

Conflits d'intérêt Laurent Siproudhis

- MSD
 - Symposium MSD SNFCP novembre 2011
 - Congrès AGA mai 2011
 - Aide à l'amélioration d'une base de données LAP 2011

Conflits d'intérêt Franck Devulder

-

Cinq objectifs pédagogiques



- ✦ Savoir reconnaître les sténoses du canal anal et du bas rectum lors de la maladie de Crohn
- ✦ Connaître l'histoire naturelle des sténoses de la maladie de Crohn et les associations lésionnelles
- ✦ Caractériser une sténose et l'explorer: classifications anatomiques, explorations utiles
- ✦ Connaître les traitements non invasifs des sténoses de Crohn
- ✦ Connaître les options du traitement chirurgical des sténoses

Michel G 30/08/1956

1985

- Maladie de Crohn iléocolique cortico sensible.

1993

- Sténose colique gauche infranchissable, sténose iléale étendue, très serrée, Sténose du côlon transverse. Intolérance à l'azathioprine.

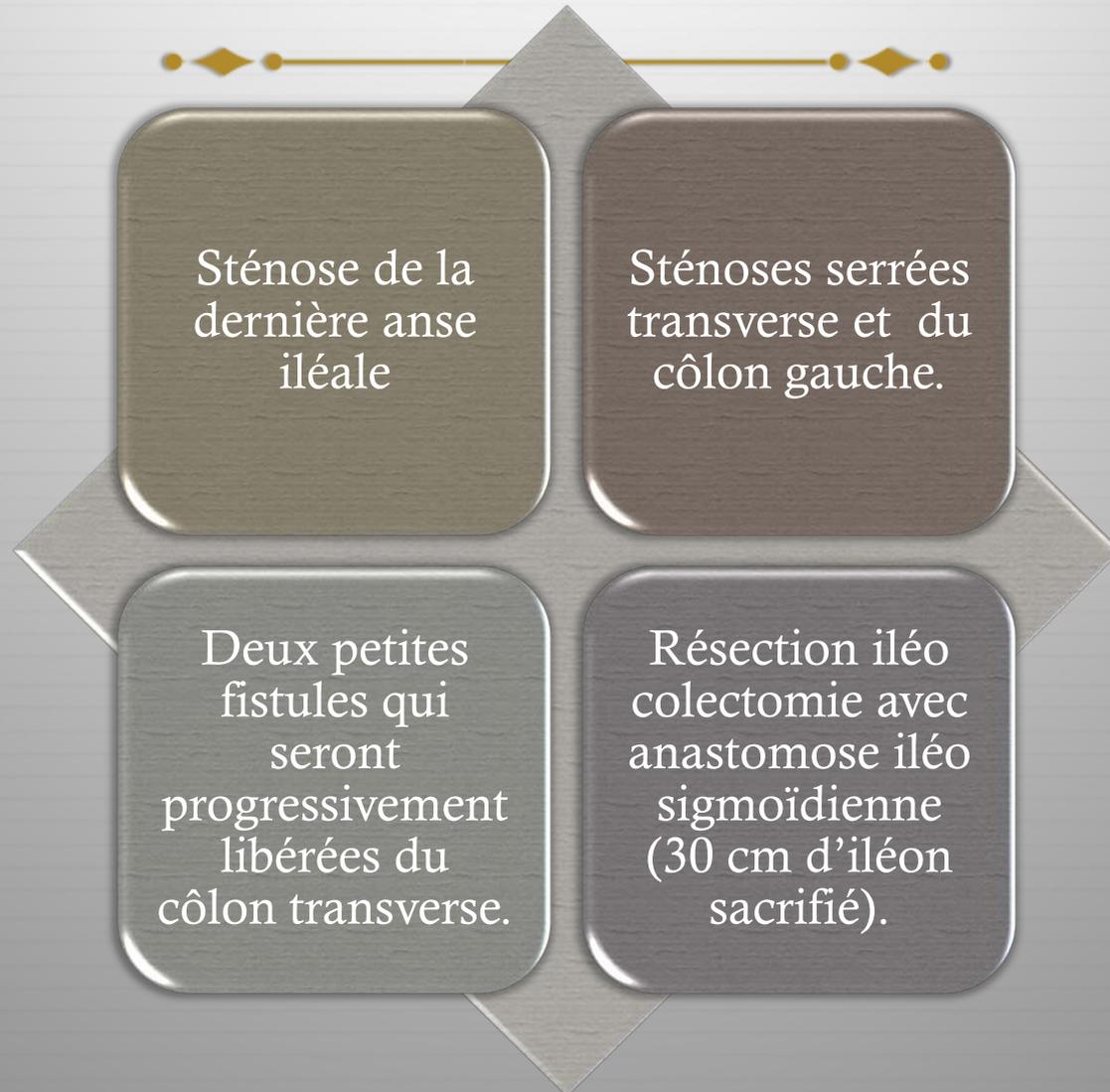
1996

- Abscès anaux incisés.

1997

- syndrome de Koenig et diarrhées fréquentes. Fistules colo duodénales.

1997 est une mauvaise année



2002: anus douloureux

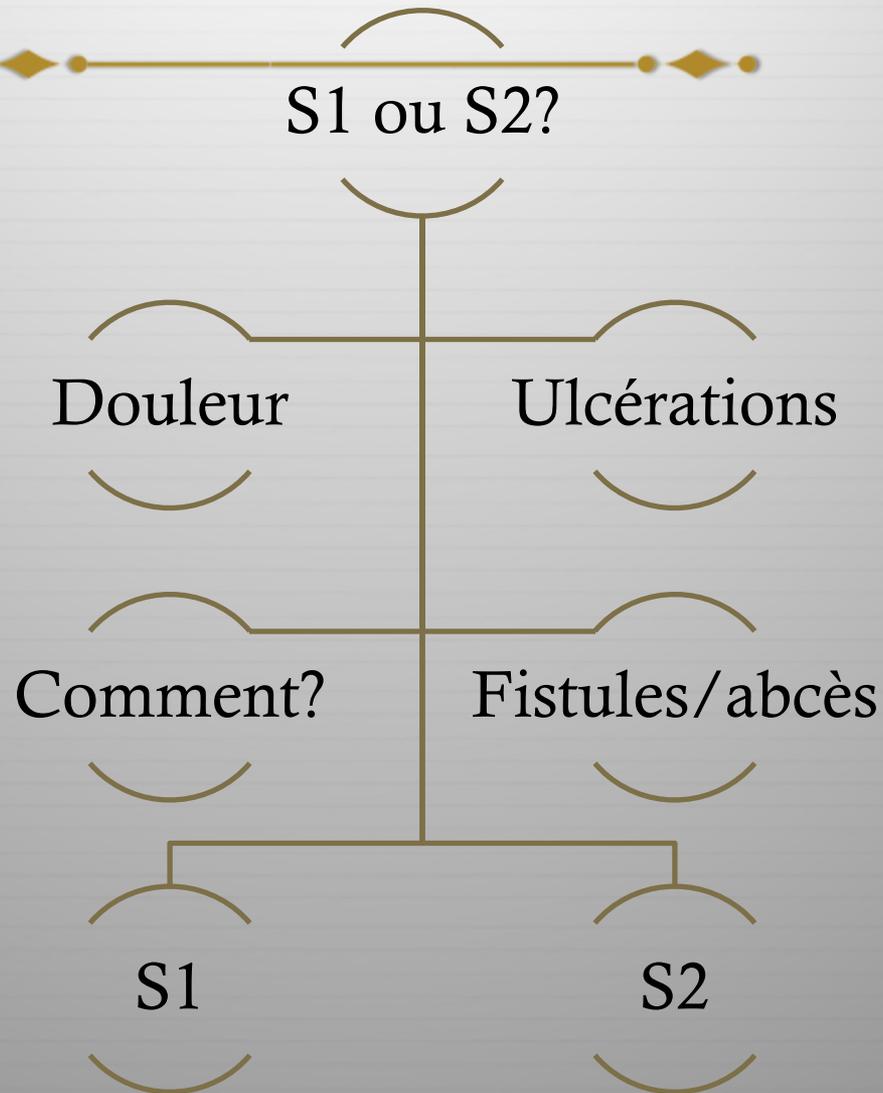
Depuis 1997 celui de 4 à 5 selles/24 h.

Empâtement de la fosse ischiorectale gauche, un peu en arrière d'un orifice fistuleux antérolatéral gauche, productif.

Deux orifices fistuleux en avant du noyau fibreux central, en regard du raphé anoscrotal. Le trajet le plus distal est environ à 6 cm de la marge anale.

sténose haute ou spasme douloureux ?

Quelle sténose?



2007: rechute clinique bien résistante (prednisolone 1 mg/kg depuis 6 semaines)



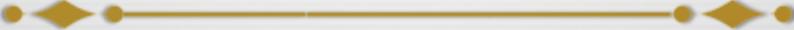
PDAI 7+

- Écoulement (1)
- Douleurs importantes (4)
- Sexualité impactée (2)

Harvey Bradshaw 10

- État général médiocre (2)
- Douleurs abdominales moyennes (2)
- Selles liquides +6

2007 son examen procto



Sténose serrée (S2)

- Anus sténosé et ulcéré (U2)
- Bas rectum (8 mm) longue (20 mm)

Dermite péri anale

- Plis épaissis
- Pas de fistule anale
- Un peu de pu dans le canal anal



Explorer?

Comment?

Long-term outcome of non-fistulizing (ulcers, stricture) perianal Crohn's disease in patients treated with infliximab

G. BOUGUEN*, I. TROUILLOUD†, L. SIPROUDHIS*, A. OUSSALAH†, M.-A. BIGARD†, J.-F. BRETAGNE*
& L. PEYRIN-BIROULET†

PAR AVION

© ГЪЕЛВИИ-БИРОУЛЕТ†

© BOUGUEN, I. TROUILLOUD†, L. SIPROUDHIS*, A. OUSSALAH†, M.-A. BIGARD†, J.-F. BRETAGNE* & L. PEYRIN-BIROULET†



World J. Surg. 4, 203-208, 1980



Perianal Crohn's Disease

John Alexander-Williams, M.D., F.R.C.S. and P. Buchmann, M.D.

The General Hospital, Birmingham, England

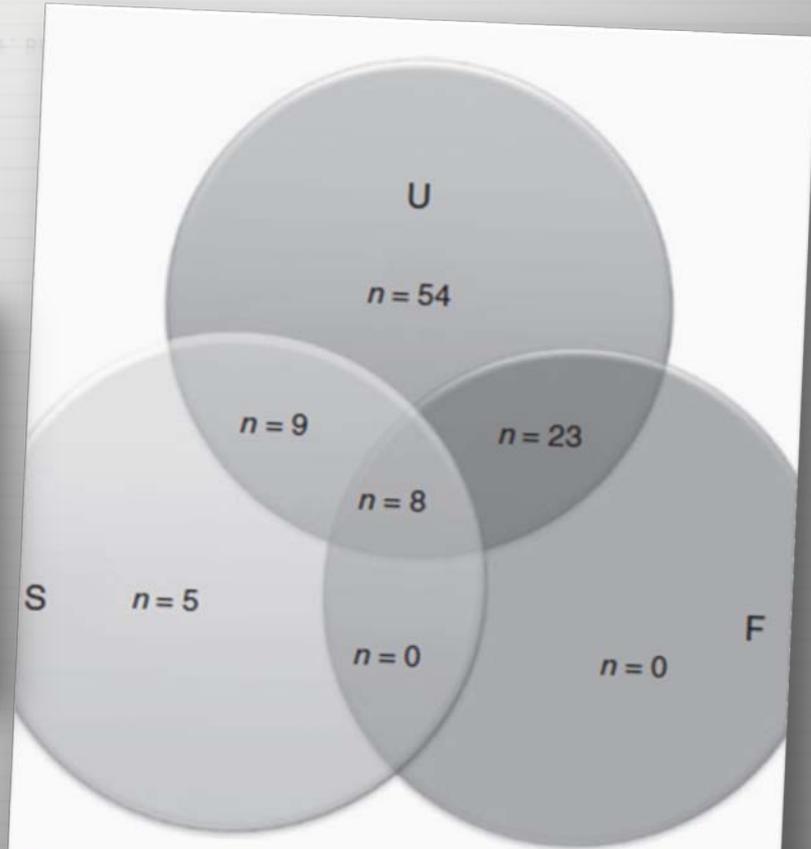
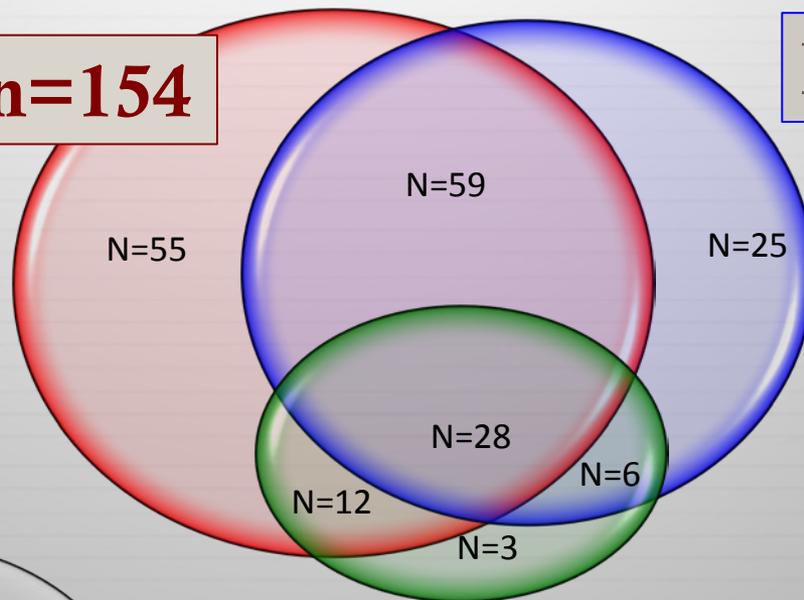


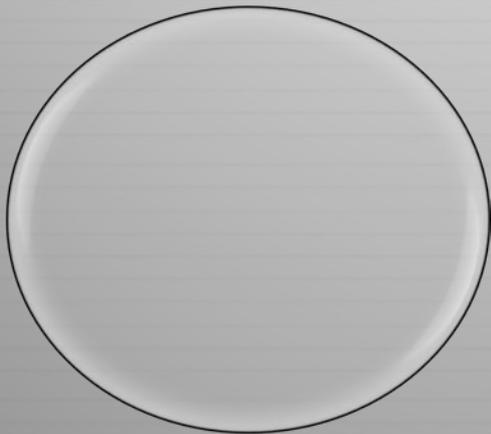
Figure 1. Association of non-fistulizing (ulcers, stricture) perianal lesions ($n = 99$) with other non-fistulizing lesions and perianal fistulas: Ulcers (U), stricture (S), fistula (F).

Ulcération n=154

Fistule n=118

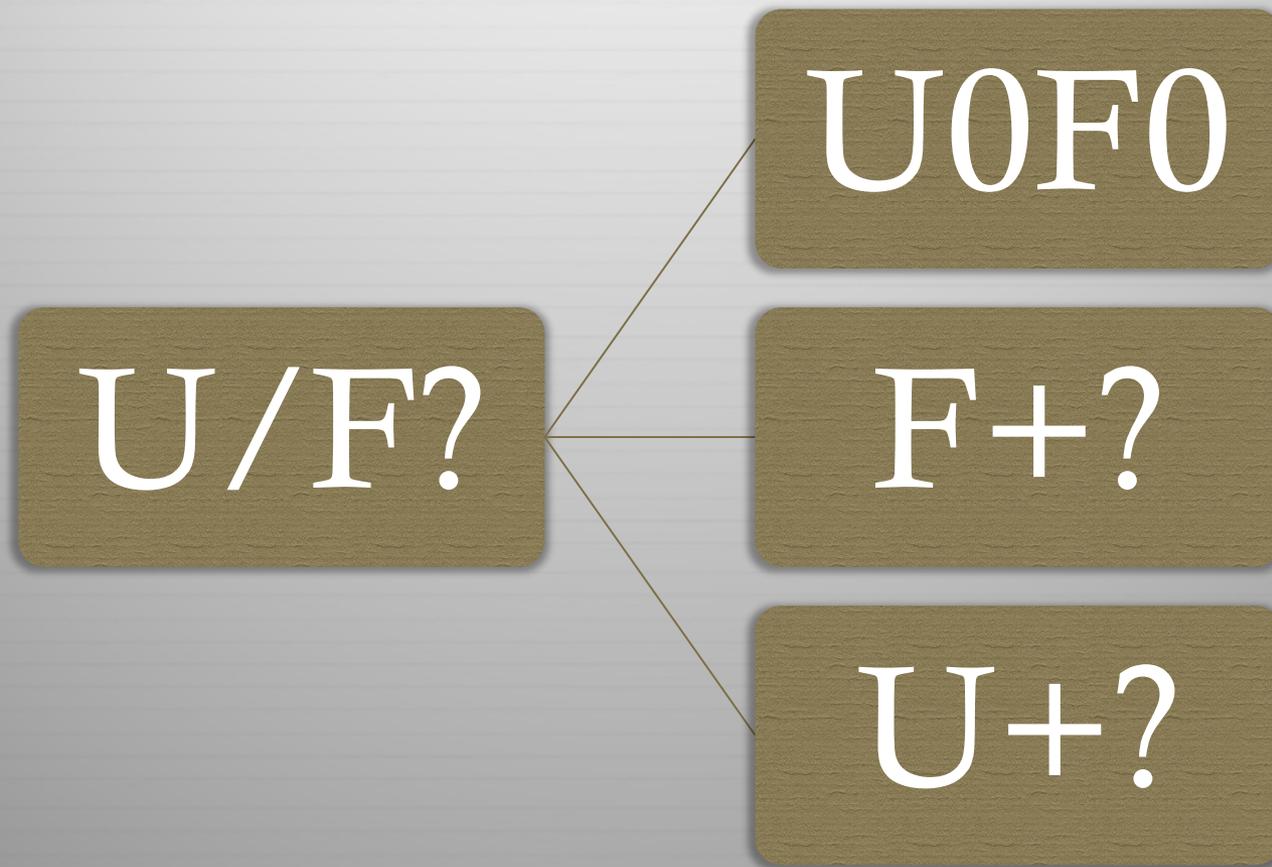


Sténose n=49

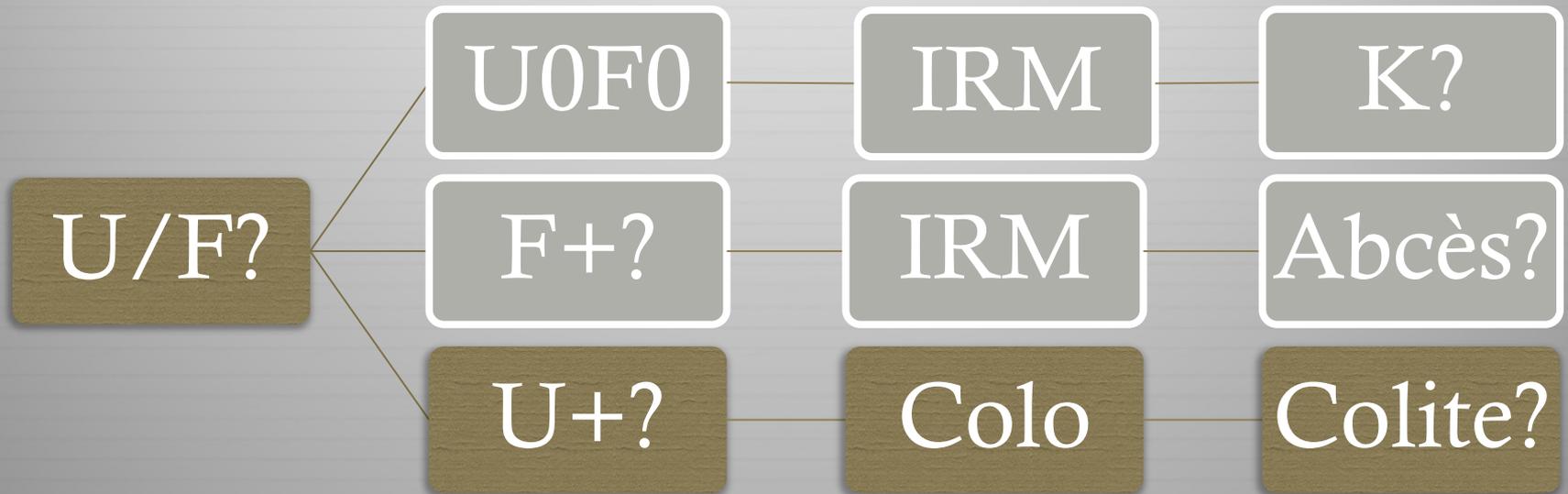


Non UFS n=94

Explorer une sténose

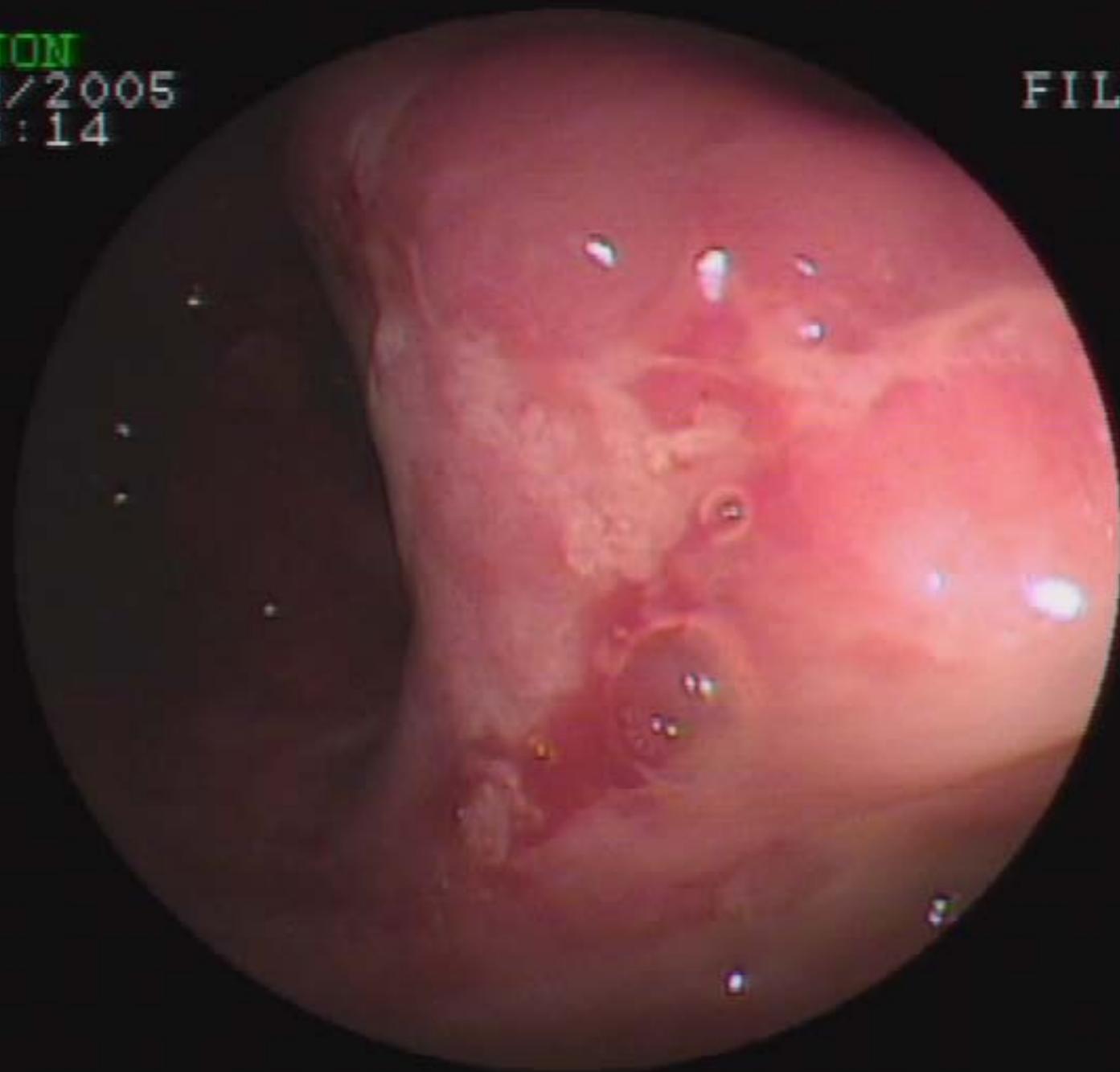


Explorer une sténose



FUJINON
25/03/2005
10:46:14

AVE
FILM 01
1/60





WG4: Perineum including anus, genital tract.

3a.

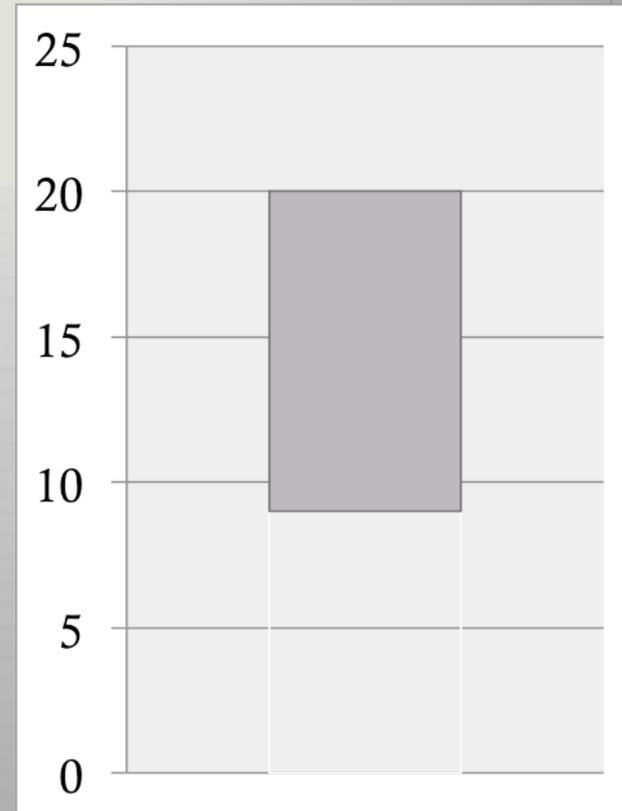
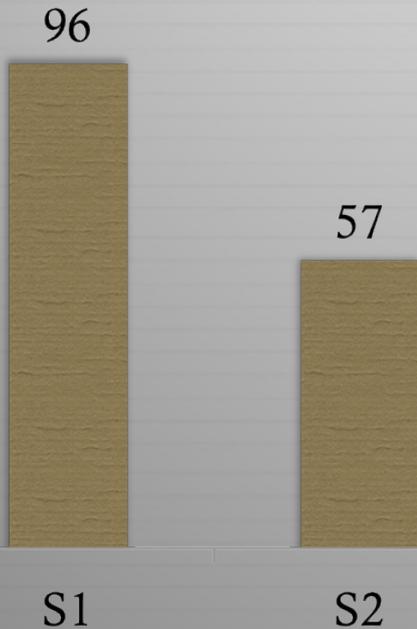
- Endoscopic examination of the rectum and colon is needed to determine the presence of macroscopic inflammation and/or anal stenosis and is useful for planning treatment of perianal Crohn's disease

Level of Evidence: 1b Grade of Recommendation: A

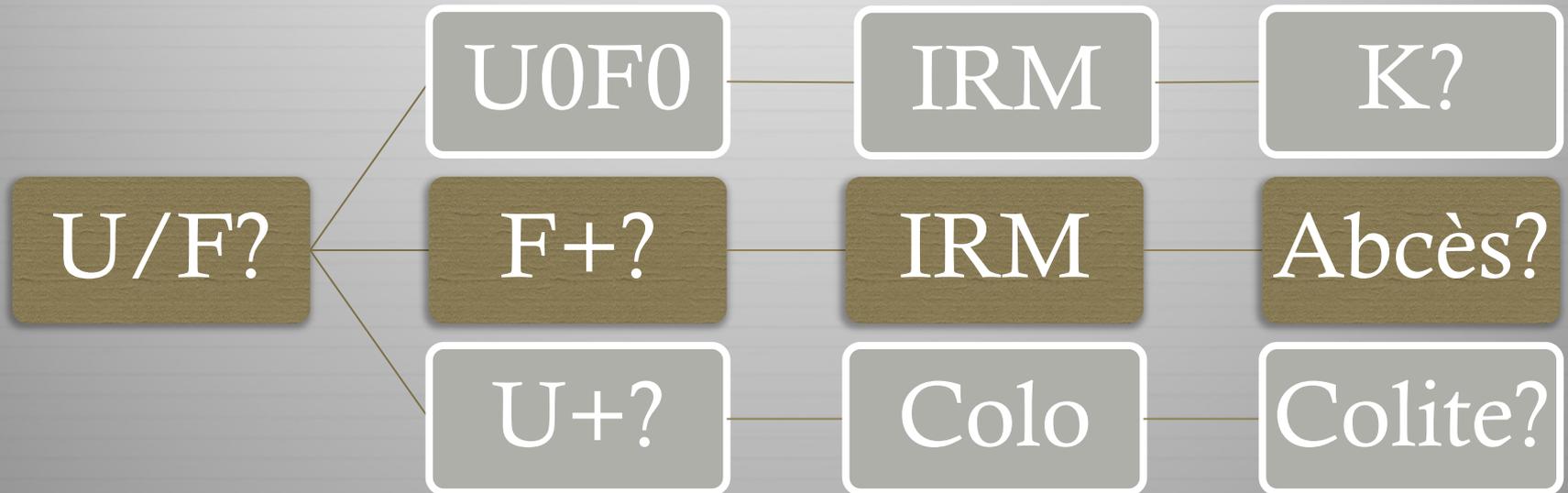
Nonfistulizing Perianal Crohn's Disease: Clinical Features, Epidemiology, and Treatment

Guillaume Bouguen, MD,* Laurent Siproudhis, MD, PhD,* Jean-François Bretagne, MD, PhD,*
Marc-André Bigard, MD, PhD,[†] and Laurent Peyrin-Biroulet, MD, PhD[†]

rectite



Explorer une sténose

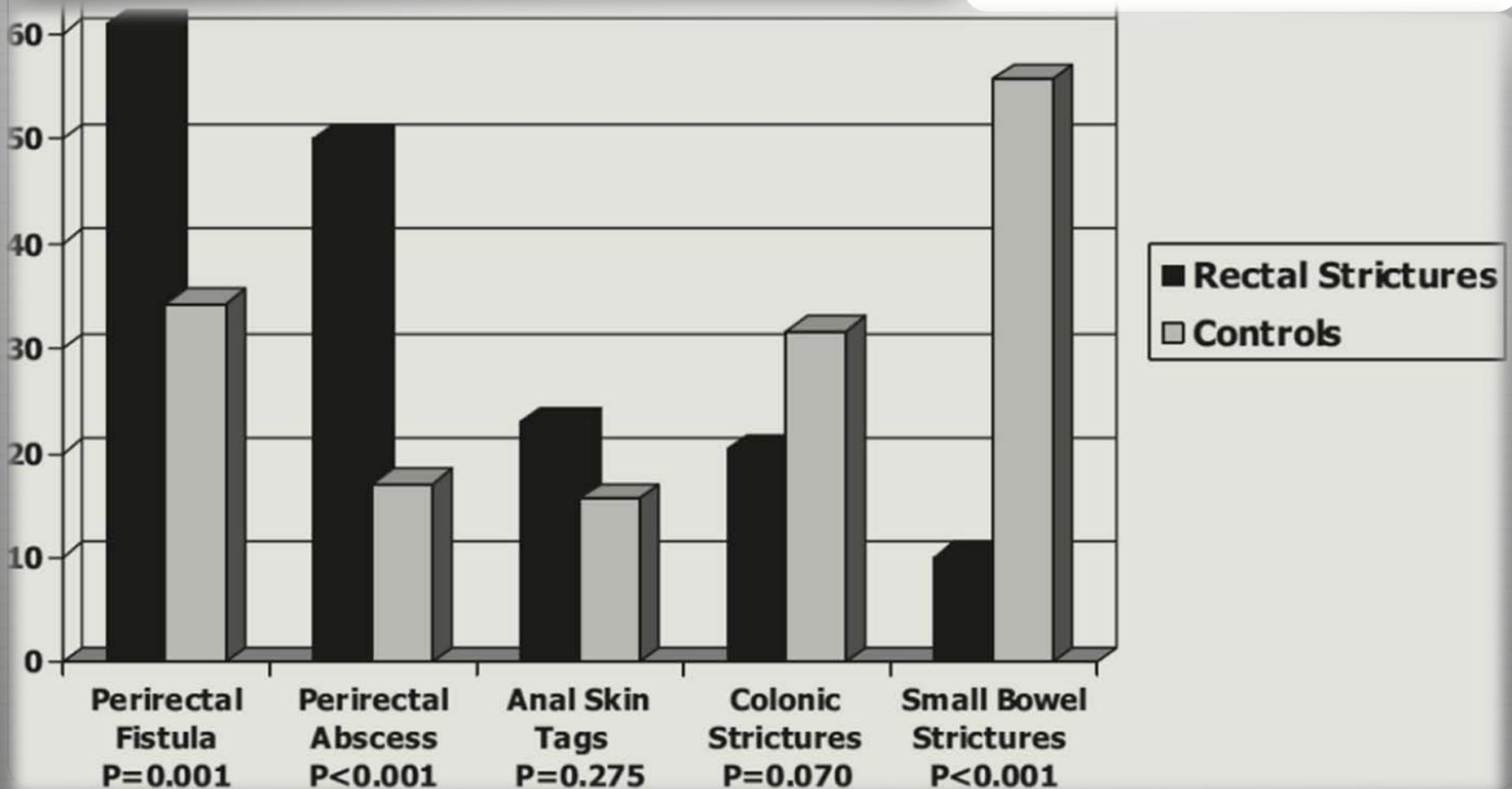


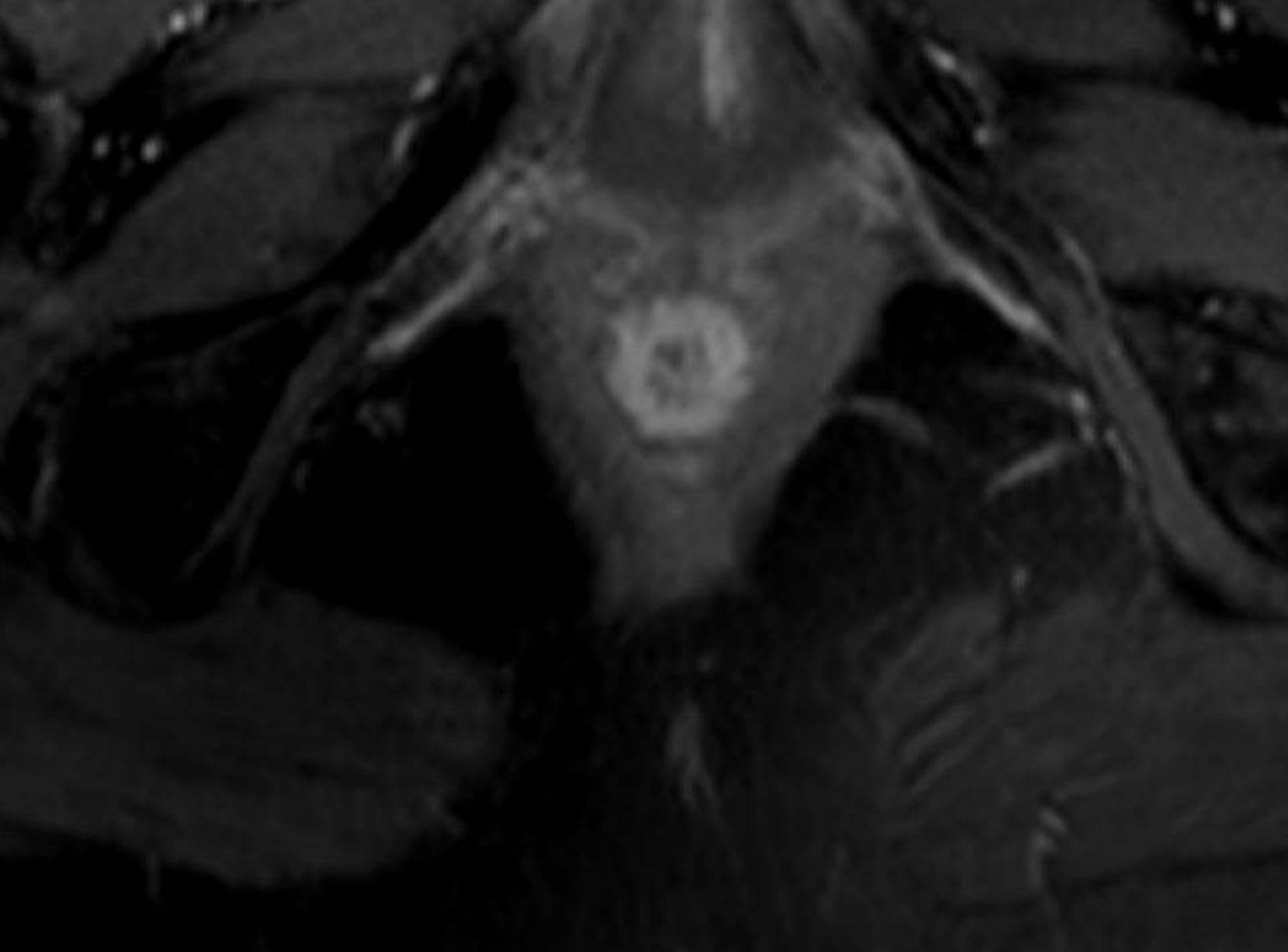
Rectal Strictures in Crohn's Disease and Coexisting Perirectal Complications

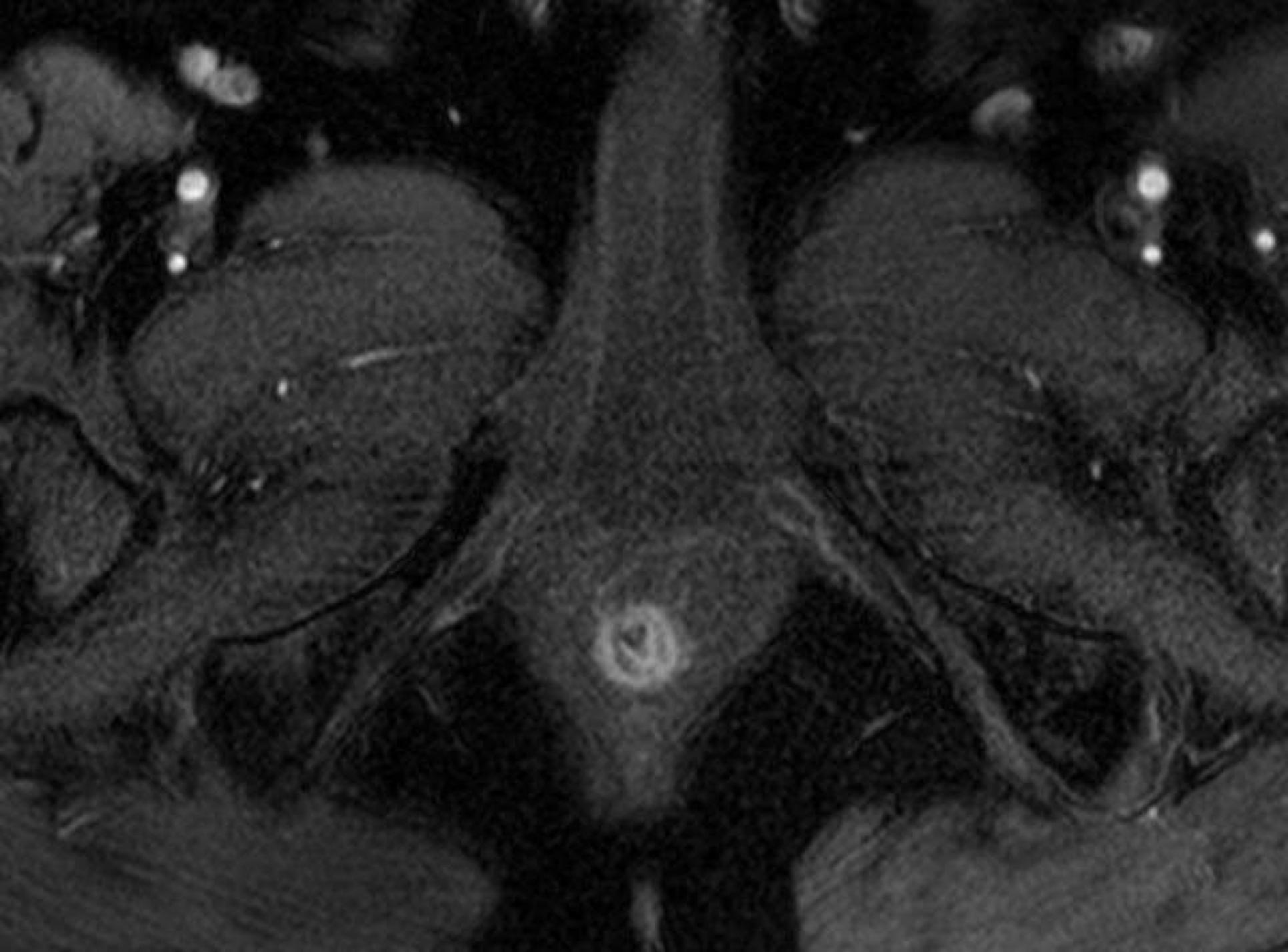
Susan Fields, MD, Louis Rosainz, MD, Burton I. Korelitz, MD, MACG, Georgia Panagopoulos, PhD, Judy Schneider

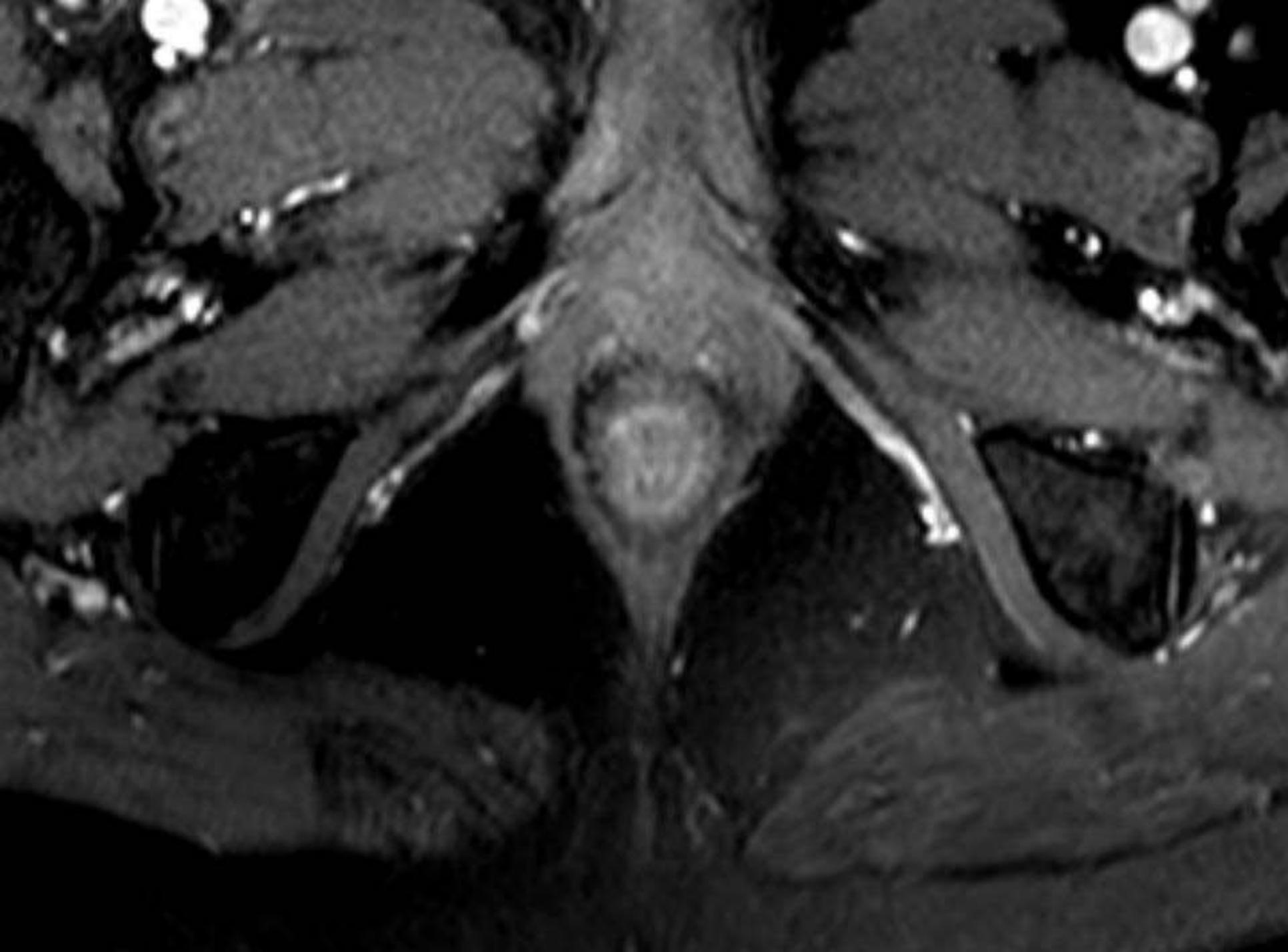
TABLE 1. Matching of Study and Control Groups

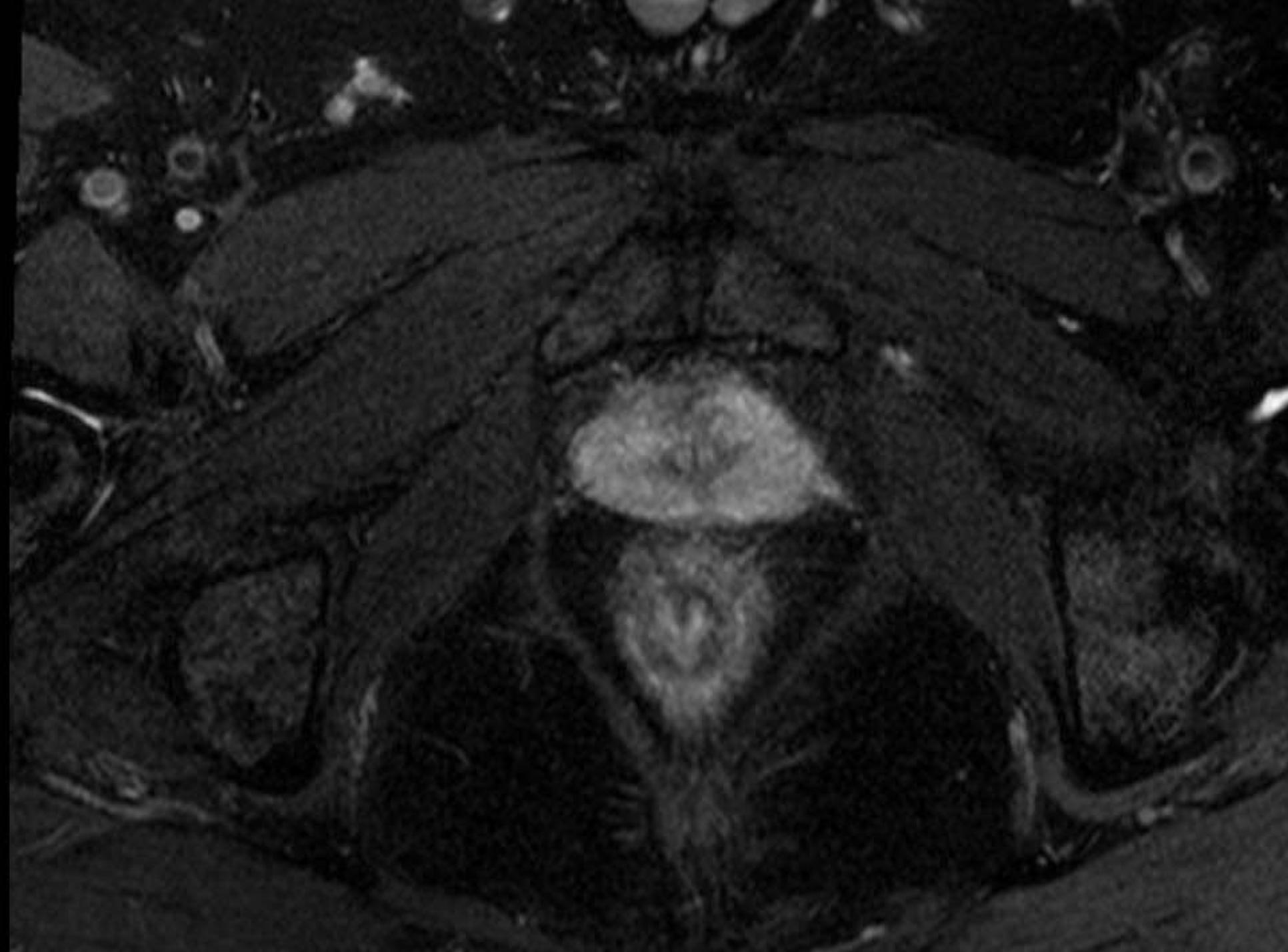
	Rectal Strictures	Controls
Males	32	32
Females	38	38
Age	54 years SD = 12.7 years.	54 years. SD = 12.6 years.
Duration of disease	315 months SD = 131.8 months	314 months SD = 123.4 months

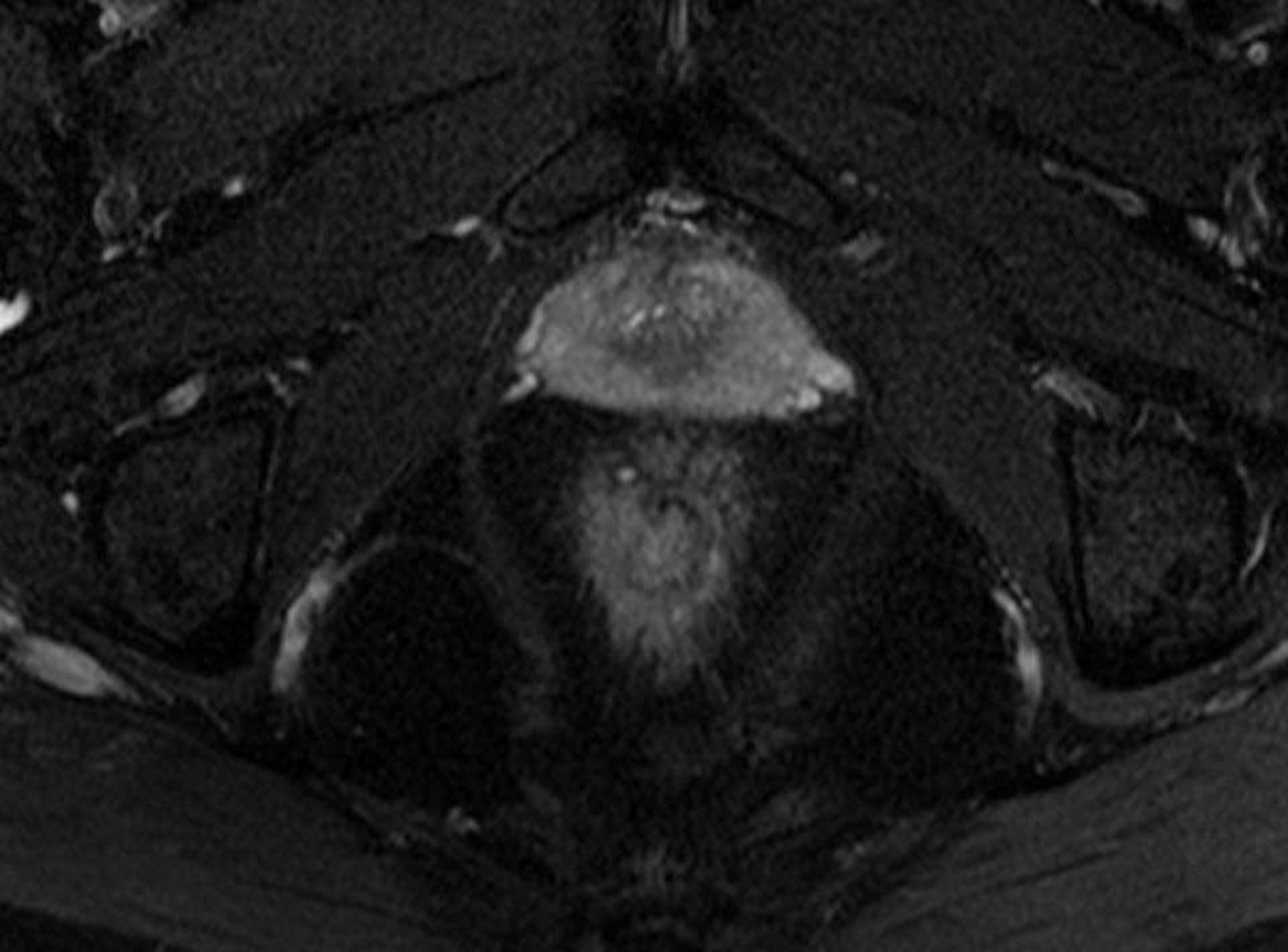


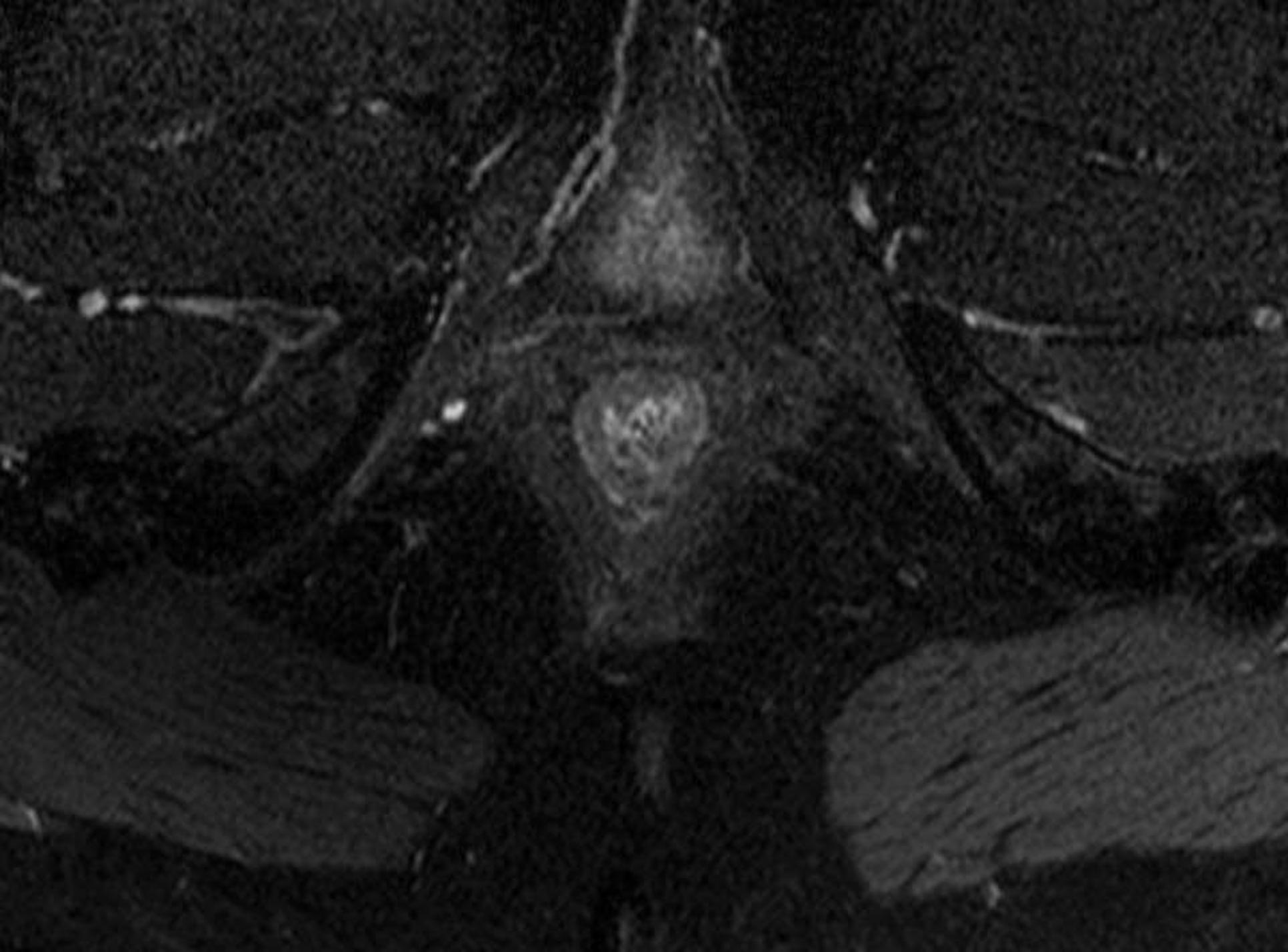




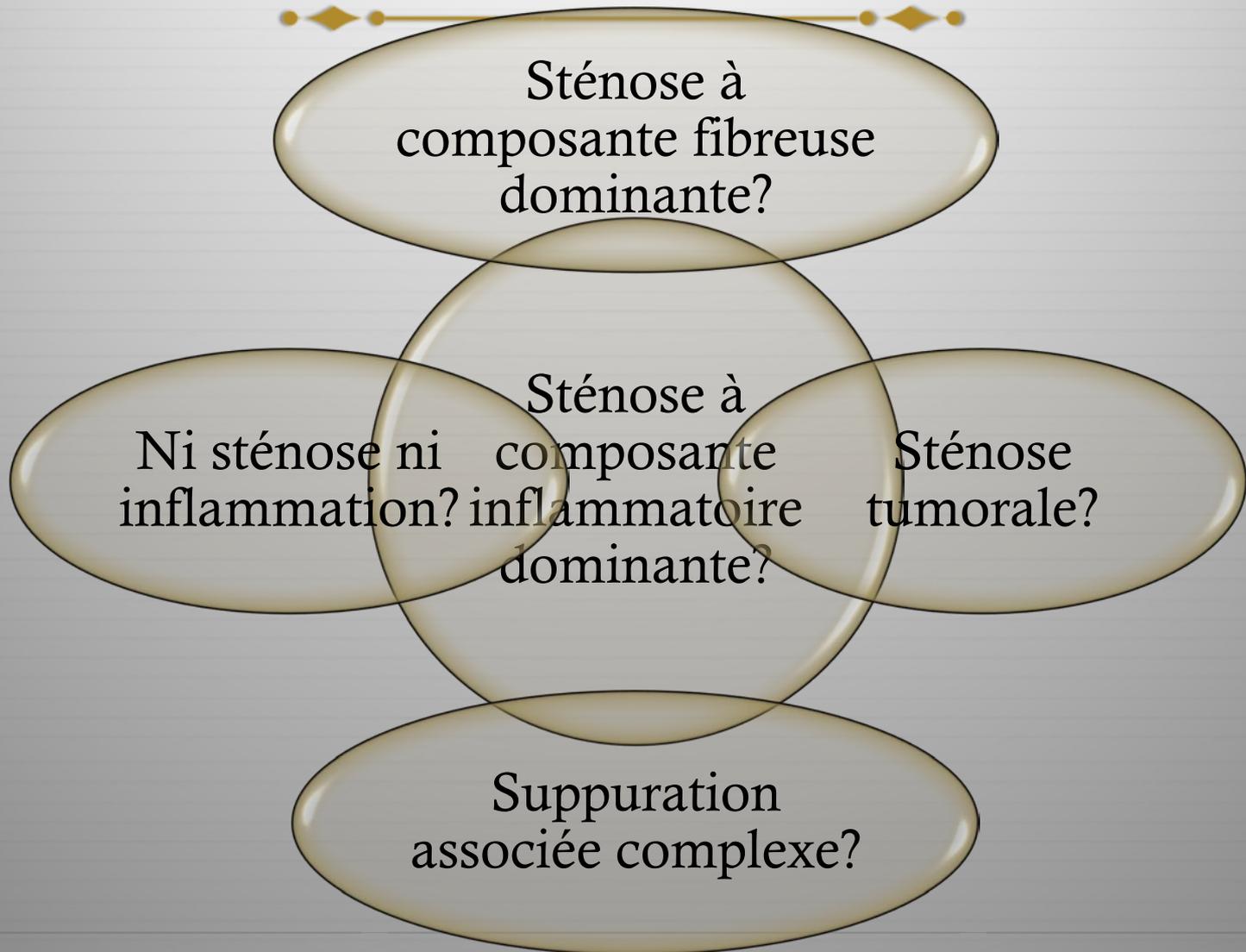




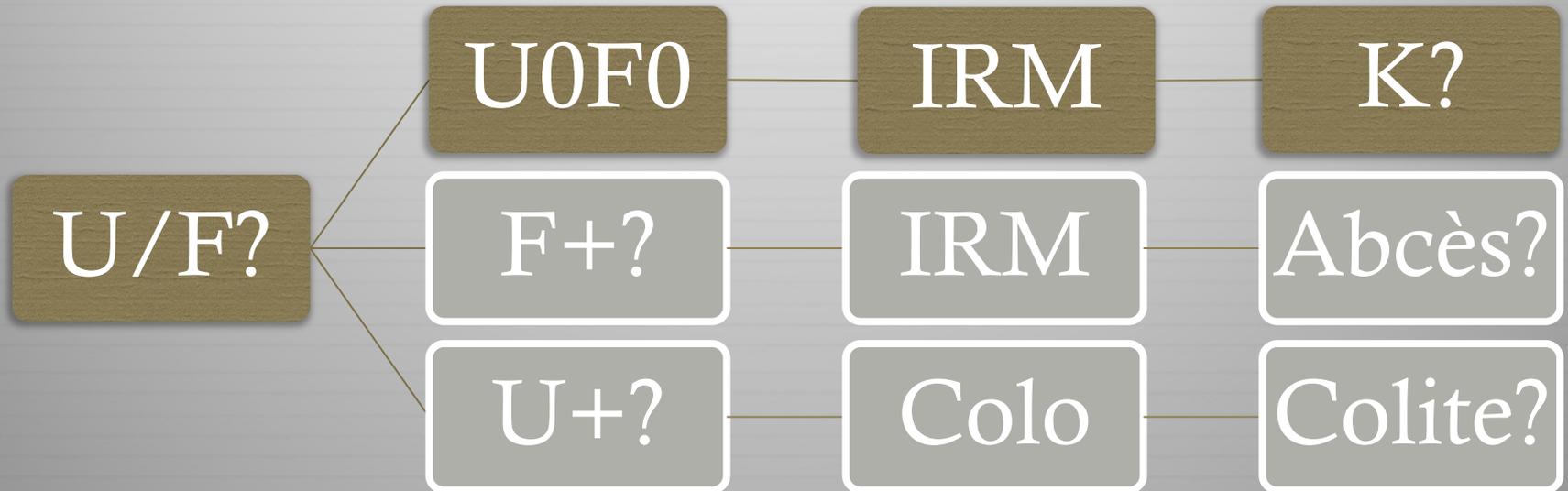




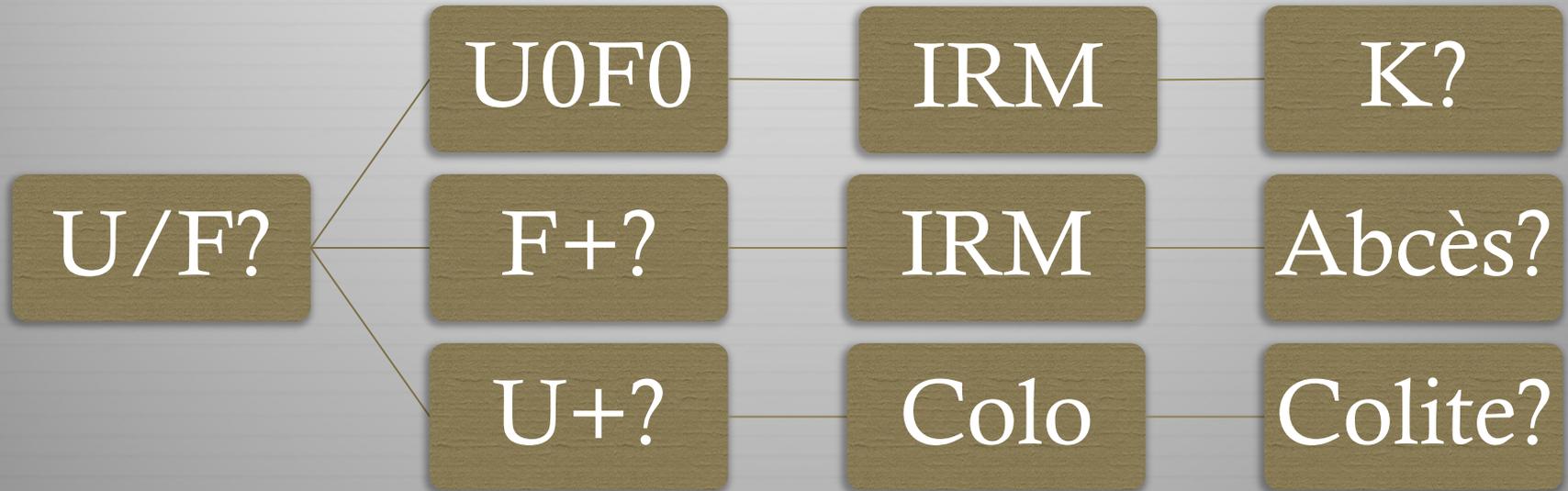
Quelles conclusions tirer de cet examen?



Explorer une sténose



Explorer une sténose, c'est



WG4: Perineum including anus, genital tract.

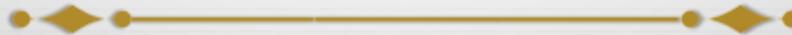
5.

- Confirmation of luminal stenosis or carcinomatous transformation in the context of chronic CD related fistulation should be made using established clinical, endoscopic and histopathological criteria. The role of imaging is largely limited to staging of established disease and assessing the severity of known luminal stenosis.

Level of Evidence: 4

Grade of Recommendation: D

Que proposer à Michel?



Dilater puis
anti TNF ?



Anti TNF
puis
dilatation?



Stomie de
dérivation?



Proctectomie
avec
iléostomie
définitive?





available at www.sciencedirect.com

ScienceDirect



SPECIAL ARTICLE

The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Special situations

Gert Van Assche^{*,1}, AxelIGNASS^{*,1}, Walter Reinhold¹, C. Janneke van der Woude, Andreas Sturm, Hans-Peter van der Vliet, J. van der Vliet, Mario Guslandi, Bas Oldenburg, Iris Dolan, Philippe Marteau, Alessandro Ardizzone, Daniel C. Baumgart, Geert D'Haens, Paolo Gionchetti, Francisco Portela, Boris Vucelic, Johan Söderlund, Johanna Escher, Sibylle Koletzko, Kaija-Leena Kolho, Milan Lukin, Christian Mottet, Herbert Tilg, Séverine Vermeire, Frank Carbonnel, Andrew Cole, Gottfried Novacek, Max Reinshagen, Epameinondas Tsianos, Klaus Herrlinger, Bas Oldenburg, Yoram Bouhnik, Ralf Kiesslich, Eduard Stange, Simon Travis, James Lindsay for the European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO)

Received 19 August 2009; received in revised form 28 September 2009; accepted 28 September 2009



available at www.sciencedirect.com



SPECIAL ARTICLE

The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Current management

7.3.3. Dilatation of strictures

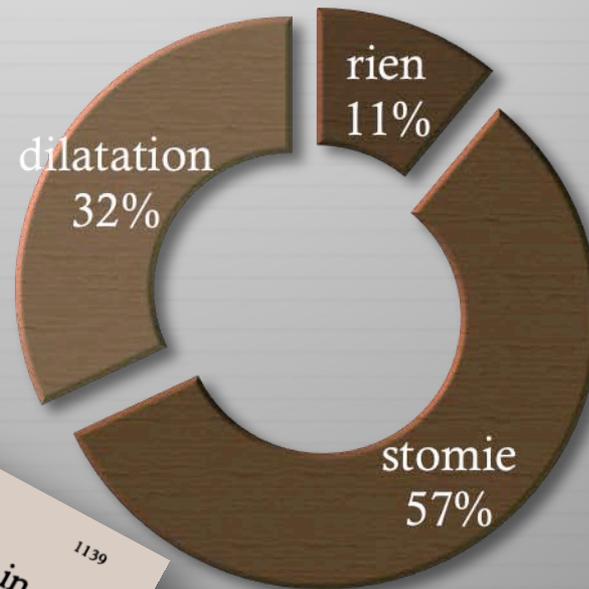
ECCO Statement 71

Endoscopic dilatation of stenosis in Crohn's disease is a preferred technique for the management of accessible short strictures. It should only be attempted in institutions with surgical back-up [EL2a, RG B].

Nonfistulizing Perianal Crohn's Disease: Clinical Features, Epidemiology, and Treatment

Guillaume Bouguen, MD,* Laurent Siproudhis, MD, PhD,* Jean-François Bretagne, MD, PhD,*
Marc-André Bigard, MD, PhD,[†] and Laurent Peyrin-Biroulet, MD, PhD[†]

traitements

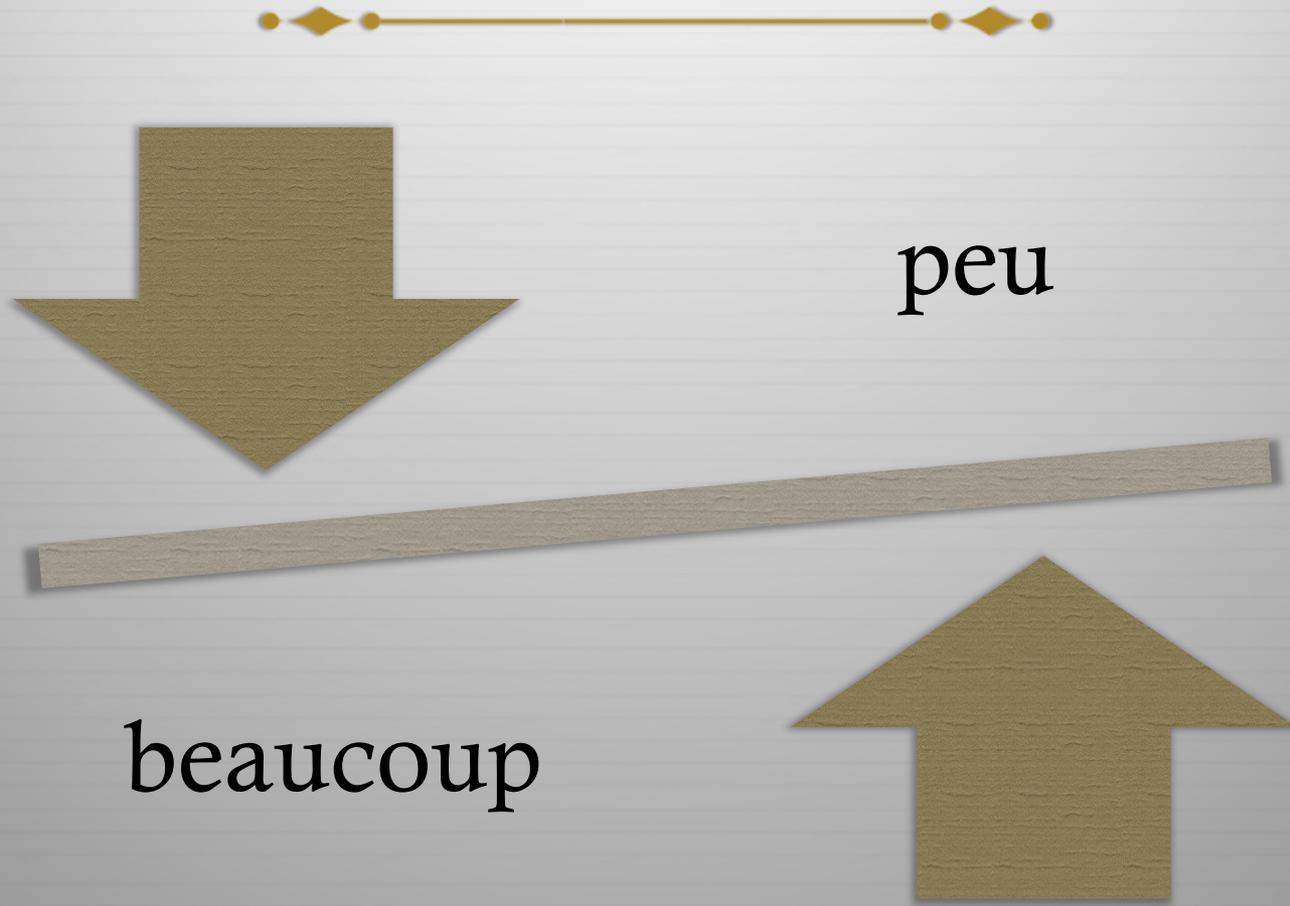


Gw 1994; 35: 1139-1140

**Bowel diversion should be used with caution in
stenosing anal Crohn's disease**

M E R Williamson, L E Hughes

Sténose: quels symptômes?



Traiter une sténose peu symptomatique

Sténose peu
sévère

S1/S2

Quelle
composante
inflammatoire?

F+

U+

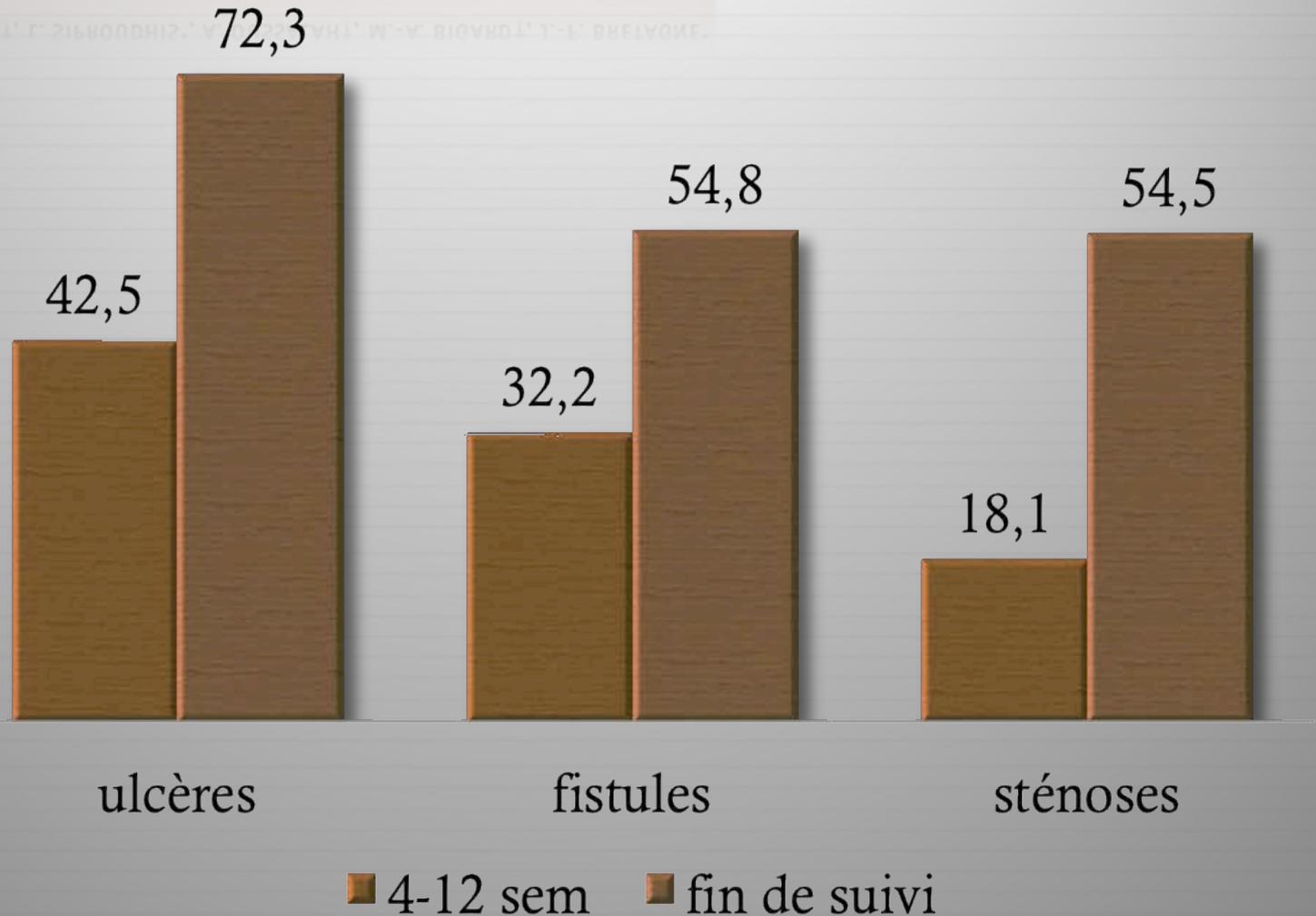
traiter

Drainer

Anti
TNF

Long-term outcome of non-fistulizing (ulcers, stricture) perianal Crohn's disease in patients treated with infliximab

G. BOUGUEN*, I. TROUILLOUD†, L. SIPROUDHIS*, A. OUSSALAH†, M.-A. BIGARD†, J.-F. BRETAGNE*
Et L. PEYRIN-BIROULET†



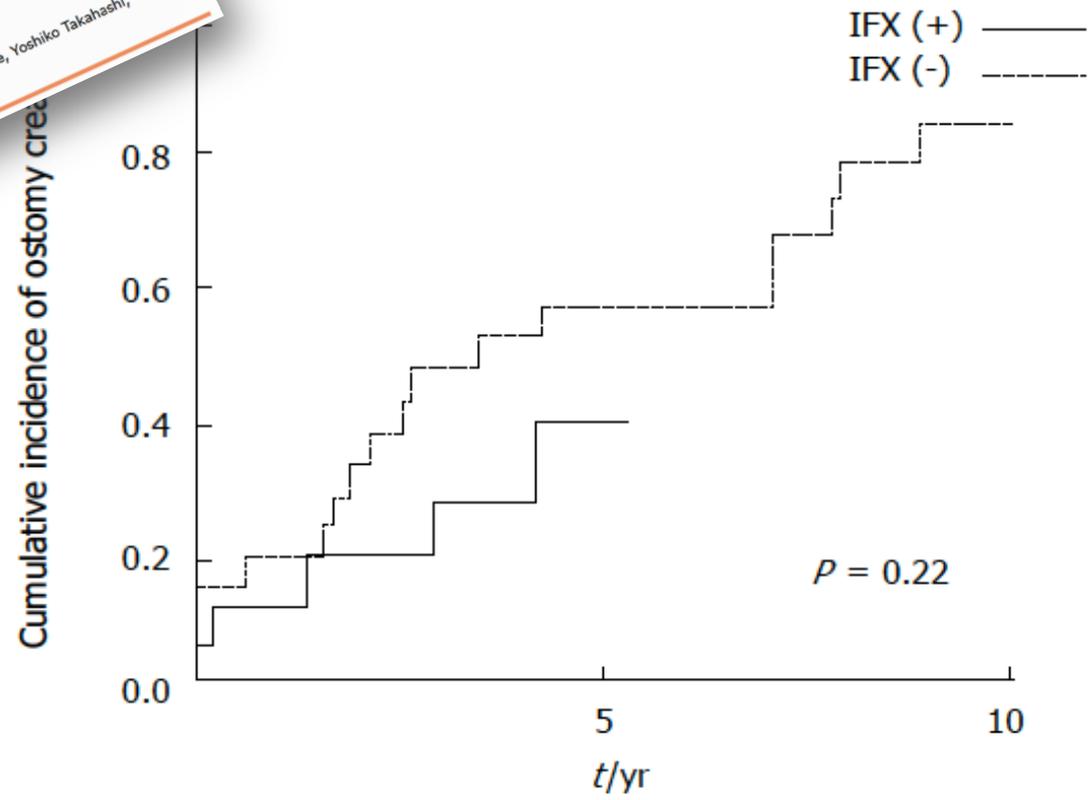


Figure 6 Cumulative incidence of ostomy creation in patients with anorectal stricture. The cumulative incidence of ostomy creation was 38.9%/5 years with infliximab (IFX) ($n = 19$) and 56.5%/5 years and 83.7%/10 years without IFX ($n = 21$), respectively.

Traiter une sténose peu symptomatique



Traiter une sténose très symptomatique

Sténose sévère

S2

Composante symptomatique?

Douleurs

Dyschésie,
Incontinence

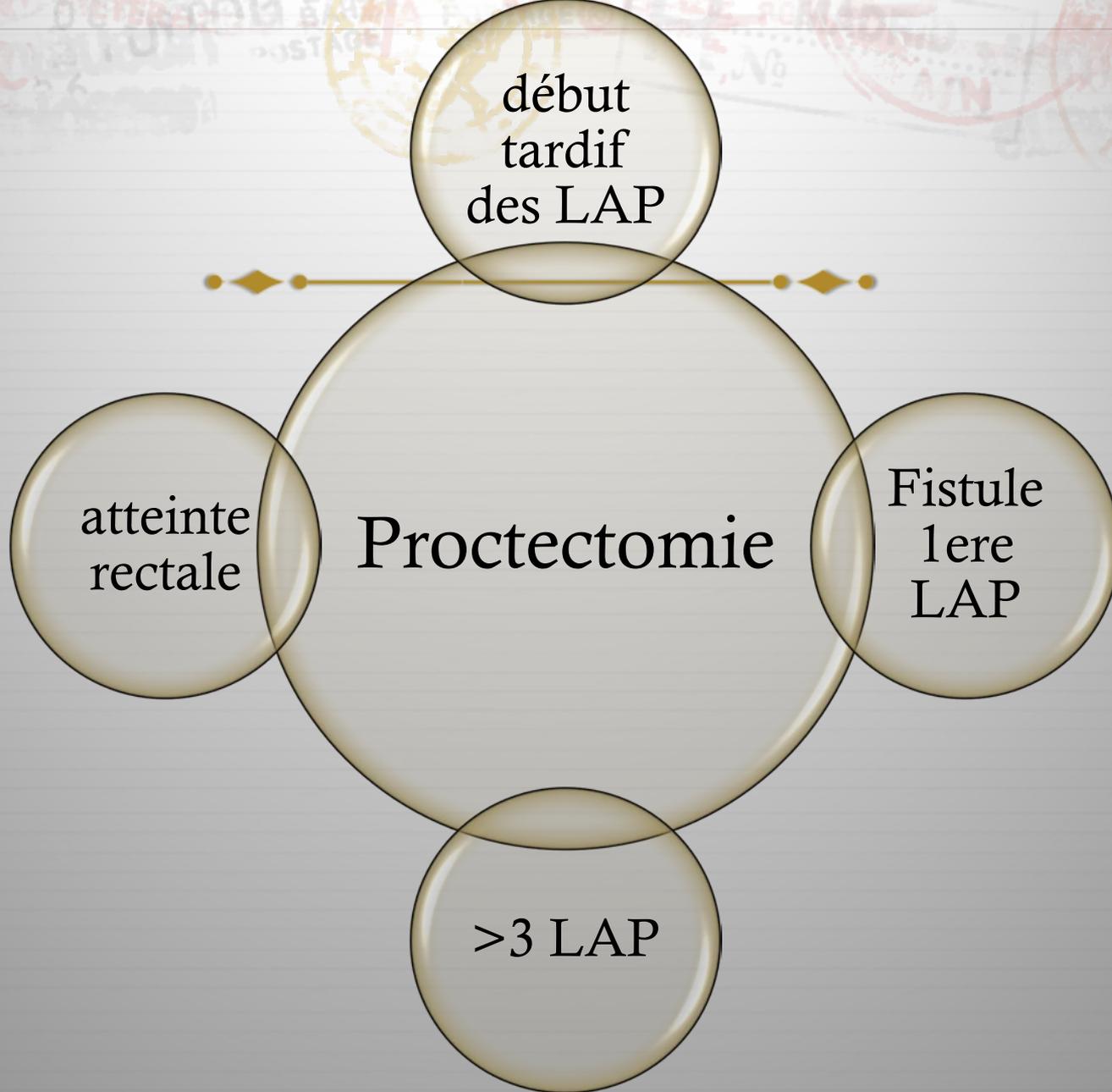
traiter

Drainer
Anti TNF

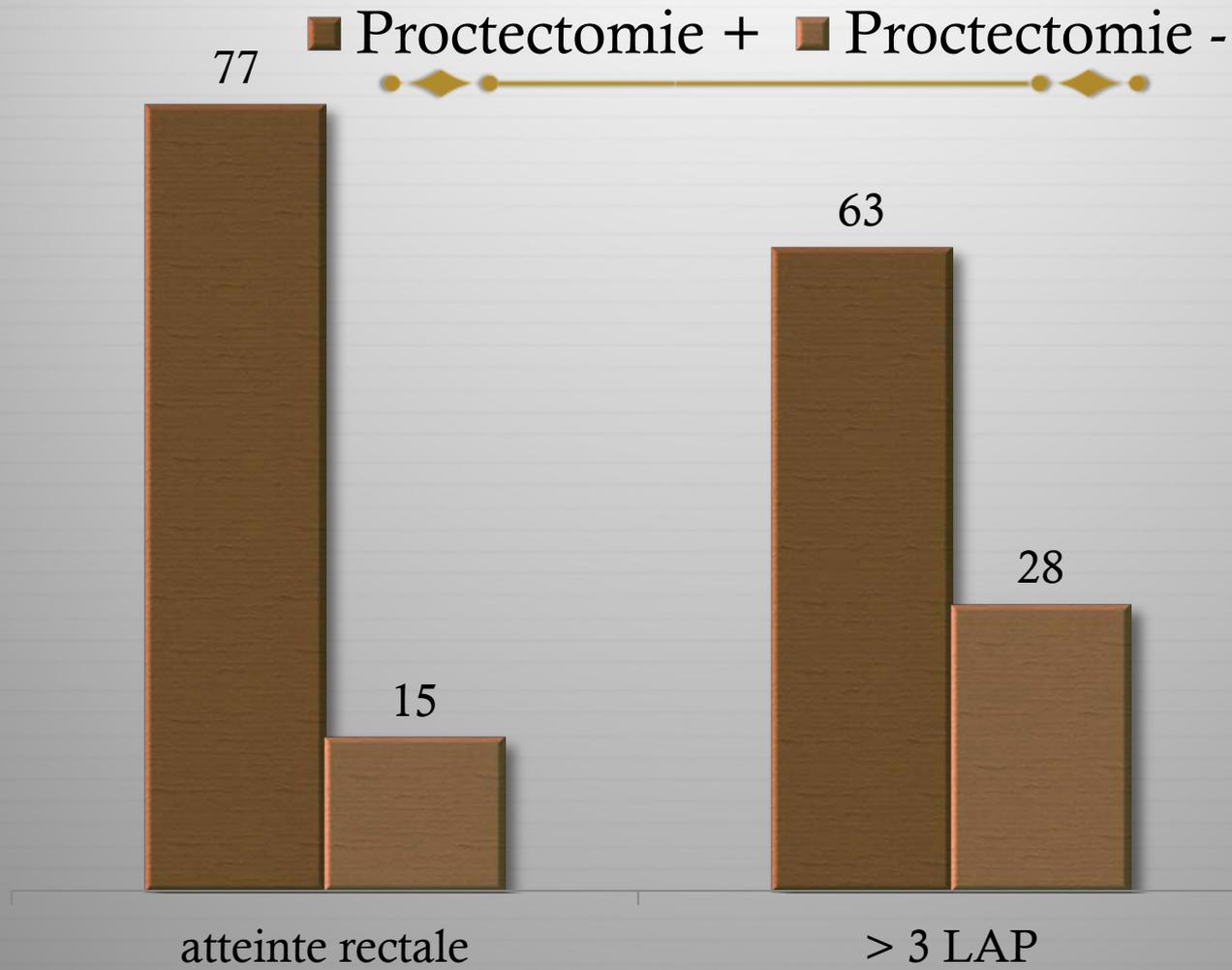
Dériver?

Dilatation

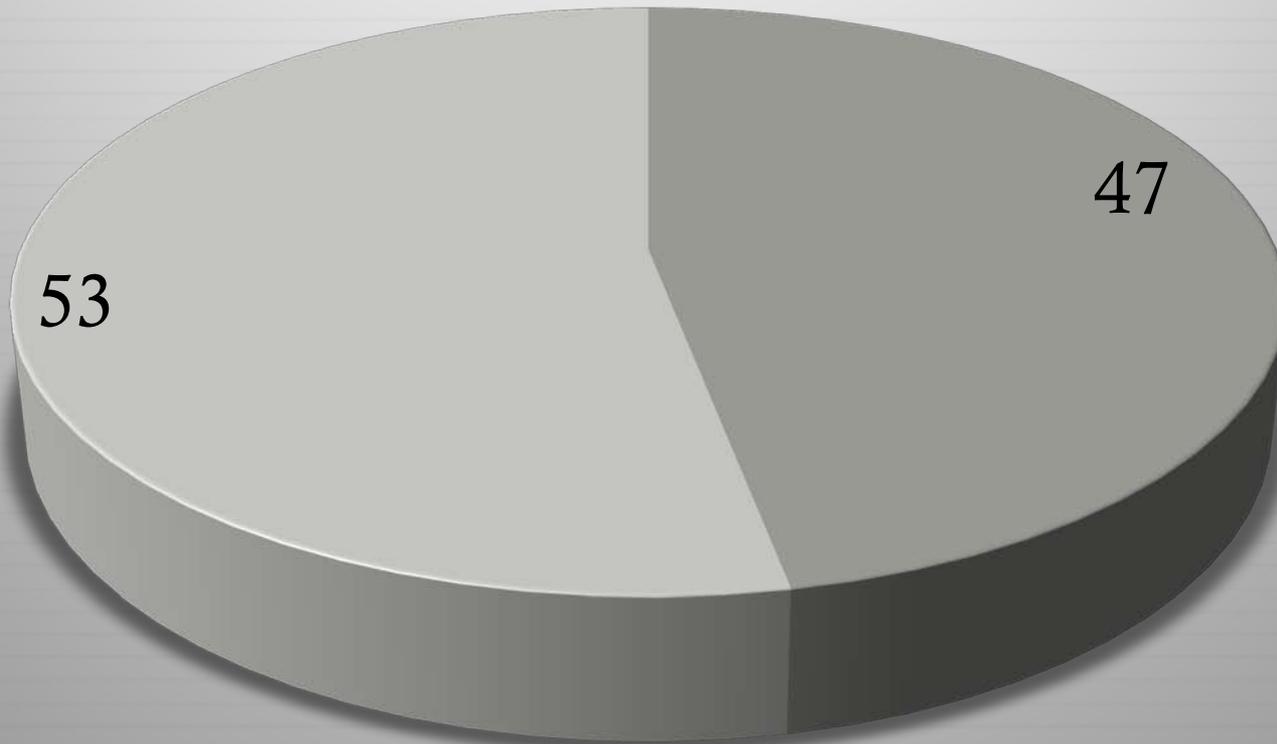
Proctectomie



Proctectomie et lésions associées



Stomie temporaire? rétablissement



messages

- ✦ On connaît mal l'histoire naturelle des sténoses anorectales
 - ✦ Il y a plusieurs sortes de sténoses (spasme ,inflammation, fibrose)
- ✦ La sténose anorectale est rarement isolée: elle cache quelque chose, notamment en cas de douleurs
 - ✦ Attention aux suppurations
- ✦ Les lésions associées doivent être traitées avant dilatation
 - ✦ Traiter l'inflammation et les ulcérations
 - ✦ Drainer la suppuration
- ✦ Les anti TNF ont peut être un intérêt dans le traitement de certaines sténoses anorectales
 - ✦ Composante inflammatoire dominante?
 - ✦ Risque de stomie?

Sténose de la Maladie de Crohn

Explorer

La sténose est elle isolée?

F+?

U+?

UOFO

IRM

Colo

IRM

Abcès?

Colite?

K?

Traiter

Peu
symptomatique

Très
symptomatique

F+

U+

Douleurs

Dyschésie,
Incontinence

Drainer

Traiter la colite
Anti TNF

Drainer
Anti TNF

Dilatation

Dériver?

Proctectomie

Cinq Points forts



- ✦ Les sténoses s'accompagnent d'ulcérations évolutives et de fistules dans plus de la moitié des cas
- ✦ La sténose peut être le mode de révélation d'un cancer du bas rectum ou du canal anal
- ✦ La sténose n'est pas toujours un processus irréversible et cicatriciel
- ✦ Il y a peut être une place pour les biothérapies et les corticoïdes dans les stratégies de prise en charge des sténoses anorectales de la maladie de Crohn
- ✦ Le traitement chirurgical des sténoses anales sont le drainage de la suppuration la dilatation, la dérivation et la proctectomie.

Références et référentiels

- ✦ ,Bouguen G, Siproudhis L, Bretagne JF, Bigard MA, Peyrin-Biroulet L. Nonfistulizing perianal Crohn's disease: clinical features, epidemiology, and treatment. *Inflamm Bowel Dis.* 2010;16:1431-42.
- ✦ Bouguen G, Trouilloud I, Siproudhis L, Oussalah A, Bigard MA, Bretagne JF, Peyrin-Biroulet L. Long-term outcome of non-fistulizing (ulcers, stricture) perianal Crohn's disease in patients treated with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;30:749-56.
- ✦ Fields S, Rosainz L, Korelitz BI, Panagopoulos G, Schneider J. Rectal strictures in Crohn's disease and coexisting perirectal complications. *Inflamm Bowel Dis.* 2008;14:29-31.
- ✦ Régimbeau JM, Panis Y, Marteau P, Benoist S, Valleur P. Surgical treatment of anoperineal Crohn's disease: can abdominoperineal resection be predicted? *J Am Coll Surg.* 1999;189:171-6.
- ✦ Régimbeau JM, Panis Y, Cazaban L, Pocard M, Bouhnik Y, Matuchansky C, Valleur P. Long-term results of faecal diversion for refractory perianal Crohn's disease. *Colorectal Dis.* 2001;3:232-7.

Sténose de la Maladie de Crohn

Explorer

La sténose est elle isolée?

F+?

U+?

U0F0

IRM

Colo

IRM

Abcès?

Colite?

K?

Traiter

Peu symptomatique

Très symptomatique

F+

U+

Douleurs

Dyschésie, Incontinence

Drainer

Traiter la colite
Anti TNF

Drainer
Anti TNF

Dilatation

Dériver?

Proctectomie