

La maladie périnéale

Carla Coimbra

Service de Chirurgie Abdominale, Sénologique et de Transplantation
CHU Sart Tilman

Dans la maladie de Crohn, l'atteinte périnéale est représentée par une variété de lésions, allant de simples marisques aux abcès et fistules multiples.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, la fréquence de l'atteinte périnéale est variable et peut aller jusqu'à 50% si l'on compte les fissures, marisques, abcès et fistules. La forme fistulante est, quant à elle, présente dans 10% des cas nouvellement diagnostiqués chez l'enfant (1,2).

Les symptômes douloureux et le risque, à terme, d'incontinence anale font de la maladie périnéale fistulante un sujet difficile.

Relativement peu a été publié sur la maladie périnéale chez l'enfant et nombre de prises en charges sont calquées sur celles de l'adulte. Chez l'enfant, il faut évidemment tenir compte de l'âge lorsque l'on choisit les examens de mise au point et l'examen clinique. La chirurgie de la maladie périnéale doit être adaptée au cas par cas. Les principes généraux visent à améliorer les symptômes, tout en évitant les complications à long terme et, notamment, l'incontinence anale.

La classification des lésions périnéales comprend les marisques inflammatoires, les fissures et ulcères, les strictures et sténoses et les fistules. La dégénérescence néoplasique est exceptionnelle chez l'enfant et ne sera pas évoquée ici.

Les marisques inflammatoires apparaissent comme des replis cutanés oedematisés, parfois douloureux et souvent le reflet d'une activité inflammatoire intestinale. Ces marisques ne requièrent qu'un traitement symptomatique. La chirurgie est associée à une morbidité importante (3) avec des ulcères chroniques douloureux.

Les fissures anales sont relativement fréquentes. Elles peuvent être multiples, à bords larges et à distribution circonférentielle atypique. De manière surprenante, ces fissures peuvent être peu douloureuses. Cela n'est pas le cas des ulcères, peu fréquents, mais très douloureux et qui peuvent être responsables d'abcès et de fistules. Le traitement médical par application topique de dérivés nitrés est utile dans les cas de fissure symptomatique. L'hyperalgésie d'une fissure jusque là asymptomatique doit faire craindre une cause septique (abcès ou fistule sous-fissuraire) et justifie un examen clinique plus approfondi, idéalement sous anesthésie, pour traiter cette complication.

Lorsque le traitement local est insuffisant, et surtout si la manométrie anale montre des pressions de repos élevées, une sphinctérotomie interne peut être proposée sans risque majeur d'incontinence (4).

Les abcès et fistules : toute masse indurée et douloureuse doit être considérée comme un abcès. Il existe deux hypothèses étiopathogéniques : la première est celle d'un abcès cryptoglandulaire, la deuxième suggérerait le développement des fistules à partir d'ulcères profonds (5). Les recommandations pour l'adulte sont admises pour la prise en charge pédiatrique. Un drainage chirurgical permet une amélioration rapide des symptômes et évite des complications septiques plus importantes. L'utilisation d'antibiotiques ne s'imposera qu'en cas de sepsis périnéal, de diabète, d'immunosuppression ou de valvulopathie cardiaque. Lors du premier épisode, il n'est pas considéré utile de procéder à la recherche systématique d'un trajet fistuleux au cours du drainage. En effet, le risque cumulatif de récurrence à 2 ans est de 54%. (6). En cas d'abcès récidivant, la recherche d'un trajet fistuleux (par l'examen clinique, l'échographie endo-anale ou l'IRM pelvienne) s'imposera.

La prise en charge de la maladie fistulisante périnéale représente un challenge médico-chirurgical. Le but du traitement est de guérir la maladie fistulisante, mais, en raison de l'agressivité de la maladie et des possibles conséquences d'un traitement chirurgical trop agressif, il faut surtout viser à soulager des symptômes du patient et à améliorer sa qualité de vie. Le traitement est donc médical et le traitement chirurgical doit être réservé aux cas échappant au traitement médical. L'évolution vers la guérison spontanée de la maladie périnéale est exceptionnelle (7).

Une classification anatomique des fistules utile en chirurgie est celle de Parks (8). Dans cette classification, on distingue les fistules superficielles (sous-sphinctériennes), intersphinctériennes, trans-sphinctériennes, supra-sphinctériennes et extra-sphinctériennes. Une autre classification, plus clinique, est celle de la « American Gastroenterological Association ». Elle distingue les fistules simples des fistules complexes. Une fistule simple est située en dessous de la ligne pectinée (sous-, inter- ou trans-sphinctérienne), n'a qu'un seul orifice externe, aucun signe d'abcès, de stricture ou de fistule recto-vaginale. Tous les autres cas de figure sont considérés comme des fistules complexes (9). Irvine a décrit un score d'activité de la maladie périnéale (le PDAI) qui tient compte de la douleur, de l'écoulement purulent par la fistule, du degré d'induration périnéale et de la restriction des activités quotidiennes et sexuelles (10).

L'examen clinique sous anesthésie, l'imagerie par résonance magnétique pelvienne et l'échographie endo-anale sont les examens de choix pour le diagnostic et la classification des fistules.

La réalisation de deux de ces trois méthodes permet une sensibilité de 100%. Le but est d'obtenir le diagnostic le plus précis possible sur le nombre et l'anatomie des fistules, ainsi que sur les facteurs aggravants, tels que les abcès ou les trajets complexes.

Le traitement médical dispose de plusieurs armes ayant démontré une efficacité dans la maladie périnéale (11). Les antibiotiques (métronidazole et ciprofloxacine) permettent de diminuer les écoulements purulents sans guérir la fistule. (12). Ils sont souvent utilisés en association avec d'autres traitements médicaux (13,14), tels que les immunosuppresseurs (azathioprine, 6-mercaptopurine, méthotrexate, ciclosporine tacrolimus) ou les agents biologiques (infliximab, adalimumab et certolizumab).

Environ un tiers des patients nécessiteront un traitement chirurgical.

La plupart des fistules sous-sphinctériennes peuvent être traitées par fistulotomie, surtout en l'absence de proctite importante.

Dans le cas où la fistulotomie engendrerait une section trop importante du sphincter avec un risque d'incontinence trop important, d'autres types d'interventions doivent être privilégiées. La mise en place d'un séton permet un drainage correct, tout en évitant des nouveaux abcès à partir du trajet fistulaire. De plus, ce séton ne cause que peu d'inconfort. Le séton peut être utilisé comme traitement à long terme (15) ou comme drainage provisoire et efficace avant une chirurgie plus agressive. Le flap d'avancement muqueux est une technique qui ne compromet pas la continence anale et n'entraîne pas un risque accru de proctite.(16). Une stomie de protection n'est qu'exceptionnellement requise. Lorsque une proctite sévère ou une sténose cicatricielle vient compliquer la situation, un abaissement rectal complet, souvent sous couvert d'une stomie, peut sauver une situation difficile. Il s'agit d'une version plus complète du flap d'avancement au cours de laquelle l'entièreté de l'épaisseur rectale est mobilisée. La zone incriminée est réséquée et une anastomose circulaire est réalisée.

Les fistules ano-ou rectovaginales peuvent également être traitées par un flap d'avancement rectal ou vaginal lorsque l'atteinte inflammatoire rectale est peu importante. Le taux de fermeture de ces flaps est de près de 70% (17).

En cas de proctite sévère, le traitement non chirurgical est préféré. Certains auteurs (18) ont proposé la réalisation d'un flap d'avancement ano-cutané avec de bons résultats. Depuis quelques années, le traitement chirurgical de la maladie périnéale dispose de méthodes supplémentaires. L'utilisation de la colle biologique a donné des résultats mitigés (19). L'utilisation d'un « plug » constitué de collagène porcine (20) est une méthode prometteuse. Le taux de succès de cette méthode est plus élevé dans les trajets simples que dans les fistules complexes. Le coût du matériel (non remboursé à l'heure actuelle en Belgique) est une limite de ce traitement simple et peu agressif. D'autres traitements, tels que l'administration topique de tacrolimus ou d'infliximab sont en cours d'évaluation (21,22).

En conclusion, la maladie fistulisante périnéale reste un challenge difficile à relever, tant pour le gastroentérologue que pour le chirurgien. Seule une approche multidisciplinaire et multimodale pourra apporter une amélioration de la qualité de vie du patient.

Références

1. .Keljo DJ, Markowitz J, Langton C, et al. Course and Treatment of Perianal Disease in Children Newly Diagnosed with Crohn's Disease .*Inflamm Bowel Dis* 2009; 15:383–387.
2. Tolia V. Perianal Crohn's disease in children and adolescents. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:922–926.
3. Strong SA. Perianal Crohn's disease. *Semin Ped Surg* 2007; 16:185-193.
4. Fleshner PR, Schoetz DJ Jr, Roberts PL, et al. Anal fissure in Crohn's disease: a plea for aggressive management. *Dis Colon Rectum* 1995; 38:1137-43.
5. Schwartz DA, Pemberton JH, Sandborn WJ. Diagnosis and treatment of perianal fistulas in Crohn disease. *Ann Intern Med* 2001; 135: 906-918.
6. Makowiec F, Jehle EC, Becker HD, et al. Perianal abscess in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 1997; 40:443-50.
7. Present DH, Rutgeerts P, Targan S, et al. Infliximab for the treatment of fistulas in patients with Crohn's disease. *N Engl J Med* 1999; 340: 1398-1405.
8. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of Fistula - in- ano. *Br J Surg* 1976; 63: 1–12.
9. American Gastroenterological Association Medical Position Statement: perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003; 125: 1503–7.
10. 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.
11. Ruffolo C, Citton M, Scarpa M, et al. Perianal Crohn's disease: Is there something new? *World J Gastroenterol* 2011 17(15): 1939-1946.
12. Thia KT, Mahadevan U, Feagan BG, et al. Ciprofloxacin or metronidazole for the treatment of perianal fistulas in patients with Crohn's disease: a randomized, double-blind, placebo- controlled pilot study. *Inflamm Bowel Dis* 2009; 15: 17-24.

13. Dejaco C, Harrer M, Waldhoer T, et al. Antibiotics and azathioprine for the treatment of perianal fistulas in Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 18: 1113-1120.
14. West RL, van der Woude CJ, Hansen BE, et al. Clinical and endo-sonographic effect of ciprofloxacin on the treatment of peri-anal fistulae in Crohn's disease with infliximab: a double-blind placebo-controlled study. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 20: 1329-1336.
15. Faucheron JL, Saint-Marc O, Guibert L, et al. Long-term seton drainage for high anal fistulas in Crohn's disease: a sphincter-saving operation? *Dis Colon Rectum* 1996; 39:208-11.
16. van Koperen PJ, Safiruddin F, Bemelman WA, Slors JF. Outcome of surgical treatment for fistula in ano in Crohn's disease. *Br J Surg*. 2009 96 ; 6 :675-9.
17. Penninckx F, D'Hoore A, Filez L. Advancement flap plasty for the closure of anal and recto-vaginal fistulas in Crohn's disease. *Acta Gastroenterol Belg* 2001; 64:223-6.
18. Hesterberg R, Schmidt WU, Muller F, et al. Treatment of anovaginal fistulas with an anocutaneous flap in patients with Crohn's disease. *Int J Colorectal Dis* 1993; 8:51-4.
19. Cirocchi R, Farinella E, La Mura F, et al. Fibrin glue in the treatment of anal fistula: a systematic review. *Ann Surg Innov Res* 2009; 3: 12.
20. O'Connor L, Champagne BJ, Ferguson MA, et al. Efficacy of anal fistula plug in closure of Crohn's anorectal fistulas. *Dis Colon Rectum* 2006; 49 :1569-73.
21. Hart AL, Plamondon S, Kamm MA. Topical tacrolimus in the treatment of perianal Crohn's disease: exploratory randomized controlled trial. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13: 245-253.
22. Poggioli G, Laureti S, Pierangeli F, Rizzello F, Ugolini F, Gionchetti P, Campieri M. Local injection of Infliximab for the treatment of perianal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum* 2005; 48: 768-774.