ et les formes ni perforantes ni sténosantes, appelées inflammatoires.

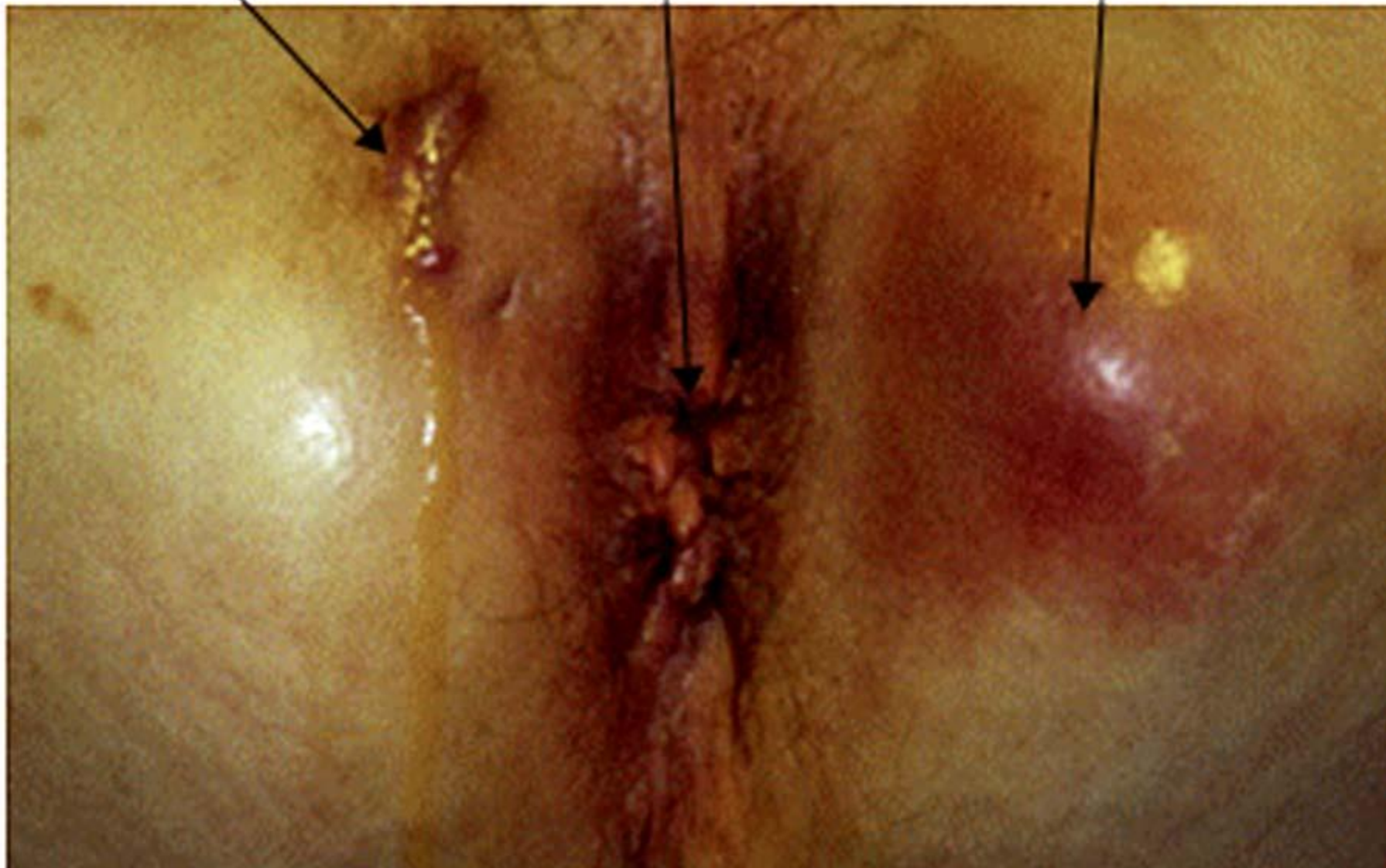
Introduction

- Fistule: connexion non anatomique entre 2 organes ou surfaces épithélialisées secondaire à une inflammation transmurale de la paroi intestinale et à l'extension de l'atteinte du grêle ou le colon (+rarement) à la vessie, l'uretère, l'urètre ou le périnée.
- Les manifestations d'une fistule précèdent parfois le diagnostic de la maladie.
- Peut être secondaire aussi à:
 - une anastomose suite à une résection chirurgicale
 - une néoplasie associée à une maladie de Crohn

Fistule (orifice)

Anus

Abcès



Introduction

- La maladie de Crohn fistulisante est représenté principalement par les MAP, Les fistules dites internes sont rares .
- Plusieurs types de fistules peuvent affecter le système génito-urinaire le point d'entrée peut être l'intestin, la peau ou les deux.
- Leurs présence constitue une morbidité pour le patient, et une difficulté thérapeutique pour les soignant.
- Avant l'introduction des biothérapies la plupart des fistules nécessitaient une chirurgie, avec un taux de récurrence estimé à 34 %.

Epidémiologie

- L'incidence estimée des fistules chez les patients atteints de maladie de Crohn est d'environ **35%**
- Parmi ces fistules :
 - 54% étaient péri-anale
 - 24% étaient entéro-enteriques
 - 9% étaient recto-vaginale,
 - et 13% ont été classées comme «autres», qui comprenait entéro-cutanées, fissures entéro-vésicales et entéro-intra abdominale

Physiopathologie : fistules internes

- La compréhension actuelle montre que les fistules dans la MC se développent secondairement à des causes multiples
- Le caractère transmurale de l'inflammation est un facteur prédominant
- Cette inflammation peut pénétrer dans des organes adjacents (intestin, colon, vessie)
- Les sténoses favorisent l'apparition des fistules.

Physiopathologie

- La formation de la fistule évolue classiquement par trois étapes successives :

1) l'étape inflammatoire (sigmoïdite suivie par la péri sigmoïdite)

2) formation d'adhérences inflammatoires serrées avec les organes de voisinage

3) l'abcédation se fistulisant dans un autre organe.

En raison de régime de pression élevé dans l'intestin,

la fistule fonctionne le plus souvent de l'intestin vers

L organe sauf en cas d'obstacle (sur le bas appareil urinaire)

Physiopathologie : LAP

- ulcère à l'intérieur du canal anal. Lorsque les matières fécales sont contraintes à cet ulcère, ils provoquent la pénétration de la lésion à travers la paroi → pression du flux fécal → extériorisation.
- Hypothèse 2: abcès de l'une des glandes anales dans l'espace inter sphinctérien → drainage
→ fistule

Diagnostic

- La démarche Dg est un aspect crucial de la PEC des fistules car les résultats conditionnent le choix thérapeutique.

Diagnostic

- Différents procédés ont été évalués:
 - Examen sous AG
 - fistulographie
 - IRM pelvienne
 - Echo-endoscopie basse

Opacification digestive et fistulographie.

- Aux hydrosolubles.
- Visualisation directe: le trajet fistuleux
- Visualisation indirecte: opacification trop précoce d'un segment +distal du TD (qui ne devrait pas encore être opacifié)
- Colo entero scanner +++
- IRM pelvienne: +++

IRM pelvienne

- Pas d'exposition à la radiation ionisante
- Excellente différenciation des tissus mous
- Gadolinium (IV) nécessaire pour différencier une fistule active d'un trajet guérissant fibrosé les deux démontreront un hyper signal en T2

La fistule active démontrera un rehaussement de sa paroi seulement

Le tissu cicatriciel a un rehaussement à l'intérieur.

Fistules entéro-vésicales

- Sexe ratio: 3/1 (vessie protégée par le vagin et l'utérus chez la femme)
- Site le +commun: dôme vésical droit (portion + proche de l'iléon)
- Symptomatologie: - infections urinaires récidivantes (20%)
 - fécalurie
 - pneumaturie (65%) pathognomonique
- Diagnostic : souvent difficile. car diagnostic différentiel radique, tumorale, traumatique, tuberculose, post opératoire.

Méthodes diagnostiques

- Cystoscopie:
 - sensibilité: 30-67%
 - recherche d'œdème, inflammation muqueuse avec exsudat purulent ou fécal
- UIV:
 - visualisation rare de la fistule (trajet tortueux ++)
 - irrégularité pariétales
- Cystographie mictionnelle:
 - sensibilité: 32-56%
- Colo scan:
 - sensibilité: 90%
 - contraste oral ou endo-rectal pas IV (+++) présent en intra vésical
 - masse tissulaire juxta vésicale contenant de l'air
 - présence d'air dans la vessie +++ (son absence n'élimine pas le diag)
- IRM:
 - sensibilité: 90-100%
 - faible Q de liquide dans un trajet fistuleux = hypersignal

Uretrocystographie rétrograde fistule recto vésicale



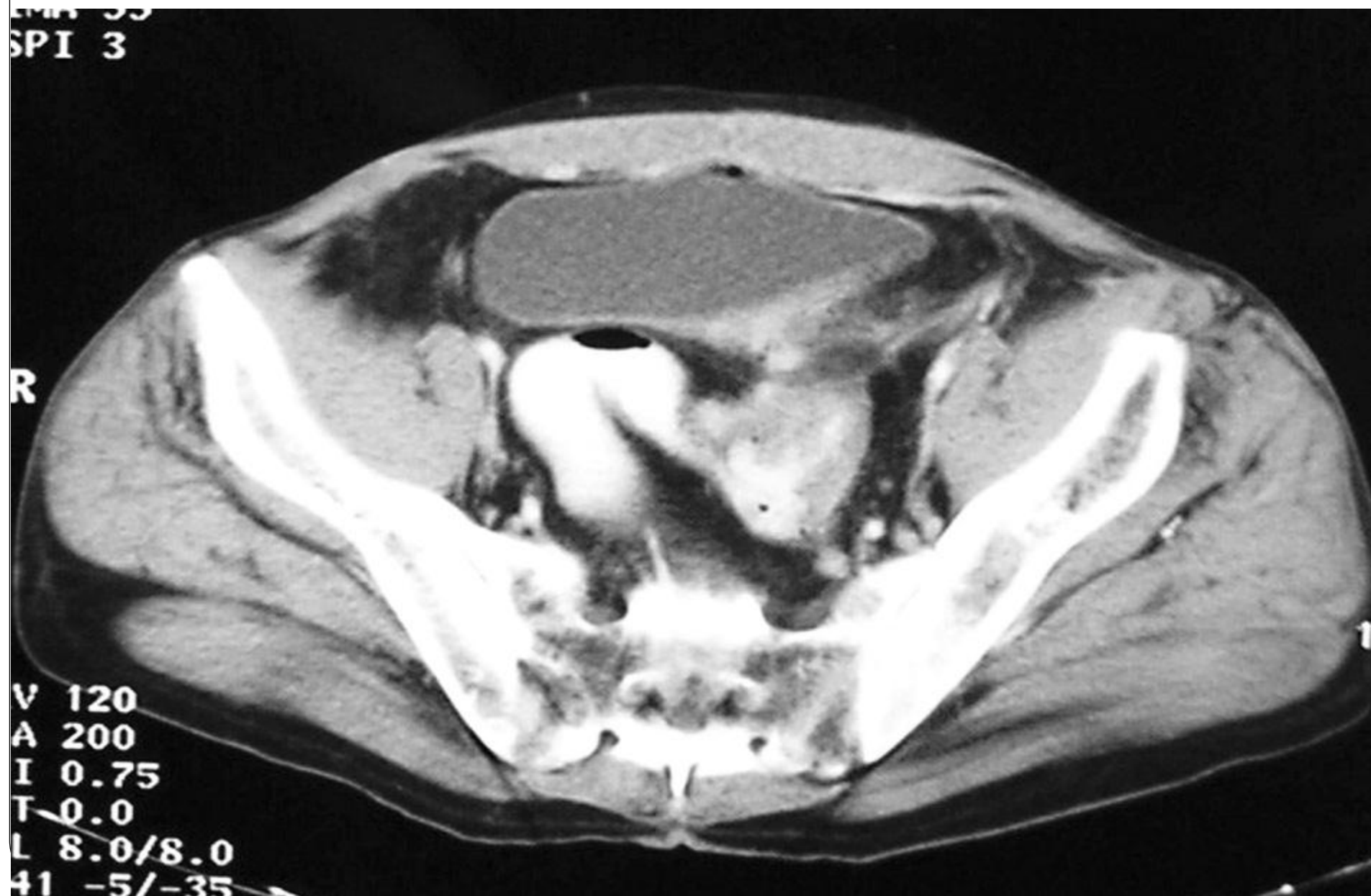
Lavement baryté montrant une opacification de la vessie sans mise en évidence d'un trajet fistuleux.



Fistule entéro-vésicale

- L'uroscanner est de grande valeur dans le diagnostic des FEV opacification directe du trajet fistuleux et/ou la mise en évidence de bulles gazeuses dans la vessie, en plus il renseigne sur l'état du côlon et sur la présence ou non d'abcès intra abdominaux

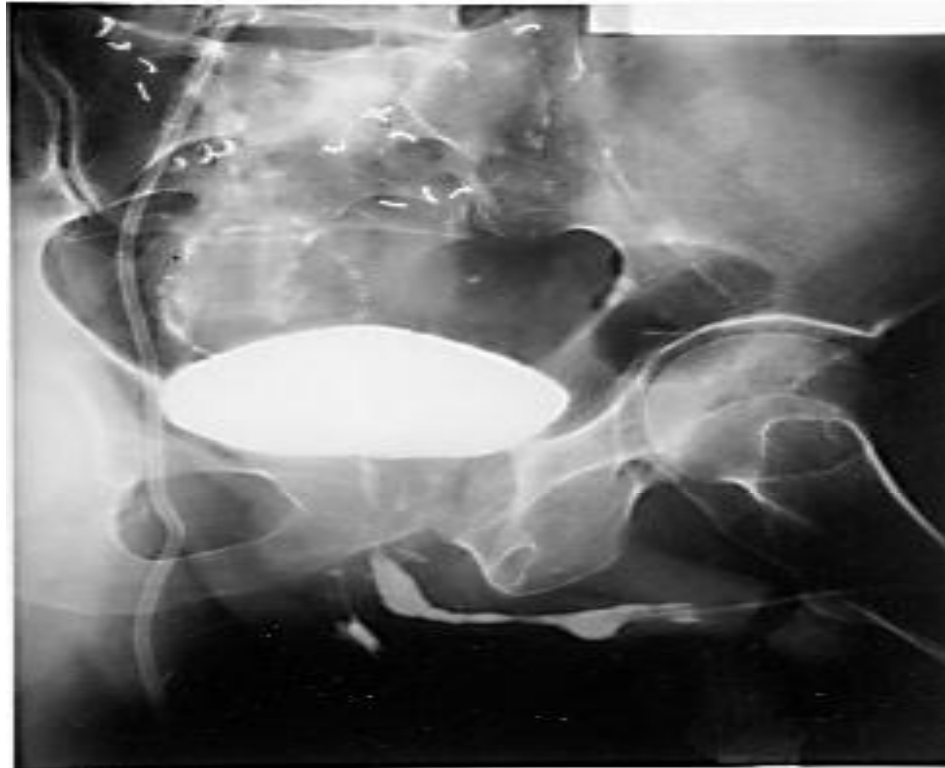
Uro-scanner montrant la présence d'une FEV basse ainsi que présence d'une bulle d'air en intra vésical



Fistule recto uréthrale

- Rare 0,3%
- Une 20 cas dans la littérature
- Le diagnostic est loin d'être évident. L'écoulement d'urines par l'anus est le signe pathognomonique mais inconstant car présent 1 fois sur 2
- La fécalurie et la pneumaturie irrégulièrement retrouvées ne sont pas spécifiques.
- L'urétrocystographie rétrograde et mictionnelle est l'examen de choix pour décrire le trajet fistuleux. L'orifice rectal se situe à la hauteur de ligne pectinée ou juste au dessus, tandis que l'orifice urétral intéresse l'urètre bulbaire ou prostatique

Fistule recto uréthrale



Tractus génital

- L'atteinte masculine est + rare
- Dépistage précoce: infertilité stérilité
- Atteinte X 2 si :
 - atteinte simultanée (grêle et colon)
 - après une intervention chirurgicale peut être directe ou secondaire à un abcès.
- Fistules de l'utérus , les ovaires et les trompes sont généralement en rapport avec le tube (iléon, recto-sigmoïde) ou la peau.
- La vulve et le vagin sont concernés par les lésions péri anales et anales.
- Echo:
- Hystérosalpingographie et vaginographie
- Colo-scann : meilleure évaluation des lésions digestives transmurale
- IRM: évaluation précise utérus, annexes et périnée.

Fistule iléo vaginale



Fistule entero entérique et entero sigmoïdienne

Fistule entero entérique: 20- 40% des Crohn

absence de spécificité des symptômes

LB, Transit du grêle fortuit

scanner IRM++

- Fistule entero sigmoïdienne: 25% des crohn
 - scanner anse iléale adhérente + épaissement des parois
 - echoendoscopie
 - ileoscopie
 - IRM+++

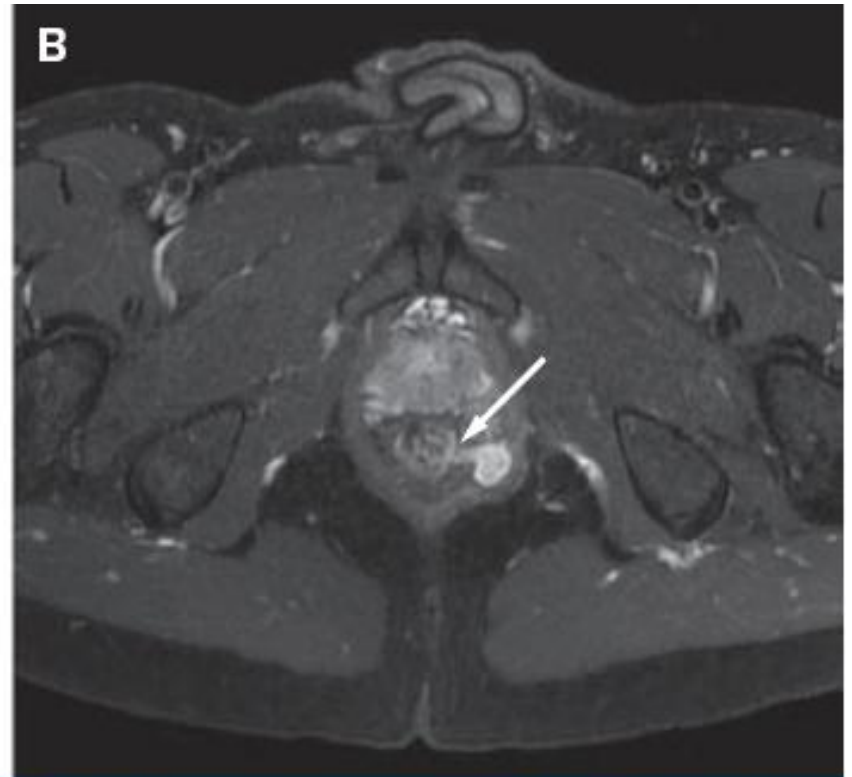
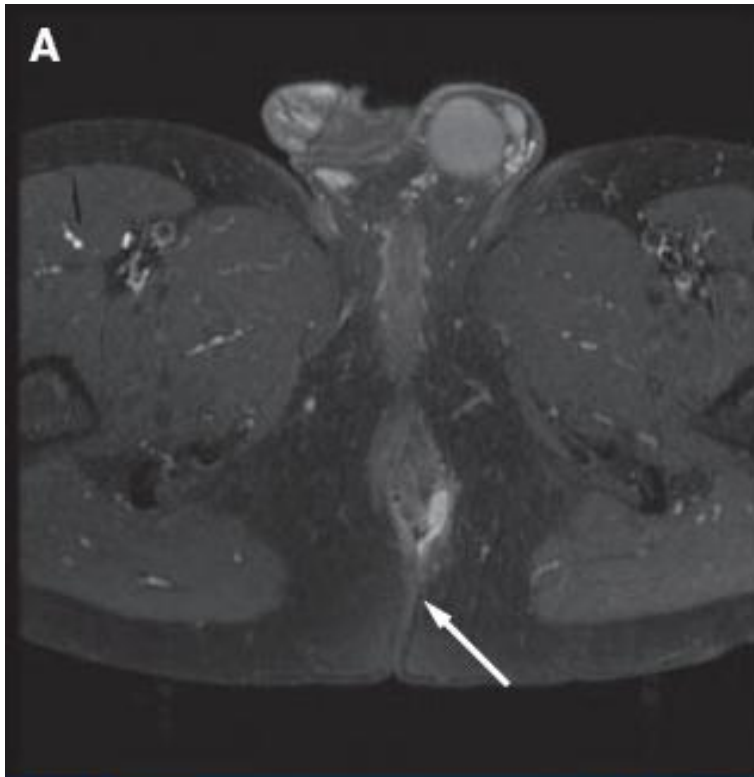
Fistules entérocutanées

- Les fistules entéro-cutanées (FEC) sont des communications anormales entre le tube digestif et la peau et surviennent dans 20 à 40% des cas au moment du diagnostic de la MC
- localisée à la fosse iliaque droite ++.
- L'orifice intestinal de la FEC est généralement au niveau de la région iléocoecale.
- Les FEC sont associées à des fistules entéro-coliques dans 25% des cas, à des fistules entéro-entérales dans 16% des cas et à des fistules anales dans 8% des cas.
- Le trajet peut être direct ou indirect avec risque de constitution d'abcès de la paroi.
- Complications: - malnutrition
- l'infection de la peau

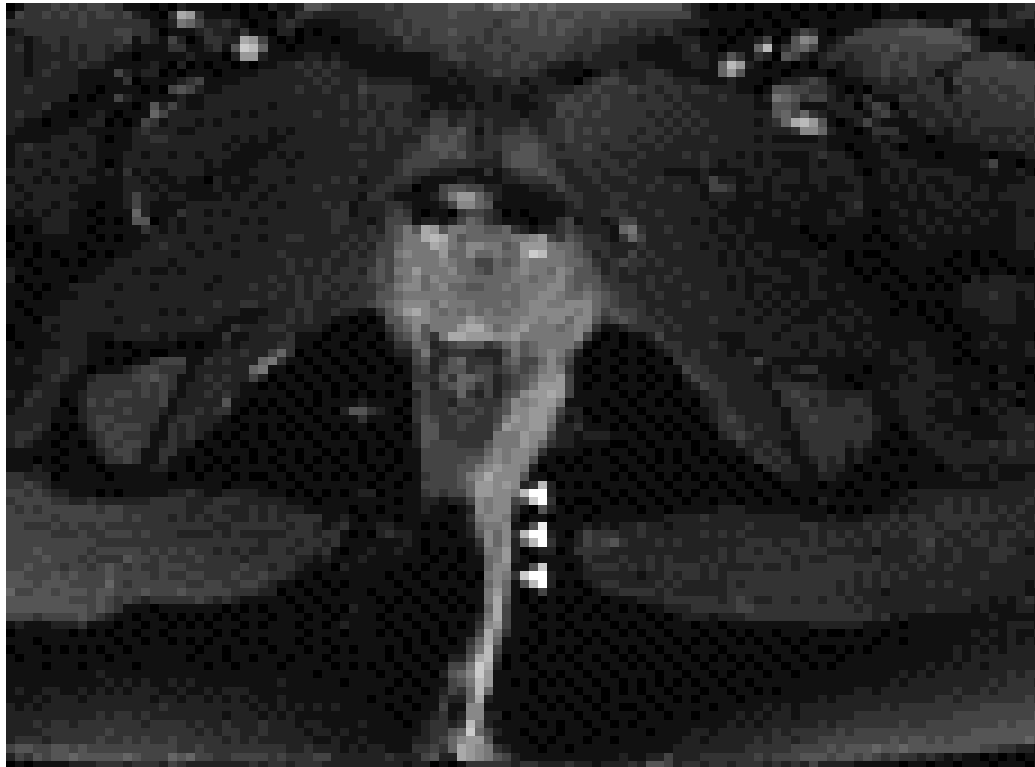
Fistules péri anales

- Présentation clinique la + importante
- Symptôme inaugural dans 24 % des cas
- Écoulement , douleur localisée
- + fréquente chez l'homme 2 / 1
- Majorité s'étendent dans l'espace intersphinctérien jusqu'à la peau
- 30 % passent à travers les deux couches du sphincter anal et pénétrer l'espace ischioanal
 - D'autant plus fréquente que l'atteinte digestive associée est distale
 - 12 % si atteinte iléale isolée
 - 41 % si atteinte colique épargnant rectum
 - 91 % si atteinte rectale
- IRM+++

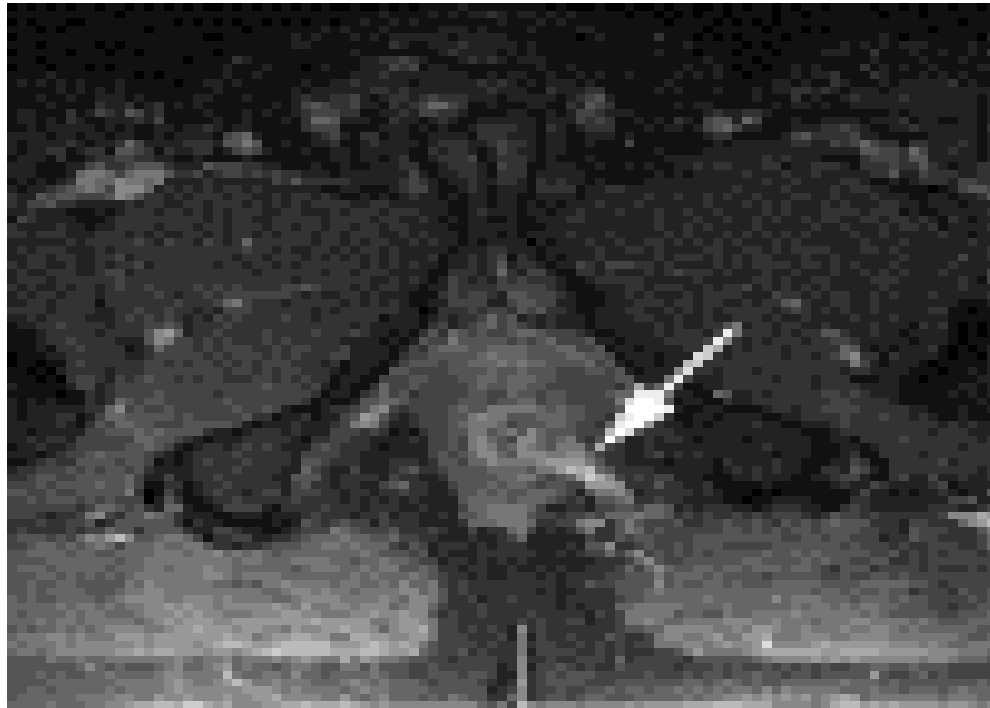
Fistule péri anale



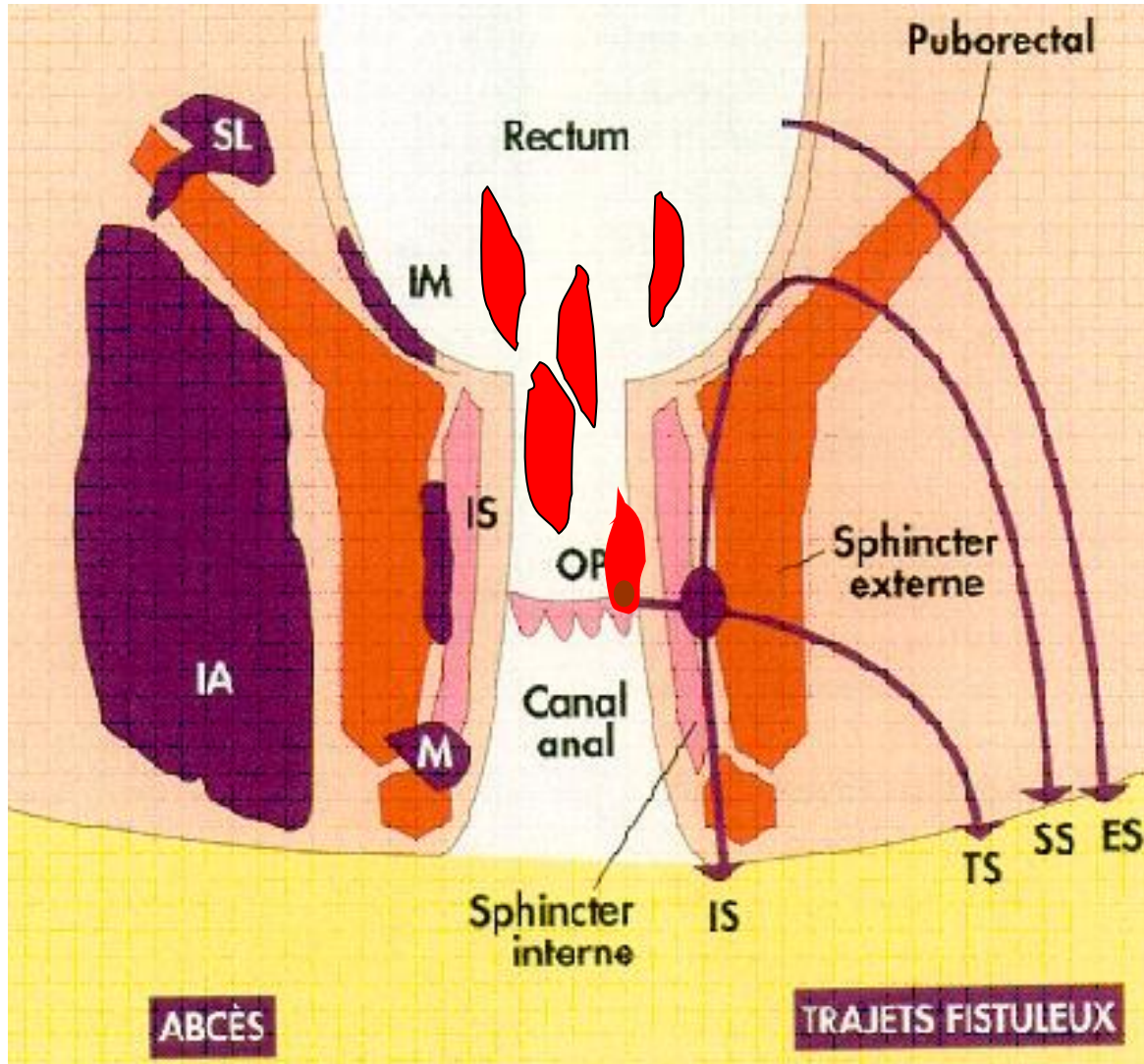
IRM fistule extra-sphinctérienne se drainant vers le périnée



IRM fistule trans-sphinctérienne



Anatomie des fistules et abcès périnéaux dans la maladie de Crohn



OP : orifice primaire

Trajets fistuleux

IS : intersphinctérien

TS : trans-sphinctérien

SS : suprasphinctérien

ES : extrasphinctérien

Abscès

IA : ischio-anal

M : marginal

IS : intersphinctérien

IM : intramural (rectal)

SL : supralévatorien

ECCO Statement 9A

IRM pelvienne devrait être la procédure initiale car elle est précise et non invasive, même si elle n'est pas nécessaire en routine dans les fistules simples [EL2b, RG B]

ECCO Statement 9B

- L'examen sous AG est considéré comme le gold-standard mais seulement dans les main d'un chirurgien expérimenté il peut permettre une chirurgie dans le même temps avec consentement éclairé du patient.

Examen le plus sensible avec une précision de 90 %

ECCO Statement 9C

- L'écho endo nécessite de l'expérience, mais peut être équivalente à l'IRM pelvienne en complément à l'examen sous AG si une sténose rectale a été éliminée.
- La fistulographie n'est pas recommandée

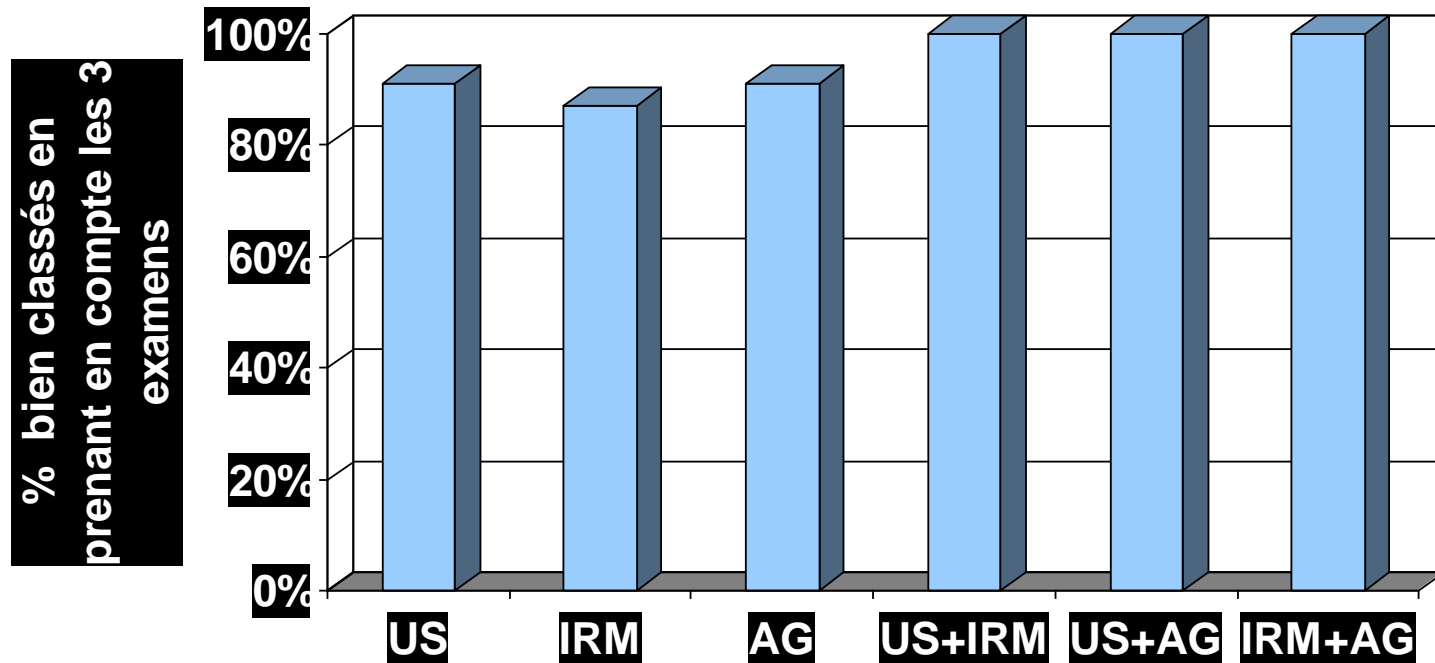
ECCO Statement 9D

- Comme la présence concomitante d'une inflammation rectale conditionne le pronostic et la thérapeutique une recto-sigmoidoscopie doit être réalisée systématiquement dans l'évaluation initiale

Comparaison de l'examen sous AG, de l'échoendoscopie (US) et de l'IRM pour le bilan des lésions anopérinales dans la maladie de Crohn

Etude prospective chez 32 malades ayant eu les 3 explorations

Schwartz DA et al; Gastroenterology 2001; 121: 1064



La performance des 3 types d'explorations est similaire L'association de 2 examens permet un parfait inventaire des lésions et guide le traitement.

Classification

- Il n'existe aucune classification consensuelle dans la MC fistulisante.
- La plupart des auteurs parlent de fistule simples et complexes
- Les classification disponibles sont peut utilisés en pratique courante néanmoins la classification de Cardiff a le mérite d' être citée.

Classification de Cardiff

U Ulcération	F Fistule / Abscès	S Sténose
0	0	0
1 : fissure superficielle <ul style="list-style-type: none"> • post ou ant • latérale 	1 : basse / superficielle <ul style="list-style-type: none"> • Périanale • Intersphinctérienne • anovaginale 	1 : réversible <ul style="list-style-type: none"> • Canal anal • Rectum distal • Dououreux sans sepsis
2 : Ulcération creusante <ul style="list-style-type: none"> • Canal anal • Rectum distal • Périnéale extensive 	2 : haute / profonde <ul style="list-style-type: none"> • Suslévatorienne • Anorectale • Recto-vaginale • Iléo-périnéale 	2 : irréversible <ul style="list-style-type: none"> • Anale • rectale

Classification de l'American Gastro- enterological Association (2003)

Fistules « **simples** » basses:
un seul orifice externe
sans fistule recto-vaginale
sans sténose ano-rectale

Fistules « **complexes** » hautes:
plusieurs orifices externes
± abcès
± lésions rectales actives
± fistule recto-vaginale
± sténose ano-rectale

Conséquences des fistules

- **Liquide septique:** - infection locale, générale
- **Liquide corrosif** - érosions cutanées
 - perforations
 - hémorragies
- **Dénutrition**
 - hyper catabolisme : perte de protéines
 - malabsorption – glucides
 - lipides (grêle terminal)
 - protéines
 - vitamines et oligo-éléments

Traitement

- En dépit des progrès thérapeutiques représentés par l'utilisation des biothérapies et des techniques chirurgicales d'obturation, la maladie de Crohn fistulisante reste difficile à traiter. Les localisations ano-périnéales de cette affection altèrent la qualité de vie des malades qui sont concernés au moins 1 fois sur 3 au cours de l'évolution de leur maladie.
- ATB: metronidazol, ciprofloxacine
- Immunosuppresseurs: - trajets simples
 - superficielle
 - pas d'abcès
- Anti TNF
- Chirurgie

Principes de la prise en charge

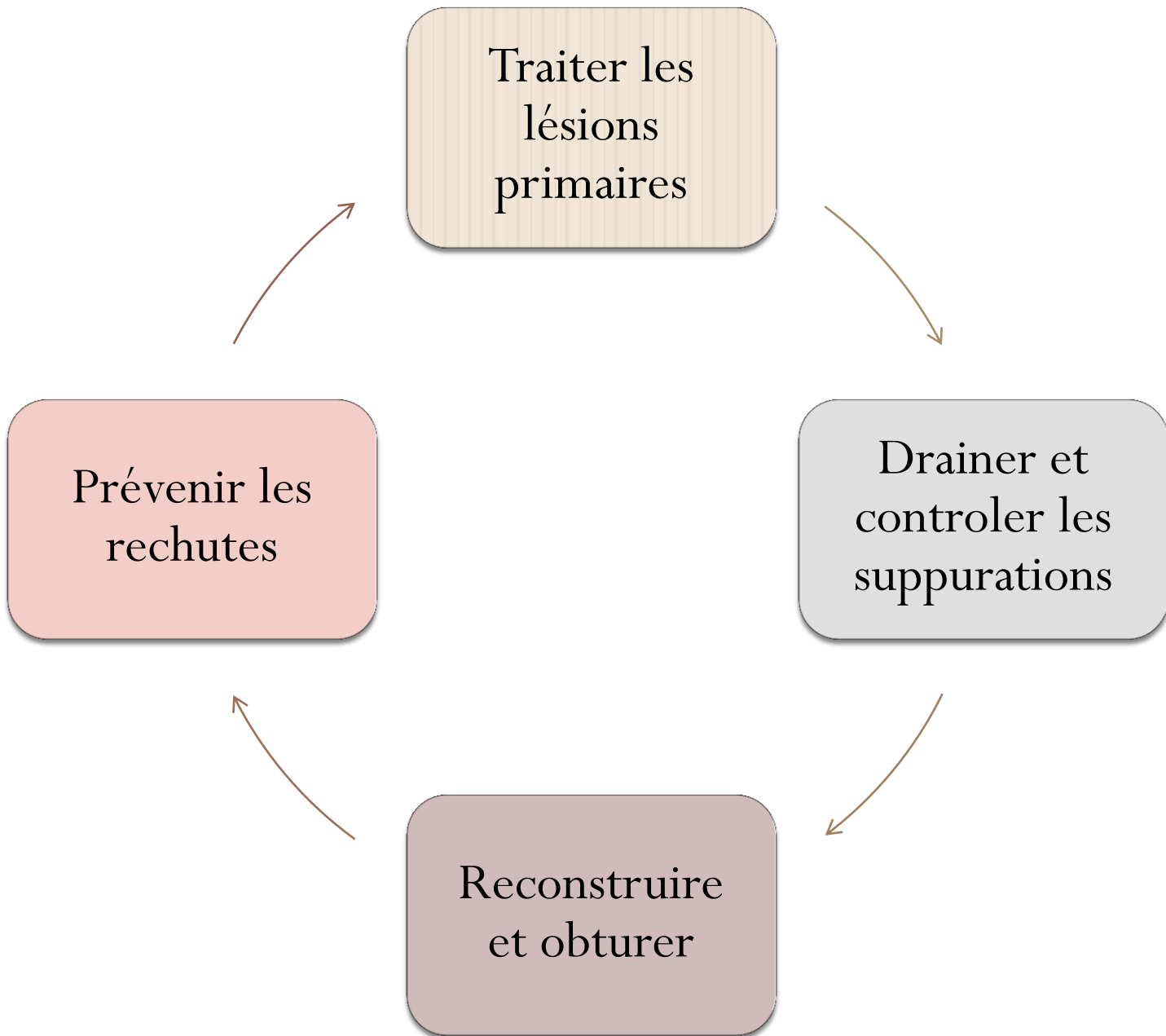
1. Localiser l'origine de la fistule et son anatomie
2. Évaluer l'anse intestinale d'origine (inflammation ou sténose)
3. Identifier ou exclure un sepsis locale (abcès)
4. Déterminer quels organes sont touchés et leur contribution à des symptômes systémiques ou d'altération de la qualité de vie
5. Évaluer l'état nutritionnel du patient

Traitement médical Objectifs

- *Diminuer les répercussions de la fistule :*
 - Diminuer débit de fistule**
 - Corriger la surinfection**
 - Assurer la prise en charge nutritionnelle**
 - Fermeture de la paroi**
- *Prise en charge du facteur déclenchant :*
 - Infection**
 - Maladie inflammatoire**
- Recommandation du consensus ECCO 2010 pour les fistules complexes Objectif : stabiliser la maladie suppurative pour optimiser le traitement médical

Trt fistules périanales

- L'objectif principal dans le traitement des fistules péri-anales est le drainage de l'abcès avant de débuter un traitement immunosuppresseur ou autre.



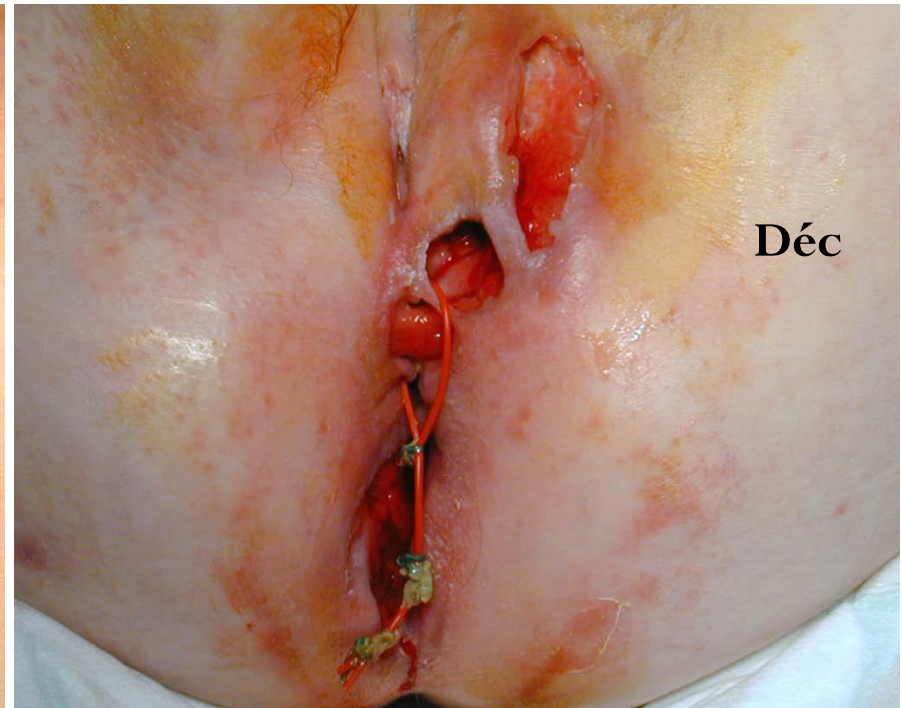
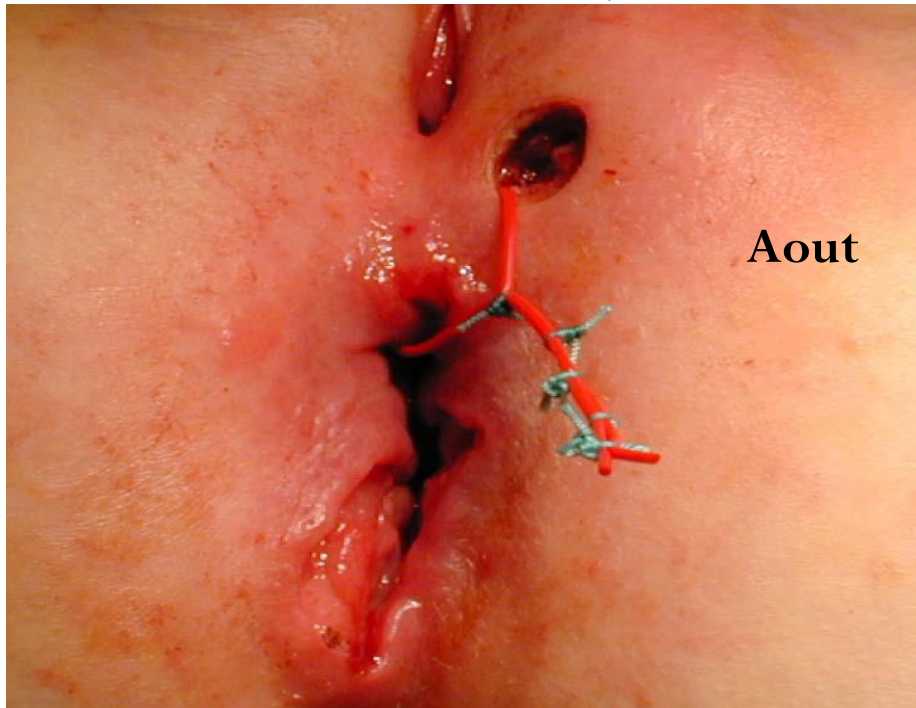
Drainage de l'abcès

- Prime sur les autres traitements médicaux
- Mettre en place drainage type « séton »
- But : éviter la récurrence des abcès
- Drainer les fistules même en l'absence d'abcès
(Consensus chirurgical *Whiteford. Dis Colon rectum*, 2005 —
Poritz. J Gastrointest surg, 2006)



chirurgie dans la maladie de Crohn anale fistulisée

- Chirurgie proctologique sans IFX *vs avec IFX* : 60 % *vs* 59 %
(*cicatrisation complète*)



Il faut aussi contrôler l'activité inflammatoire de la maladie de Crohn

Trt asséchant la fistule

- ECCO Statement 9J:

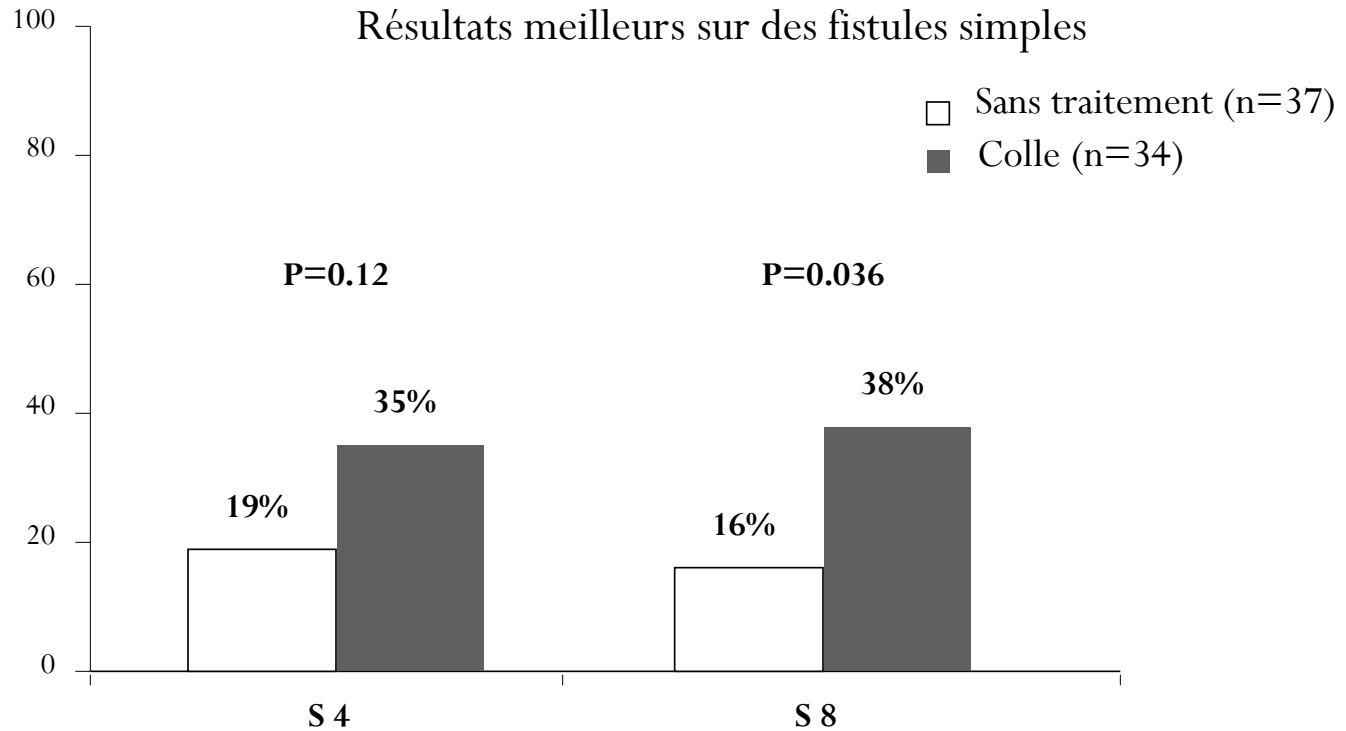
Les antibiotiques et l'azathioprine / 6 mercaptopurine doivent être utilisés en tant que premier choix de la thérapie pour la maladie de Crohn périanales complexes en combinaison avec un traitement chirurgical, en dépit d'un manque d'essais cliniques [EL4, RG D].

Injection de colle biologique

trajet fin, long, unique efficacité 50%

Remission*

Critère principal



* Pas de drainage, pas de douleur, pas d'abcès

Anti-TNF

- Le tumour-necrosis factor (TNF) est une cytokine pro-inflammatoire jouant un rôle clé dans la pathogénie de la maladie de Crohn (MC) qui est caractérisée par un phénotype Th1
- Au début des années 1990, le développement des biothérapies au premier rang desquelles figurent les molécules anti-TNF, a révolutionné la prise en charge des patients atteints de maladies MCI.

Infliximab et fistules

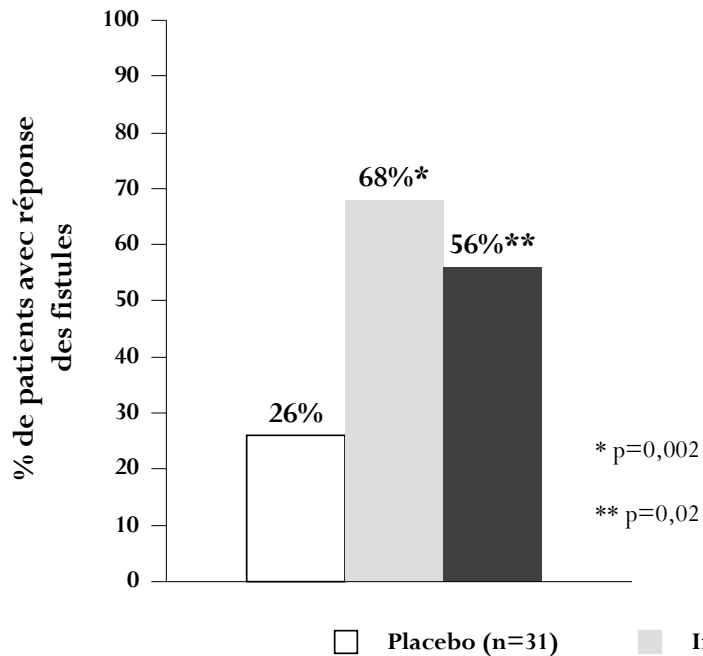
Traitement d'induction : IFX vs Placebo

n=94

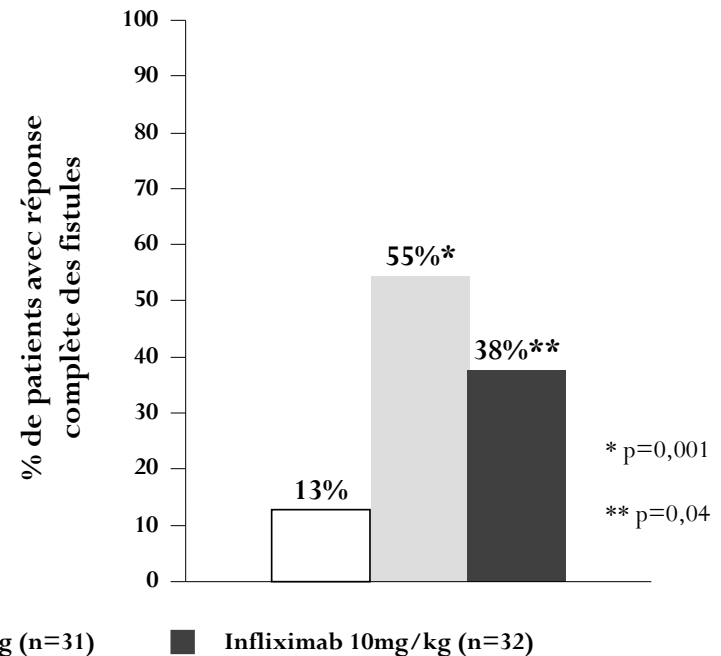
Fistules (90% périnéales)

Perfusions à 0, 2 et 6 semaines

Réponse clinique sur les fistules (critère principal)



Réponse complète des fistules



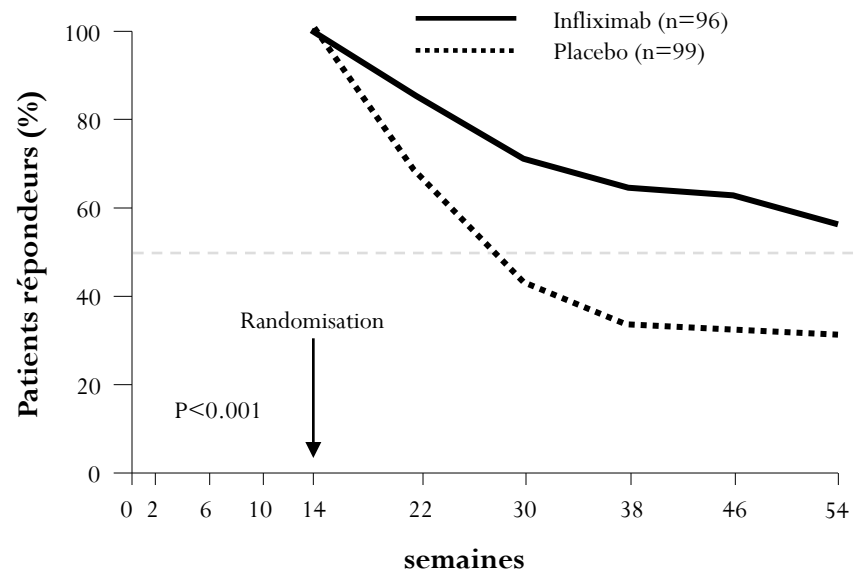
ACCENT II

Infliximab en entretien dans la maladie fistulisante

n=306 à S0, traités par IFX S0-2-6
64% de répondeurs à S14

- Délai médian de perte de réponse après la randomisation :
 - 14 semaines dans le groupe placebo
 - > 40 semaines dans le groupe infliximab ($p < 0,001$)
- A S54, perte de réponse pour :
 - 62% de patients dans le groupe placebo
 - 42% de patients dans le groupe infliximab

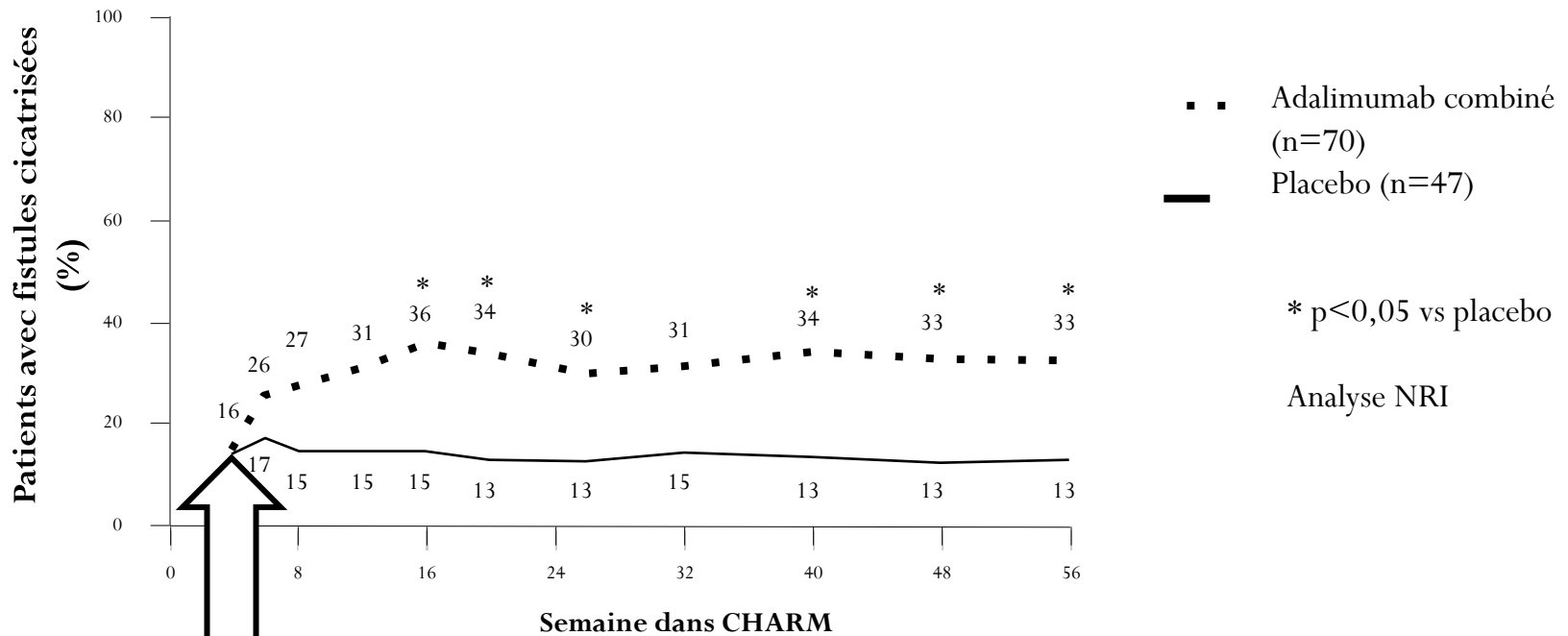
Délai médian jusqu'à perte de réponse chez les répondeurs à S14



Adalimumab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's Disease

Etude CHARM

Fermeture complète** des fistules jusqu'à S56 (% de patients) en ITT



ADA 80/40 à S0-2 en ouvert

NB : Pas d'incidence sur les résultats selon traitements concomitants à l'inclusion par immunosuppresseurs, antibiotiques ou traitement antérieur par anti-TNF, mais petits effectifs

** fistules cicatrisées lors des deux dernières visites consécutives

Trt des fistules internes

Fistule entre le grêle et le sigmoïde :

- Le plus fréquemment: simple suture ou résection à minima du sigmoïde
- pas de colite associée: côlon « victime »
- Coloscopie systématique avant résection iléocaecale (+++)
- Rarement le côlon est « coupable »
- extension de la résection colique en fonction de la coloscopie

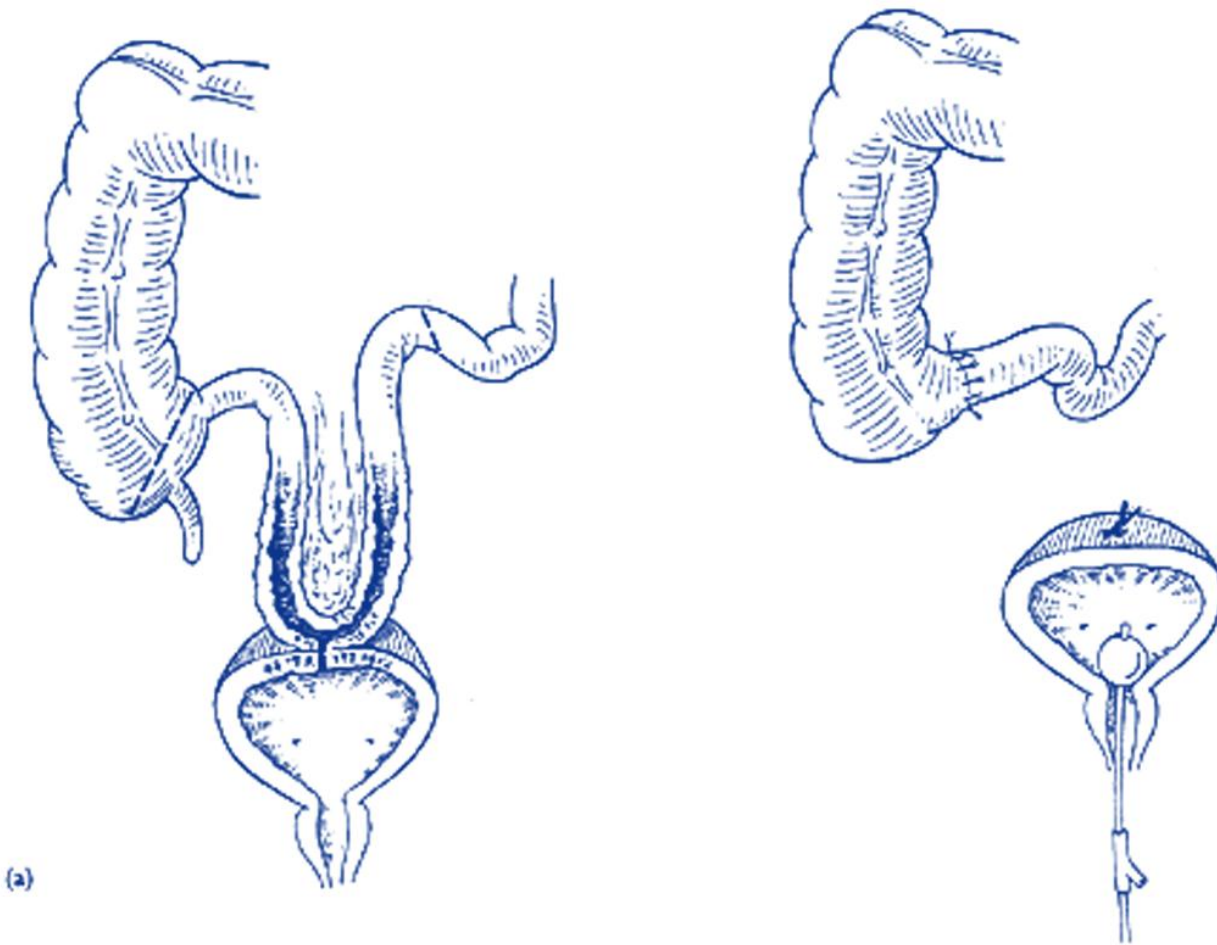
Fistules entérocutanées

- (resection iléo-caecale) puis l'Azathioprine pour le traitement d'entretien,
- l'Azathioprine seul. L'évolution à long terme de ces fistules avec un recul d'une année est favorable chez 81% des malades, et défavorable avec une rechute dans 13% des cas et persistance de la fistule dans 6% des cas (surtout des cas traités par Azathioprine seul).
- L' Infiximab +++.

Fistule urinaire

- Une FEV constituée ne guérit pas spontanément
- drainage vésical prolongé et antibiothérapie
- **Fistule urinaire** : Indication chirurgicale (+++)
 - Risque de sepsis urinaire
 - Résection iléo-caecale avec anastomose iléo col dt
 - Résection colique avec anastomose iléo rectale
 - aucun geste sur la vessie ou simple suture (10 jours de drainage urinaire par sonde)
 - interposition du grand epiploon
 - aucune indication à un bilan urinaire (+++)

Traitement chir fistule iléo vésicale



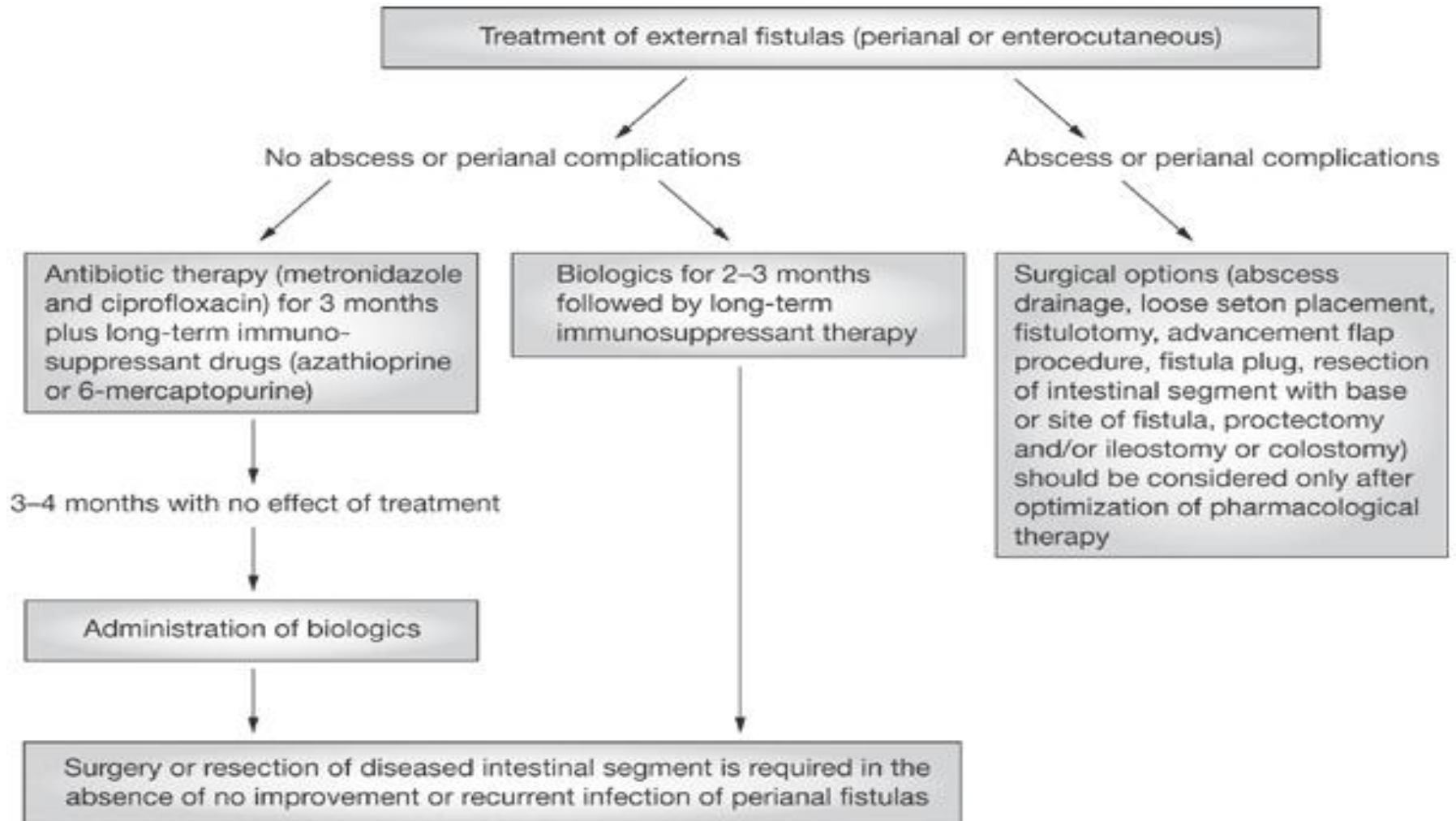
Pr Yves Panis Service de Chirurgie Générale et digestive, Hôpital Lariboisière

Fistule génitale

- Antibiothérapie
- Anti TNF a : cicatrisation dans 50 %
- Bons résultats obtenus : couplage anti TNF+ chirurgie
- Drainage en séton prolongé plus de 4 mois
- Injection de colle biologique
- Lambeau d'abaissement (rectal ou vaginal)
- Stomie de décharge
- Rarement une amputation abdominopelvienne

J Faucheron B Bonaz prise en charge des fistules
recto vaginales a propos de 35 cas SNFGE 2007

Algorithm for the treatment of external fistulas in patients with Crohn's disease



Surveillance de l'efficacité du Trt

- ECCO Statement 9L

- Dans l'évaluation de la réponse au traitement médical ou chirurgical dans la pratique courante, l'évaluation clinique (diminution de drainage) est généralement suffisante
- Pour quantifier l'efficacité du traitement L'indice d'activité de la maladie de Crohn (PCDAI) devrait être utilisé [EL5, RGD].
- Dans le cadre d'essais cliniques, l'IRM en association avec l'évaluation clinique est maintenant considéré comme obligatoire [EL2b, RG D].

Messages à retenir

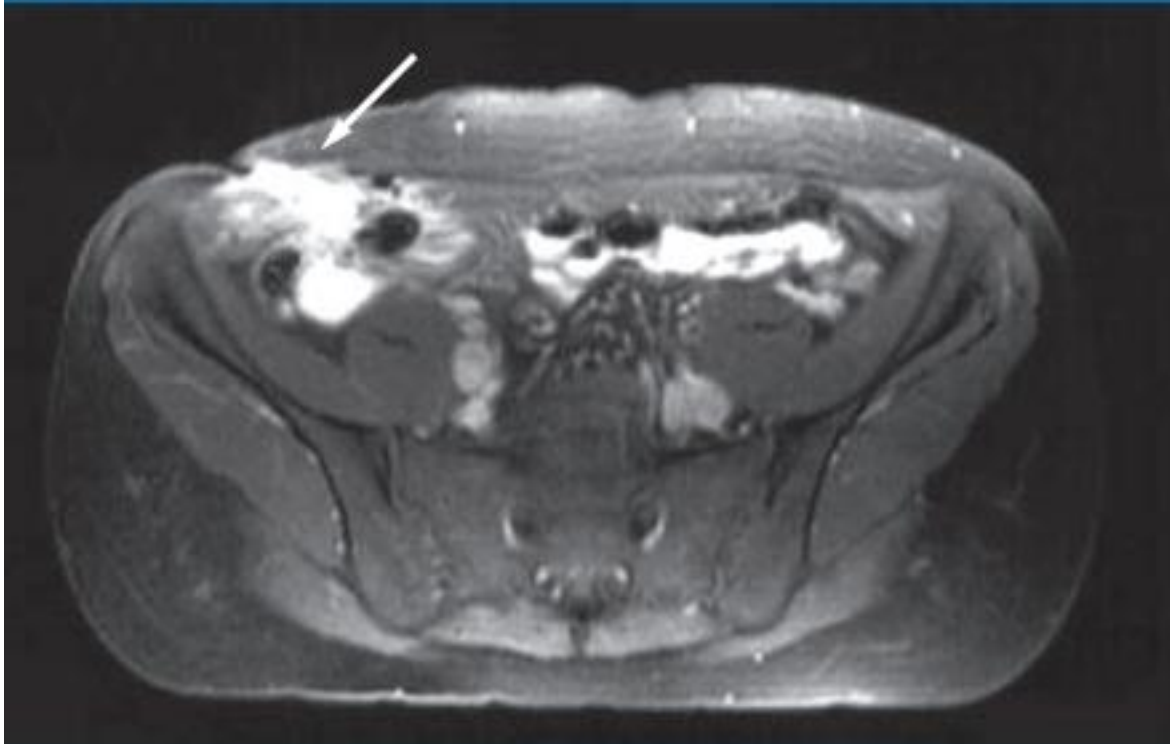
- L'absence d'air dans la vessie n'élimine pas l'existence d'une fistule entéro-vésicale.
- La présence d'une collection pelvienne chez une malade atteinte de maladie de Crohn n'est pas toujours un abcès.
- Les lésions ano-périnéales peuvent s'étendre à l'urètre, au vagin et au scrotum.
- L'IRM et l'échographie sont les modalités à privilégier pour déceler ces manifestations.

Conclusion

- La prise en charge des fistules péri anales combine le drainage des collections, un traitement médical, une reconstruction non-invasive et une prévention des rechutes.
- Les fistules internes sont beaucoup plus rares et leur traitement était jadis purement chirurgical maintenant il est couplé aux anti TNF.

Fistule entéro cutanée

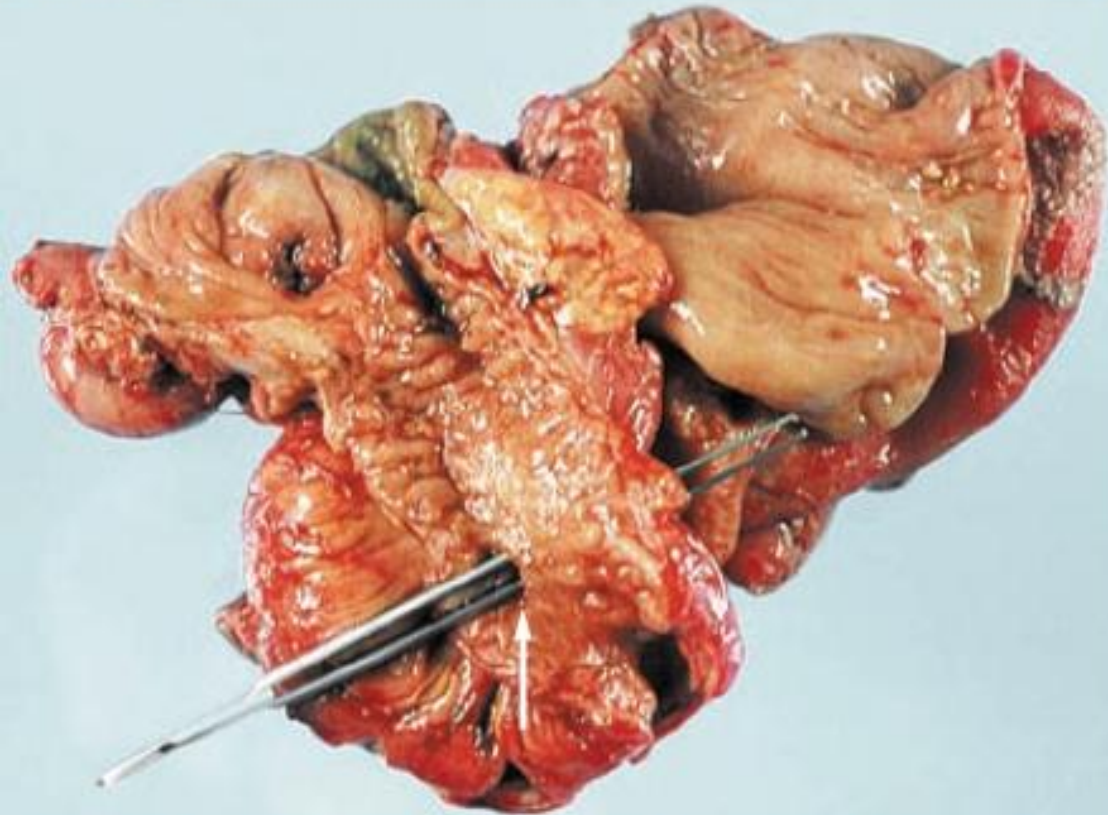
Medscape



Source: Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol ©2009 Nature Publishing Group

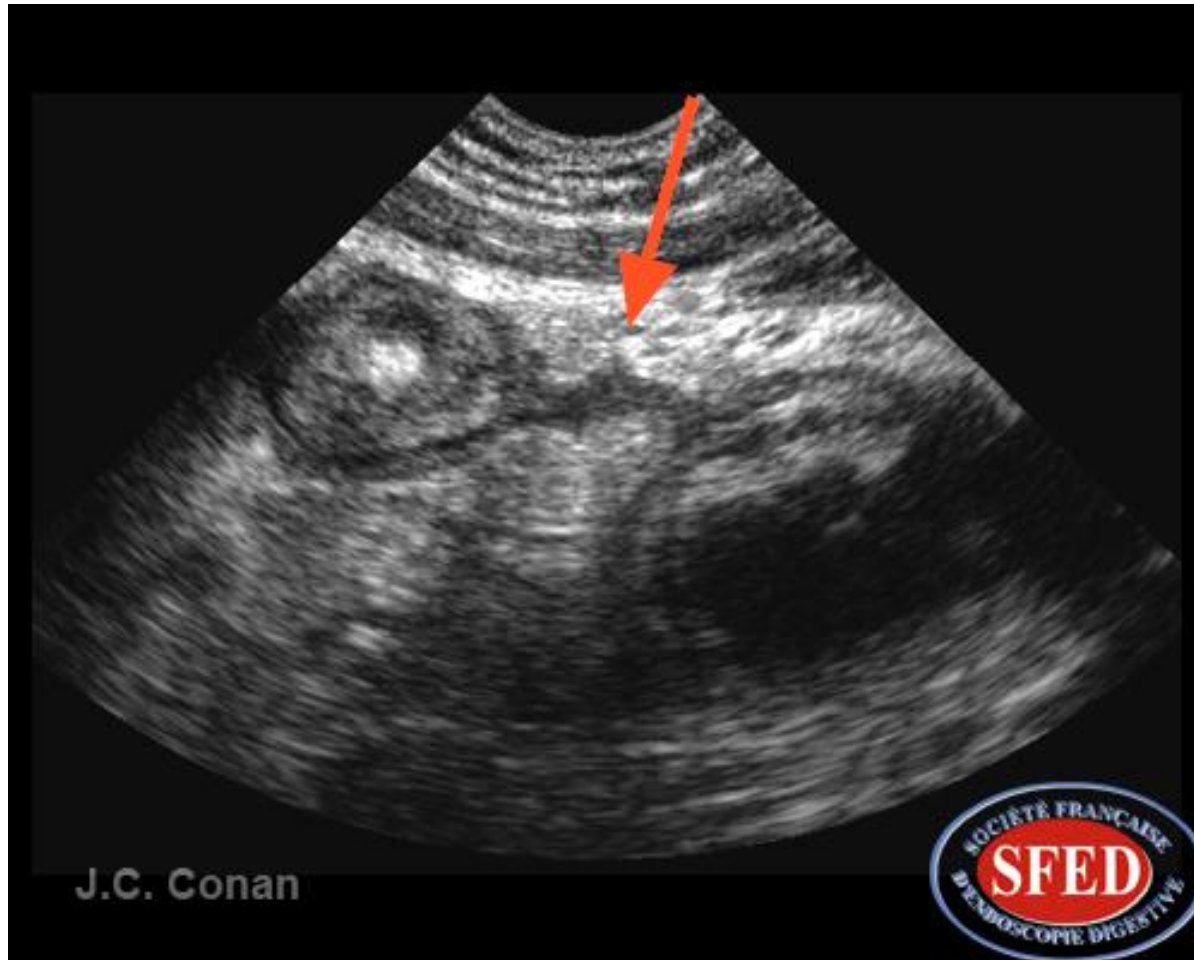
Fistule entéro entérique

Medscape



Source: Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol ©2009 Nature Publishing Group

Fistule iléo iléale



Fistule colo-colique



16 VIEIL ALGER - Dar-el-Baroud - Marabout et Salpêtrière du Dey (1837)
(Caserne de la Salpêtrière - Faubourg Bab-el Oued)

