Place de la chirurgie dans les cas difficiles de lésions anopérinéales de Crohn

Prof. Jean-Luc FAUCHERON

Unité de Chirurgie Colorectale

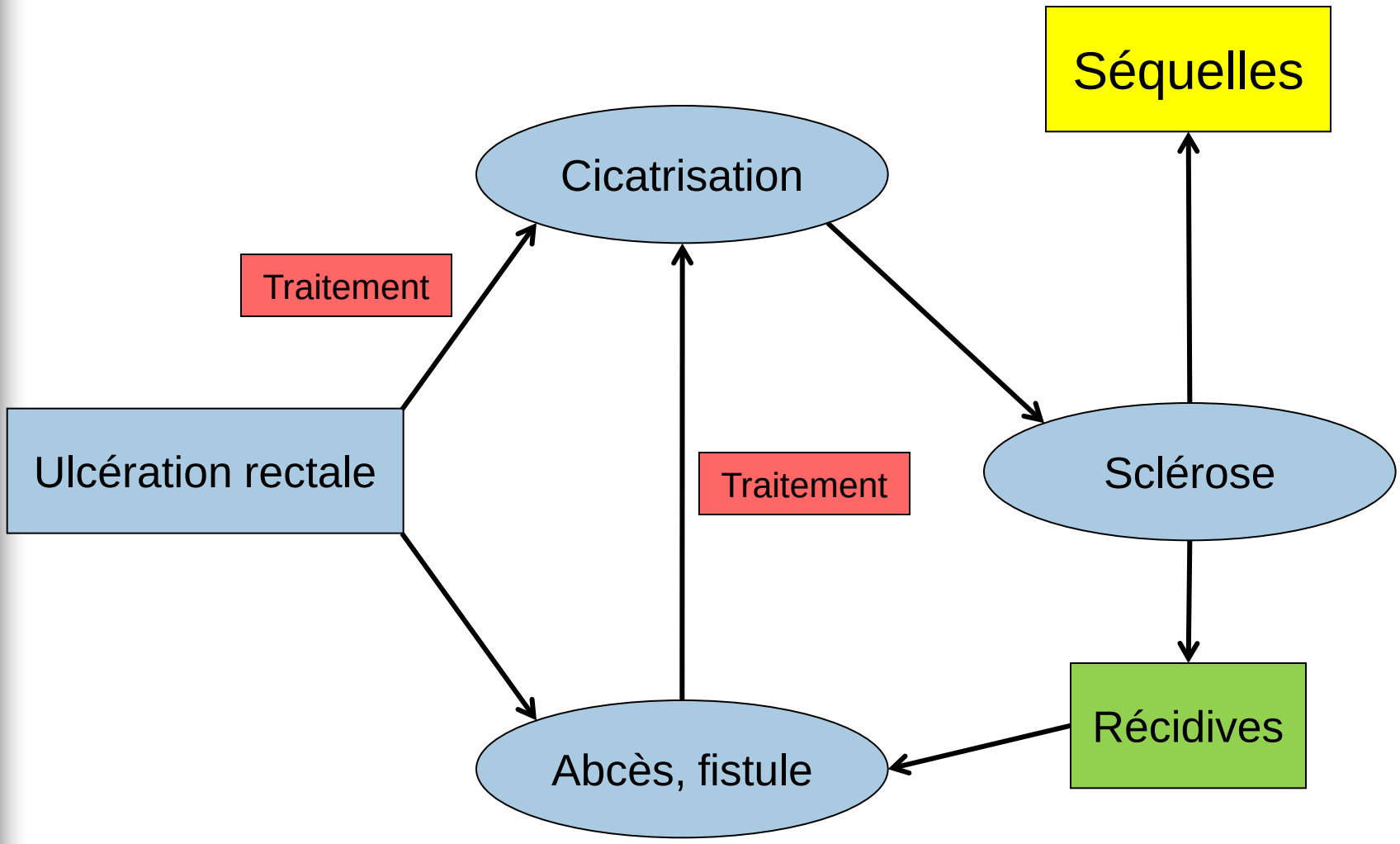
Clinique Universitaire de Chirurgie Digestive et de l'Urgence - Grenoble

CONFLITS D'INTÉRÊT

Néant

- Connaître l'épidémiologie
- Quelle chirurgie pour les fistules complexes
- Quelle chirurgie pour la rectite réfractaire
- Connaitre la prise en charge des séquelles de LAP

Situation du problème



Situation du problème

Cardiff Classification of Anal Crohn's Disease (U.F.S.)

U. Ulceration	F. Fistula/abscess	S. Stricture
0. Not present	0. Not present	0. Not present
1. Superficial fissures (a) posterior and/or anterior (b) lateral (c) with gross skin tags	1. Low/superficial (a) perianal (b) anovulval anoscrotal (c) intersphincteric (d) anovaginal	1. Reversible stricture (a) anal canal—spasm (b) low rectum—membranous (c) spasm with severe pain—no sepsis identified
2. Cavitating ulcers (a) anal canal (b) lower rectum (c) with extension to perineal skin (aggressive ulceration)	2. High (a) blind supralevator (b) high direct (anorectal) (c) high complex (d) rectovaginal (e) ileoperineal	2. Irreversible stricture (a) anal stenosis (b) extrarectal stricture

Table 3.
Subsidiary Classification (A.P.D.)

A. Associated Anal Conditions	P. Proximal Intestinal Disease	D. Disease Activity (in Anal Lesions)
0. None	0. No proximal disease	1. Active
1. Hemorrhoids	1. Contiguous rectal disease	2. Inactive
2. Malignancy	2. Colon (rectum spared)	3. Inconclusive
3. Other (specify)	3. Small intestine	
	4. Investigation incomplete	

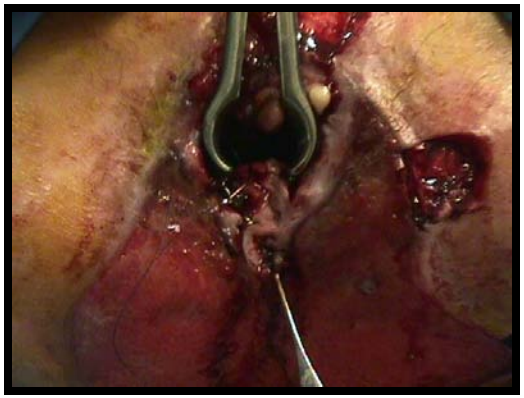
1. **Hughes. Clinical classification of perianal Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1992;35:928-32**

Epidémiologie

- **Maladie de Crohn anale fistulisante sévère**

  - Fistules hautes, multiples, récidivantes (Verneuil…) [1]

  - Fistule sur cicatrices, séquelles [2,3]



1. Halme et al. Factors related to frequency, type, and outcome of anal fistulas in Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1995;38:55-9
2. Scott et al. Evaluation of surgery for perianal Crohn's fistulas. Dis Colon Rectum 1996;39:1039-43
3. Williamson et al. Twenty-year review of the surgical management of perianal Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1995;38:389-92

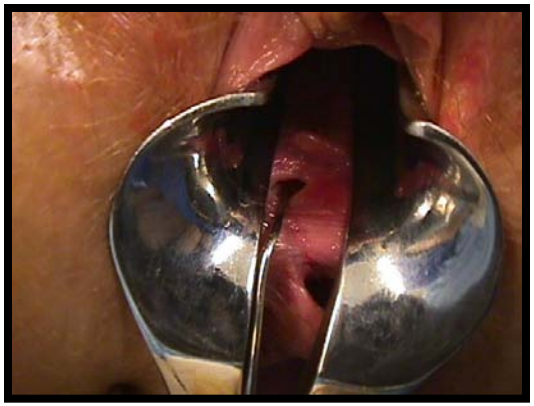
Epidémiologie

- **Fistule recto-vaginale (ou ano-vulvaire)**

  - Incidence : 5 à 10% des patientes [1]

  - Trans-sphinctérienne haute : 52% des cas [1]

  - Parfois d'origine sigmoïdienne ou iléale



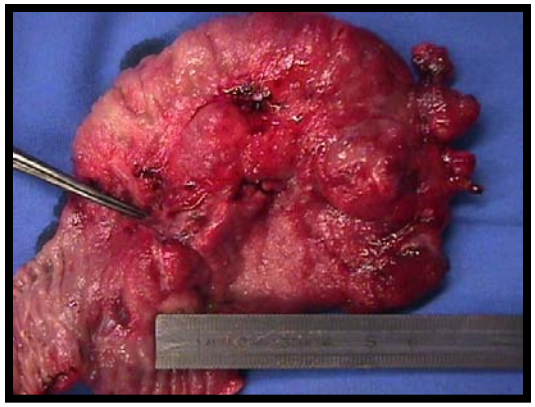
1. Radcliffe et al. Anovaginal and rectovaginal fistulas in Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1988;31:94-9

Epidémiologie

- **Fistule iléo-vaginale**

  - Après coloproctectomie totale pour colite indéterminée [1]

  - Une fois sur deux, perte du réservoir iléal et stomie [2,3]



1. Faucheron et al. Techniques de sauvetage des anastomoses iléoanales. EMC 2005. Techniques chirurgicales - App dig 40-670, 9p
2. Sagar et al. Long-term results of ileal pouch-anal anastomosis in patients with Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1996;39:893-8
3. Faucheron et al. A new ileal pouch salvage technique. Dis Colon Rectum 2001;44 :1891-4

Epidémiologie

- **Sténoses anales et/ou rectales**

  - Simple diaphragme de la jonction anorectale [1]

  - Sténose serrée, étendue, sur microrectie [1]

  - Sténose cicatricielle

1. Linares et al. Natural history and treatment of anorectal strictures complicating Crohn's disease. Br J Surg 1988;75:653-5

Epidémiologie

- **Rectite sévère**

  - Très active, réfractaire [1]

  - Diarrhée sanglante, douleurs anales intenses, souillures

  - Association à des lésions anales

  - Microrectie déjà présente

  - Séquelles d'un traitement antérieur (fistulotomie)

→ **Indication opératoire…**

1. Seksik et al. Rectites réfractaires. Gastroenterol Clin Biol 2007;31:393-7

Epidémiologie

- **Dégénérescence**

  - Adénocarcinome rectal ou carcinome épidermoïde

  - DALM… sur rectite réfractaire ou microrectie ? [1]

  - Colite étendue, à un âge précoce, longue évolution [2,3]

  - Incidence sur LAP de Crohn : 0,7% [4]

1. Van Rijn et al. Adherence to surveillance guidelines for dysplasia and colorectal carcinoma in UC and Crohn's colitis patients in the Netherlands. World J Gastroenterol 2009;15:226-30
2. Chaikhouni et al. Adenocarcinoma in perineal fistulas of Crohn's disease.. Dis Colon Rectum 1981;24:639-43
3. Ky et al. Carcinoma arising in anorectal fistulas of Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1998;41:992-6
4. Singh et al. Perianal Crohn's disease. Br J Surg 2004;91:801-4

Chirurgie de la fistule complexe

Chirurgie de la fistule complexe

- **Patient sous traitement médical (anti TNFα, AZA…)**
- **Que faire après le séton, la colle, le plug ?**
  - **Drainage en séton itératif prolongé [1]**
  - **Lambeau (rectal, vaginal)**
  - **Transposition (muscle bulbo-caverneux, gracilis)**

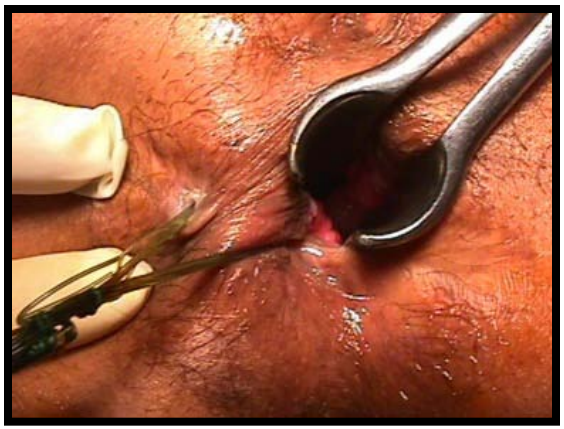
Aucun support scientifique - Avis d'experts…

1. **Buchanan et al. Long-term outcome following loose-seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula. Br J Surg 2004;91:476-80**

Chirurgie de la fistule complexe

- **Drainage en séton prolongé**

Faucheron J-L, Saint-Marc O, Guibert L, Parc R. Long-term seton drainage for high anal fistulas in Crohn's disease—a sphincter-saving operation? Dis Colon Rectum 1996;39: 208–211.



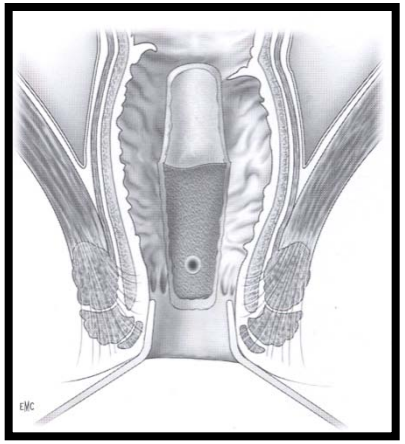
METHODS: Forty-one consecutive patients with Crohn's disease who underwent long-term seton drainage for high transsphincteric, suprasphincteric, or extrasphincteric anal fistula from 1985 to 1993 were reviewed. The subsequent associated procedure was simple seton removal (18), secondary fistulotomy (7), rectal flap advancement (3), and proctectomy (2). Eleven patients still had the seton in place. RESULTS: Recurrence developed in seven patients (39 percent) undergoing simple seton removal undergoing rectal flap advancement. None of the patients treated by secondary fistulotomy developed a recurrence. At the end of follow-up, five patients (12 percent) required proctectomy mainly for severe proctitis, and five patients (12 percent) developed anal incontinence, which was severe in two. CONCLUSION: Long-term seton drainage for high anal fistula in Crohn's disease is efficacious in both treating sepsis and preserving anal sphincter function. [Key words: Anal fistula; Crohn's disease; Surgery; Seton drainage]

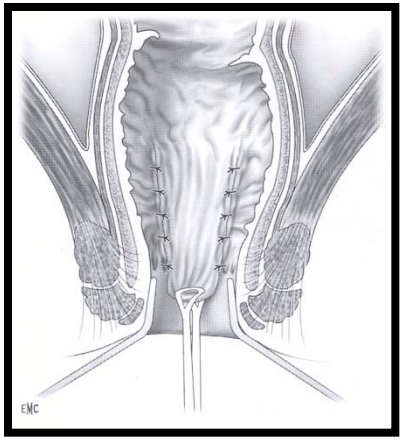
Taux de cicatrisation avant l'ère de l'Infliximab : 60%

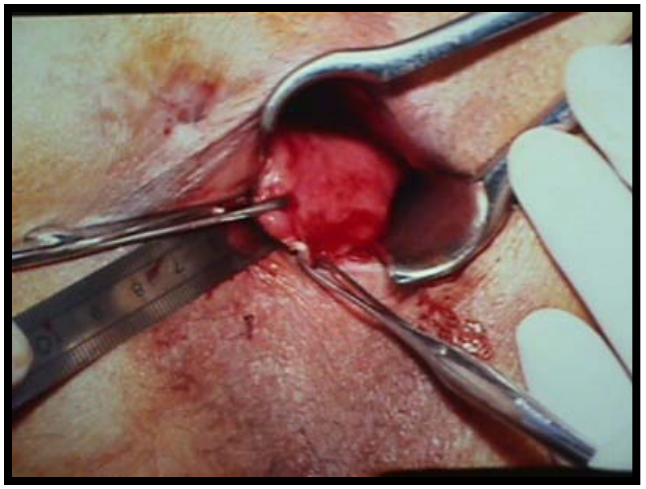
1. **Buchanan et al. Long-term outcome following loose-seton technique for external sphincter preservation in complex anal fistula. Br J Surg 2004;91:476-80**

Chirurgie de la fistule complexe

- **Lambeau rectal, éventuellement itératif**







Orifice interne haut situé, rectum « sain », absence de diarrhée

1. Faucheron et al. Chirurgie des complications anorectales de la maladie de Crohn. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-693, 2009

Chirurgie de la fistule complexe

- **Lambeau rectal**

Endorectal Advancement Flap

Are There Predictors of Failure?

Nelly Mizrahi, M.D., Steven D. Wexner, M.D., Oded Zmora, M.D., Giovanna Da Silva, M.D., Jonathan Efron, M.D., Eric G. Weiss, M.D., Anthony M. Vernava III, M.D., Juan J. Nogueras, M.D.

From the Department of Colorectal Surgery, Cleveland Clinic Florida, Weston, Florida

Dis Colon Rectum

2002;45:1616-1621.

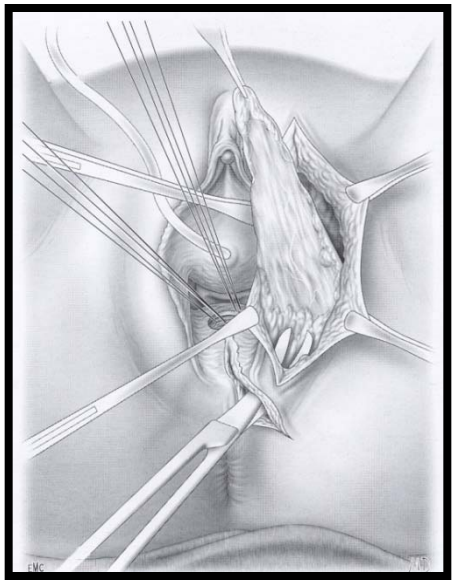
Table 3.
Factors Predicting Recurrence

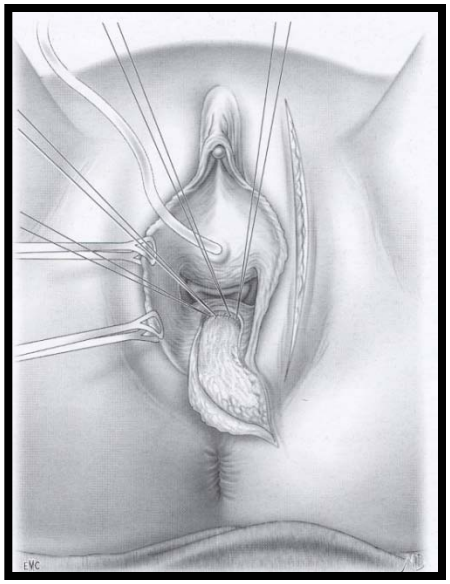
Variable	Recurrence/ total	%	*P*
Gender			NS
Female	20/56	35.7	
Male	18/38	47.3	
Type of fistula			NS
Transsphincteric	20/49	40.8	
Rectovaginal	14/32	43.7	
Diagnosis			$P < 0.04$
Crohn's disease	16/28	57.1	
Non Crohn's disease	22/66	33.3	
Diverting Stoma			NS
Yes	3/10	30	
No	35/84	42	
Steroid use			NS
Yes	13/33	40	
No	22/61	36	
Previous Procedures			NS
Yes	16/44	36.4	
1 repair	9/30	30	
2 repairs	4/10	40	
3 or more repairs	3/4	75	
No	22/50	44	NS

NS = not significant.

Chirurgie de la fistule complexe

- **Lambeau de Martius**

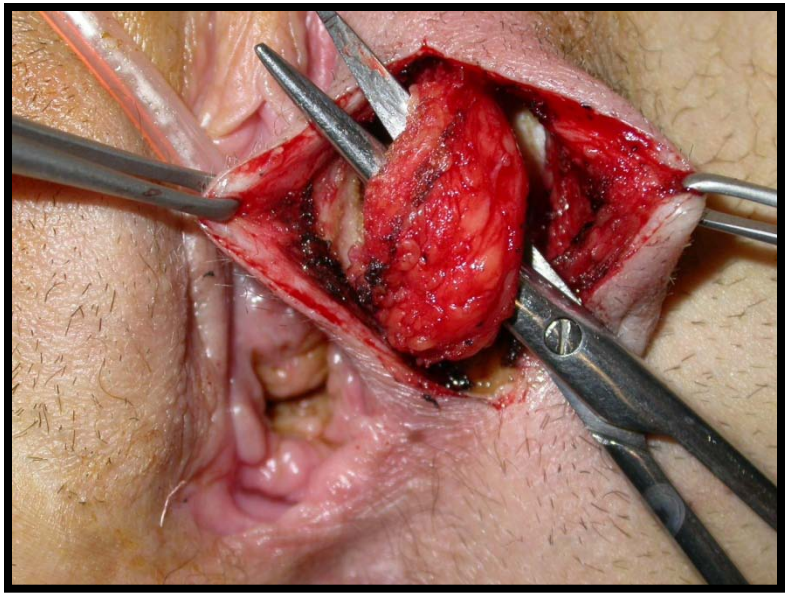




1. Faucheron et al. Chirurgie des complications anorectales de la maladie de Crohn. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-693, 2009
2. Faucheron et al. Martius flap: bulbocavernous interposition flap. J Chir 2006;143:298-301
3. Songne et al. Treatment of anovaginal or rectovaginal fistulas with modified Martius graft. Colorectal Dis 2007;9:653-6
4. McNevin et al. Martius flap as an adjunct for repair of complex, low rectovaginal fistula. Am J Surg 2007;193:587-9

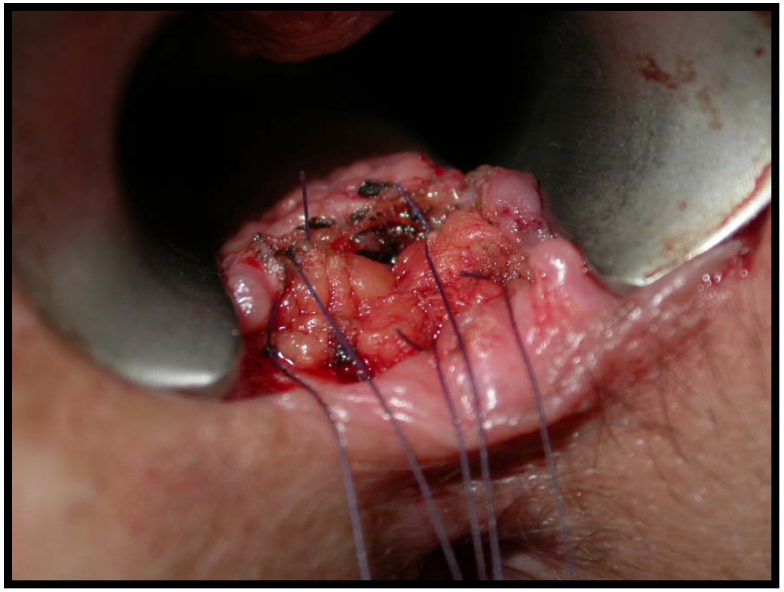
Chirurgie de la fistule complexe

- **Lambeau de Martius**



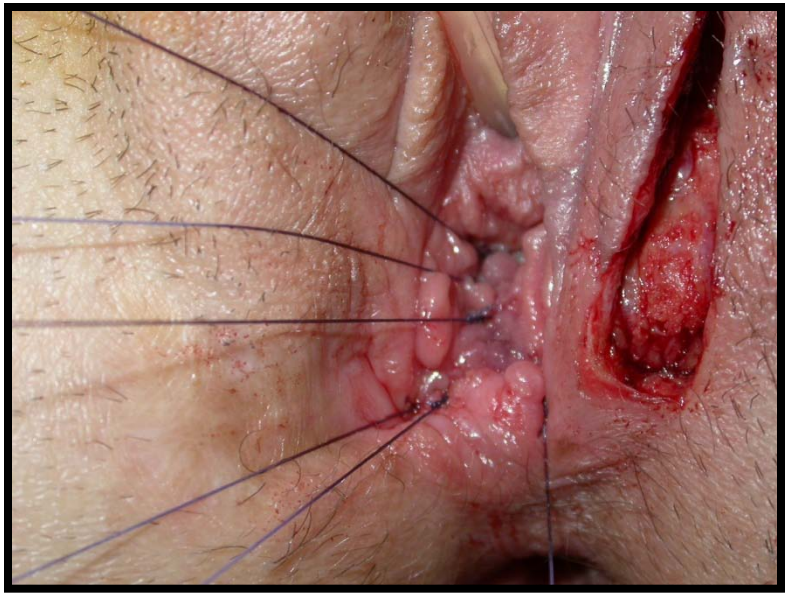
Chirurgie de la fistule complexe

- **Lambeau de Martius**



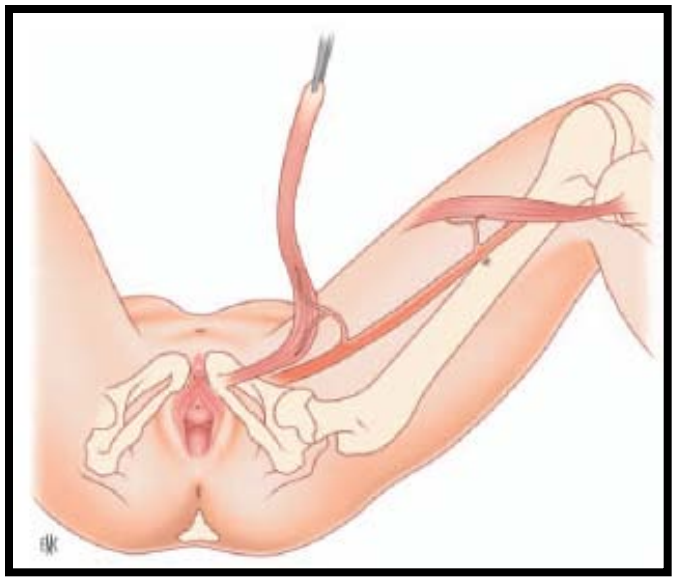
Chirurgie de la fistule complexe

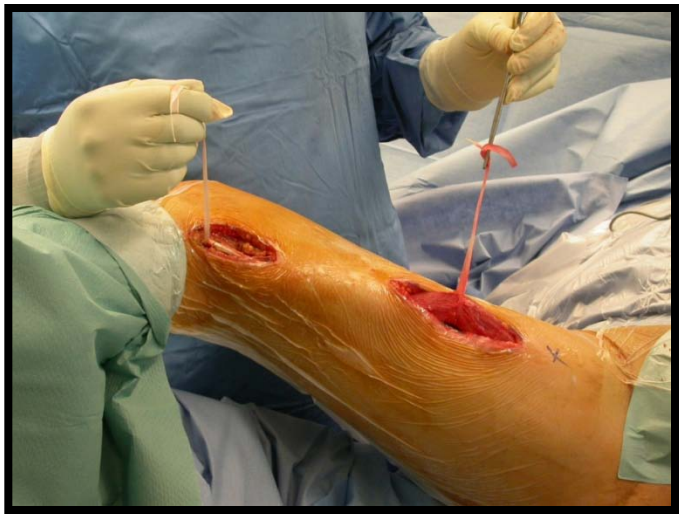
- **Lambeau de Martius**



Chirurgie de la fistule complexe

- **Lambeau de muscle gracilis**





1. **Faucheron et al. Chirurgie des complications anorectales de la maladie de Crohn. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques chirurgicales – Appareil digestif, 40-693, 2009**
2. **Lefevre. Operative results and quality of life after gracilis muscle transposition for recurrent rectovaginal fistula. Dis Colon Rectum 2009;52:1290-5**
3. **Aydin et al. Recurrent fistula between ileal pouch and vagina: succesful treatment with a gracilis muscle flap. Case reports Med 2009;2009:676392 Epub**

Chirurgie de la fistule complexe

- **Dans un futur proche ?**

Case Report

Adipose-Derived Stem Cells in Crohn's Rectovaginal Fistula

D. García-Olmo,[1,2,3] D. Herreros,[1] P. De-La-Quintana,[1] H. Guadalajara,[1] J. Trébol,[1] T. Georgiev-Hristov,[1] and M. García-Arranz[2,3]

[1] Department of Surgery, La Paz University Hospital-IdiPAZ, 28046 Madrid, Spain
[2] Cell Therapy Laboratory, Foundation to Biomedical Research of La Paz University Hospital-IdiAZ, 28046 Madrid, Spain
[3] School of Medicine, Autonomous University of Madrid, 28029 Madrid, Spain

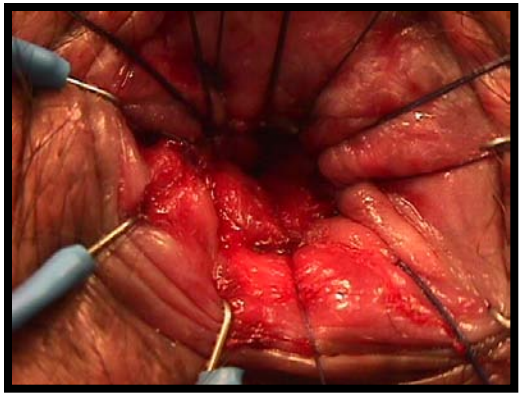
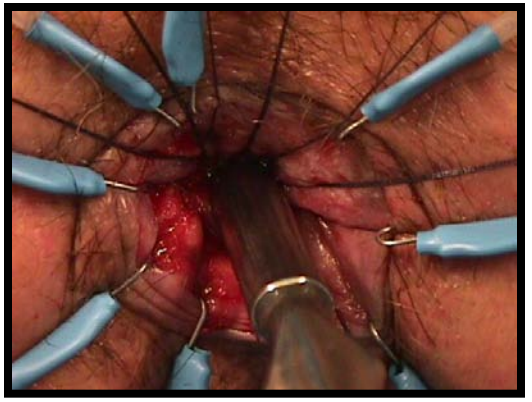
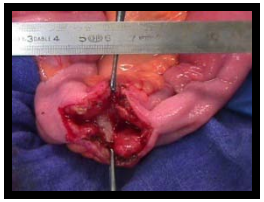
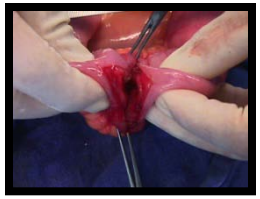
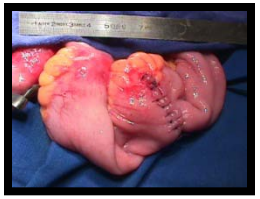
Case Reports in Medicine
Volume 2010, Article ID 961758, 3 pages
doi:10.1155/2010/961758

Traitement des sténoses

- **Sténose anale ou rectale courte : dilatations**

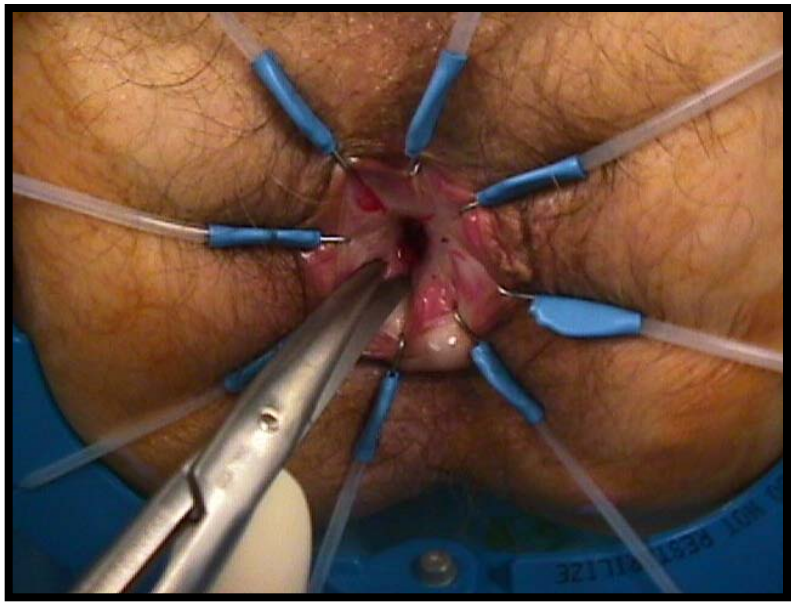
Traitement des sténoses

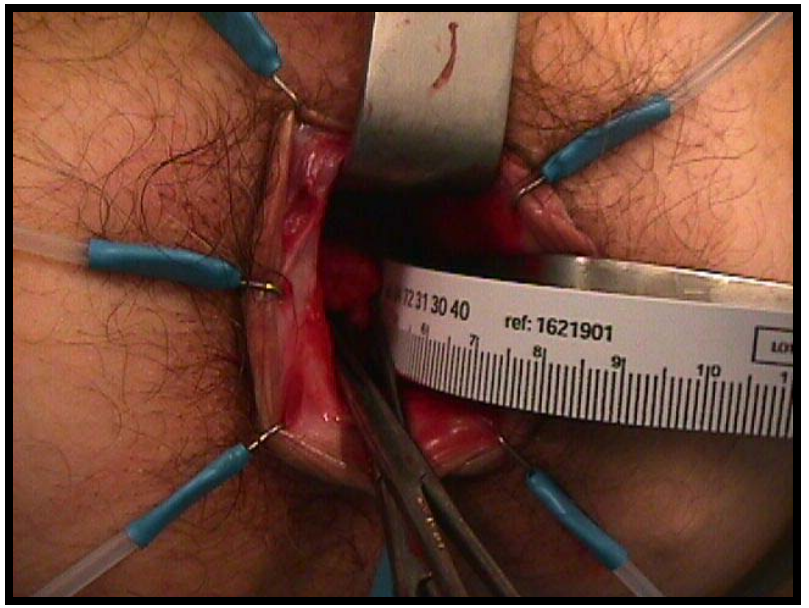
- **Sténose courte mais récidivante : plastie**

Traitement des sténoses

- **Sténose rectale longue : abaissement rectal**

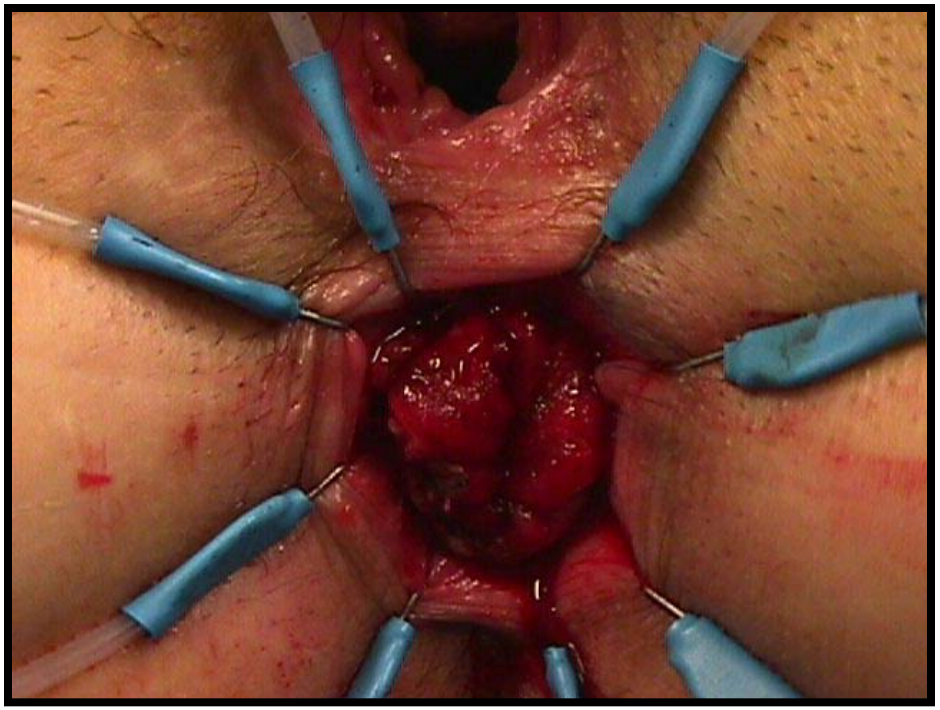




1. Marchesa et al. Advancement sleeve flaps for treatment of severe perianal Crohn's disease. Br J Surg 1998;85:1695-8

Traitement des sténoses

- **Sténose rectale longue : abaissement rectal**



1. Marchesa et al. Advancement sleeve flaps for treatment of severe perianal Crohn's disease. Br J Surg 1998;85:1695-8

Place de la stomie d'amont

- **Difficile de donner une règle :**

  - **Diarrhée rebelle au traitement médical [1]**

    . Intestin grêle court, coloproctectomie sur Crohn

    . Poussée inflammatoire, rectite réfractaire

  - **Récidive de fistule anale (n^{ième} réparation) [2]**

  - **Sténose serrée rebelle à tout traitement**

1. Roses et al. Recent trends in the surgical management of IBD. World J Gastroenterol 2008;14:408-12
2. Harper et al. The effect of split ileostomy on perianal Crohn's disease. Br J Surg 1982;69:608-10

Place de la stomie d'amont

Place de la stomie d'amont

1. **Post et al. Experience with ileostomy and colostomy in Crohn's disease. Br J Surg 1995;82:1629-33**
2. **Yamamoto et al. Effect of fecal diversion alone on perianal Crohn's disease. World J Surg 2000;24:1258-62**

Indications de l'amputation

- **Indication assez facile à poser :**

  - **Cancer du rectum ou de l'anus [1]**

  - **Lésions sévères et irréversibles du rectum [2]**

  - **Incontinence anale**

    . **Due à la maladie de Crohn**

    . **Due au traitement chirurgical**

1. Ribeiro et al. Colorectal adenocarcinoma in Crohn's disease. Ann Surg 1996;223:186-93
2. Scammel et al. Delayed perineal wound healing after proctectomy for Crohn's colitis. Br J Surg 1986;73:150-2

Indications de l’amputation

Indications de l’amputation

Indications de l'amputation

- **4 facteurs de risques prédictifs d'amputation [1]**
  - **Début tardif des lésions anorectales**
  - **Fistule anorectale révélatrice**
  - **Plus de 3 poussées de maladie de Crohn**
  - **Atteinte rectale (rectite réfractaire)**
- **Autre indication : séquelles sévères**

1. Regimbeau et al. Surgical treatment of anoperineal Crohn's disease: can abdominoperineal resection be predicted? J Am Coll Surg 1999;189:171-1

Indications de l'amputation

Séquelles anorectales sévères

Indications de l'amputation

Sinus périnéal

1. **Gambiez et al. Complications et évolution après proctectomie pour maladie de Crohn. Ann Chir 1995;49:281-6**
2. **Yamamoto et al. Persistent perineal sinus after proctocolectomy for Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1999;42:96-101**

Techniques de l'amputation

- **4 opérations possibles [1] :**

  - **AAP classique « comme pour un cancer »**
  - **Amputation intersphinctérienne (entre les 2 sphincters)**
  - **Anoproctectomie**
  - **Hartmann bas**

1. Sher et al. Low Hartmann's procedure for severe anorectal Crohn's disease. Dis Colon Rectum 1992;35:975-80

Conclusion (1)

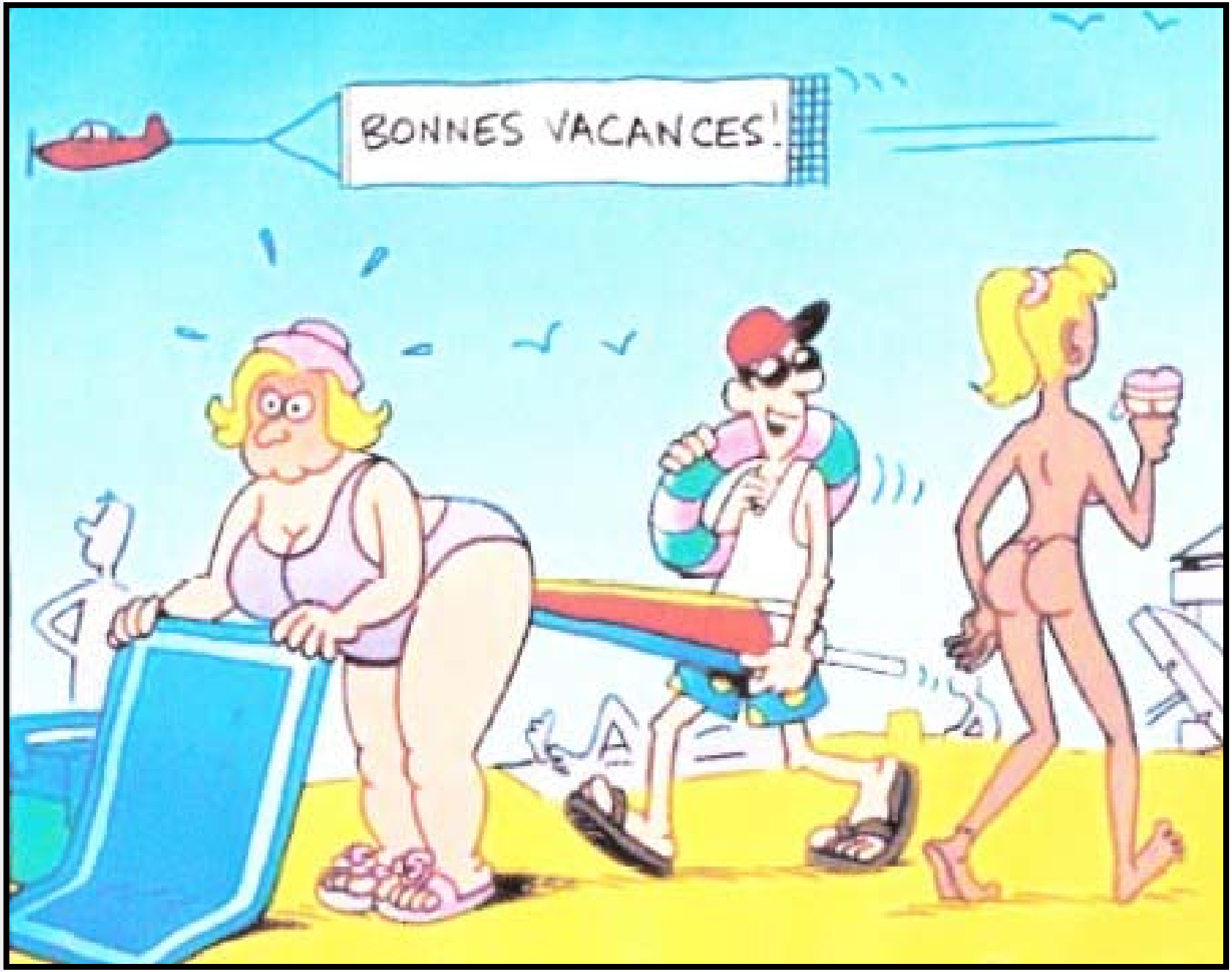
Le traitement médical permet de gérer la plupart des situations. Mais dans 20% des cas de maladie de Crohn non fistulisante (dans un délai médian de 43 mois) et dans tous les cas d'abcès péri-anal, un geste chirurgical est nécessaire [1]

1. **Bouguen et al. Long-term outcome of non-fistulizing (ulcers, strictures perianal Crohn's disease in patients treated with infliximab. Aliment Pharmacol Ther 2009;30:749-56**

Conclusion (2)

Le traitement des formes complexes de LAP de Crohn repose sur de nombreuses techniques, dont les indications sont posées en fonction :

- **Des troubles rapportés par le patient**
- **De l'efficacité du traitement médical**
- **Des lésions anatomiques**
- **De l'avis des experts et du patient, en l'absence d'EBM**


BONNES VACANCES!

Les points forts

-Il existe plusieurs modalités de traitement chirurgical d'une fistule anale complexe sur maladie de Crohn :

• fistulotomie ;
• drainage en séton (dont il existe plusieurs techniques) ;
• lambeau d'avancement rectal ;
• injection de colle biologique ;
• insertion d'un plug ;
• transposition de divers lambeaux musculaires (bulbo-caverneux, gracilis).

- La plupart des sténoses anales sur maladie de Crohn peuvent être traitées par dilatations éventuellement répétées, mais nécessitent rarement des gestes chirurgicaux agressifs.

- La stomie d'amont temporaire permet de mettre au repos les lésions ano-périnéales et rectales de la maladie de Crohn (fistules, rectite).

- L'amputation abdominopérinéale du rectum est envisagée en dernier recours, devant des lésions ano-périnéales et
rectales sévères et irréversibles.

- Le traitement chirurgical n'intervient que chez environ 20 % des patients atteints de maladie de Crohn anopérinéale non fistulisante traités par infliximab et suivis 3 ans.