
LES LÉSIONS ANOPERINEALES DE LA MALADIE DE CROHN

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire du tube digestif susceptible de toucher les différents segments depuis la bouche de l'oesophage jusqu'à l'anus.

Les lésions anales, ou plutôt ano-périnéales car elles englobent la zone du périnée située entre l'anus et les organes génitaux externes, sont fréquentes puisqu'elles touchent un malade sur deux. Elles sont surtout très gênantes par la proximité des voies génitales et la gêne fonctionnelle qu'elle entraîne au niveau de la qualité de vie ; elles sont potentiellement graves car elles atteignent la continence et sont un facteur de risque pour la nécessité secondaire d'une exérèse du rectum et de l'anus avec stomie définitive. Elles sont chroniques, récidivantes pouvant poser des problèmes de prise en charge difficile au niveau du traitement. Elles constituent donc un véritable challenge médical et il est absolument nécessaire de bien connaître ces lésions, leur histoire naturelle pour permettre une prise en charge thérapeutique adaptée optimisant la qualité de vie et minimisant le risque fonctionnel (préservation de la continence des patients).

EPIDEMIOLOGIE

Les lésions ano-périnéales peuvent être isolées et être la première manifestation d'une maladie de Crohn dans 5 à 35 % des cas.

Chez 60 % de ces patients se développera une maladie intestinale dans l'année qui suit la découverte. Chez un patient porteur d'une maladie de Crohn le risque d'apparition d'une lésion ano-périnéale varie de 15 à 75 % en fonction des séries. Cette atteinte est variable en fonction de la localisation de la maladie intestinale et sera d'autant plus fréquente que la maladie est plus bas située sur le côlon et le rectum. On notera 52 % de lésions ano-périnéales en cas d'atteinte colique, alors que les patients porteurs de lésions localisées à l'intestin grêle n'auront que 14 % de ces lésions.

NATURE DES LÉSIONS ANO-PERINEALES

Les lésions ano-périnéales sont comme au niveau des lésions intestinales représentées au départ par des ulcérations. Elles sont plus ou moins creusantes parfois très délabrantes atteignant la couche musculaire.

Cette lésion ulcérée initiale peut évoluer vers une infection constituant alors un abcès et si cet abcès crée un trajet à travers les muscles péri-anaux une fistule anale. Cette ulcération peut au contraire évoluer vers la cicatrisation avec le risque d'apparition d'un rétrécissement aboutissant à une sténose canalaire plus ou moins étendue.



Figure : ulcérations anales de la maladie de Crohn avec une pseudomorsic.

Les lésions spécifiques à la maladie de Crohn sont représentées par ces ulcérations, les abcès, les fistules et les sténoses qui les compliquent. Les lésions non spécifiques anales correspondant à des lésions que l'on peut rencontrer en dehors de la maladie de Crohn sont représentées par les hémorroïdes, les lésions cutanées inflammatoires plus ou moins développées réalisant des pseudo-morsics ou une simple dermatite irritative liée à la diarrhée.

A côté de cette classification en lésions spécifiques et non spécifiques, il existe une classification qui repose sur l'évolution des lésions avec des lésions primaires contemporaines de la maladie inflammatoire représentées par les ulcérations associées aux manifestations inflammatoires au niveau de la marge anale à type de morsics inflammatoires et de dermatite et des lésions secondaires compliquant les lésions primaires par l'infection et constituant les abcès et les fistules. Ces dernières évoluent généralement en même temps que la poussée inflammatoire mais peuvent persister une fois le traitement de la poussée obtenue évoluant alors pour leur propre compte. Enfin les lésions secondaires mécaniques englobent les lésions cicatricielles dont l'évolution ne dépend plus de la maladie intestinale sus-jacente et dont le traitement est indépendant du traitement de la maladie intestinale. Plusieurs classifications ont été proposées la plus utile est celle de Hughes ou classification de Cardiff qui permet de classer les lésions en fonction de leur situation anatomique, de leur degré de gravité et d'activité.

HISTOIRE NATURELLE DES COMPLICATIONS DES LÉSIONS ANO-PÉRINEALES

Les abcès ont une situation variable par rapport aux muscles péri-anaux mais ils sont souvent d'emblée profonds puisqu'ils se développent à partir d'une ulcération creusante et c'est ce qui les différencie des abcès banaux en dehors du Crohn. Ils évoluent vers la fistule qui se définit par un orifice primaire intra-canalair (ulcération initiale), un trajet dans le muscle plus ou moins haut par rapport à l'appareil sphinctérien anal, un orifice secondaire externe sur la peau péri-anale par où s'écoulera le pus. Ces fistules peuvent être bilatérales, former des trajets plus complexes secondaires qui posent des problèmes d'identification et de drainage correct. Lorsque les fistules sont antérieures chez la femme, elles peuvent s'ouvrir dans le vagin donner des fistules recto-vaginales très difficiles à prendre à charge sur le plan thérapeutique. La maladie de Crohn est le deuxième pourvoyeur de ces fistules recto-vaginales après les accouchements traumatiques.

Les sténoses ou rétrécissements surviennent tardivement et sont de deux types : des sténoses fibreuses longues et irréversibles correspondant à la cicatrisation d'une suppuration du périnée très lente aboutissant à la constitution d'un bloc cicatriciel scléreux que l'on oppose à des sténoses courtes correspondant le plus souvent à la cicatrisation d'une lésion ulcérée endoluminale simple et beaucoup plus faciles à gérer.

Les lésions non spécifiques correspondent aux lésions d'inflammation de la marge anale en rapport essentiellement avec les phénomènes de diarrhée mais également à des lésions banales rencontrées en dehors du Crohn : fissure, hémorroïdes, fistule basse.

CONCLUSION

La maladie ano-périnéale est fréquente et vient compliquer la maladie de Crohn intestinale. Elle peut être inaugurale, mais surtout elle nécessite une prise en charge spécifique en plus de la prise en charge de la maladie intestinale avec un traitement médico-chirurgical visant à éviter les complications, améliorer le résultat fonctionnel et la qualité de vie.