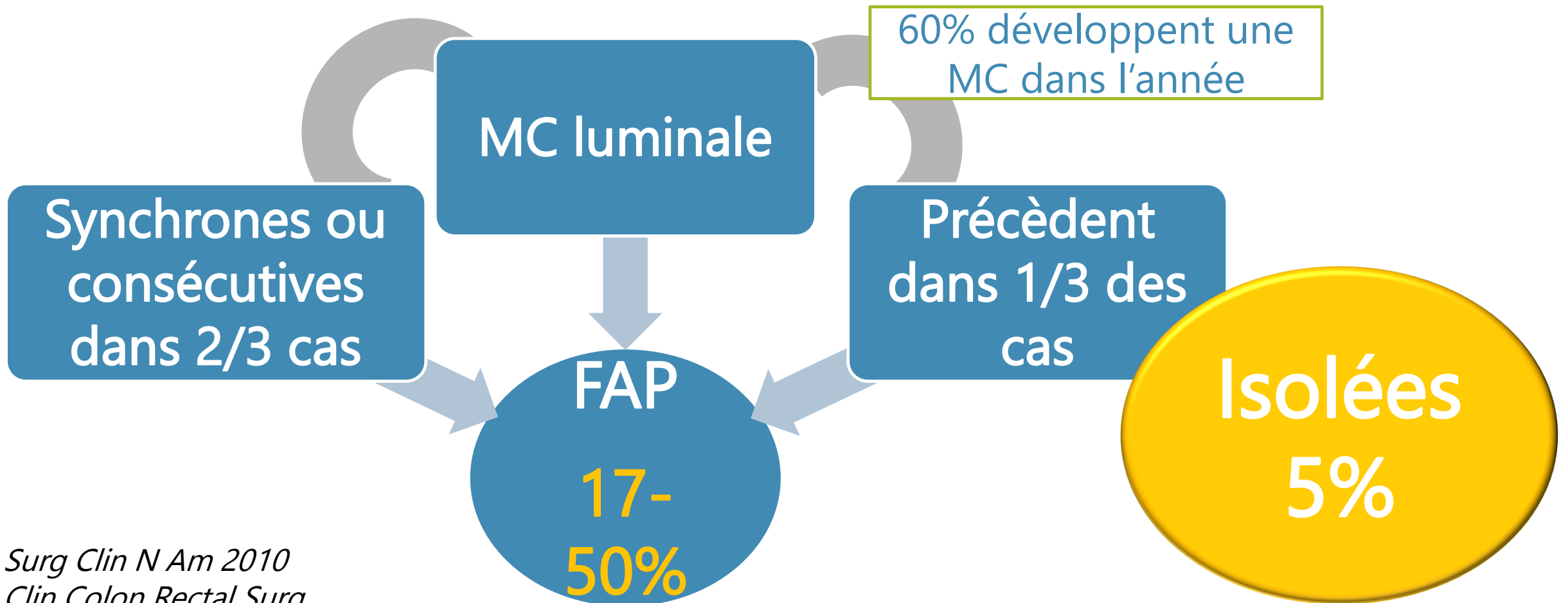


LES FISTULES ANO-PERINEALES EXCLUSIVES DE LA MALADIE DE CROHN

A. FILALI, R. ENNAIFER

7^{ème} Journée MICI en pratique
Le 18/01/2020

UNE ENTITE RARE

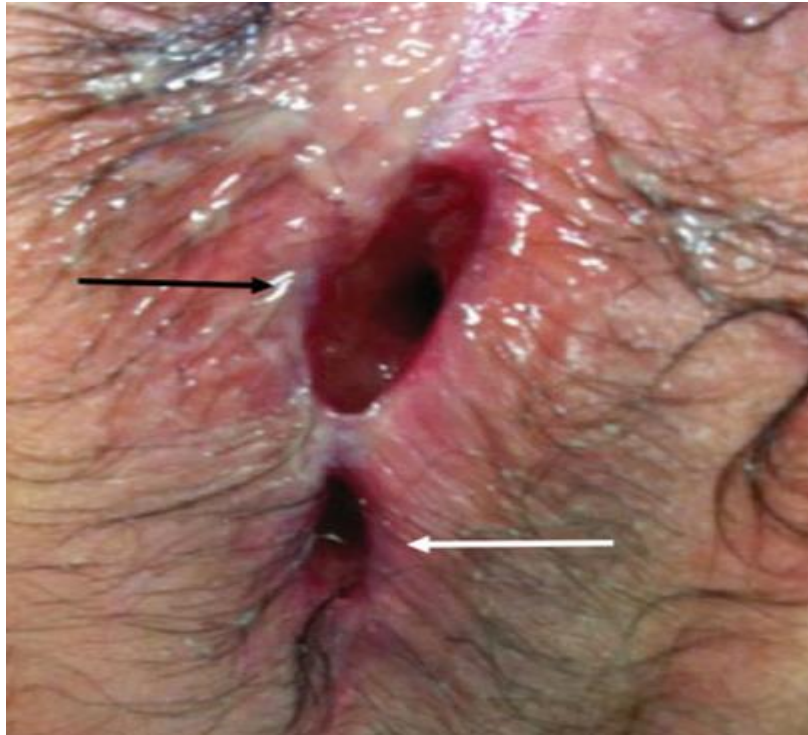




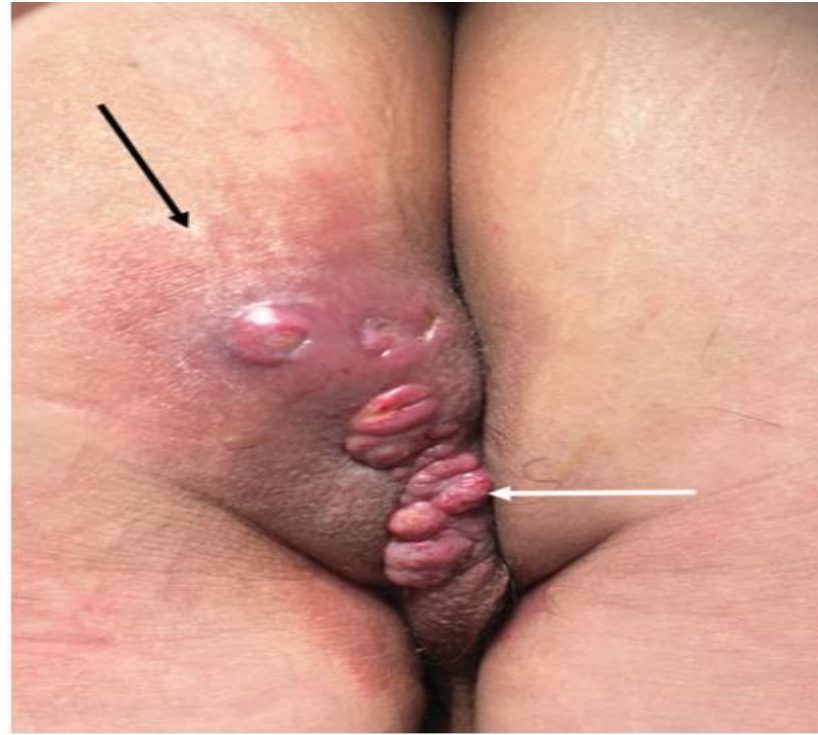
FAP ISOLEE DE MC: QUAND Y PENSER?



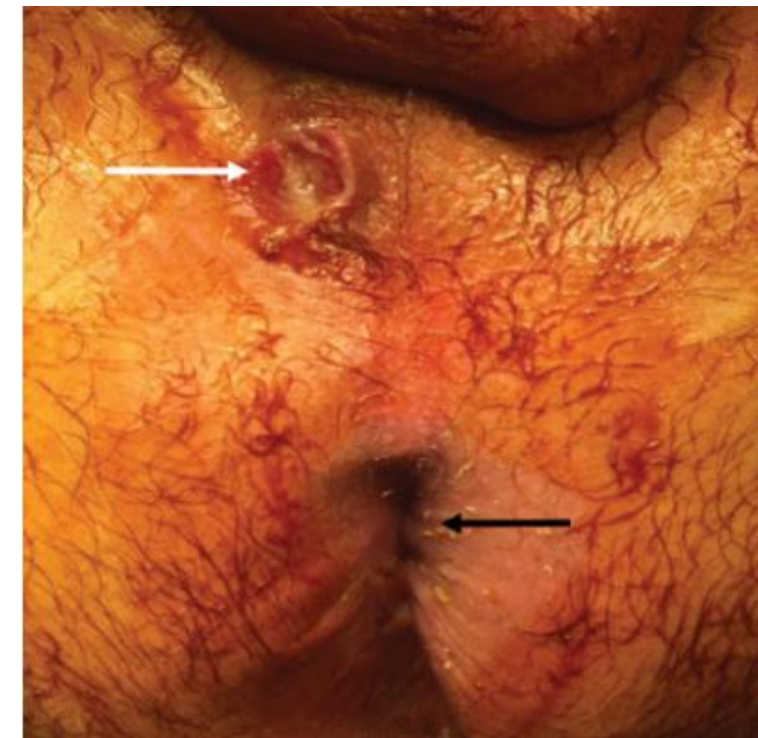
QUAND Y PENSER?



Absence de cicatrisation
plusieurs mois après mise à
plat d'un abcès



Multiplés orifices entourés
d'érythème et induration



« Wide mouthed »
fistula: caractéristique de
Crohn

QUAND Y PENSER?

- Iléo-coloscopie avec biopsies normales
- Entéro IRM ou TDM normale
- FOGD avec biopsies normales



Vidéocapsule?

Pas d'autre cause de suppuration ano-périnéale



**ELIMINER LES AUTRES CAUSES DE SUPPURATIONS
ANO-PERINEALES**



SUPPURATIONS ANOPERINEALES

- **Unicité des manifestations cliniques**

- Aigue: abcès

- Chronique: écoulement séro-purulent permanent ou intermittent

- **Grande diversité étiologique**

- **Examens complémentaires:** imagerie, microbio et histologique **non systématiques**



Nécessité d'une classification

CLASSIFICATIONS DES SUPPURATIONS ANO-PERINEALES

Canal anal

Indépendantes
canal anal

Sus anale

L'EVENTAIL DIAGNOSTIQUE

Fistule crypto-glandulaire complexe++

Maladie de Crohn

Infections spécifiques (TBC, IST, actinomycose, ...)

Maladie de Verneuil

Sinus pilonidal

Cancers

Autres: fissure anale infectée, fistules recto-vaginales iatrogènes, corps étrangers, granulomatose septique chronique....

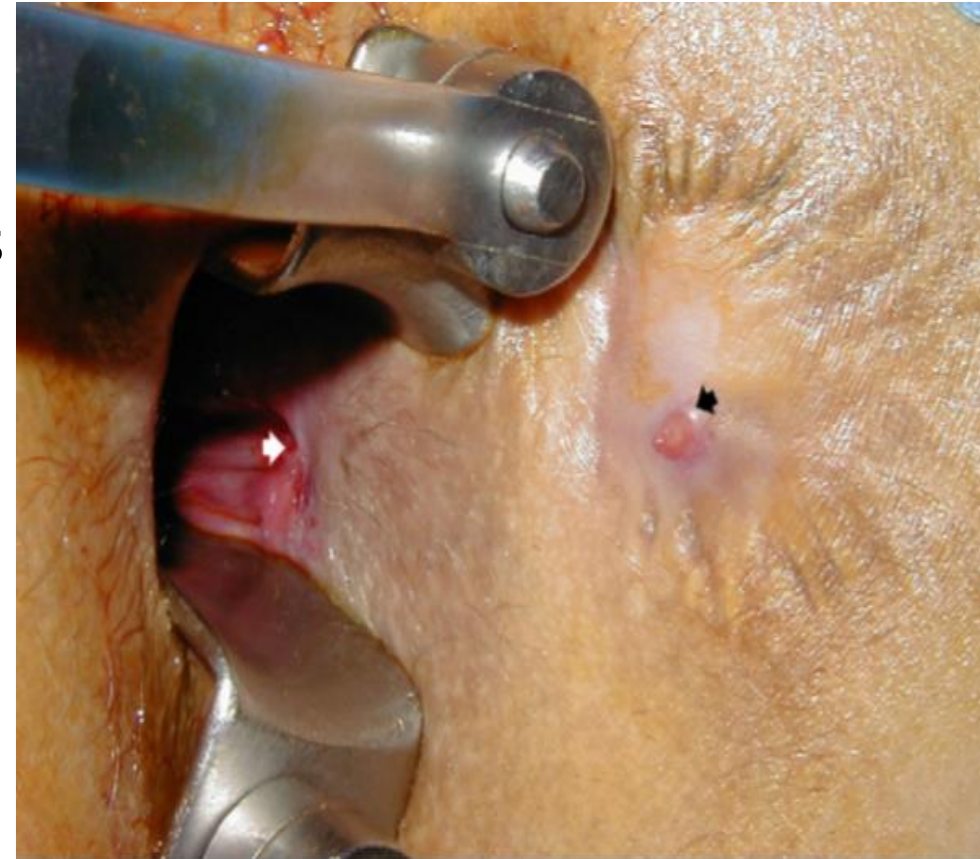
FISTULE CRYPTO-GLANDULAIRE

■ La plus fréquente

- 3H/1F, âge=20-50 ans
- Infection d'une glande de Hermann et Desfosses

■ Définition

- Orifice primaire cryptique
- Trajet fistuleux principal
- Abscès +/- orifice(s) de drainage secondaire(s)
- Eventuels diverticules
- Absence d'agent infectieux spécifique



FISTULE CRYPTO-GLANDULAIRE

- Simple dans 85-95%: **diagnostic essentiellement clinique**
- Prélèvement histologique: **systematique++**
- **Formes complexes, atypiques:**
 - IRM/écho-endo
 - prélèvement bactériolo.

DG ≠ FISTULE CRYPTO-GLANDULAIRE VS CROHN?

Complexe

Récurrente

Défaut technique

Erreur

diagnostique

Cause spécifique

non identifiée

En faveur de l'origine cryptogénétique
Orifice primaire cryptique
Orifice secondaire unique le plus souvent
Biopsie du trajet: pas de granulome



TBC ANO-PÉRINÉALE

- Localisation extra-pulmonaire rare (1,3%).
- **Fistules:** forme la plus fréquente de la TBC ano-périnéale (60-90%)
- Pays d'endémie: **0,6 à 7% des fistules opérées**

A évoquer en cas de : fistules chroniques, atypiques, récidivantes, terrain à risque



TBC ANO-PÉRINÉALE: ELEMENTS DU DG

- Anomalies à la coloscopie associées: 30%
- Localisation pulmonaire active: 22%
- **Prélèvements anatomopathologique et bactériolo:**
 - Granulome caséeux=62%
 - BAAR à l'examen direct=56%, Recherche BK par PCR=54% en 48h

DG ≠ TBC ANO-PERINEALE VS CROHN

	Fistule TBC (n=87)	Fistule Crohn (n=116)	p
Age	37	23	<0,01
Sexe (H/F)	75/12	92/24	NS
Rx Thorax			
TBC active	21,8%	0	<0,01
TBC séquellaire	37,9%	0	
Normale	40,2%	100%	

DG ≠ TBC ANO-PERINEALE VS CROHN

	Fistule TBC (n=87)	Fistule Crohn (n=116)	p
Multiopérées avant le diagnostic	53,5%	65,5%	NS
Trajet selon Parks			NS
Intersphinctérien bas	27,6%	42,2%	
haut	14,9%	12,1%	
Echoendo: Multiples trajets	23,7%	21,3%	NS
Anapath			<0,01
Granulome caséeux	62,1%	0	
G non caséeux	34,5%	57,8%	
Pas de granulome	3,5%	42,2%	
BAAR	56,3%	0	

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

- Terrain à risque: VIH, homosexuel
- Adénopathie inguinale: très évocatrice++
- Lésions les plus fréquentes: **ulcérations et rectites**

LYMPHOGRANULOMATOSE VENERIENNE

- **Stade initial négligé évolue vers abcès et fistules détruisant le sphincter**
- Recherche de Chlamydia trachomatis en PCR sur écouvillonnage ano-rectal
- Tétracyclines 3 semaines



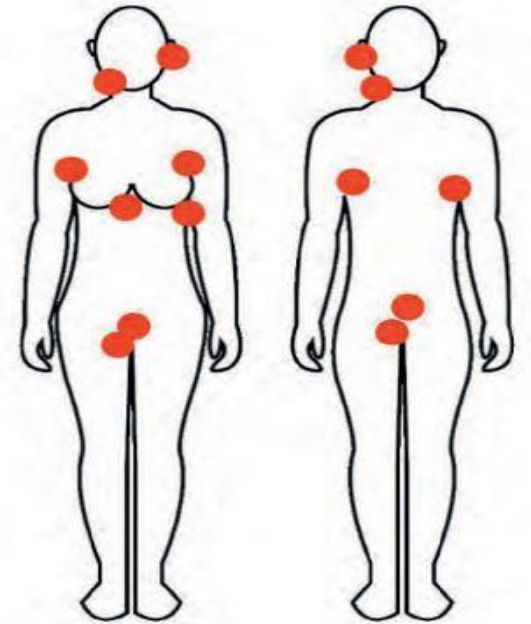
GONOCOCCIE

- Rectite le plus souvent
- Formes moins classiques:
 - Abscess, Fistule
 - Plaies hyperalgiques et retard de cicatrisation de fistules d'allure crypto-glandulaires
- Diagnostic: culture bactériologique du pus
- Traitement: chirurgical et ATB



MALADIE DE VERNEUIL

- Inflammation et suppuration sur les territoires cutanés comportant des glandes apocrines
- 0,4-1% de la population; âge moyen 30 ans, **4F/1H**
- **Localisation ano-périnéale exclusive: 20%** avec prédominance masculine



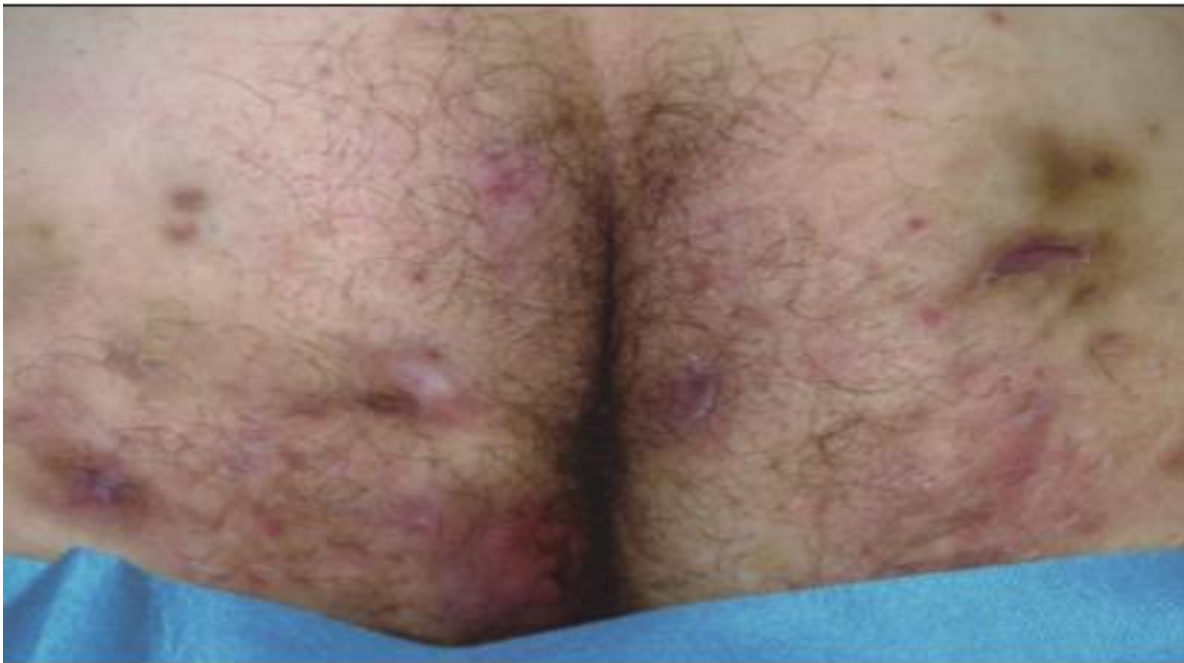
MALADIE DE VERNEUIL

- Phase initiale: nodule hypodermique ferme, peu douloureux, violacé
- **Evolution par poussées:**
 - Orifices suppurants ou cicatrisés
 - Coexistence de lésions jeunes, suppurées et cicatrices rétractiles
 - Extension **des trajets fistuleux sous la peau**
 - **Rarement communication en profondeur vers le rectum et l'anus.**

MALADIE DE VERNEUIL

- **Diagnostic: clinique**
- **Prélèvements bactériolo et anapath: non spécifiques**

Lésions d'âge différent et orifices suppurants correspondant à de multiples ramifications sous cutanées



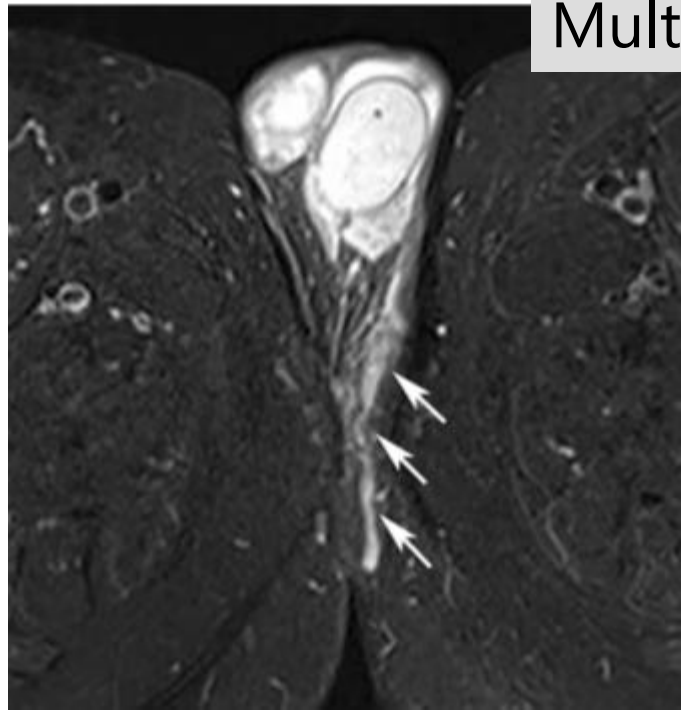
ASSOCIATION VERNEUIL ET CROHN

- 0,6% des MC
- 3% des patients avec Verneuil
- **MC précède** souvent la maladie de Verneuil
- Formes plus agressives
- **Similitudes cliniques et histologiques** (granulome)

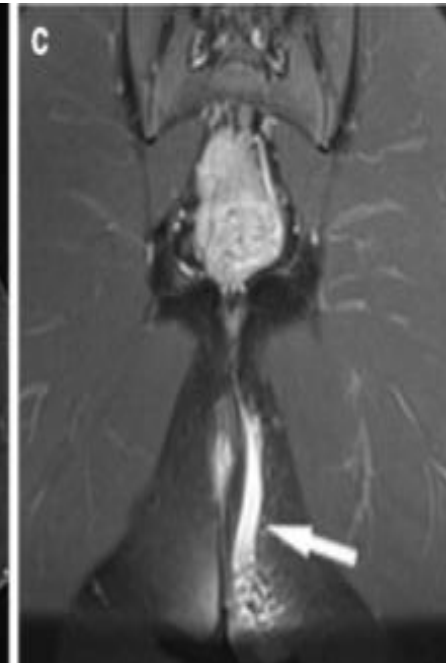
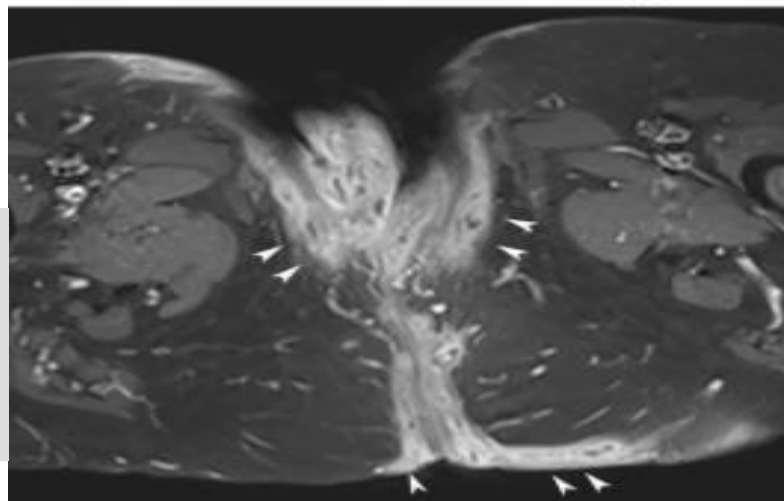
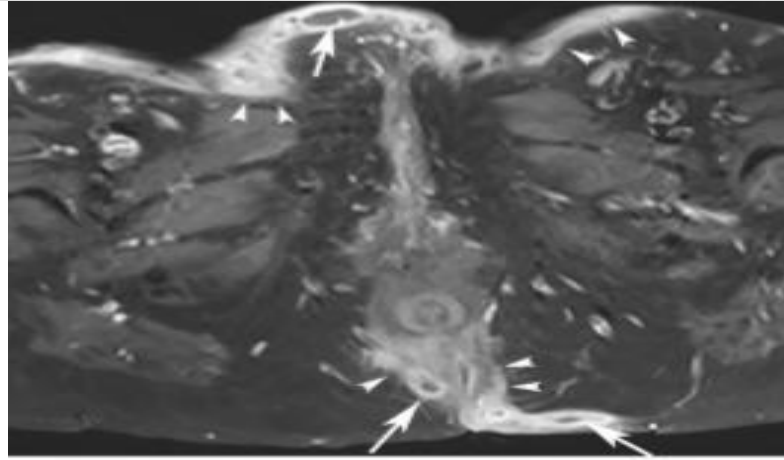


DG ≠ VERNEUIL VS CROHN: APPORT DE L'IRM

Multiplés abcès et épaisissement cutané



Verneuil: fistule s'étendant vers le scrotum sans atteinte du sphincter



Crohn: communication avec le sphincter

SINUS PILONIDAL

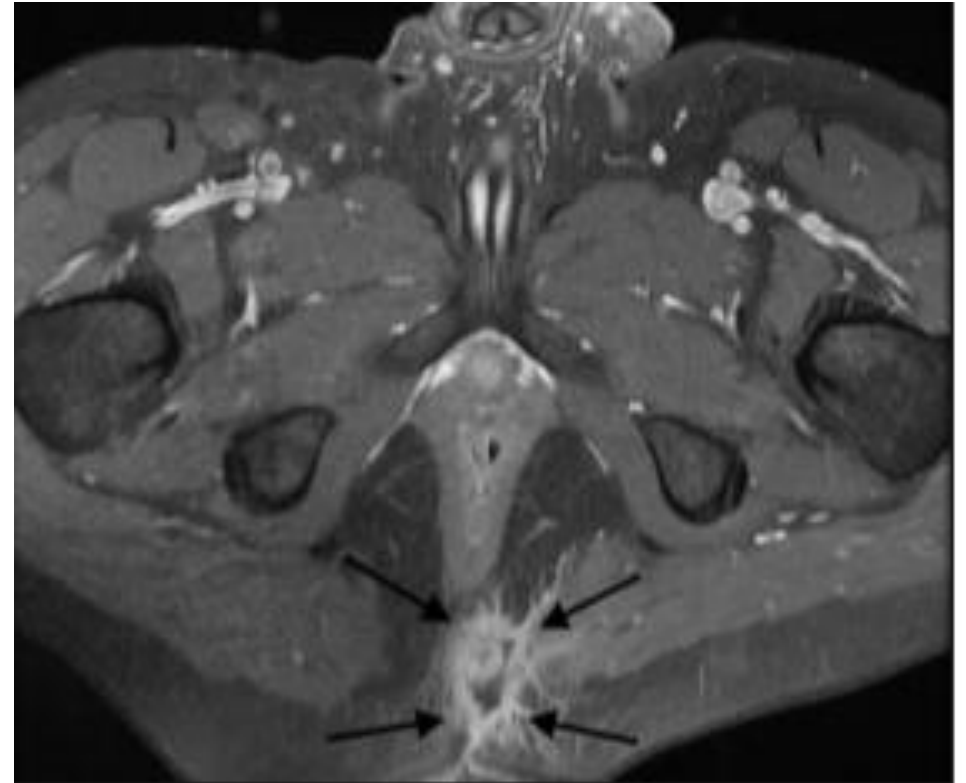
- Homme, 15-25 ans
- Accumulation de poils libres dans le sillon **interfessier**: réaction à corps étranger dans le derme.
- Localisation **pré-coccygienne et présacrée**

- **Forme chronique**: sécrétion séro-purulente s'extériorisant par les fossettes
- **Formes trompeuses**: abcès latéro-anal
- **IRM pelvienne**: pas d'atteinte de l'espace intersphinctérien

DG ≠ SINUS PILONIDAL VS CROHN



Orifice de sortie d'un trajet fistuleux à **distance de la marge anale**



Sinus pilonidal fistulisé à la peau au niveau du sillon interfessier à **distance et postérieur au canal anal**

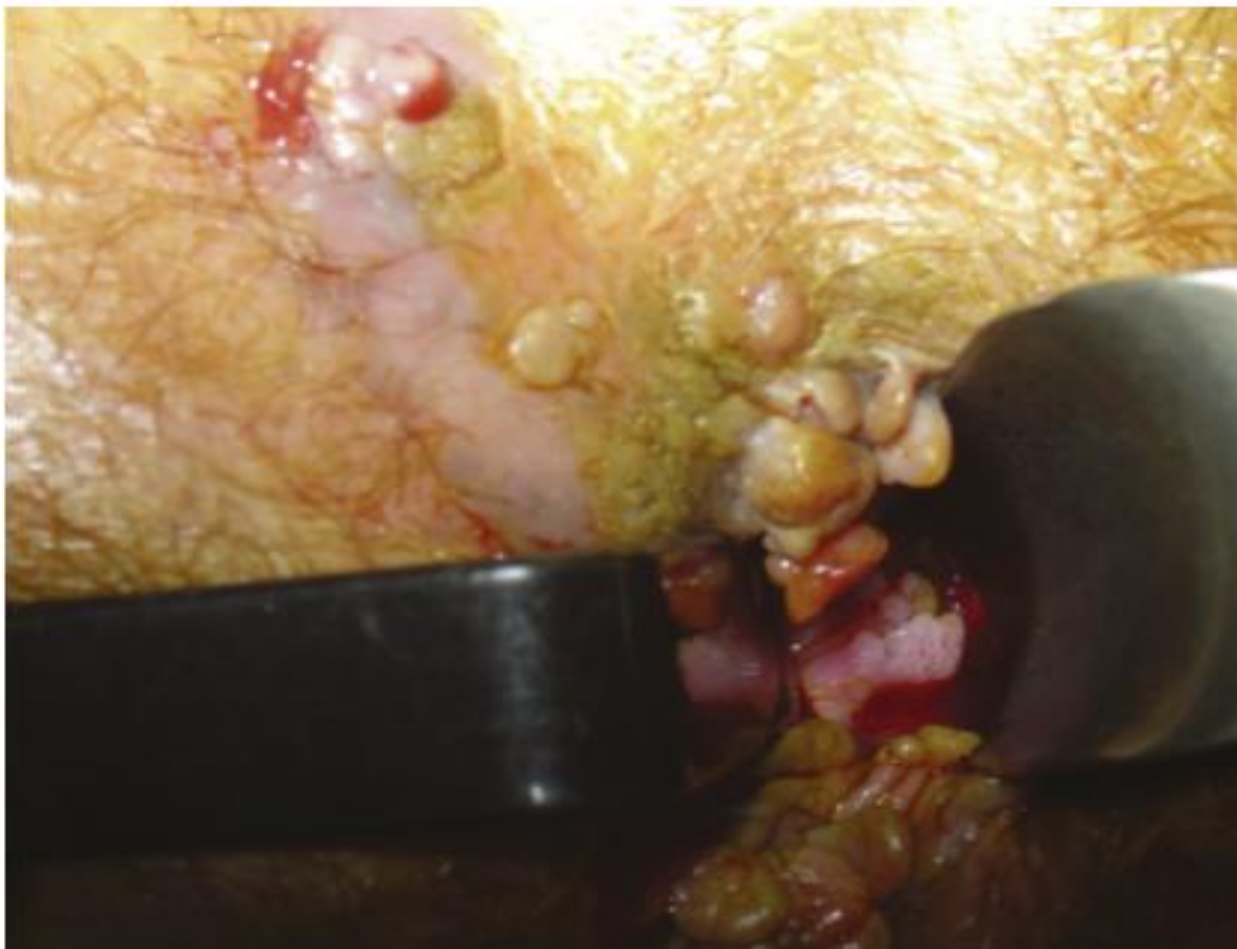
ACTINOMYCOSE

- **Case reports**
- Colonisation d'une lésion préexistante par Actinomyces (BG +)
- **Abcès récidivants et fistules**
- 9H/1 F
- Facteurs de risque: diabète, VIH, éthylisme

- **Diagnostic difficile et retardé :**
 - Drainage: grains jaunes
 - **Isolement bactérie difficile** (anaérobie et incubation 15j)
 - Histologie « **granules sulfureux** » contenant la bactérie
- **Traitement : Peni Gx 6 semaines**

CANCERS

- **Adénocarcinome colloïde muqueux**
 - au dépend des glandes de Hermann et Desfosses
 - sécrétion en grains de tapioca
 - aspect infiltré et ulcéré du canal anal
- **Carcinomes épidermoïdes compliquant une infection HPV**
- **Exceptionnelle dégénérescence de fistule anale chronique**



Carcinome épidermoïde pseudo-fistuleux sur condylomatose



ADK d'une glande de Hermann et Desfosses fistulisé au périnée

FAP ISOLÉES DE M. CROHN: PRÉREQUIS

- Garantir diagnostic différentiel soigneux:

élimination d'autres étiologies (**tuberculose**, fistule anale commune, maladie de Verneuil)

- Réunir le maximum d'arguments diagnostiques:

cliniques, IRM, écho endo-anale, anapath.

FAP DE MALADIE DE CROHN: ARGUMENTS CLIN°

- L'ancienneté évolutive des lésions : \geq à une année.
- La survenue itérative d'abcès de la marge anale.
- La lenteur de cicatrisation des plaies, après mise à plat des abcès.
- Le caractère souvent très symptomatique des lésions (douleur, suintement, gêne à la mobilisation)

FAP DE MALADIE DE CROHN: ARGUMENTS CLIN°

Abcès précédant les fistules:

- ne pas confondre récurrence spontanée d'un abcès et récurrence secondaire au **mauvais drainage de l'abcès** (50%°des cas...)

- Si douleur et inflammation locales persistent: penser d'abord à un drainage insuffisant. Surtout chez sujet immunodéprimé(diabète)

FAP DE MALADIE DE CROHN: ARGUMENTS IRM

l'IRM périnéale:

- fistule d'emblée complexe, le plus souvent inter ou trans-sphinctérienne.
- trajet primaire et un ou plusieurs trajets secondaires.
- présence de collections.
- comportement inflammatoire: trajets se rehaussant après injection de Gadolinium

FAP DE MALADIE DE CROHN: ARGUMENTS A L'ÉCHO-ENDOANALE :

l'écho Trans anale en 3 D:

- trajet fistuleux de longueur $\geq 4\text{mm}$
- trajet double, ramifié ou cavitaire.
- présence de débris hyperéchogènes au sein du trajet.

PLACE DE LA VIDEOCAPSULE ?

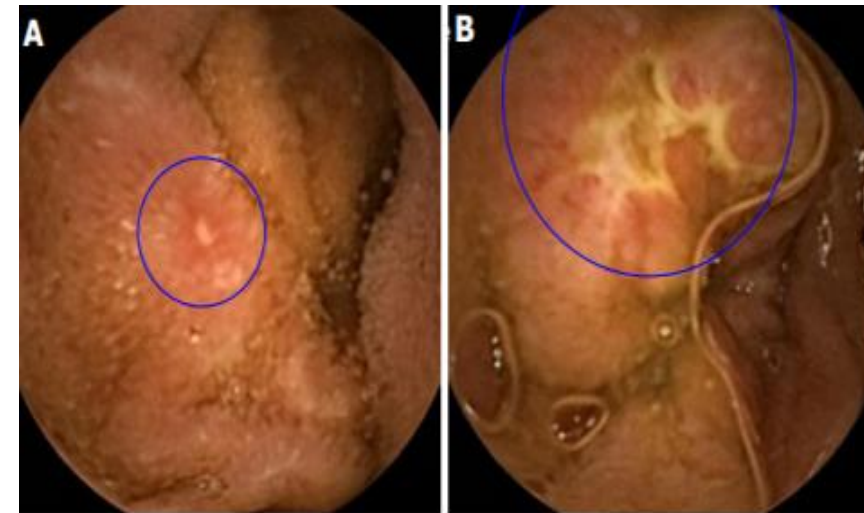
- Apport diagnostique en présence de signes digestifs et/ou biologiques: **20%**
- Prévalence des FAP en cas de localisation grêlique: **15%**

Attention faux positifs!

Ulcération aphtoïdes et érosions: 14% volontaires sains

VIDEOCAPSULE ET FAP ISOLEES

- 26 patients avec lésions ano-périnéales « sévères » isolées
- Iléo-coloscopie avec biopsies et Entéro IRM/TDM normales
- Prise d'AINS, ou rhumatisme articulaire connus: **exclus**
- **VCE: 24% des patients avaient des lésions compatibles avec MC**



FAP DE MALADIE DE CROHN: LES ARGUMENTS

Biopsie des trajets fistuleux :

- Peu d'apport au diagnostic.
- présence de granulomes: \leq à 20% des cas.
- Seul intérêt: exclure lésion néoplasique.

FAP DE MALADIE DE CROHN: PRISE EN CHARGE

Vue la lourdeur du trt envisagé :

- Se tenir prêt à reconsidérer le diagnostic, après 3 mois, si apparition de nouveaux éléments (TBC)
- Envisager un autre bilan luminal (coloscopie, entéro-IRM) après 6 à 12 mois.

FAP DE MALADIE DE CROHN: PRISE EN CHARGE

Prérequis trt : pose de sétons:

- Préalable à la mise en route du trt.
- Suffisamment prolongée: 12 à 18 mois, après une IRM affirmant l'absence de rehaussement des trajets fistuleux.
- Si ablation hâtive et fermeture précoce orifice secondaire: 30% de récurrence de l'abcès.

FAP DE MALADIE DE CROHN: LES TRAITEMENTS

Vue la « précarité » du diagnostic : se donner toutes les chances de succès !

- **Combothérapie : Azathioprine, anti-TNF**
- **En parallèle : cures discontinues d'antibiotiques (ciprofloxacine+ flagyl)**

FAP DE MALADIE DE CROHN: PRISE EN CHARGE

■ Le choix de l'anti-TNF:

Infliximab: ancienneté de prescription. Abondance travaux.
(ECR)

Adalimumab: efficacité établie: 54% rémissions cliniques à 6mois. 28% à 12mois.

FAP DE MALADIE DE CROHN: PRISE EN CHARGE

Anti-TNF: grands principes

● *Doser les taux sériques d'anti TNF : corrélés avec taux cicatr° fistules* (lors induction ou du trt séquentiel).

Sensibilité: 83% . Spécificité:70%.

● *Ajuster les doses trt si taux sériques bas.*

FAP DE MALADIE DE CROHN: LES TRAITEMENTS

Infliximab: connaitre les variables prédictives de cicatrisation:

Cohorte rétrospective(N=117)

- Sexe masculin.
- Trough levels élevés
- Taux CRP signif^o bas.

FAP DE MALADIE DE CROHN: LES TRAITEMENTS

Evaluation à 12 mois:

- **Contrôle clinique et par IRM périnéale.**
- **A 12 mois: bilan tuberculeux de principe.**
- **Si pas de réponse clinique ni d'amélioration IRM:
doser taux d'anti-TNF et d'anticorps.**
- **Selon taux: optimiser les doses ou switcher.**

FAP DE MALADIE DE CROHN: LES TRAITEMENTS

Si échec des anti-TNF: vedolizumab ?

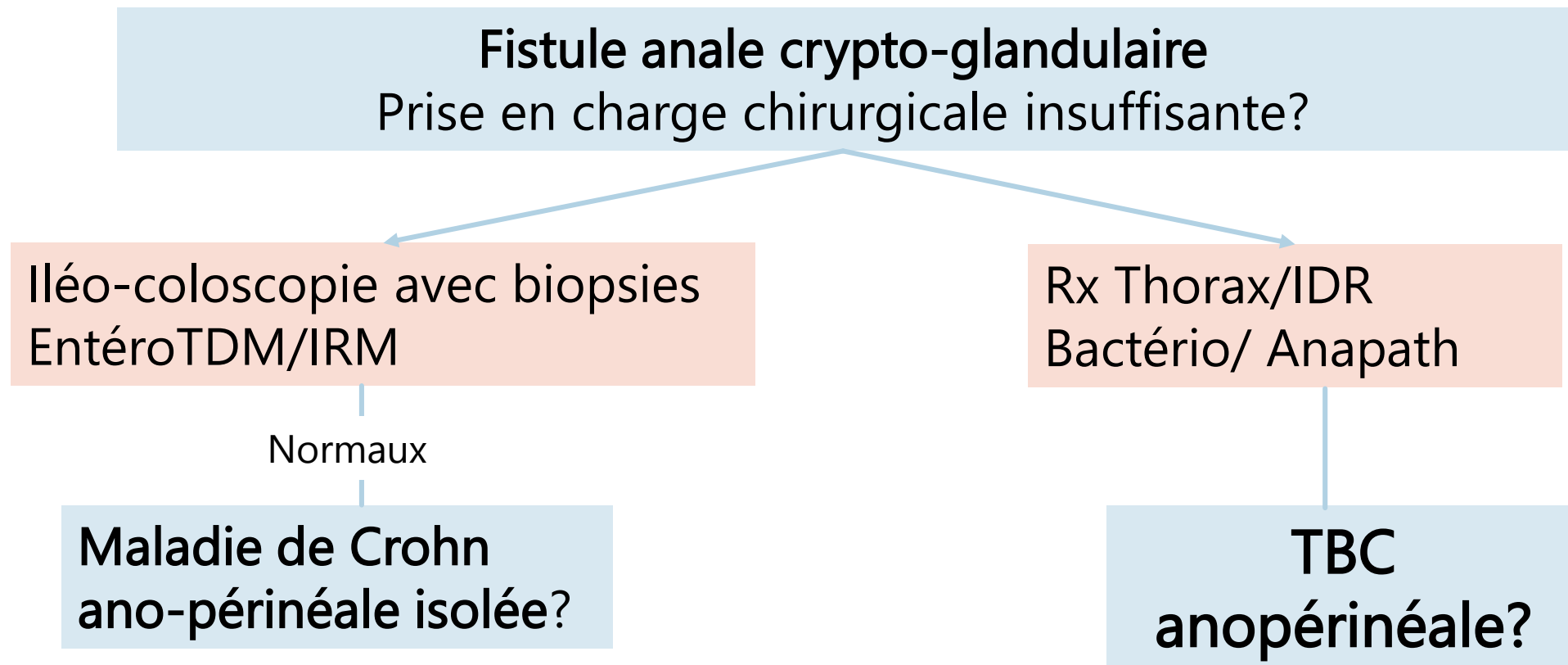
Etude multicentre rétrospective. (N=212, 36% FAP).
Suivi= 39mois.

- Rémission clinique: 18% à 6mois. 35% à 12 mois.
(Pour toute la cohorte)

Post-hoc analyse Essai Gemini II: S14 (28% réponse cl°)
S52 (31% de réponse cl)

EN PRATIQUE

FAP complexe, défaut de cicatrisation, orifice interne à distance de la ligne pectinée, biopsie sans particularités



EN PRATIQUE: RAREMENT

FAP complexe, récidivante, atypique, défaut de cicatrisation...

Contexte de IST
Rectite, ADP

Prélèvement
bactériologique

LGV
Gonococcie

Lésions d'âge ≠,
cicatrices rétractiles,
autres localisations

IRM: Trajets superficiels
Communication avec le
rectum exceptionnelle

Verneuil

Localisation
précoccygienne
ne présacrée

IRM: Trajet à
distance du canal
anal
pas d'atteinte
espace

Sinus pilonidal

Autres
situations

Anapath++

Cancers
Actinomyose

FAP ISOLÉES DE MALADIE DE CROHN

En somme :

- rester aux aguets d'une tuberculose!!
- réunir le plus d'arguments en faveur du diag°(...)
- bilan pré-azathioprine et pré-anti TNF exhaustif
- se garantir les meilleures chances de rémission :

(taux sériques d'anti-TNF élevés, durée suffisante du drainage, 12 mois de combothérapie, prescription « prolongée » d'anti-TNF.)