

Place de la Chirurgie Radicale dans la Prise en Charge des lésions Anopérinéales Sévères Sur Maladie de Crohn : l'expérience d'un centre

M.F GUERNI, H. CHATTER, L. KHELIFI, K. BOUGHEZALA, M. MOKHBI, F. EL METENNANI, N. SID IDRIS

Hôpital Djilali Belkhenchir
Université des Sciences de la Santé

RÉSUMÉ

Introduction : Les lésions anopérinéales délabrantes sur maladie de Crohn constituent un véritable défi thérapeutique nécessitant l'intervention d'une équipe multidisciplinaire pour l'optimisation de la prise en charge chirurgicale.

Matériels et Méthodes : Étude monocentrique rétrospective menée à Djilali Belkhenchir pour les patients présentant une maladie de Crohn périnéale sévère qui ont nécessité une stomie de dérivation ou une amputation anopérinéale.

Résultats : Dix-huit patients ont été inclus dans notre analyse, avec un rétablissement de la continuité digestive possible chez 28% des patients. Une stomie de dérivation a été faite chez 14 patients et une amputation abdomino-périnéale chez 4 patients. La morbidité postopératoire a été marquée par un sepsis périméal chronique et un décès, soit 5,5 % chacun. Notre analyse comparative ainsi que l'analyse ROC ont montré que le nombre de séton était un facteur prédictif de rétablissement.

Conclusion : La chirurgie radicale conserve une place en dernier recours à l'ère des biothérapies. Une indication adaptée au bon moment et chez le bon patient, permet d'améliorer les résultats post-opératoires.

Mots clés : Maladie de Crohn, lésions anopérinéales sévères ; fistules complexes ; amputation abdomino-périnéales, stomie de dérivation.

INTRODUCTION

La maladie de Crohn est une affection inflammatoire chronique de l'intestin caractérisée par un polymorphisme clinique important, évoluant par poussées entrecoupées par des périodes de rémission ⁽¹⁾. L'atteinte anopérinéale, présente chez environ 40 % des patients, définit une forme particulièrement sévère de la maladie ^(2,3,4). Elle est associée à une morbidité élevée, une altération majeure de la qualité de vie et un fardeau socio-économique considérable ^(5,6).

Les atteintes anopérinéales observées au cours de la maladie de Crohn couvrent un spectre particulièrement large. Elles peuvent se présenter sous la forme de fistules anales simples à trajet unique, mais aussi sous des formes plus sévères, telles que des sténoses anales fibreuses, des ulcérations profondes et extensives, ou encore des trajets fistuleux complexes ⁽⁷⁾. Dans leurs formes les plus avancées, ces lésions peuvent aboutir à de véritables délabrements périnéaux, responsables d'un retentissement fonctionnel majeur, d'une altération importante de la qualité de vie et d'un recours fréquent à des stratégies thérapeutiques combinées et prolongées ^(8,9).

Bien que l'avènement des biothérapies ait profondément modifié la prise en charge des atteintes anopérinéales de la maladie de Crohn, permettant une meilleure maîtrise de l'inflammation et une réduction du recours systématique à la chirurgie, certaines formes sévères demeurent réfractaires aux traitements médicaux ⁽¹⁰⁾.

Dans ces situations complexes, la chirurgie radicale conserve une place essentielle. Le recours à une stomie de dérivation, voire à une amputation anopérinéale dans les cas les plus avancés, représente souvent l'ultime option thérapeutique pour contrôler les symptômes, éviter les complications septiques et améliorer la qualité de vie des patients ⁽¹¹⁾.

Afin d'optimiser la prise en charge de cette catégorie de patients, l'approche doit impérativement être multidisciplinaire. La collaboration étroite entre un chirurgien, un gastroentérologue et un radiologue spécialisés dans les MICI permet d'orienter la décision thérapeutique vers une stratégie réellement centrée sur le patient ⁽¹²⁾. Dans cette optique, l'introduction de la nouvelle classification de Geldof a constitué un progrès important. Elle offre un cadre standardisé pour décrire la sévérité des lésions anopérinéales, définir des objectifs thérapeutiques adaptés et guider le choix entre les différentes options médicales et chirurgicales ⁽¹³⁾ ; Cette classification facilite ainsi l'harmonisation des pratiques et améliore la cohérence de la prise en charge au sein des équipes

multidisciplinaires ⁽¹⁴⁾.

Dans cette perspective, l'objectif de notre travail est de décrire l'expérience de notre centre concernant le recours à la chirurgie radicale dans les formes anopérinéales sévères de la maladie de Crohn et d'en analyser les résultats.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, menée au sein du service de chirurgie de l'hôpital Djilali Belkhenchir (Ex-Birtraria) sur une période de deux ans, allant de mai 2023 à mai 2025.

Ont été inclus tous les patients opérés pour une maladie de Crohn périnéale sévère, ayant nécessité soit une stomie de dérivation, soit une amputation anopérinéale.

Les données ont été extraites à partir des dossiers médicaux des patients et comprenaient les caractéristiques démographiques : âge, sexe, les caractéristiques de la maladie de Crohn : phénotype, localisation des lésions, durée d'évolution de la maladie le type de l'atteinte périnéale (fistules simples ou complexes, sténoses, ulcérations, délabrements) et le nombre de sétons présents.

L'objectif principal étant d'évaluer les résultats post-opératoires de notre centre concernant les amputations ano-périnéales et les stomies de dérivation réalisées dans le cadre de la maladie de Crohn périnéale sévère.

ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été saisies et analysées à l'aide de SPSS version 26. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne $\pm$ écart-type ou médiane [intervalle], et les variables qualitatives par leurs effectifs et pourcentages.

L'analyse comparative a été réalisée entre les deux groupes de patients : ceux ayant bénéficié d'un rétablissement de la continuité digestive et ceux pour lesquels celui-ci n'a pas été possible. Les variables quantitatives ont été analysées à l'aide du test non paramétrique de Mann-Whitney, tandis que les variables qualitatives ont été comparées à l'aide du test du Chi-2 ou du test exact de Fisher.

Par ailleurs, une courbe ROC a été établie afin d'évaluer la performance du nombre de sétons en tant que facteur prédictif de la non-restauration de la continuité digestive.

RÉSULTATS

L'analyse finale a inclus 18 patients présentant une maladie de Crohn anopérinéale sévère ayant nécessité une intervention chirurgicale radicale. L'âge moyen des patients était de $32,5 \pm 7,21$ ans, avec une prédominance féminine (38.9% hommes, 61.1% femmes).

La majorité des patients présentaient des fistules complexes (15 patients, 83 %), tandis que 3 patients (22 %) avaient des sténoses anales associées à des ulcérations et une fistule complexe. Sur le plan chirurgical, 14 patients (77,8 %) ont bénéficié d'une stomie de dérivation, et 4 patients (22,2 %) ont subi une amputation abdomino-périnéale. La morbidité postopératoire a été marquée par un cas de sepsis périméal chronique après amputation et un décès survenu après stomie de dérivation, représentant chacun 5,5 % de la cohorte.

Le rétablissement de la continuité digestive n'a été possible que chez 4 patients (22 %) après stomie de dérivation, alors que les 14 patients (78 %) restants ont gardé leur stomie.

L'analyse comparative des patients avec rétablissement de la continuité digestive ($n = 4$) versus les patients sans rétablissement ($n = 14$) n'a pas montré de différence significative par rapport à l'âge moyen qui était de $30,3 \pm 6,9$ ans versus $32,4 \pm 7,5$ ans ($U = 29,0$; $p = 0,945$).

En revanche, le nombre de sétons posés avant la chirurgie était significativement plus faible chez les patients ayant bénéficié d'un rétablissement de la continuité (1 contre 3 chez les non-rétablis ; $U = 8,0$; $p = 0,035$).

Par ailleurs ; on note aucune différence statistiquement significative pour le sexe (H/F : 1/3 chez les rétablis vs 10/4 chez les non-rétablis ; $\chi^2 = 2,822$; $p = 0,093$) ainsi que pour le phénotype fistulisant de la maladie (3/1 chez les rétablis vs 7/7 chez les non-rétablis ; $\chi^2 = 0,787$; $p = 0,375$). Enfin, l'atteinte rectale était absente chez tous les patients rétablis, tandis qu'elle était présente chez 7 des 14 patients non-rétablis (50 %), sans atteindre le seuil de signification statistique ($\chi^2 = 3,273$; $p = 0,070$). (voir tableau 1)

Variable	Patients rétablis (n=4)	Patients non-rétablis (n=14)	Test Statistique	p-value
Age (ans)	30.25 ± 6.90	32.43 ± 7.48	U = 29.0	0.945
Sétons (nombre)	1	3.00	U = 8.0	0.035
Sexe (H/F)	1 / 3	10 / 4	Chi² = 2.822	0.093
Atteinte rectale	0% (0/4)	50% (7/14)	Chi² = 3.273	0.070
Phénotype fistulisant	3/ 1	7 / 7	Chi² = 0.787	0.375

Tableau 1 Comparaison des caractéristiques cliniques et peropératoires entre les patients ayant bénéficié d'un rétablissement de la continuité digestive et ceux n'ayant pas pu être rétablis.

L'analyse ROC du nombre de sétons a confirmé cette observation, avec une aire sous la courbe (AUC) de 0,857 ($p = 0,035$), indiquant une bonne performance prédictive pour le rétablissement de la continuité (figure1). Le seuil optimal identifié était de 3 sétons, offrant une sensibilité de 100 % et une spécificité de 50 %.

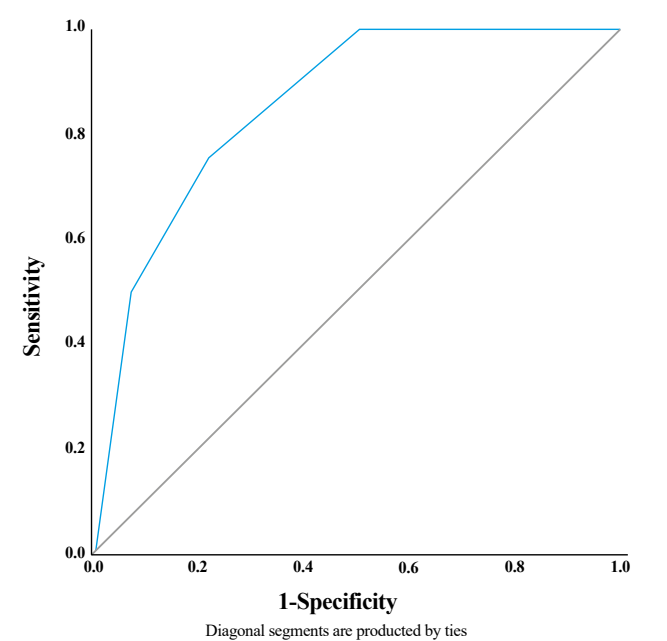


Figure 1 Courbe ROC évaluant la performance du nombre de sétons comme facteur prédictif de non-rétablissement de la continuité digestive chez les patients atteints de maladie de Crohn périnéale sévère.

DISCUSSION

Notre étude met en évidence la complexité de la prise en charge des lésions anopérinéales sévères de la maladie de Crohn. La majorité des patients de notre cohorte présentaient des fistules complexes, parfois associées à des sténoses anales, ce qui reflète un haut degré de sévérité et un faible potentiel de cicatrisation. Ces observations sont cohérentes avec la littérature, qui rapporte que les fistules complexes et les atteintes associées à des sténoses représentent des facteurs de mauvais pronostic fonctionnel (15). Dans notre série, 14 patients ont bénéficié d'une stomie de dérivation, tandis que 4 ont nécessité une amputation abdomino-périnéale. Ces résultats illustrent que, malgré les progrès thérapeutiques, la chirurgie radicale reste incontournable dans un sous-groupe de patients réfractaires au traitement médical optimal. La morbidité postopératoire, comprenant un sepsis chronique et un décès, souligne la lourdeur de ces interventions et la fragilité de cette population. Ces chiffres sont comparables à ceux rapportés dans d'autres séries de chirurgie radicale pour at-

teintes anopérinéales sévères de Crohn (16,17). Le rétablissement de la continuité digestive était possible seulement chez 4 patients ce qui confirme le faible taux de succès observé dans la littérature (18). Ce faible taux de rétablissement souligne la difficulté de cicatrisation et le rôle central de la gravité des lésions, de l'inflammation persistante et de l'atteinte rectale dans l'échec de la restauration digestive. Notre analyse comparative a identifié le nombre de sétons comme facteur prédictif significatif du succès du rétablissement de la continuité digestive. Les patients rétablis avaient un nombre de sétons significativement plus faible (1 vs 3 ; $p = 0,035$), et l'analyse ROC a confirmé la valeur prédictive de cette variable, avec une AUC de 0,857 et un seuil optimal à 3 sétons. Cela suggère que la complexité initiale des lésions, reflétée par le nombre de sétons nécessaires, influence directement le pronostic fonctionnel (19). En revanche, l'âge, le sexe, le phénotype fistulisant et l'atteinte rectale n'ont pas été statistiquement associés au rétablissement, bien que l'atteinte rectale tende vers la significativité ($p = 0,070$). Ces résultats soulignent l'importance de considérer la complexité locale des fistules et l'étendue de la maladie pour planifier le rétablissement de la continuité digestive.

CONCLUSION

Les formes délabrantes de maladie de Crohn ano-périnéale demeurent un défi thérapeutique majeur, malgré les avancées médicales et chirurgicales récentes. Notre expérience confirme que la prise en charge doit être individualisée, multidisciplinaire et orientée vers le contrôle durable de l'inflammation et des suppurations. Le recours à la dérivation fécale ou à l'amputation ano-périnéale reste fréquent dans les formes sévères, avec un rétablissement de la continuité digestive encore limité. Les facteurs tels que la complexité des lésions, l'atteinte rectale et le nombre de sétons avec un cutoff à 3, apparaissent déterminants dans la décision thérapeutique et le pronostic. Une meilleure sélection des patients, associée à une optimisation médico-chirurgicale précoce, pourrait améliorer les résultats fonctionnels et réduire le recours aux gestes mutilants. Des études prospectives multicentriques sont nécessaires pour affiner les stratégies et renforcer les recommandations de prise en charge.

RÉFÉRENCES

1. Lichtenstein GR, Loftus EV Jr, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. Am J Gastroenterol. 2018;113(4):481-517. [published correction appears in Am J Gastroenterol. 2018;113(7):1101]

2. Bhatnagar P, Elhariri S, Burud IAS, Eid N. Perianal fistulizing Crohn's disease: Mechanisms and treatment options focusing on cellular therapy. World J Gastroenterol. 2025;31(9):100221. doi:10.3748/wjg.v31.i9.100221. PMID: 40061590

3. Cushing, Kelly, et Peter D. R. Higgins. « Management of Crohn Disease: A Review ». JAMA, vol. 325, no 1, janvier 2021, p. 69. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1001/jama.2020.18936.

4. Feuerstein, Joseph D., et al. « AGA Clinical Practice Guidelines on the Medical Management of Moderate to Severe Luminal and Perianal Fistulizing Crohn's Disease ». Gastroenterology, vol. 160, no 7, juin 2021, p. 2496-508. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1053/j.gastro.2021.04.022.

5. Adegbola, Samuel O., et al. « Burden of Disease and Adaptation to Life in Patients with Crohn's Perianal Fistula: A Qualitative Exploration ». Health and Quality of Life Outcomes, vol. 18, no 1, décembre 2020, p. 370. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1186/s12955-020-01622-7.

6. Spinelli, Antonino, et al. « The Impact of Crohn's Perianal Fistula on Quality of Life: Results of an International Patient Survey ». Crohn's & Colitis 360, vol. 5, no 3, juillet 2023, p. otad036. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1093/crocol/otad036.

7. Adegbola, Samuel. « Medical and surgical management of perianal Crohn's disease ». Annals of Gastroenterology, 2018. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.20524/aog.2018.0236.

8. Marzo M, Felice C, Pugliese D, Andrisani G, Mocci G, Armuzzi A, Guidi L. Management of perianal fistulas in Crohn's disease: An up-to-date review. World J Gastroenterol 2015; 21(5): 1394-1403 [PMID: 25663759 DOI: 10.3748/wjg.v21.i5.1394]

9. Gece, Kristina B., et al. « Results of the Fifth Scientific Workshop of the ECCO (II): Clinical Aspects of Perianal Fistulizing Crohn's Disease—the Unmet Needs ». Journal of Crohn's and Colitis, vol. 10, no 7, juillet 2016, p. 758-65. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjw039.

10. Jew, Michael, et al. « Temporary Faecal Diversion for Refractory Perianal and/or Distal Colonic Crohn's Disease in the Biologic Era: An Updated Systematic Review with Meta-Analysis ». Journal of Crohn's and Colitis, vol. 18, no 3, mars 2024, p. 375-91. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjad159.

11. Adamina, Michel, et al. « ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment ». Journal of Crohn's and Colitis, vol. 14, no 2, février 2020, p. 155-68. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1093/ecco-jcc/jjz187.

12. Sahnani, Kapil, et al. « Perianal Abscess ». BMJ, février 2017, p. j475. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1136/bmj.j475.

13. Geldof, Jeroen, et al. « Classifying Perianal Fistulising Crohn's Disease: An Expert Consensus to Guide Decision-Making in Daily Practice and Clinical Trials ». The Lancet Gastroenterology & Hepatology, vol. 7, no 6, juin 2022, p. 576-84. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/S2468-1253(22)00077-3.

14. Hanna, Luke N., et al. « Perianal Fistulizing Crohn's Disease: Utilizing the TopClass Classification in Clinical Practice to Provide Targeted Individualized Care ». Clinical Gastroenterology and Hepatology, vol. 23, no 6, mai 2025, p. 914-26. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1016/j.cgh.2024.06.047.

15. Ludewig, Clara, et al. « Clinical and Surgical Factors for Successful Stoma Reversal in Patients with Crohn's Disease—Results of a Retrospective Cohort Study ». International Journal of Colorectal Disease, vol. 37, no 10, octobre 2022, p. 2237-44. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1007/s00384-022-04262-z.

16. Kuroki, Hirotsuke, et al. « Postoperative Results and Complications of Fecal Diversion for Anorectal Crohn's Disease ». Surgery Today, vol. 53, no 3, mars 2023, p. 386-92. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1007/s00595-022-02556-x.

17. Alves Martins, Bruno Augusto, et al. « Long-Term Complications of Proctectomy for Refractory Perianal Crohn's Disease: A Narrative Review ». Journal of Clinical Medicine, vol. 14, no 8, avril 2025, p. 2802. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.3390/jcm14082802.

18. Hartley, Imogen, et al. « Outcomes of Fecal Diversion in Perianal Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis ». Journal of Digestive Diseases, vol. 26, nos 5-6, mai 2025, p. 180-92. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1111/1751-2980.13354.

19. Gu, J., et al. « Factors Affecting the Fate of Faecal Diversion in Patients with Perianal Crohn's Disease ». Colorectal Disease, vol. 17, no 1, janvier 2015, p. 66-72. DOI.org (Crossref), https://doi.org/10.1111/codi.12796.