



HAL
open science

Traitement et évolution à long-terme des patients adultes atteints d'une maladie de Crohn compliquée d'un abcès intra-abdominal

Barbara Tassy

► **To cite this version:**

Barbara Tassy. Traitement et évolution à long-terme des patients adultes atteints d'une maladie de Crohn compliquée d'un abcès intra-abdominal. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03246104

HAL Id: dumas-03246104

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246104>

Submitted on 2 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Barbara TASSY

Le 15 octobre 2018

**Traitement et évolution à long-terme des patients
adultes atteints d'une maladie de Crohn compliquée
d'un abcès intra-abdominal**

Directeur de thèse : M. le Docteur Guillaume PINETON DE CHAMBRUN

JURY :

M. le Professeur Pierre BLANC, Président

M. le Professeur Fabrizio PANARO, Assesseur

M. le Professeur Philippe POUDEROUX, Assesseur

M. le Docteur Guillaume PINETON DE CHAMBRUN, Assesseur

M. le Docteur Romain ALTWEGG, Membre invité

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Barbara TASSY

Le 15 octobre 2018

**Traitement et évolution à long-terme des patients
adultes atteints d'une maladie de Crohn compliquée
d'un abcès intra-abdominal**

Directeur de thèse : M. le Docteur Guillaume PINETON DE CHAMBRUN

JURY :

M. le Professeur Pierre BLANC, Président

M. le Professeur Fabrizio PANARO, Assesseur

M. le Professeur Philippe POUDEROUX, Assesseur

M. le Docteur Guillaume PINETON DE CHAMBRUN, Assesseur

M. le Docteur Romain ALTWEGG, Membre invité

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	DIMEGLIO Alain	MEYNADIER Jean
ALRIC Robert	DU CAILLAR Jacques	MICHEL François-Bernard
ARNAUD Bernard	DUBOIS Jean Bernard	MICHEL Henri
ASTRUC Jacques	DUMAS Robert	MION Charles
AUSSILLOUX Charles	DUMAZER Romain	MION Henri
AVEROUS Michel	ECHENNE Bernard	MIRO Luis
AYRAL Guy	FABRE Serge	NAVARRO Maurice
BAILLAT Xavier	FREREBEAU Philippe	NAVRATIL Henri
BALDET Pierre	GALIFER René Benoît	OTHONIEL Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GODLEWSKI Guilhem	PAGES Michel
BALMES Jean-Louis	GRASSET Daniel	PEGURET Claude
BALMES Pierre	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BANSARD Nicole	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BAYLET René	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BILLIARD Michel	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BLARD Jean-Marie	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BLAYAC Jean Pierre	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLOTMAN Francis	JANBON François	RIEU Daniel
BONNEL François	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BOUDET Charles	JOYEUX Henri	ROCHEFORT Henri
BOURGEOIS Jean-Marie	LAFFARGUE François	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LALLEMANT Jean Gabriel	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LAMARQUE Jean-Louis	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LAPEYRIE Henri	SANY Jacques
CALLIS Albert	LESBROS Daniel	SENAC Jean-Paul
CANAUD Bernard	LOPEZ François Michel	SERRE Arlette
CASTELNAU Didier	LORIOT Jean	SIMON Lucien

CHAPTAL Paul-André

CIURANA Albert-Jean

CLOT Jacques

D'ATHIS Françoise

DEMAILLE Jacques

DESCOMPS Bernard

LOUBATIERES Marie Madeleine

MAGNAN DE BORNIER Bernard

MARY Henri

MATHIEU-DAUDE Pierre

SOLASSOL Claude

THEVENET André

VIDAL Jacques

VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

BRINGER Jacques

CLAUSTRES Mireille

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

JOURDAN Jacques

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PRAT Dominique

PRATLONG Francine

PREFAUT Christian

PUJOL Rémy

ROSSI Michel

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

VOISIN Michel

ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation

JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence

JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire

LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MOURAD Georges-Néphrologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie

CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie -
FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal-Biologie cellulaire

PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie

QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle-Génétique

TRAN Tu-Anh-Pédiatrie

VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie

CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie

CAPTIER Guillaume-Anatomie

CAYLA Guillaume-Cardiologie

CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DE VOS John-Cytologie et histologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie

GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice-Physiologie
HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David-Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel-Anatomie
RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François-Pédiatrie
ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François-Cardiologie
SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire

SULTAN Ariane-Nutrition

THOUVENOT Éric-Neurologie

THURET Rodolphe-Urologie

VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie

VILLAIN Max-Ophtalmologie

VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie

WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - (Dermato-vénéréologie)

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénérologie

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LE QUINTREC Moglie-Néphrologie

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie

BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire

GOUZI Farès-Physiologie

JEZIORSKI Éric-Pédiatrie

KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire

LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail

MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales

MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A mon jury

A tous les membres de ce jury, veuillez trouver ici toute l'expression de mon plus profond respect, de ma gratitude, et de mon estime.

Au Pr Pierre Blanc,

Merci de me faire l'immense honneur d'être le président du jury ;
Merci pour votre encadrement au cours de cet internat qui prend fin...
Merci de m'offrir cette formidable opportunité de continuer à travailler dans votre équipe et d'ouvrir de nouvelles perspectives à ma pratique médicale ;
Merci de votre grande disponibilité à chaque fois que j'ai pu vous solliciter ;
Merci pour ces moments cultures qui viennent régulièrement ponctuer nos entretiens
Bref, un immense merci, pour tout.

Au Pr Fabrizio Panaro,

Merci de me faire l'immense honneur de faire partie de ce jury, et d'y apporter votre œil expert de chirurgien, qui aurait cruellement manqué sans votre présence.

Au Pr Philippe Poudroux,

Mon premier contact avec la gastro entérologie s'est fait dans votre service. En tant qu'externe d'abord, je découvrais auprès de vous et votre équipe toute l'étendue et le potentiel de cette spécialité. Vous avez également été le tout premier à me faire confiance, en me nommant FFI, avant même que ne commence cet internat. Ces quelques mois « d'échauffement » n'ont fait que confirmer mon amour pour cette spécialité et me donner envie d'y revenir pour 2 semestres supplémentaires. C'est donc un grand honneur pour moi que vous soyez aujourd'hui membre de ce jury de thèse.

Au Dr Guillaume Pineton De Chambrun,

Merci de m'avoir proposé ce travail, de m'avoir encadré, des balbutiements de ce projet jusqu'à la dernière minute, pour une dernière correction ! Ton enthousiasme, ton soutien et ta bienveillance ont été indispensable au bon déroulement de ce travail de thèse. Je dois avouer que réussir à me faire aimer faire de la bibliographie est un sacré exploit, alors merci infiniment, et j'espère sincèrement que d'autres projets suivront.

Au Dr Romain Altwegg,

Un tel sujet ne pouvait décentement pas être soutenu sans toi dans mon jury ! Pour ton expertise et ta bonne humeur, définitivement, « t'es le meilleur » !

A mes maitres et toutes les personnes avec qui j'ai eu l'honneur et la chance de travailler pendant cet internat

A Nîmes d'abord,

A Cam, Jean François, Val, Vivi, Ludo, Antho, Stéphane, Monsieur Ribard...Nîmes, dans mon cœur, c'est un peu la maison ! Il y a eu beaucoup de « premières » dans votre service ! Mes tout premiers stages d'externat d'abord, les premières ponctions d'ascites,, puis mes début en tant que FFI, mon premier semestre... mes premières endo ! Je les ai faits avec vous ! Merci de votre patience, de vos enseignements, mais surtout merci pour cette super ambiance qui a contribué à me faire aimer cette spé !

A Montpellier ensuite,

A l'équipe d'HGE B... Je suis vraiment très heureuse d'intégrer votre équipe pour mon clinicat JC, j'ai hâte de pouvoir partager plus de temps aux PTED avec toi et j'espère être à la hauteur et cathétériser de la papille ! Mica, ton caractère me fera toujours rire, ne change rien ! A Guillaume bien sur

A l'équipe d'HGE A Mr Pageaux, Romain, Stéphanie, Magda .. Vous avez presque réussi à me faire aimer l'hépatologie !

Aux équipes soignantes de A, de B, d' HDJ, et du PTED , c'est toujours un plaisir de travailler dans la bonne humeur grâce à vous

Au détour par l'oncologie,

Val d'AU c'est aussi un petit cocon... Si je n'ai pas eu de coup de cœur pour la spécialité « cancéro », j'ai eu un vrai coup de cœur pour ce centre, ses équipes et en particulier l'équipe de l'ancien « MA2 » Emmanuelle, Thibaut, Fabienne, Nadia Béné merci !

Au passage par le Bittérois,

Une superbe expérience dans votre CHG , qui a tout d'un grand !! Mohamed, Marie Pierre, Yann, Ana, Ali.. merci pour tout

A la nutrition enfin,

Retour à val d'Au, en nut cette fois.. quel plaisir de travailler avec vous.. Pierre, Nico, La dream team des diets, Céline, Geneu...

A mes chefs de rêve...

Béné .. Tu as d'abord été ma co-interne, mais tu as surtout été très vite quelqu'un en qui j'ai eu une totale confiance, qui m'a soutenue dans des débuts difficile.. J'ai l'impression d'avoir beaucoup grandi et appris auprès de toi. Puis ce semestre en onco, ou tu as été une chef juste parfaite ! Ne change absolument rien..

Roman et Gaspard je vous l'ai déjà dit, mais ça va être difficile de passer derrière vous ! Votre team de mec toujours de bonne humeur, juste ultra compétents et avec la pointe de bogossitude qui fait fondre les infirmières... la barre est haute !!

A Marion, José, Lucile, Laura, les chefs du moment, pour votre disponibilité et le plaisir que j'ai de travailler avec vous

A Flo, Aurélie, Christophe les chefs des débuts !

A mes Co internes,

J'ai tellement aimé pouvoir travailler avec chacun de vous... le temps manque (bah oui hein, faut l'imprimer cette thèse maintenant !!!)

Alors Ardoudou pour ce premier semestre dingo, Vic, Mélanie, TomTom, ma petite Hélo, Sarah, Anne, Claire, Lucy, Max, Jules, Maria, Mirela, Philippe, Marie, Antoine, Merci !

Une spéciale quand même, pour la team de ce dernier semestre : Caro, Emilie, Najima (the machine), Nico, Franz, Dana Un profond merci pour tout, merci d'avoir été toujours arrangeant, et surtout pour avoir assuré comme des bêtes pendant mon absence.

Mais aussi...

La team Onco Léti, Ondine, Ilé, Simon, Charline, Charlotte, Sarah, Nicolas Isabelle, ...

La team Pharma Marion, Nelly, Marine..

A toute les équipes inf et leurs cadres.... je ne vais pas me risquer à vous citer, je sais que j'oublierai forcément quelqu'un... mais notre travail ne serait pas le même sans vous.. alors pour tous ces moments de combinant boulot, soutient, rire, et écoute.. Merci !

A ma famille

A mes parents, pour leur soutien depuis toujours,

A mon frère Olivier, tu n'es plus le seul docteur du clan, mon TRES grand frère le nez dans les bouquins que j'observais avec beaucoup de curiosité étant petite.. je suis heureuse d'avoir grandi avec toi pour modèle.

A ma sœur Annabelle, pour ton soutien, pour ces moments de retraite dans ton magnifique pays Aveyronnais ou je viens toujours avec un immense plaisir... Pour ton travail de scribe au pied levé, quand je me suis retrouvée « en mode T-Rex » à quelques semaines de la date fatidique ! Si cette thèse a vu le jour, c'est aussi grâce à toi !

A ma sœur Ghislaine, pour ta sagesse, ton calme inspirant, ton côté touche à tout et le fait que tu saches te réinventer régulièrement. J'ai une profonde admiration pour ta capacité à empoigner la vie.

A mon petit frère Clément, grandir avec toi m'a poussé à me surpasser très tôt. Je crois qu'aujourd'hui nous sommes tous les 2 là où l'on ne nous attendait pas.

A ma « tata lyne » et mon oncle Louis, pour leur soutien pendant mes moments de doute, avant de changer pour la médecine « humaine » et bien sûr pour leur bonne humeur

A mon oncle Jacques, parler médecine de campagne avec toi est toujours tellement croustillant !

A ma grand-mère maternelle, si notre entente n'a pas toujours été parfaite, être médecin aujourd'hui, c'est aussi grâce à toi

A ma grand-mère paternelle et mes grands-pères qui je l'espère sont fiers .. J'aurai aimé partager tellement plus avec vous...

A Célian, Joana, Gabriel, Sacha... et toi qui est encore au chaud... Votre tata vous aime fort !!

A mes amis, en quelques mots..

Lara : Je n'ai même pas les mots pour exprimer tout ce que je ressens.. à nos soirées mojitos, à nos aprem piscines, à tes laranniversaires et summer pool parties.. et surtout au fait que quoi il arrive, je sais que tu es là..

Les nîmoises in love Lara, Milene, Dédé, Hajar que dire... après tant d'années, vous êtes une deuxième famille... cœur cœur love, Hammam et Wannabe les filles ;)

Audrey : En peu de temps tu es devenue une proche parmi les proches. Salade, épaule en mousse, l'appli-dont-on-ne-doit-pas-prononcer-le-nom, soutient et mojitos..et je suis pas ton mec OKayyyy ?

Vincent : Bristol, Sushi, Zéro tabou (tout est dit.. mais qu'est-ce que je t'aime toi ^^)

Léti : The Belle rencontre, sagesse, ouverture d'esprit, sensibilité et.. Oliver !!

Un Semestre dans une bulle avec toi.. Co interne de rêve !

Victoria : l'autre chouette rencontre de cet internat ! J'ai hâte de poursuivre l'aventure avec toi !

Melissa, pour ces covoit qui se transformaient débriefs, pour la kiz et la bachata, j'espère avoir plus de temps prochainement pour partager quelques soirées SBK !

Au ministère de l'Oncologie : Léti, Ondine, Ilé, Charlotte,

Aux colocs d'amour Alexandra et Mallaury

Aux amis de la salsa : Marie, Damien, Alison, Arnaud, Mélissa, Camille, et tous les autres.. Mes soirées manqueraient cruellement de saveur sans quelques pas de danse et votre bonne humeur !

Jérémy et julie : C'est toujours un plaisir de vous retrouver, autour d'une bonne table ou au milieu des vignes... Votre grain de folie m'a manqué cette année !

La team Mickey : Chloé, Sophie, Florent, François, Lou pour cet externat décalé

Thierry : Toujours partant ! On a finalement réussi à trouver un terrain d'entente !

Abdoudou : Merci de ton soutien de l'autre côté du globe... Et pour les leçons personnalisées d'anglais !

Et surtout à tous ceux que j'ai oublié... mais que j'aime tout autant

SOMMAIRE

<i>Liste du corps enseignant</i>	3
REMERCIEMENTS.....	14
GENERALITES.....	21
I. Epidémiologie de la maladie de Crohn.....	22
II. Physiopathologie.....	23
III. Histoire naturelle de la maladie de Crohn.....	24
1. Une pathologie polymorphe.....	24
2. L'incidence des complications pénétrante et sténosante augmente avec le temps d'évolution de la maladie.....	25
IV. Prise en charge thérapeutique.....	29
THESE.....	34
I INTRODUCTION.....	35
II- MATERIEL ET METHODE.....	37
1. Design de l'étude :.....	37
2. Patients :.....	37
2.1. Identification des patients.....	37
2.2. Critères d'inclusion.....	37
2.3. Critères d'exclusion.....	37
3. Méthode.....	38
3.1. Recueil de données.....	38
3.2. Analyse statistique.....	40
III. RESULTATS.....	42
1. Description de la cohorte.....	42
1.1. Caractéristiques démographiques :.....	42
1.2. Description des patients au diagnostic d'abcès.....	44
1.3. Prise en charge de l'épisode d'abcès.....	47
1.4. Suivi de la cohorte.....	50
1.5. Facteurs de risque de récurrence d'abcès au cours du temps.....	55
1.6. Facteur de risque de recours à la chirurgie.....	57
2. Comparaison traitement médical Vs Traitement chirurgical.....	59
2.1. Caractéristiques des patients au diagnostic d'abcès dans les deux groupes.....	59
2.2. Prise en charge de l'épisode d'abcès.....	61

2.3. Données de suivi	61
3. Cohorte traitement médical seul	63
3.1. Données démographiques	63
3.2. Caractéristiques des patients au diagnostic d'abcès	67
3.3. Caractéristiques de l'abcès et prise en charge.....	68
3.4. Données de suivi	70
3.5. Facteurs de risque de récurrence d'abcès au cours du temps (Cohorte non opérés) 73	
3.6. Facteurs de risque de recours à la chirurgie au cours du temps (Cohorte non opérés).....	74
DISCUSSION	75
CONCLUSION	80
BIBLIOGRAPHIE.....	81
RESUME	87

GENERALITES

I. Epidémiologie de la maladie de Crohn

En France, l'incidence annuelle de la maladie de Crohn est environs de 4,9 pour 100.000 habitants, avec un pic d'incidence dans la deuxième décennie et un sex ratio F/M de 1,3 (1). Ces chiffres sont comparable aux incidences dans les pays d'Europe du Nord et en Amérique du Nord où l'incidence est élevée mais stable, alors qu'elle continue d'augmenter dans des zones de plus faible incidence comme le Sud de l'Europe, l'Asie et la plupart des pays en voie de développement(2) (Figure 1).

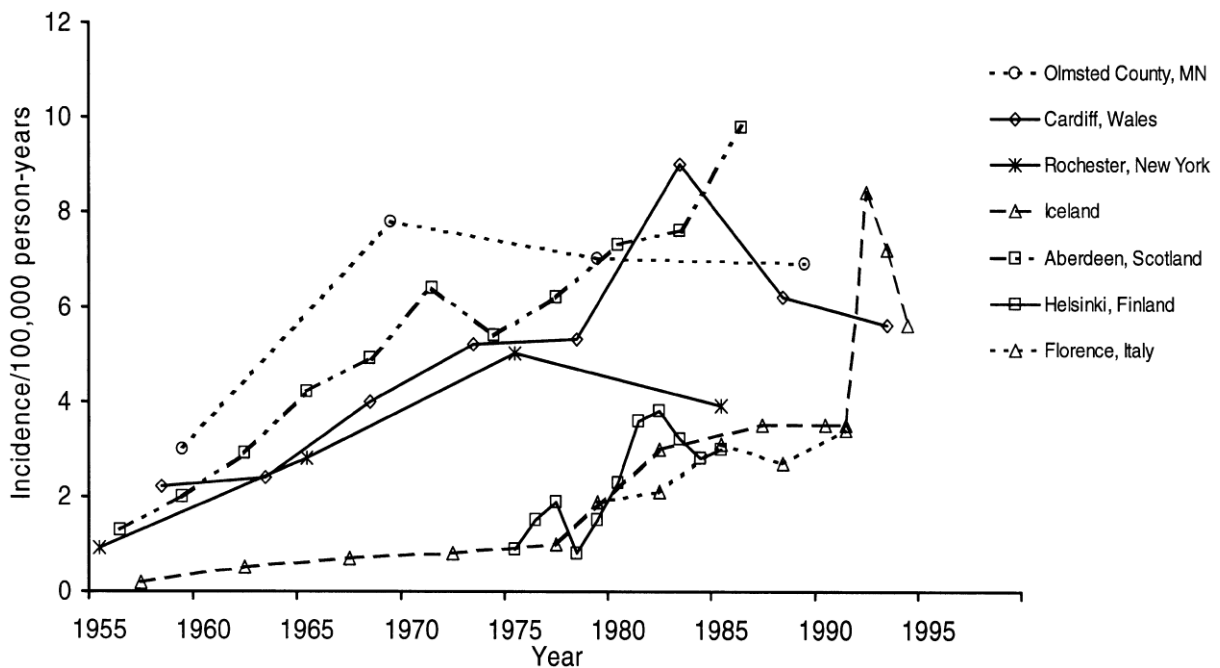


Figure 1 Incidence dans le temps de la maladie de Crohn (cas pour 100.000 habitants et par an) dans différentes zones géographiques. D'après Loftus(2)

II. Physiopathologie

La physiopathologie précise de la maladie de Crohn reste méconnue à ce jour. Plusieurs hypothèses ont été étudiées et il est admis aujourd'hui que la maladie de Crohn est due à une réponse immunitaire intestinale dérégulée dirigée contre la flore intestinale chez un sujet génétiquement prédisposé avec une perméabilité intestinale augmentée et l'implication de facteurs environnementaux(3).

L'implication de facteurs génétiques est aujourd'hui avérée, et plus de 200 gènes de susceptibilité de la maladie de Crohn ont été identifiés, codant pour des protéines impliquées dans diverses fonctions comme l'immunité, l'autophagie, ou l'intégrité de la barrière intestinale. En particulier, les variants de NOD2/CARD15 sont associés avec une maladie de localisation iléale de phénotype pénétrant(4)

L'hypothèse du rôle de facteurs environnementaux prédisposant à la MC et influençant son évolution se base sur l'existence d'un gradient Nord / Sud, et l'évolution de l'incidence dans le temps et la concordance partielle chez les jumeaux homozygotes. Le seul facteur reconnu avec un bon niveau de preuve actuellement est le tabagisme(5,6), en particulier sur la survenue de complications pénétrantes.

Le microbiote intestinal semble également jouer un rôle : les patients atteints de maladie de Crohn présentent une dysbiose, avec une restriction de la biodiversité des bactéries appartenant au phylum des Firmicutes et des bactéries du groupe des *Clostridium leptum*, ainsi qu'une augmentation de la proportion des enterobacteries bactéries pathogènes, comme l'*E. coli* entero adhérent et invasif (AIEC) qui semble spécifiquement associée à la muqueuse des patients atteints de MC(3,7,8)

III. Histoire naturelle de la maladie de Crohn

1. Une pathologie polymorphe

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin se caractérisant par une atteinte digestive transmurale pouvant toucher l'ensemble du tractus digestif de la bouche à l'anus, avec un grand polymorphisme.

Ce polymorphisme topographique et phénotypique détermine le pronostic et la diversité des stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre chez ces malades. L'ensemble de ces caractéristiques est repris dans la classification de Vienne, et plus récemment la classification de Montréal(9) (Figure 2)

Ces atteintes peuvent être inflammatoires pures (B1 selon la classification de Montréal), sténosantes (B2), et/ ou fistulisantes(B3).

Il peut également exister des lésions ano-périnéales qui représentent un enjeu et une prise en charge spécifique (p selon la classification de Montréal).

L'âge au diagnostic est également un facteur déterminant en termes de prise en charge et de risque évolutif de la maladie. La classification de Montréal classe selon un début juvénile avant 17ans A1, un âge intermédiaire entre 17 et 40 ans au diagnostic A2 et une maladie a début tardif après 40 ans A3.

Summary of revised 'Montreal classification' of Crohn's disease

Age at diagnosis (A)

- A1 16 years or younger
- A2 17–40 years
- A3 Over 40 years

Location (L)	Upper GI modifier (L4)	
L1 Terminal ileum	L1 + L4	Terminal ileum + Upper GI
L2 Colon	L2 + L4	Colon + Upper GI
L3 Ileocolon	L3 + L4	Ileocolon + Upper GI
L4 Upper GI	–	–

Behaviour (B)	Perianal disease modifier (p)	
B1* Nonstricturing, nonpenetrating	B1p	Nonstricturing, nonpenetrating + perianal
B2 Stricturing	B2p	Stricturing + perianal
B3 Penetrating	B3p	Penetrating + perianal

**B1 category should be considered 'interim' until a prespecified time has elapsed from the time of diagnosis. Such a time period may vary from study to study (eg, 5-10 years is suggested) but should be defined in order for B1 behaviour to be considered 'definitive'. GI Gastrointestinal*

Figure 2 Classification de Montréal

2. L'incidence des complications pénétrantes et sténosantes augmente avec le temps d'évolution de la maladie

Au diagnostic de la maladie, l'atteinte est le plus souvent purement inflammatoire (dite « B1 ») et on retrouve des lésions sténosantes (dite « B2 ») et / ou fistulisantes (« B3 ») chez environ 20% des patients. Cette proportion de B2 et de B3 augmente significativement au cours du temps avec près de 50% à 10 ans(11,12) . Louis(13) et al décrivait que

la proportion de patients initialement B1 et B2 évoluant vers une maladie pénétrante était respectivement de 30%, et de 15%.

Dans une étude prospective récente, Burisch(10) a inclus 488 patients au diagnostic de leur MC dans plusieurs centres européens. 14% des patients initialement B1 ont présenté une évolution sténosante et / ou fistulisante, sans différence entre les pays d'Europe de l'Est ou de l'Ouest. Il existait une différence sur les stratégies thérapeutiques puisque les patients d'Europe de l'Ouest étaient traités par immuno-modulateur et biothérapie de façons significativement plus fréquente et plus précoce qu'en Europe de l'Est. Malgré ce, il n'y avait pas de différence significative concernant le recours à la chirurgie ou l'évolution du phénotype à 5 ans entre les centres d'Europe de l'Est et l'Europe de l'Ouest.

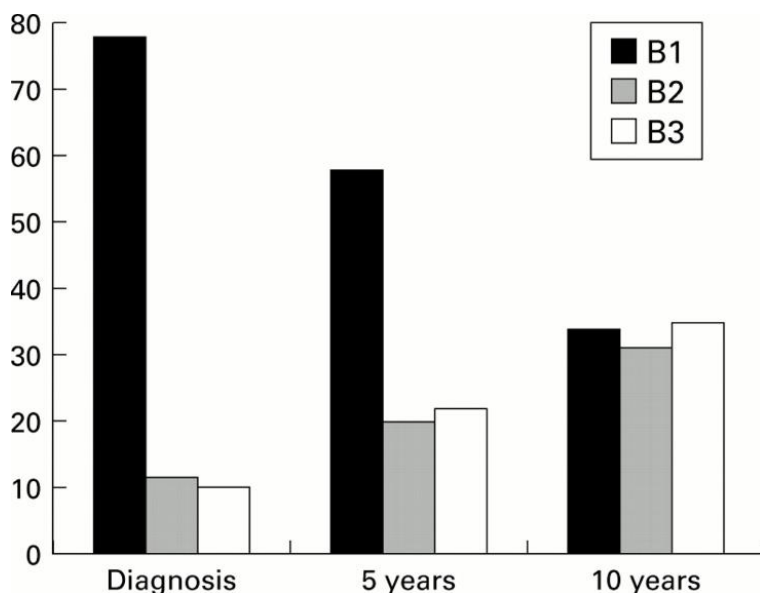


Figure 3 Evolution du phénotype selon la classification de Vienne à 5 et 10 ans chez 125 patients atteints de MC d'après Louis(13) et Al. Les différences intergroupe étaient hautement significative après 10 ans ($p < 0.0001$)

La localisation initiale de la maladie semble avoir un impact sur l'évolution secondaire du phénotype, avec une plus grande proportion de patient ayant une atteinte initiale iléale (L1) évoluant vers une maladie pénétrante comparée aux patients ayant une atteinte colique L2 au diagnostic de leur maladie de Crohn.

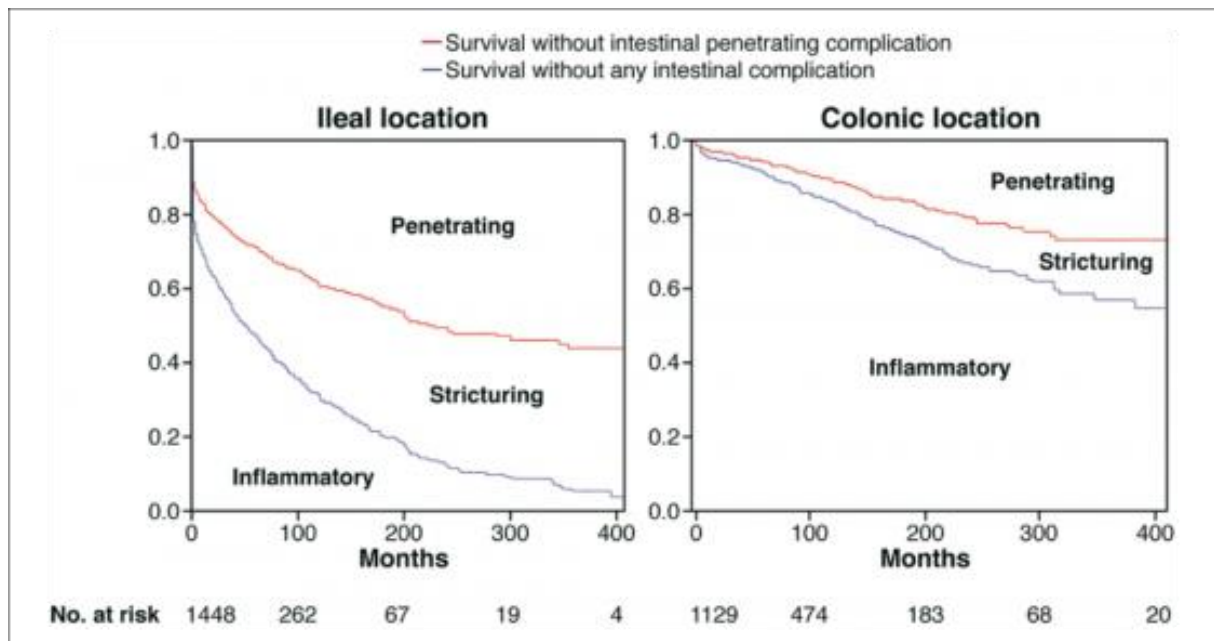


Figure 4 D'après Louis E, et al. (13)

L'évolution spontanée au cours du temps se fait par cycles récurrents alternant des phases de poussées où les symptômes digestifs et généraux peuvent être bruyant et des phases de rémissions cliniques. Bien que le patient soit asymptomatique, des lésions peuvent persister et évoluer au niveau intestinal. Les dommages sont progressifs et cumulatifs, pouvant aboutir dans le cas de la maladie pénétrante à des fistules ou des abcès plus ou moins associés à une atteinte sténosante. Ces lésions selon leur sévérité peuvent nécessiter une prise en charge chirurgicale, qui, si elle est répétée, peuvent mener à la réalisation de stomies définitives altérant considérablement la qualité de vie des patients(14,15). L'autre conséquence des

résections intestinales multiples est l'apparition d'une insuffisance intestinale(16,17) pouvant mettre en jeu le pronostic vital.

L'évolution théorique des dommages digestifs selon Pariente et al(18) est représentée figure 5

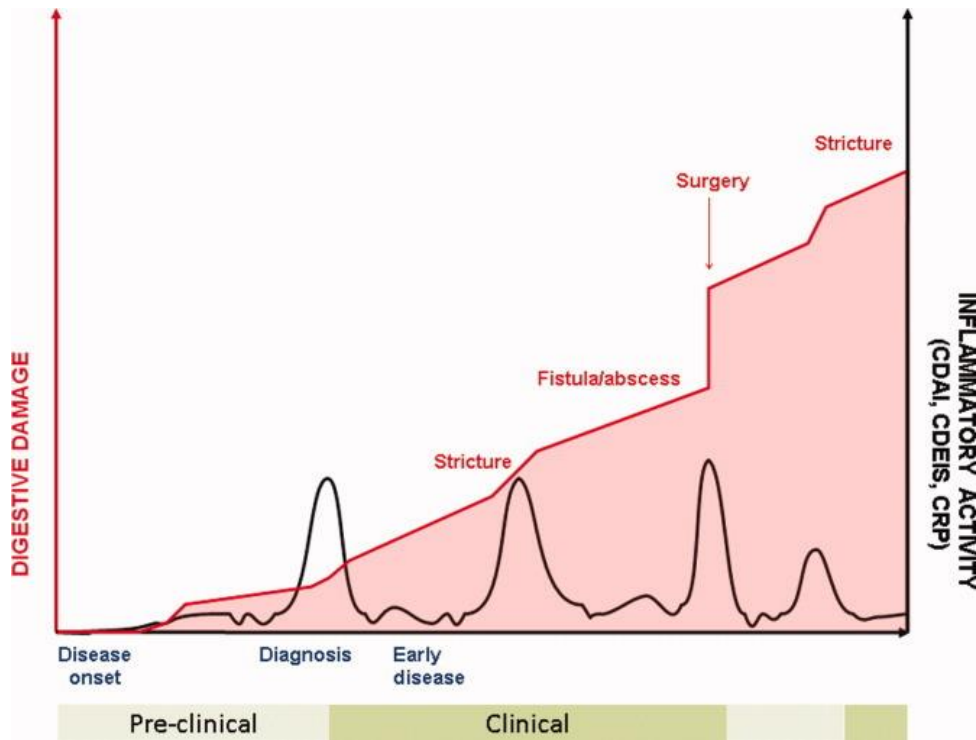


Figure 5 Progression des dommages digestifs et de l'activité inflammatoire chez un patient théorique atteint de MC Pariente B, et al(18).

IV. Prise en charge thérapeutique

L'objectif premier de la prise en charge va être de limiter l'évolution de la maladie vers des dommages structuraux irréversibles nécessitant une prise en charge chirurgicale. La stratégie thérapeutique mise en place doit considérer l'activité de la maladie, sa topographie, son phénotype, et doit considérer les éventuels traitements entrepris antérieurement ainsi que dans la mesure du possible les préférences du patient.

L'arsenal thérapeutique actuel comprend la corticothérapie, les aminosalicylés, les traitements immunosuppresseurs, les biothérapies, et la chirurgie. L'objectif thérapeutique a considérablement évolué depuis l'avènement des immunosuppresseurs et des biothérapies, ces dernières années, visant aujourd'hui une cicatrisation muqueuse(19–21) à la fois endoscopique et histologique, et non plus la simple rémission clinique.

Malgré l'évolution considérable de la prise en charge de la maladie de Crohn, le recours à la chirurgie reste élevé. On estime que plus d'un tiers des patients nécessitent une chirurgie abdominale à 5 ans(22) et 60 à 80% des patients atteints de maladie de Crohn subiront au moins une chirurgie au cours de l'évolution de leur maladie(22–24).

Chez des patients au diagnostic de la MC, Solberg et al(25) trouvait que les facteurs de risque de recours à la chirurgie étaient l'âge au diagnostic inférieur à 40 ans, les phénotypes pénétrant et sténosant, et la localisation iléale de la maladie.

Le recours à la chirurgie n'est pas curatif, et la récurrence post chirurgicale de la maladie est élevée. Le risque de récurrence endoscopique de la région anastomotique à 5 ans est estimé à 60%(26,27). On estime que le tabagisme, un antécédent de résection intestinale, l'absence de traitement prophylactique, un phénotype pénétrant au moment de la chirurgie (abcès et/ou fistule), une atteinte ano-périnéale(28,29) ainsi que des critères histologiques comme la présence de granulome sur la pièce opératoire et des lésions de plexite myentérique sont des facteurs de risque de la récurrence. La reprise d'un traitement post opératoire doit donc considérer ce risque. Allez et al(30) dans une revue de la littérature propose un algorithme de prise en charge selon le nombre de facteur de risque de récurrence post opératoire. Un risque faible correspond à l'absence de facteur de risque. Dans les publications, il est habituellement considéré que le risque est moyen en présence d'un facteur de risque, et élevé en présence d'au moins deux facteurs de risque.

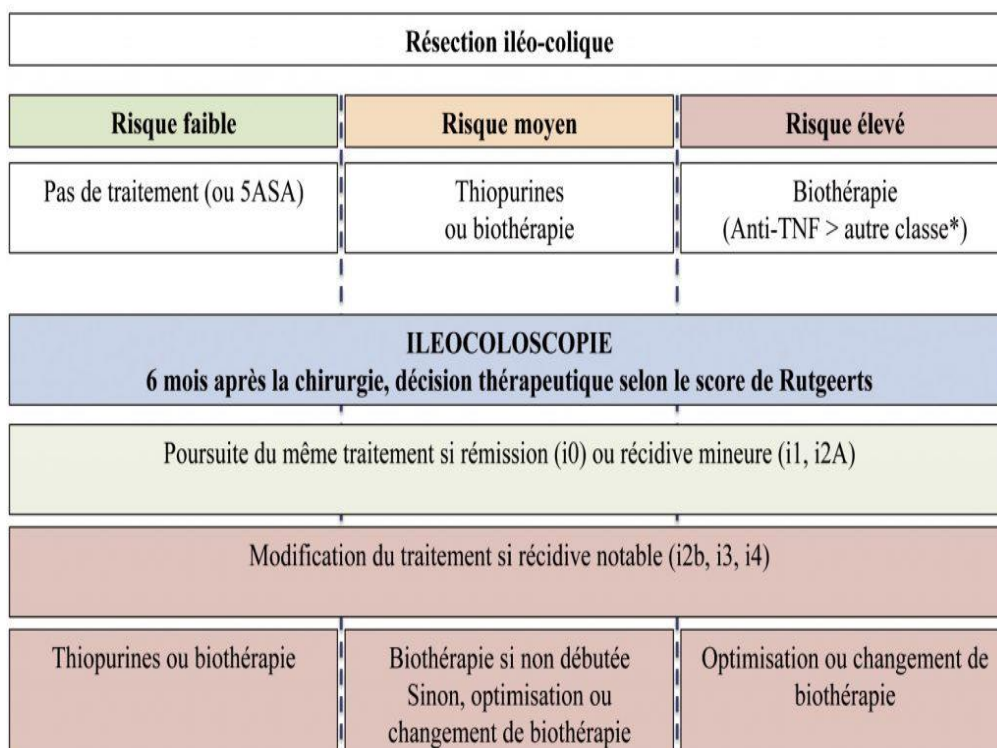


Figure 6. Stratégie thérapeutique post-opératoire. Le risque peut être estimé selon la présence de facteurs de risque : – Tabagisme ; – Résection étendue (> 30 cm) ; Lésions ano-périnéales ; –

Complications pénétrantes ; – Un antécédent de résection intestinale, a fortiori si elle est récente ; – Plusieurs résections chirurgicales. Un risque faible correspond à l'absence de facteur de risque. On peut considérer que le risque moyen en présence d'un facteur de risque, et que le risque est élevé en présence d'au moins deux facteurs de risque. Allez et Al(30)

Les données concernant l'impact des anti-TNF et des immunosuppresseurs sur la diminution du recours à la chirurgie sont encore peu nombreuses, mais il semblerait que le traitement par anti-TNF soit associé à un risque plus faible de recours à la chirurgie, alors que l'impact des thiopurines sur ce risque serait plus modeste(31,32).

Parmi les patients opérés, le fait d'avoir un phénotype pénétrant semble être un facteur de risque de recours ultérieur à la chirurgie(33). Il n'existe pas à ce jour de recommandations fortes de prise en charge des abcès spontanés survenant chez les patients ayant un phénotype fistulisant. l'ECCO(34) (European Crohn and Colitis Organisation) et l'American College of Gastroenterology (ACG)(35) soulignent le manque d'études contrôlées dans ce domaine. Si la chirurgie a longtemps été la règle, le développement des techniques de radiologie interventionnelles ont modifié la prise en charge de ces patients, L' ECCO recommande la réalisation d'un drainage radiologique ou chirurgical suivi d'une chirurgie retardée si nécessaire(34); l'ACG émet des recommandations de faible niveau de preuve en faveur d'un drainage de la collection, radiologique ou chirurgical, avant la mise en route d'un traitement par anti TNF. Dans une revue de la littérature, Feagins(36) propose un algorithme de prise en charge, ou le drainage de la collection est proposé en première ligne thérapeutique chez des patients dont la taille initiale de l'abcès est supérieure à 3 cm de diamètre, et / ou présentant une fistule ou une corticothérapie. Les patients dont l'abcès sont de petite taille, sans fistule ni corticothérapie, pourraient être traité par une antibiothérapie seule à la phase aiguë, et un drainage proposé dans un second temps si échec de l'antibiothérapie seule après 4 à 6 semaines. Dans les deux cas, une surveillance clinique et radiologique rapprochée sont proposés par l'auteur, et en

cas de persistance de la collection malgré cette prise en charge, une chirurgie de drainage et / ou de résection doit être envisagé. A l'inverse, en cas de résolution de l'abcès, l'optimisation du traitement de fond de la maladie doit être proposé, et une chirurgie à distance discutée.

Si la prise en charge médicale initiale des complications pénétrante semble aujourd'hui obtenir de bon résultats, peu de données sont disponibles concernant l'évolution à long terme de ces patients, comparée à ceux ayant bénéficié d'une chirurgie précoce.

L'objectif de notre travail était de comparer la survenue d'une récurrence d'abcès intra abdominal et le recours à la chirurgie selon la prise en charge initiale médicale ou chirurgicale d'un épisode d'abcès intra-abdominal chez les patients adultes atteints de maladie de Crohn.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs de risque de récurrence d'abcès et de recours à la chirurgie, et d'évaluer la probabilité de survie sans récurrence et sans chirurgie. Une analyse en sous-groupe des patients traités médicalement avait pour objectif d'évaluer l'impact du traitement par anti-TNF sur ces événements.

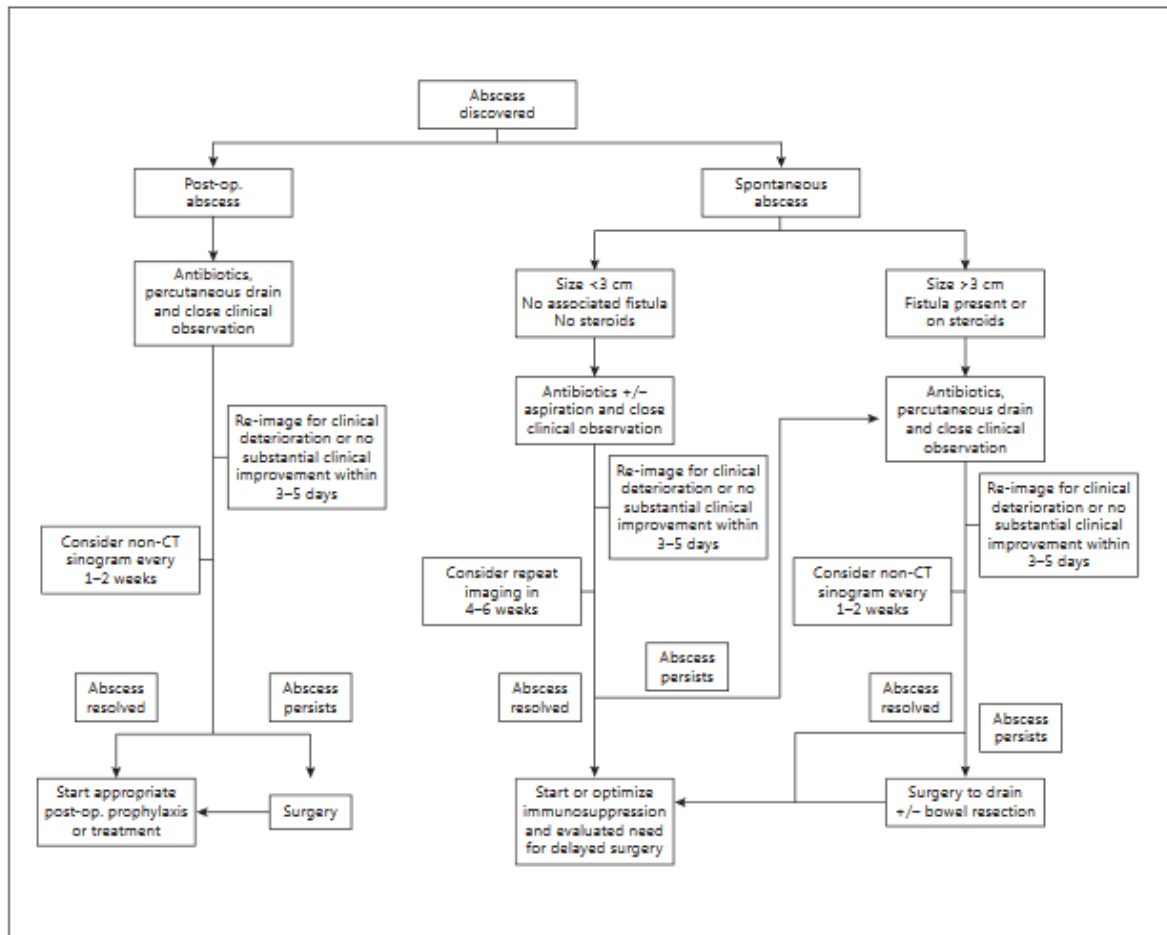


Figure7 Proposition de prise en charge des abcès intra abdominaux

THESE

I INTRODUCTION

La maladie de Crohn est une maladie inflammatoire chronique de l'intestin pouvant atteindre l'ensemble du tractus digestif de la bouche à l'anus. Elle se caractérise par un grand polymorphisme lésionnel, pouvant associer des atteintes inflammatoire pure, sténosante ou pénétrante(9). Le phénotype pénétrant se caractérise par l'apparition de fistules, dues à l'atteinte transmurale de cette pathologie. Ces fistules peuvent être simples ou complexes, et être associées à des abcès intra-abdominaux.

L'incidence du phénotype pénétrant augmente avec le temps d'évolution de la maladie(13,18) et l'incidence cumulée des complications à type d'abcès varie de 10 à 30%(37,38) des malades. Bien qu'il existe aujourd'hui de multiples possibilités thérapeutiques(36,37) le recours à la chirurgie reste fréquent, puisqu'on estime qu'environ 60 à 80% des malades atteints de maladie de Crohn subiront une intervention chirurgicale au cours de l'évolution de leur maladie(22–24,39).

L'existence d'un phénotype pénétrant est un facteur de risque reconnu de recours à la chirurgie, avec un risque augmenté de subir des procédures complexes et/ou nécessitant une stomie. Les suites opératoires sont souvent plus compliquées chez ces patients(40,41) avec un taux de récurrence postopératoire de la maladie de Crohn qui est élevé.

L'objectif principal de notre étude était de comparer la survenue d'une récurrence d'abcès intra-abdominal et du recours à la chirurgie selon la prise en charge initiale médicale ou chirurgicale d'un épisode d'abcès intra-abdominal compliquant une maladie de Crohn pénétrante.

Les objectifs secondaires étaient d'identifier des facteurs de risque de récurrence d'abcès et de recours à la chirurgie, et d'évaluer la probabilité de survie sans récurrence et sans chirurgie. Une analyse en sous-groupe des patients traités médicalement avait pour objectif d'évaluer l'impact du traitement par anti TNF sur ces événements.

II- MATERIEL ET METHODE

1. Design de l'étude :

Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, multicentrique, incluant des patients atteints d'une maladie de Crohn pénétrante compliquée d'un abcès intra-abdominal hospitalisés aux CHU de Montpellier et de Nîmes.

2. Patients :

2.1. Identification des patients

Les patients ont été inclus d'après les données PMSI des patients des CHU de Nîmes Caremeau et Saint Eloi Montpellier hospitalisés entre le premier janvier 1995 et le 31 juillet 2017. Les codes croisés pour permettre l'identification des patients étaient : Maladie de Crohn (K50, K50.1, K50.8, K50.9) et Fistule ou Abcès (K61, K61.3, K61.1, K61.2, K65.0, K63.0, N32.1, K60.4, K60.5, N82.2, N82.3, N82.4, K60, K38.3, K31.6, K63.2).

2.2. Critères d'inclusion

Etaient inclus tous les patients majeurs, atteints d'une maladie de Crohn de phénotype pénétrant présentant une complication à type d'abcès ou phlegmon intra-abdominal au diagnostic ou au cours de l'évolution de leur maladie.

Les patients présentant un diagnostic de « colite indéterminée » ou « d'appendicite » avec un abcès intra-abdominal secondairement diagnostiqués « maladie de Crohn » étaient inclus dans la cohorte.

2.3. Critères d'exclusion

Etaient exclus les patients présentant des abcès et fistules en rapport avec des lésions ano-périnéales s'il n'existait pas d'abcès intra-abdominaux associés.

Les patients présentant des fistules-intra abdominales ou un pneumopéritoine libre sans abcès n'étaient pas inclus, de même que ceux présentant un suivi après le diagnostic d'abcès inférieur à 6 mois ou des données insuffisantes.

3. Méthode

3.1. Recueil de données

3.1.1. Méthode de recueil

Un investigateur unique a réalisé la collecte de données sur tableur Excel 2007, d'après les dossiers informatisés des patients, sur les logiciels Citrix et DxCare au CHU St Eloi de Montpellier, et Clinicom au CHU de Nîmes.

3.1.2. Données collectées :

3.1.2.1. Données démographiques

Les données démographiques collectées comprenaient :

- Le sexe, la date de naissance
- Le statut tabagique
- La date du diagnostic et le score de Montréal au diagnostic de la maladie de Crohn.
- Les traitements médicaux et chirurgicaux du Crohn antérieurs à l'épisode d'abcès, ainsi que l'antécédent d'appendicectomie.

3.1.2.2. Données clinique au diagnostic d'abcès

Etaient collectées les données concernant :

- le traitement en cours au diagnostic de l'abcès.
- l'activité de la maladie (PGA) dans l'année précédant l'épisode d'abcès.
- Le type d'imagerie permettant de poser le diagnostic d'abcès ; la date de cette imagerie était considérée comme la date de diagnostic de l'abcès.

- La taille de l'abcès, sa localisation, leur nombre, la présence ou non d'une fistule associée
- La présence de critères de sévérité à l'admission
- La biologie incluant l'hémoglobine, les leucocytes, les plaquettes, la CRP et l'albumine.
- L'état nutritionnel avec le poids au diagnostic d'abcès, l'IMC.

3.1.2.3. Données de prise en charge initiale de l'abcès

Nous avons recueilli les données concernant la durée de l'antibiothérapie, la réalisation ou non d'un drainage par voie transpariétale radiologique ou chirurgicale.

Lorsqu'une prise en charge chirurgicale était décidée, les données concernant l'indication urgente ou non de la chirurgie, la réalisation ou non d'une stomie ainsi que la voie d'abord étaient recueillies. Il en était de même concernant d'éventuels incidents péri-opératoires ou complications post-chirurgicales.

Dans le cas d'une prise en charge nutritionnelle, nous en avons recueilli les modalités : par pharmaconutrition (Modulen®), nutrition entérale ou parentérale avec leurs durées, la cause de leur arrêt le cas échéant, et leurs éventuelles complications.

La date de résolution de l'abcès était la date de la première imagerie où celui-ci n'était pas retrouvé. Le type d'imagerie était également recueilli ainsi que l'imagerie à un mois.

Les patients ayant eu recours à la chirurgie et chez qui il n'a pas été objectivé de guérison de l'abcès en préopératoire étaient considérés comme « non résolu ».

Le type de traitement entrepris après résolution de l'abcès, ou chirurgie pour l'abcès, était étudié.

3.1.2.4. Suivi de la cohorte

Etaient recueillies les données concernant :

- le PGA à 6 mois
- l'existence d'une rechute clinique après au moins 6 mois définie par toute réapparition d'une symptomatologie digestive.
- La première endoscopie au cours du suivi avec le score de Rutgeerts chez les patients opérés.
- Les modifications thérapeutiques au cours du suivi.
- La nécessité d'hospitalisations pour la maladie de Crohn, leurs causes et leurs nombres au cours du suivi.
- La nécessité de recours à la chirurgie au cours du suivi avec le type et le nombre de résections.
- La récurrence de maladie perforante à type de fistule et ou abcès.

3.2. Analyse statistique

Les données anonymisées de chaque patient ont été collectées dans une base de données Excel 2007 (Microsoft Corporation, Redmond, USA) protégée par un mot de passe.

Le logiciel SPSS® (IBM, Armonk, New York, USA) était utilisé pour effectuer l'ensemble des analyses statistiques appropriées.

Nous avons réalisés une analyse descriptive sur l'ensemble de la cohorte, ainsi que dans les sous-groupes « traitement médical » vs « traitement chirurgical de l'abcès ».

Les patients du groupe « traitement médical » ont ensuite été analysés en sous-groupe « traitement par anti-TNF » vs « pas d'anti-TNF ».

Pour les variables quantitatives, la moyenne assortie de l'écart type et/ou la médiane assortie des premiers et troisièmes quartiles ont été calculées. Pour les variables qualitatives, les pourcentages ont été calculés après exclusion des données manquantes.

Les comparaisons intergroupes ont été réalisées pour les variables quantitatives à l'aide du test non paramétrique de Wilcoxon et du test exact de Fisher ou du test de Chi², en fonction de la taille de l'échantillon pour les variables qualitative.

L'analyse du risque de récurrence de l'abcès et de recours à la chirurgie au cours du temps a été étudiée par analyse de Cox dans la cohorte globale et le sous-groupe traitement médical. Les facteurs avec un $p < 0,2$ ont été intégrés dans les analyses multivariées pour la cohorte globale. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme statistiquement significative

Les fonctions de survie sans récurrence d'abcès et sans recours à la chirurgie ont été estimées selon la méthode de Kaplan- Meier dans la cohorte globale et dans la cohorte traitement médical.

III. RESULTATS

1. Description de la cohorte

1.1. Caractéristiques démographiques :

Les caractéristiques démographiques des patients sont résumées dans le tableau 1. Cent quatre patients ont été inclus dans notre étude, 18 (17%) à Nîmes et 86 (83%) à Montpellier. Cinquante et un (49%) étaient des femmes. L'âge médian au diagnostic d'abcès était de 29,3 (Espace interquartile [EI] 23,5-38,5) ans, avec une durée médiane d'évolution de la maladie de Crohn de 3,9 (0,5-8,5) ans. Il s'agissait d'une entrée dans la maladie pour 13 (13%) d'entre eux.

On retrouvait un tabagisme actif chez 41 (39%) d'entre eux.

Quinze (15%) avaient une maladie de début juvénile avant 16 ans (Montréal A1), 74 (73%) avaient une maladie déclarée entre 17 et 40 ans (Montréal A2) et 12 (11.9%) avaient une maladie déclarée après 40 ans (Montréal A3).

Au diagnostic de Crohn, il y avait 63 (70%) atteinte iléo caecale (Montréal L1), 6 (7%) atteinte colique seule (Montréal L2), 15 (17%) atteinte iléocolique (Montréal L3). Six patients (7%) avaient une atteinte haute.

La répartition des phénotypes au diagnostic de la maladie de Crohn était 39 (48%) maladie inflammatoire, non sténosante, non pénétrante ; 16 (20%) maladie sténosante, et 20 (24%) maladie pénétrante.

Enfin, 18 (20%) présentaient une atteinte ano-périnéale au diagnostic de leur maladie de Crohn.

Concernant les traitements antérieurs du Crohn, 14 (14%) avaient déjà reçu un traitement anti-TNF, 33 (34%) un traitement immunosuppresseur, 26 (27%) une thiopurine et 7 (7%) du methotrexate.

Soixante-quinze (76%) patients n'avaient jamais subi de chirurgie pour leur maladie de Crohn. Parmi les 24 (24%) patients opérés, 11 (11%) ont bénéficié d'une résection intestinale, et 13 (13%) de la prise en charge de lésions ano-périnéales.

Par ailleurs 15 (15%) avaient un antécédent d'appendicectomie.

.tableau 1 Données démographiques

	cohorte n=104	ttt med n= 64	ttt chir n=40	p
Sexe				
F, (%)	51 (49,0)	28 (44)	23 (58)	0,116
Lieu de PEC n(%)				0,007
Nimes :	18(17,3)	7 (11,0)	11 (27,5)	
Montpellier	86(82,7)	57 (89,0)	29 (72,5)	
Tabac				
actif n (%)	41 (39,4)	25(39,1)	16 (40,0)	0,876
age au diag de MC				
moy (st)	27,3 (12,0)	27,2 (11,7)	27,4 (12,5)	
med (Q1;Q3)	23,7 (18,5;32,9)	24 (18,5;32,8)	23,7 (18,6;33,2)	0,77
age au diag d'abces				
moy(stdv)	33,1 (13,5)	32,5 (13,1)	34,0 (14,1)	0,453
med (Q1;Q3)	29,3 (23,5;38,5)	28,4 (23,4;37,6)	30,7 (23,6;40,6)	
durée evolution MC				
moy(stdv)	5,9 (6,5)	5,5 (6,4)	6,6 (6,8)	
med (Q1;Q3)	3,9 (0,5;8,5)	3,7 (0,5;6,9)	4,7 (0,5;9,9)	
Montréal au D de MC				
A n(%)				
A1	15(14,9)	10 (16,1)	5 (12,8)	
A2	74 (73,3)	45 (72,5)	29 (74,4)	
A3	12(11,9)	7 (11,3)	5 (12,8)	
L n(%)				
L1	63(70)	39 (72,2)	24 (66,7)	
L2	6(6,7)	4 (7,4)	2 (5,6)	
L3	15(16,7)	9 (16,7)	6 (16,7)	
L4	1(1,1)	0 (0)	1 (2,8)	
L1+L4	2(2,2)	1 (1,9)	1 (2,8)	

L3+L4	3(3,3)	1 (1,9)	2 (5,6)	
B n(%)				
B1	39(47,6)	25 (50,0)	14 (43,8)	
B2	16(19,5)	8 (16,0)	8 (25)	
B3	20(24,4)	11 (22,0)	9 (28,1)	
B2+B3	7(8,5)	6 (12)	1 (3,1)	
P	18(20,2)	12 (21,4)	6 (18,2)	
ttt antérieurs :				
Imurel	26 (26,5)	14 (23,3)	12 (31,6)	0,576
MTX	7 (7,1)	4 (6,7)	3 (7,9)	
Antitnf	14 (14,3)	4 (6,7)	10 (26,3)	0,005
IFX	11 (11,2)	3 (5,0)	8 (21,0)	
ADA	8 (7,8)	1 (1,6)	7 (17,5)	
Asa	38 (38,8)	25 (41,7)	13 (34,2)	
CTC				
Budésouide	14 (14,7)	11 (18,3)	3 (8,1)	
Systémiques	32 (33,7)	20 (33,3)	12 (32,4)	
chir antérieures				
Aucune	75 (75,8)	49 (81,7)	26 (68,4)	0,89
chir de résection	11 (11,1)	4 (6,7)	5 (13,2)	
chir de LAP	13 (13,1)	7 (11,7)	7 (18,4)	

Med : médiane ; Moy : moyenne ; F : féminin, ttt : traitement ; MTX : Methotrexate ; IFX : infliximab ; ADA : Adalimumab
 CTC : corticoïdes ; chir : chirurgie, LAP : Lésion Anopérinéale, A : age au diagnostic de maladie de Crohn, L : topographie des lésions, B : phénotype, P : lésion anopérinéale

1.2. Description des patients au diagnostic d'abcès

Au diagnostic de l'abcès, 4 (4%) patients présentaient une maladie inactive, 17 (16%) avaient une maladie peu active, 39 (38%) avaient une maladie modérément active et 44 (42%) avaient une maladie sévèrement active.

Concernant la localisation de l'atteinte de la maladie de Crohn, 65 (63%) patients avaient une maladie de localisation iléale +/- caecale, 11 (11%) avaient une maladie colique pure, 24 (23%), 24 (23%) présentaient une atteinte à la fois colique et grêle, et 3 (3%) avaient une atteinte haute de leur maladie.

Le diagnostic d'abcès était posé par un scanner dans 56 (54%) cas, une échographie dans 32 (31%) et une IRM dans 16 (15%).

On retrouvait une atteinte sténosante associée à l'atteinte pénétrante chez 45 (43%) patients, et une atteinte ano-périnéale chez 25 (24%) patients.

Sur les 104 patients, 89 (86%) présentaient au moins un abcès collecté, 12 (12%) un phlegmon, et 3 (3%) un abcès intra pariétal, avec une taille moyenne de des abcès de 32,2 (+/-20,2) mm de diamètre.

Le nombre moyen d'abcès était de 1,29 (+/-0,59) par patient. Les abcès étaient de localisation iléale chez 66 (65%) patients, de localisation jéjunale chez 17 (17%) patients et de localisation colique droite chez 7 (7%) patients. Il y avait 6 (6%) abcès du colon gauche et du sigmoïde, 3 (3%) lésions transverses, et 3 (3%) abcès du mésentère.

Une fistule était visible chez 68 (66%) patients, avec 44 (65%) fistules simples, et 24 (35%) présentant une fistule complexe.

Concernant la biologie à l'admission des patients pour abcès, le taux moyen d'hémoglobine était de 11,9 (+/- 2,76) g/dL, et la CRP moyenne était de 100,7 (+/- 83) mg/L.

Enfin, pour ce qui est de l'état nutritionnel des patients à leur admission pour abcès, l'IMC moyen des patients était de 20,8 (+/- 4,3) kg/m², et le taux d'albumine moyen de 33,6 (+/-7,2) g/L.

tableau 2 caractéristiques des patients au diagnostic de l'abcès

	cohorte n=104	ttt med = 64	ttt chir = 40	P
PGA				
1 maladie inactive	4 (3,8)	3 (4,7)	1 (2,5)	
2 peu active	17 (16,3)	13 (20,3)	4 (10,0)	
3 modérément active	39 (37,5)	22 (34,4)	17 (42,5)	
4 sévèrement active	44 (42,3)	26 (40,6)	18 (45,0)	
B2 associé au B3	45 (43,3)	22 (34,4)	23 (57,5)	
L1	65 (63,1)	41 (64,1)	24 (61,5)	
L2	11 (10,7)	4 (6,3)	7 (17,9)	

L3	24 (23,3)	18 (28,1)	6 (15,4)	
L4	3 (2,9)	1 (1,6)	2 (5,1)	
P	25 (24,0)	13 (20,3)	12 (30,0)	
abcès inaugural de MC	13 (12,5)	8 (12,5)	5 (12,5)	NS
caractéristiques de l'abcès :				
Abcès	89 (85,6)	55 (84,4)	34 (85)	Ns
Phlegmon	12 (11,5)	7 (10,9)	5 (12,5)	Ns
abcès intrapariétaux	3 (2,9)	2 (3,1)	1 (2,5)	Ns
taille abcès moy (stdv)	32,2 (+/- 20,2)	27,7 (+/-17,8)	39,7 (+/-21,9)	0,03
nombre d'abcès	1,3 (0,6)	1,3 (0,7)	1,2 (0,4)	Ns
Localisation				NS
grêle	17 (16,7)	8 (12,7)	9 (23,1)	
iléon	66 (64,7)	47 (74,6)	19 (48,7)	
colon D	7 (6,9)	3 (4,8)	4 (10,3)	
colon T	3 (2,9)	1 (1,6)	2 (5,1)	
colon G/Sigm	6 (5,9)	2 (3,2)	4 (10,3)	
Rectum	0	0	0	Ns
mesentère	3 (2,9)	2 (3,2)	1 (2,6)	Ns
fistule visible	68 (66)	41 (65,1)	27 (67,5)	NS
fistule simple	44 (64,7)	29 (70,7)	15 (55,6)	
fistule complexe	24 (35,3)	12 (29,3)	12 (44,4)	
type d'imagerie :				
Echo	32 (30,8)	24 (37,5)	8 (20,0)	Ns
Scan	56 (53,8)	32 (50)	24 (60,0)	Ns
IRM	16 (15,4)	8 (12,5)	8 (20,0)	Ns
Hb moy (stdv)	11,9 (2,76)	12,3 (2,87)	11,3 (2,52)	Ns
Leucocytes	10469 (4873)	10140 (4656)	10976 (5220)	Ns
Plaquettes	383 953 (143 447)	390 132 (122 924)	374 322 (172 216)	Ns
CRP	100,7 (83)	91,7 (76,1)	119 (95,9)	
Albumine	33,6 (7,2)	34,8 (7,5)	31,6 (6,5)	Ns
IMC	20,8 (4,3)	21,0 (3,9)	20,4 (4,8)	Ns
ttt en cours au diag d'abcès :				
Imurel	25 (25,5)	16 (26,7)	9 (23,7)	Ns
MTX	3 (3,1)	1 (1,7)	2 (5,2)	Ns
Antitnf	27 (27,6)	14 (23,3)	13 (34,2)	
IFX	19 (19,4)	10 (16,7)	9 (23,7)	
ADA	7 (7,1)	4 (6,7)	3 (7,9)	
GOLI	1 (1,0)	0	1 (2,6)	
Asa	15 (15,3)	8 (13,3)	7 (18,4)	Ns
CTC				Ns
Budésouide	13 (13,3)	7 (11,7)	6 (15,6)	
Systémiques	15 (15,3)	14 (23,3)	1 (2,6)	

Med : médiane ; Moy : moyenne ; stdv : écart type F : féminin, MC : maladie de Crohn, diag : diagnostic, ttt : traitement ; PGA Physician Global Assessment, IMC : indice de masse corporelle, MTX : Methotrexate ; IFX : infliximab ; ADA : Adalimumab, GOLI : Golimumab
CTC : corticoïdes ; chir : chirurgie, LAP : Lésion Anopérinéale, A : age au diagnostic de maladie de Crohn, L : topographie des lésions, B : phénotype, P : lésion anopérinéale

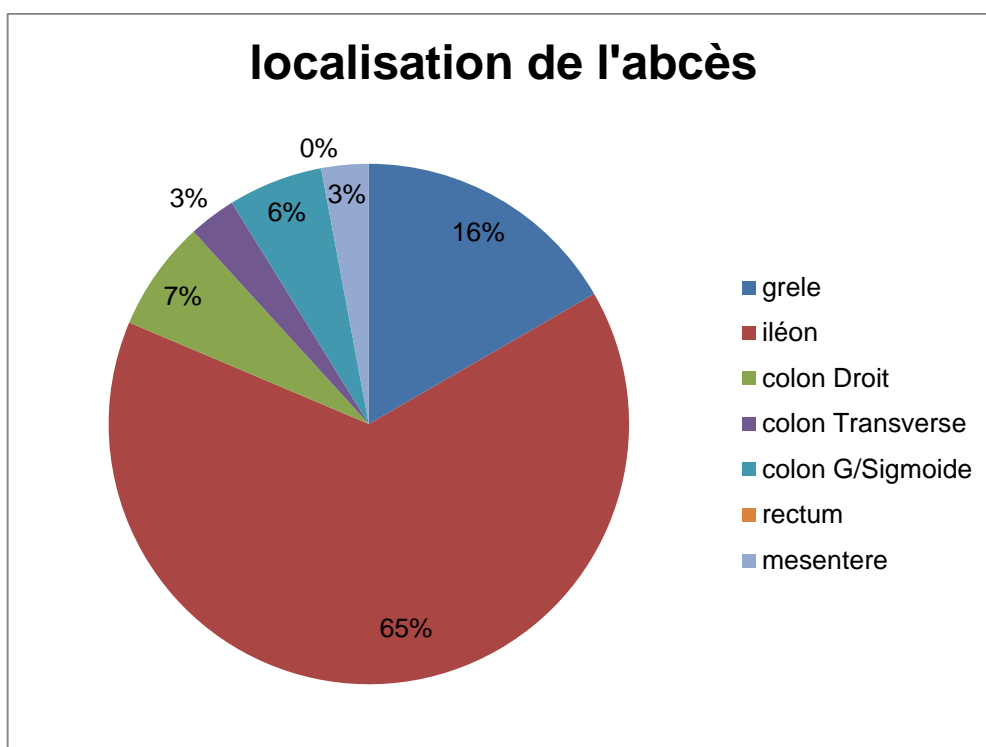


Figure 8 Localisation de l'abcès dans la cohorte globale

1.3. Prise en charge de l'épisode d'abcès

1.3.1. Traitement médical initial

Tous les patients ont reçu une antibiothérapie pour une durée médiane de 28 (20-46,5) jours. S'y associait chez 12 (12%) patients un drainage de la collection abcédée. Ces drainages étaient pour moitié (6/12) radiologique, et pour l'autre moitié (6/12) chirurgicaux. Tous ont été des succès techniques. Un deuxième drainage radiologique a été réalisé chez un patient (8%) après une ablation accidentelle du premier drain.

La majorité des patients ont bénéficié d'une prise en charge nutritionnelle : 49 (48%) ont reçu une nutrition parentérale, 8 (8%) une nutrition entérale sur sonde nasogastrique d'alimentation, 24 (24%) ont reçu une pharmaconutrition orale type

Modulen®. Vingt et un (21%) patients n'ont pas eu de prise en charge nutritionnelle particulière.

Soixante et onze (69%) patients ont obtenu une résolution de l'abcès, avec un délai moyen de 36 (24,7) jours. Quarante (39%) ont subi une chirurgie de résection pour la prise en charge de l'épisode d'abcès. Huit (8%) patients ont subi une chirurgie malgré un épisode d'abcès considéré comme résolu.

tableau 3 Prise en charge de l'abcès

	cohorte n=104	ttt med	ttt chir	p
Antibiothérapie				
durée moyenne (j)	34,2 (+/-20,8)	30,4 (+/-17,5)	40,5 (+/-23,8)	0,044
durée mediane (j)	28 (20 ; 46,5)	25 (19,5;40)	34 (21;57)	
drainage	12 (11,5)	4 (6,3)	8 (20,0)	0,026
drainage radio	6/12 (50)	2/4 (50)	4/8 (50)	NS
drainage chir	6/12 (50)	2/4 (50)	4/8 (50)	NS
2 eme drainage	1/12 (8,3)	1/4 (25)	0	
2eme drainage chir	0	0	0	
2eme drainage radio	1/12 (8,3)	1/4 (25)	0	
chir de resection	40 (38,5)	0	40	
PEC nutritionnelle				
pas de nutrition	21 (20,6)	15 (23,8)	6 (15,4)	NS
Modulen	24 (23,6)	10 (15,9)	14 (35,9)	
NE	8 (7,8)	7 (11,1)	1 (2,6)	
NPE	49 (48,0)	31 (49,2)	18 (46,2)	
résolution de l'abcès	71 (68,9)	63 (100)	8 (20)	<0,001
délai diag/résolution moy	36 (+/- 24,7)	38,4 (25,2)	23,1 (16,6)	0,052
med (Q1;Q3)	29 (19;51)	31 (21;52)	17 12;28)	

Med : médical, Radio : radiologique, Chir chirurgical ; PEC : prise en charge, NE : nutrition entérale, NPE : nutrition parentérale
med : médiane ; Q1 : quartile 1 ; Q3 quartile 3

1.3.2. Cas des patients bénéficiant d'un traitement chirurgical associé

Les types de résection réalisé est représenté figure 2, et les événements per et post opératoires sont résumés tableau 4.

Sur les 40 (39%) patients ayant bénéficié d'une chirurgie, 9 (23%) ont eu la confection d'une stomie per-opératoire. Il y avait 4 (12%) incidents peri-opératoires : 2 (6%) hémorragies par plaie vasculaire, et 2 (6%) plaies viscérales.

Le recueil des complications post opératoires trouve 3 (9%) admissions en service de réanimation, 2 (6%) lâchages d'anastomose et/ou collections intra abdominales, 1 (3%) infection de site opératoire et 2 (6%) ré-intervention chirurgicales.

Tableau 4	
Chirurgie de résection	40 (38,5)
type de résection	
résection grêle	4 (10,0)
iléocoléctomie droite	30 (75,0)
colectomie segmentaire	6 (15,0)
Abord	
Laparotomie	18 (51,4)
Coelioscopie	14 (40,0)
coelio convertie	3 (8,6)
degré d'urgence	
urgence vitale	4 (11,1)
chirurgie différée	32 (88,9)
delai diag / chirurgie moy	51,9 (31,8)
delai diag / chirurgie med (Q1 ; Q3)	50,0 (31,8;69,0)
constatations peri op inattendue	
Aucune	20 (64,5)
autres abcès	4 (12,9)
fistule	0
sténose	3 (9,7)
large adhérence intra abdo	1 (3,2)
Stomie	9 (22,5)
incidents peri opératoire	4/34 (11,7)
plaie vasculaire / hémorragie	2/34 (5,9)
plaie viscérale	2/34 (5,9)
Complications post op :	
admission en réanimation	3 (9,4)
lâchage anastomose / collection intra abdo	2 (6,3)
infection site opératoire	1 (3,1)
réintervention chirurgicale	2 (6,3)
Classification de Clavien	
0- aucune	20 (58,8)
1- antalgique/antiémétique/antipyr/diurétique/kiné	3 (8,8)

2-ttt med /transfusion/NPE totale	6 (17,6)
3-ttt chir/endo/radio	5 (14,7)
4- admission en SC/réa	3 (9,4)
5- Décès	0

Ttt : traitement md : médical, antipyr : antipyrétique, endo : endoscopique chir : chirurgical SC : soins continus réa : réanimation

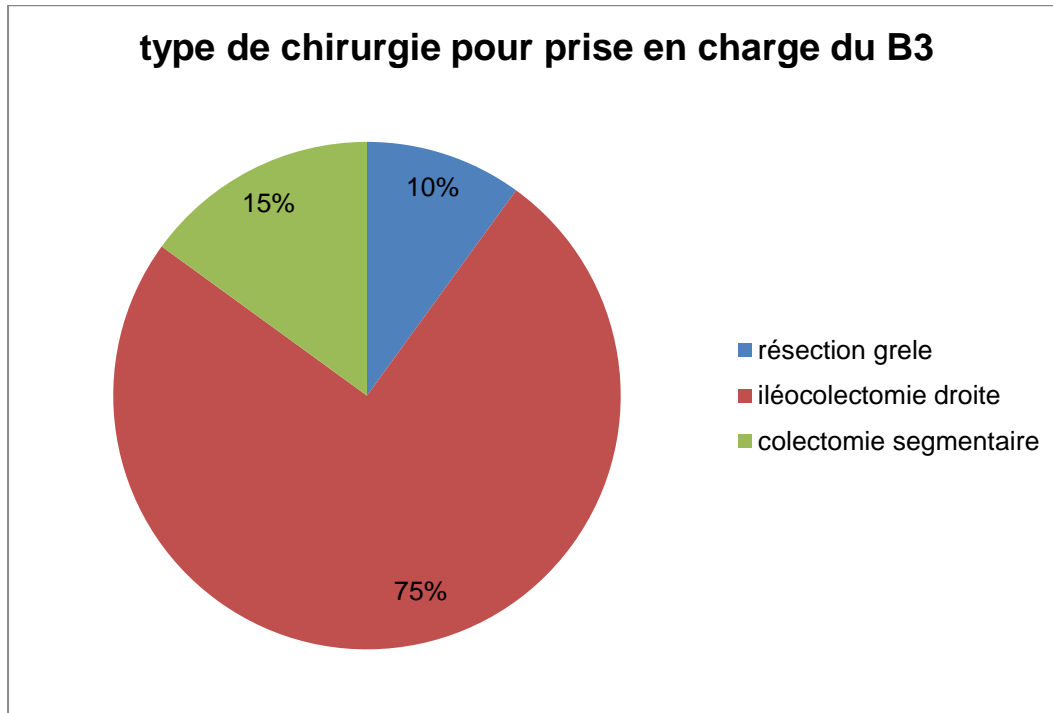


Figure 9 Type de chirurgie pour prise en charge du B3

1.4. Suivi de la cohorte

1.4.1. Suivi global

Les données concernant le suivi des patients sont résumées dans le tableau 5.

Les patients ont été suivis pendant une période médiane de 60,8 (35,2-104,6) mois.

L'évaluation à 6 mois trouvait une maladie inactive pour 30 (29%) patients, peu active pour 41 (40%), modérément active pour 23 (22%) et sévèrement active pour 8 (9%) d'entre eux.

tableau 5 Suivi des patients

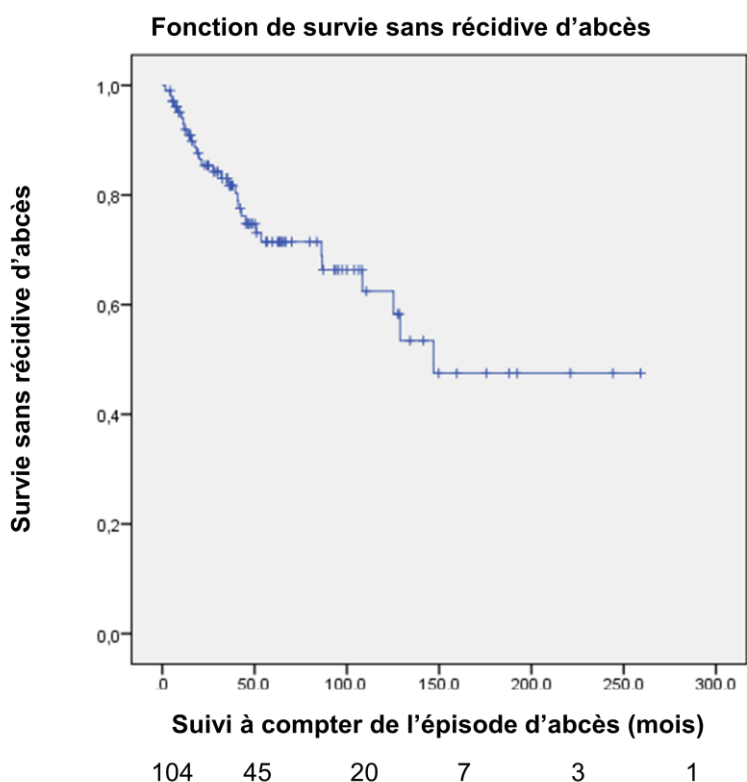
	cohorte n=104	ttt méd	ttt chir	P
PGA à 6 mois n(%)				
1 maladie inactive	30 (29,4)	13 (21,0)	17 (42,5)	
2 peu active	41 (40,2)	29 (46,8)	12 (30)	
3 modérément active	23 (22,5)	13 (21,0)	10 (25)	
4 sévèrement active	8 (7,8)	7 (11,3)	1 (2,5)	
récidive B3 n(%)	39 (37,5)	32 (50,0)	7 (17,5)	0,001
récidive d'abcès n(%)	30 (28,8)	25 (39,0)	5 (12,5)	0,003
délai diagnostic / récidive abcès (mois)				
moy (stdv)	43,5 (+/- 41,3)	43,1 (37,4)	36,9 (62,0)	
méd (Q1;Q3)	29,7 (13,1 ; 51,6)	34,1 (15,0 ; 51,6)	10,5 (5,2 ; 19,9)	
rechute clinique n(%)	65 (65)	43 (70)	22 (56)	0,15
délai rechute clinique MC (m)	14,2 (8,0 ; 24,4)	14,3 (7,8 ; 22,6)	13,7 (9,3 ; 26,8)	
modification thérapeutique n(%)	85 (83,3)	58 (92,0)	27 (69,2)	0,003
délai 1ere modif thérapeutique (j)	10,1 (6,5 ; 25,1)	8,5 (5,6 ; 21,2)	12,7 (8,6 ; 40,0)	
hospitalisation au cours du suivi	47 (45,2)	33 (51,6)	12 (30,0)	0,031
nbre d'hospitalisation	1,13 (1,69)	1,38 (1,87)	0,68 (1,2)	
durée médiane de suivi (mois)	60,8 (35,2 ; 104,6)	62,3 (37,4 ; 93,4)	53,5 (21,2 ; 130,0)	
chirurgie au cours du suivi n(%)	34 (32,7)	26 (40,6)	8 (20)	0,029
délai diagnostic / 1ere chirurgie				
moy (stdv)	39,8 (39,8)	33,4 (28,2)	60,7 (63,1)	
méd (Q1;Q3)	23,5 (12,9 ; 45,1)	23,5 (12,1 ; 42,8)	29,6 (20,8 ; 82,4)	
nbre de chirurgie	0,52 (+/-0,91)	0,66 (1,00)	0,31 (0,73)	

Med : Médical , Chir : chirurgical, PGA : Physician Global Assesment, B3 : maladie pénétrante, moy : moyenne, stdv : écart type, Méd : médiane Q1 : quartile 1 , Q3 : 3eme quartile

Trente-neuf (38%) patients ont présenté une récurrence de la maladie pénétrante, et 30 (30%) une récurrence d'abcès. Le délai médian avant récurrence de l'abcès était de 29,7 (13,1-51,6) mois.

La fonction de survie sans récurrence d'abcès est illustrée figure 3. La probabilité de survie sans récurrence d'abcès était de 71,5%(+/-5,1%) à 5 ans, et 62,5% (+/-6,7) à 10 ans.

Figure 10 survie sans récurrence d'abcès - cohorte globale



1.4.2. Traitement hospitalier au cours du suivi

Au cours du suivi, 47 (45%) patients ont été hospitalisés en rapport avec leur maladie de Crohn au moins une fois, service de médecine et chirurgie confondus. Le motif de la première hospitalisation est détaillé dans la figure 4.

Le délai médian entre le diagnostic d'abcès et cette première hospitalisation était de 23,3 (12,9- 36,7) mois.

Le nombre moyen d'hospitalisation par patient était de 1,13 (+/- 1,69). Le nombre d'hospitalisation par patient est représenté dans la figure 11.

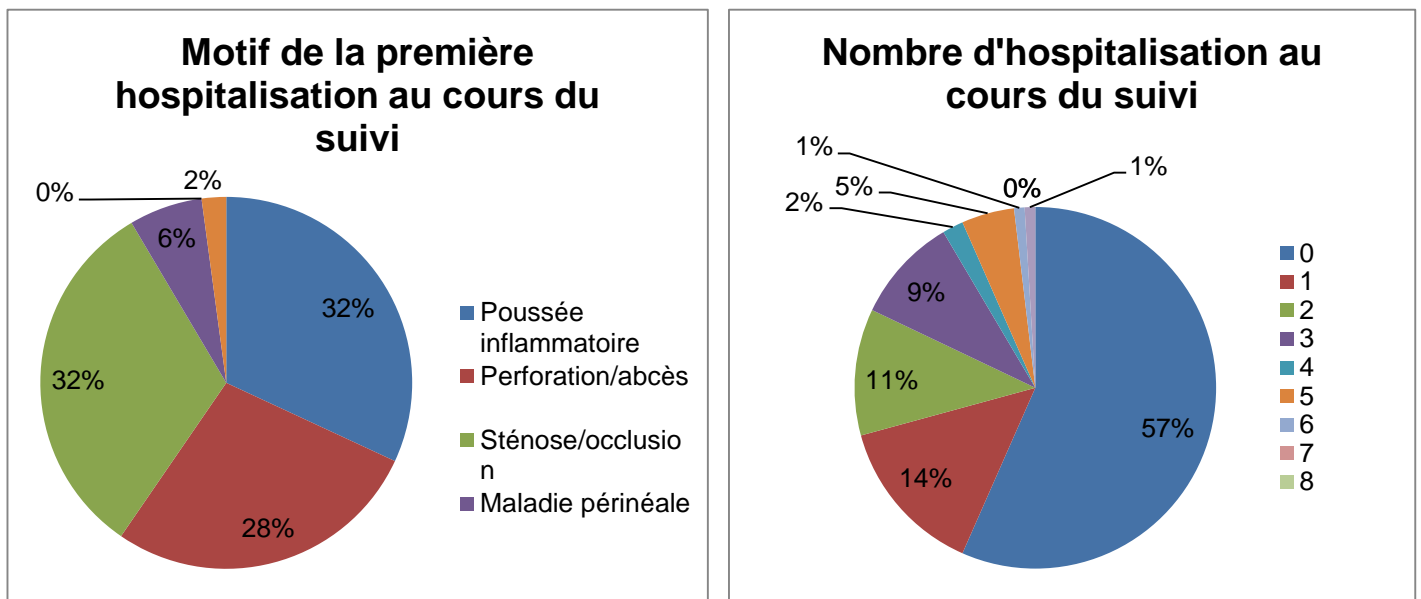


Figure 11 nombre d'hospitalisation par patient au cours du suivi et motif de la première hospitalisation.

Au cours du suivi de la cohorte, 34 (33%) patients ont subi au moins une chirurgie.

Le délai médian entre le diagnostic initial d'abcès et la première chirurgie était de 23,5 (12,9- 45,1) mois.

La fonction de survie sans chirurgie est illustrée par la figure 5. La probabilité de survie sans chirurgie était de 77,2% (+/-4,6) à 5 ans et 62,0%(+/-6,8) à 10 ans.

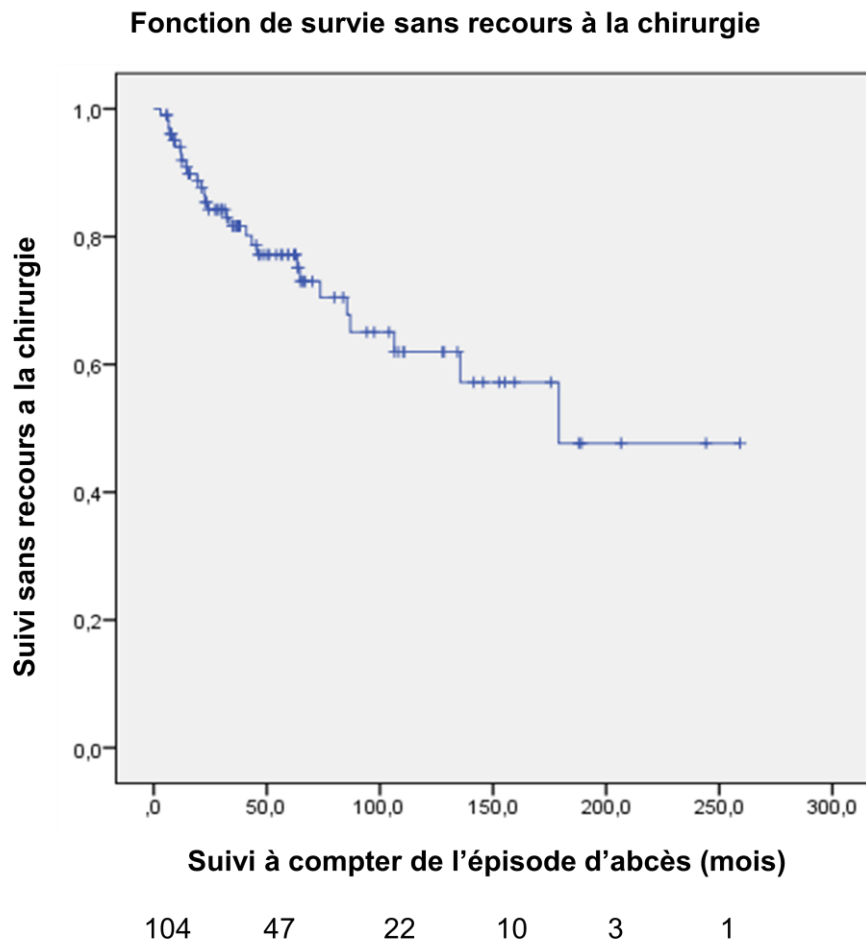


Figure 12, survie sans chirurgie- cohorte globale

Le nombre moyen de chirurgie par patient était de 0,52 (+/-0,91), le nombre de chirurgie par patient est détaillé dans la figure 13

Le type de la première chirurgie et son indication sont détaillés dans la figure 14

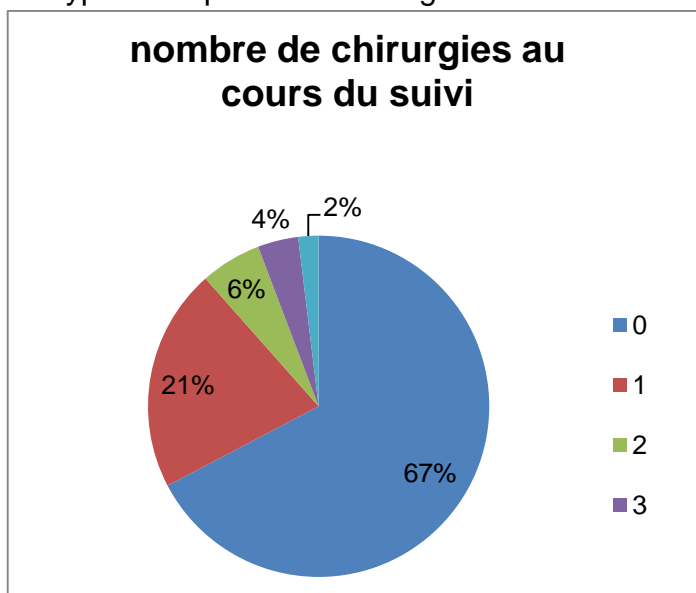


Figure 13

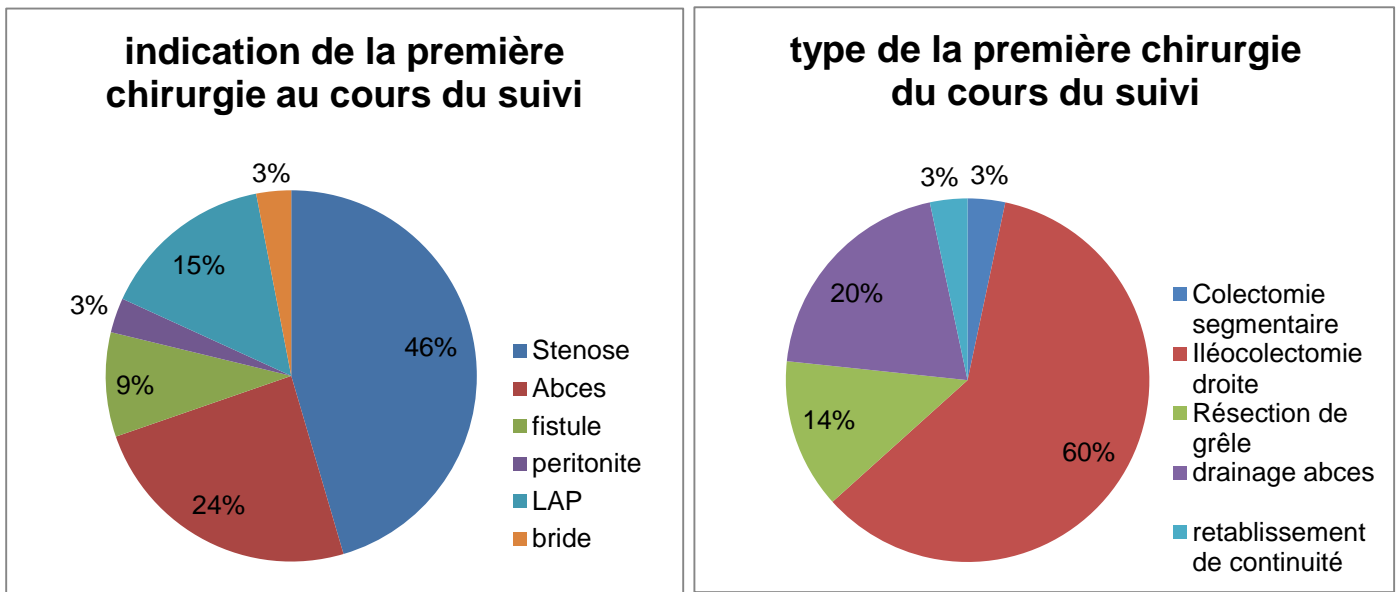


Figure
14

1.5. Facteurs de risque de récurrence d'abcès au cours du temps

1.5.1. Analyse univariée

Les facteurs associés au risque de récurrence d'abcès au cours du temps en analyse univariée sont synthétisés dans le tableau 6.

Le recours à la chirurgie lors de l'épisode initial d'abcès était statistiquement associé en analyse univariée à une diminution du risque d'abcès au cours du suivi, avec un $HR=0,259$ $IC95\% [0,096 ; 0,699]$, $p=0,08$. Avec une récurrence d'abcès chez 25/64 (39%) patients traités médicalement vs 5/40 (13%) $p=0,003$. On retrouvait également une tendance statistique dans le même sens chez les patients ayant bénéficié d'un drainage de l'abcès $HR=0,248$ $IC95\% [0,034 ; 1,821]$ $p=0,171$.

A l'inverse, plusieurs facteurs ont été identifiés comme associés à une récurrence d'abcès au cours du suivi. Parmi ceux-ci on trouve le recours à une combo-thérapie pour le B3, $HR=2,442$ $IC95\% [1,160 ; 5,139]$ $p=0,019$; la résolution initiale de l'abcès

HR=3,469 IC95% [1,195 ; 10,067] p= 0,022 ; l'existence d'une récurrence clinique
 HR=6,764 IC95%[1,609 ; 28,436] p= 0,009. On retrouvait une tendance dans le
 même sens chez les patients traités par anti-TNF pour le B3, HR=1.801 IC95%
 [0,764 ; 4,244] p= 0,178.

Tableau 6 Facteurs de risque de récurrence d'abcès au cours du temps					
Analyse univariée (modèle de COX)					
Variables	codage	p	HR	IC95%	
Chirurgie pour le B3	Oui vs Non	0,008	0,259	0,096	0,699
Sexe	F vs H	0,54	0,798	0,388	1,641
Tabac	Oui vs Non	0,655	0,84	0,392	1,801
Traitement antérieur par thiopurines	Oui vs Non	0,961	0,978	0,391	2,442
Traitement antérieur par anti-TNF	Oui vs Non	0,818	0,868	0,26	2,898
Age au diagnostic de la MC	Années	0,507	1,011	0,979	1,044
Age au diagnostic de l'abcès	Années	0,182	1,018	0,992	1,044
Chirurgie antérieure	Oui vs Non	0,485	1,412	0,536	3,718
Sténose au diagnostic de l'abcès	Oui vs Non	0,519	0,783	0,372	1,648
Atteinte périnéale associée	Oui vs Non	0,889	1,063	0,452	2,499
Abcès révélant la MC	Oui vs Non	0,621	0,74	0,223	2,448
Fistule visible	Oui vs Non	0,653	1,198	0,545	2,634
Taille de l'abcès	Mm	0,425	0,991	0,971	1,013
Drainage de l'abcès	Oui vs Non	0,171	0,248	0,034	1,821
Nutrition artificielle initiale	Oui vs Non	0,291	1,556	0,685	3,533
Traitement par corticoïde après le B3	Oui vs Non	0,85	1,086	0,462	2,55
Traitement par thiopurines pour le B3	Oui vs Non	0,231	1,568	0,751	3,274
Traitement par anti-TNF pour le B3	Oui vs Non	0,178	1,801	0,764	4,244
Traitement par combothérapie pour le B3	Oui vs Non	0,019	2,442	1,16	5,139
Résolution initiale de l'abcès	Oui vs Non	0,022	3,469	1,195	10,067
Hôpital de prise en charge	MTP vs NIMES	0,913	1,07	0,319	3,584

MC : maladie de Crohn ; B3 : Maladie Crohn pénétrante ; HR : Hazard Ratio ; IC intervalle de confiance à 95% F féminin M masculin ; MTP montpellier

1.5.2. Analyse multivariée

Ont été incluses dans l'analyse multivariée les variables d'intérêt et celles avec un $p < 0,2$ en analyse univariée : chirurgie pour le B3, âge au diagnostic d'abcès, traitement par anti TNF et combothérapie pour le B3, résolution initiale de l'abcès et récurrence clinique.

En analyse multivariée, seule la chirurgie du B3 diminuait significativement le risque de récurrence d'abcès HR 0,264 IC95% [0,097 ; 0,716] $p= 0,009$.

Ces données sont consultables dans le tableau 7.

		Résultats univariés				Résultats multivariés			
Variables	codage	p	HR	IC95%		P	HR	IC95%	
Chirurgie pour le B3	Oui vs Non	0,008	0,259	0,096	0,699	0,009	0,264	0,097	0,716
Age au diagnostic de l'abcès	Années	0,182	1,018	0,992	1,044				
Drainage de l'abcès	Oui vs Non	0,171	0,248	0,034	1,821				
Traitement par anti-TNF pour le B3	Oui vs Non	0,178	1,801	0,764	4,244				
Traitement par combothérapie pour le B3	Oui vs Non	0,019	2,442	1,16	5,139				
Résolution initiale de l'abcès	Oui vs Non	0,022	3,469	1,195	10,067				

MC : maladie de Crohn ; B3 : Maladie Crohn pénétrante ; HR : Hazard Ratio ; IC intervalle de confiance à 95%

1.6. Facteur de risque de recours à la chirurgie

1.6.1. Analyse univariée

Les facteurs associés au recours à la chirurgie pendant le suivi sont résumés dans le tableau 8.

Le fait d'avoir bénéficié d'une chirurgie pour le traitement du B3 est statistiquement associé à une réduction du risque, HR=0,346 IC95% [0,137 ; 0,879] $p=0,026$. Avec

41% (26/64) des patients traité médicalement qui ont subi une chirurgie vs 20% (8/40) des patients initialement traité chirurgicalement qui ont été réopéré p=0,029

A l'inverse, la résolution initiale de l'abcès (HR=3,206 IC95% [1,096 ; 9,374] p=0,033) est statistiquement associés à une augmentation du recours à la chirurgie. On retrouve une tendance dans le même sens chez les patients ayant reçu une combothérapie (HR=2,344 IC95% [1,086 ; 5,057] p=0,3).

Tableau 8 Facteurs de risque de recours à la chirurgie au cours du temps					
Analyse univariée - Cohorte globale					
Variables	codage	p	HR	IC95%	
Chirurgie pour le B3	Oui vs Non	0,026	0,346	0,137	0,879
Sexe	F vs H	0,261	0,649	0,305	1,379
Tabac	Oui vs Non	0,333	1,445	0,686	3,043
Traitement antérieur par thiopurine	Oui vs Non	0,338	1,513	0,649	3,527
Traitement antérieur par anti-TNF	Oui vs Non	0,479	0,592	0,139	2,526
Age au diagnostic de la MC	Années	0,423	1,013	0,981	1,047
Age au diagnostic de l'abcès	Années	0,394	1,011	0,985	1,038
Chirurgie antérieure	Oui vs Non	0,81	1,126	0,426	2,982
Sténose au diagnostic de l'abcès	Oui vs Non	0,244	1,56	0,738	3,297
Atteinte périnéale associée	Oui vs Non	0,511	1,338	0,562	3,186
Abcès révélant la MC	Oui vs Non	0,395	0,535	0,126	2,263
Fistule visible	Oui vs Non	0,91	1,047	0,469	2,341
Taille de l'abcès	mm	0,486	0,992	0,97	1,014
Drainage de l'abcès	Oui vs Non	0,521	0,624	0,148	2,634
Nutrition artificielle initiale	Oui vs Non	0,502	1,35	0,562	3,24
Traitement par corticoïde après le B3	Oui vs Non	0,856	1,047	0,637	1,722
Traitement par thiopurine pour le B3	Oui vs Non	0,425	1,366	0,635	2,937
Traitement par anti-TNF pour le B3	Oui vs Non	0,846	1,084	0,481	2,442
Traitement par combothérapie pour le B3	Oui vs Non	0,3	2,344	1,086	5,057
Résolution initiale de l'abcès	Oui vs Non	0,033	3,206	1,096	9,374
Hôpital de prise en charge	MTP vs NIMES	0,845	0,885	0,26	3,01

MC : maladie de Crohn ; B3 : Maladie Crohn pénétrante ; HR : Hazard Ratio ; IC intervalle de confiance à 95%

1.6.2. Analyse multivariée

Les données relatives à l'analyse multivariée sont résumées tableau 9.

Ont été incluses dans l'analyse multivariée les variables d'intérêt et celles avec un $p < 0,2$ en analyse univariée : chirurgie pour le B3, combo-thérapie pour le B3, et la résolution initiale de l'abcès.

En analyse multivariée, la chirurgie pour le B3 apparaît comme réduisant le risque de recours à la chirurgie, HR=0,343 IC95% [0,132 ; 0,896] $p=0,029$.

		Résultats univariés				Résultats multivariés			
Variables	codage	p	HR	IC95%		P	HR	IC95%	
Chirurgie pour le B3	Oui vs Non	0,026	0,346	0,137	0,879	0,029	0,343	0,132	0,896
Traitement par combothérapie pour le B3	Oui vs Non	0,3	2,344	1,086	5,057				
Résolution initiale de l'abcès	Oui vs Non	0,033	3,206	1,096	9,374				

MC : maladie de Crohn ; B3 : Maladie Crohn pénétrante ; HR : Hazard Ratio ; IC intervalle de confiance à 95%

2. Comparaison traitement médical Vs Traitement chirurgical

2.1. Caractéristiques des patients au diagnostic d'abcès dans les deux groupes

Les caractéristiques des patients au diagnostic d'abcès, classés selon le type de prise en charge médicale ou chirurgicale sont résumées dans le tableau 1.

Parmi les 45 patients présentant une maladie sténosante associée au phénotype pénétrant, 22 (49%) ont reçu un traitement médical exclusif et 23 (51%) ont reçu un traitement chirurgical.

Concernant la localisation de la maladie, dans le groupe traitement médical 41/64 (64%) présentaient une atteinte iléale pure, 4/64 (6%) présentaient une atteinte colique pure, 18/64 (28%) présentaient une atteinte à la fois grêle et colique et 1/64 (2%) une atteinte digestive haute ; contre 24/40 (62%) d'atteinte grêle pure, 7/40 (18%) d'atteinte colique pure, 6/40 (15%) d'atteinte mixte iléo-colique et 2/40 (5%) d'atteinte digestive haute dans le groupe chirurgical.

On retrouvait une atteinte ano-périnéale chez 13/64 (20%) des patients traités médicalement contre 12/40 (30%) des patients opérés pour l'épisode d'abcès.

Il n'existait pas de différence significative entre ces deux groupes concernant la proportion d'abcès ou de phlegmons avec 55/64 (84%) d'abcès dans le groupe médical contre (34/40) 85% dans le groupe chirurgical, ainsi que la proportion de phlegmons ou d'abcès intra-pariétaux (7/64(11%) vs 5/40 (13%) ; et 2/64 (3%) vs 1/40 (3%)) respectivement ($p=0.385$). Le nombre moyen d'abcès par patient était identique dans les deux groupes et la taille moyenne de l'abcès était significativement supérieure dans le groupe chirurgie, avec 27,7(+/-17,8) mm vs 39,7(+/-21,9) mm dans les groupes médical et chirurgical ($p=0.03$).

La proportion de fistule était comparable entre les deux groupes avec cependant une différence dans la répartition fistules simples/complexes entre les deux groupes :

70,7% de fistules simples dans le groupe médical vs 55,6% dans le groupe chirurgical et 29,3% de fistules complexes dans le groupe médical vs 44,4% dans le groupe chirurgical ($p=0.196$)

Concernant l'état nutritionnel des patients dans les deux groupes, le taux d'albumine était de 34,8 (+/-7,5) g/L vs 31,6 (+/-6,5) g/L respectivement dans les groupes

médical et chirurgical ($p=0.05$) et l'IMC moyen était de 21,0 (+/-3,9) Kg/m² vs 20,4 (+/-4,8) Kg/m² respectivement ($p=0.233$).

L'ensemble de ces caractéristiques sont résumées dans le tableau 2.

2.2. Prise en charge de l'épisode d'abcès

Les données concernant la prise en charge de l'abcès sont résumées dans le tableau 3.

Nous retrouvons une durée moyenne de l'antibiothérapie significativement plus longue dans le groupe chirurgical avec 40,5 (+/- 23,8j) vs 30,4 (+/- 17,5j) dans le groupe médical, ($p=0,044$).

Huit (20%) patients du groupe chirurgical ont bénéficié d'un drainage radiologique ou chirurgical contre 4/40 (6%) des patients traités médicalement ($p=0,026$).

Pour ce qui est de la prise en charge nutritionnelle, 38/64 (59%) patients du groupe traitement médical ont bénéficié d'une nutrition artificielle (Modulen®, Nutrition entérale et Nutrition parentérale incluses), contre 19/40 (48%)

La différence de taux de résolution de l'abcès sans recours à la chirurgie était significativement supérieure dans le groupe médical avec 63/63 (100%) résolutions vs 8/40 (20%) dans le groupe chirurgical ($p<0,001$) avec un délai médian avant résolution plus long dans le groupe médical 31 (21- 52) vs 17(12-28) jours ($p=0,052$)

2.3. Données de suivi

La durée médiane de suivi était de 62,3 (37,4- 93,4) mois dans le groupe médical et 53,5 (21,2- 130,0) mois dans le groupe chirurgical ($p=0.707$)

En comparant les données de suivi nous retrouvons une différence significative du taux de récurrence de maladie perforante et de complication à type d'abcès dans le groupe traitement médical avec 32/64 (50%) vs 7/40 (18%) ($p=0,001$) et 25/64 (39%) vs 5/40 (13%) ($p=0,003$) respectivement.

Le recours à la chirurgie dans le suivi était significativement plus important dans le groupe traitement médical avec 26/64 (41%) patients opérés au cours du suivi vs 8/40 (20%) dans le groupe chirurgical ($p=0,029$).

Le nombre moyen de chirurgie par patients était également plus important dans le groupe médical (0,66 (+/-1,00) vs 0,31(+/-0,73)). La répartition du nombre de chirurgie par patient est illustrée dans la figure 15.

On note cependant un taux comparable de rechute clinique dans les deux groupes (43/61 (70%) vs 22/39 (56%) $p=0.15$) dans les groupes médical et chirurgical respectivement, avec un délai médian entre le diagnostic d'abcès et la rechute comparable entre les deux groupes avec 14,3 (7,8-22,6) mois vs 13,7 (9,3-26,8) mois. L'ensemble de ces données sont résumées dans le tableau 5.

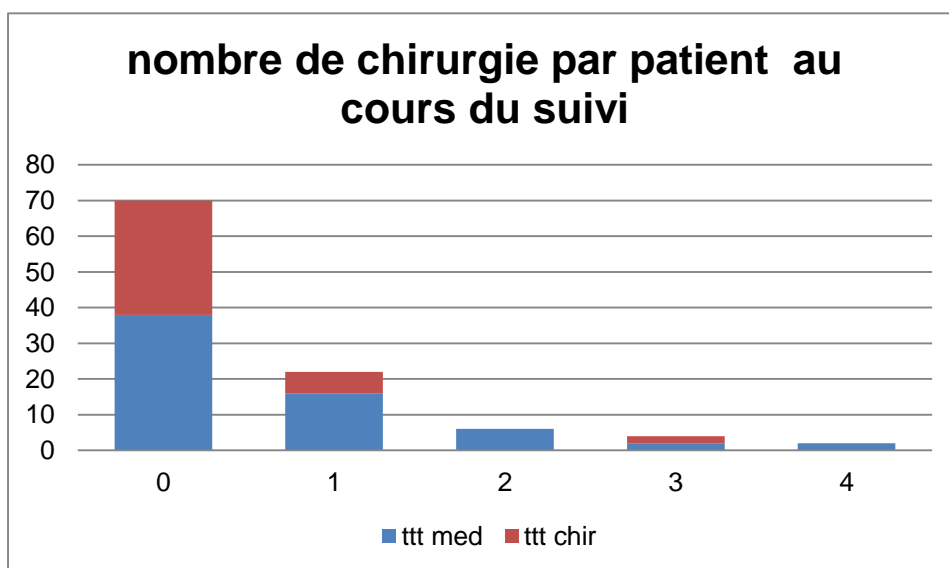


figure 15 nombre de chirurgie par patient au cours du suivi

3. Cohorte traitement médical seul

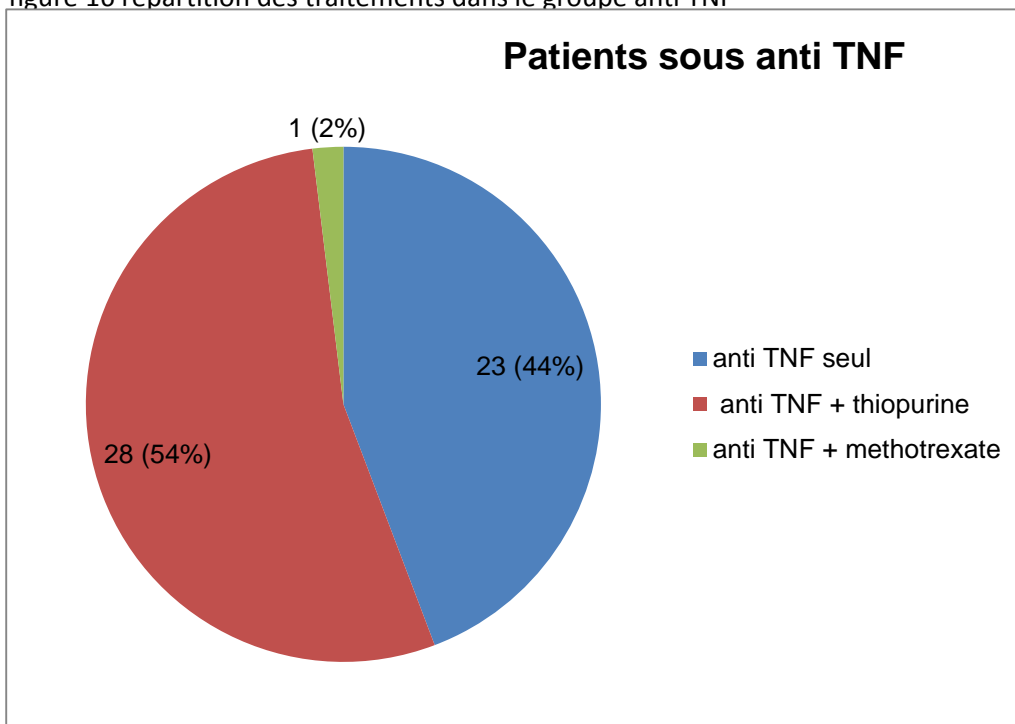
3.1. Données démographiques

Les données démographiques concernant les patients traités médicalement pour l'épisode d'abcès sont résumés dans le tableau 10.

A noter, un patient de la cohorte a été exclu de cette analyse du fait de l'absence de données concernant le traitement de fond de la maladie de Crohn entrepris après l'épisode d'abcès. Soixante-trois patients ont donc été inclus dans cette analyse. Cinquante-deux patients ont reçus un traitement contenant un anti-TNF (mono ou combothérapie confondues) et 11 patients un traitement sans anti-TNF dans les suites immédiates de l'épisode d'abcès.

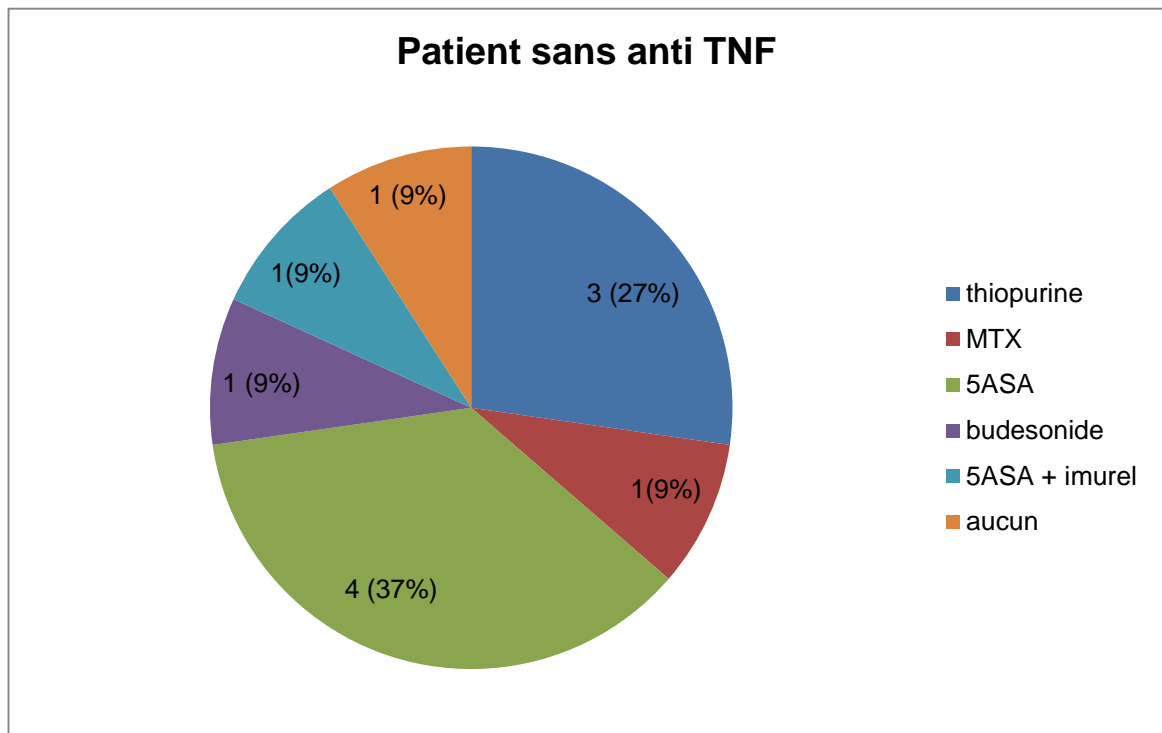
Dans le groupe anti-TNF, 15/52 (29%) étaient sous Adalimumab et 37/52 (71%) sous Infliximab. Vingt-trois (44%) étaient en monothérapie et 29 (56%) en combo-thérapie (28 (54%) en associant avec une thiopurine, et 1 (2%) en association avec du méthotrexate).

figure 16 répartition des traitements dans le groupe anti TNF



Dans le groupe sans anti-TNF, 3 (27%) patients ont reçu un traitement par thiopurines, 4 (37%) un traitement par 5-ASA, 1 (9%) un traitement associant 5-ASA et thiopurines, 1 (9%) un traitement par méthotrexate, 1 (9%) un traitement par budésônide, et 1 (9%) n'avait pas de traitement de fond. Aucun patient n'a reçu de traitement par védolizumab dans les suites de l'épisode d'abcès dans notre cohorte.

Figure 17 répartition des traitements dans le groupe sans anti TNF



Les groupes étaient comparables concernant le sex ratio (22/52 (42%) de femmes dans le groupe anti TNF vs 6/11 (55%) dans le groupe sans anti TNF, $p=0.428$) et le statut tabagique (19/52 (37%) vs 5/11 (46%), $p=0.633$). La proportion de patient entrant dans la maladie de Crohn était équivalente $p=0.692$ dans les 2 groupes, avec 7(14%) patients dans le groupe anti TNF vs 1(9%) dans le groupe sans anti TNF.

Les patients étaient significativement plus âgés dans le groupe sans anti TNF au diagnostic de maladie de Crohn (32,9 (+/-10,8) vs 25,9(+/-11,7) $p= 0.041$) et au diagnostic d'abcès (39,9 (15,9) vs 30,8 (12,2)).

Concernant le score Montréal au diagnostic de la maladie de Crohn, il y avait plus de maladie à début juvénile (Montréal A1) dans le groupe traité par anti TNF (8 (18%) vs 1 (9%)) et inversement plus de maladie de début tardif (Montreal A3) dans le groupe sans anti TNF (5 (10%) vs 2 (18%) $p=0.116$).

La topographie des atteintes est également répartie différemment entre les 2 groupes, avec une maladie purement iléale ou iléocolique droite (Montreal L1) chez 8 (89%) des patients sans anti TNF vs 31 (69%), purement colique (Montréal L2) chez 1 (11%) patients sans anti TNF vs 3 (7%) patients traités par anti TNF. On ne retrouvait pas de patient avec une atteinte mixte iléo colique (Montréal L3) ou haute (Montréal L4) dans le groupe sans anti TNF vs 9 (20%) et 2 (4%) respectivement dans le groupe anti TNF. $P=0.913$

On ne retrouvait pas de différence dans la proportion de patient présentant un phénotype pénétrant (Montréal B3) au diagnostic de la maladie de Crohn (9 (23%) dans le groupe anti TNF vs 2 (20%) dans le groupe sans anti TNF.

Il y avait plus de phénotype inflammatoire dans le groupe anti TNF (22(50%) vs 3 (30%), et plus de maladie sténosante dans le groupe sans anti TNF (4 (10%) vs 4 (40%)). Tous les patients présentant une atteinte ano périnéale au diagnostic présent dans la cohorte ont reçus un traitement anti TNF (12 (26%).

Concernant les traitements antérieurs au diagnostic d'abcès, les proportions de patient antérieurement traités par imurel ou anti TNF étaient équivalentes $p=0.847$ et $p=0.721$ respectivement.

Les antécédents de chirurgies étaient comparable dans les 2 groupes, avec une grande majorité de patients n'ayant jamais été opérés : 39 (86%) vs 9 (82%) dans les groupes traitements anti TNF et sans anti TNF, respectivement.

Tableau 10 Données démographiques

	ttt med n= 63	ttt antiTNF n=52	sans ttt antiTNF n=11	P
Sexe				
F, (%)	28 (44)	22 (42,3)	6 (54,5)	0.428
Tabac				
actif n (%)	24(38,1)	19 (36,5)	5 (45,5)	0.633
age au diag de MC				
moy (st)	27,1 (11,8)	25,9 (11,7)	32,9 (10,8)	
med (Q1;Q3)	23,5 (18,3;32,6)	22,4 (18,2 ; 30,2)	32,8 (25,3 ; 40,1)	
age au diag d'abces				
moy(stdv)	32,4 (13,2)	30,8 (12,2)	39,9 (15,9)	
med (Q1;Q3)	28,3 (23,3;37,7)	27,3 (22,4 ; 34,0)	37,5 (27,2 ; 50,0)	
durée evolution MC (ans)				
moy(stdv)	5,5 (6,4)	5,2 (5,6)	7,0 (9,3)	
med (Q1;Q3)	3,8 (0,5;6,9)	3,9 (0,5 ; 7,3)	3,6 (1,7 ; 6,2)	
montreal au D de MC				
A n(%)				0.116
A1	10 (16,4)	9 (18,0)	1 (9,0)	
A2	44 (72,1)	36 (72,0)	8 (72,7)	
A3	7 (11,5)	5 (10,0)	2 (18,2)	
L n(%)				0.913
L1	39 (72,2)	31 (68,9)	8 (88,9)	
L2	4 (7,4)	3 (6,7)	1 (11,1)	
L3	9 (16,7)	9 (20,0)	0	
L4	2 (3,7)	2 (4,4)	0	
B n(%)				
B1	25 (50,0)	22 (55,0)	3 (30,0)	
B2	8 (16,0)	4 (10,0)	4 (40,0)	
B3	11 (22,0)	9 (22,5)	2 (20,0)	
B2+B3	6 (12)	5 (12,5)	1 (10,0)	
P	12 (21,4)	12 (26,0)	0	
ttt antérieurs :				
Imurel	14 (23,3)	11 (22,9)	3 (27,2)	0.847
MTX	4 (6,7)	4 (8,3)	0 (0)	
Anti-TNF	4 (6,7)	3 (6,3)	1 (9,1)	0.721
IFX	3 (5,1)	3 (6,3)	0	
ADA	1 (1,6)	0	1 (9,1)	
ASA	24 (41,4)	18 (38,3)	6 (54,5)	
CTC				
Budésoude	11 (18,3)	10 (21,7)	1 (10)	
Systémiques	19 (33,9)	17 (37,0)	2 (20)	
chir antérieures				
Aucune	48 (81,4)	39 (85,7)	9 (81,8)	
chir de résection	7 (11,9)	5 (10,4)	2 (18,2)	
chir de LAP	4 (6,8)	4 (8,3)	0 (0)	

entrée dans la maladie	8 (12,7%)	7 (13,7%)	1(9,1%)
------------------------	-----------	-----------	---------

Med : médiane ; Moy : moyenne ; F : féminin, ttt : traitement ; MTX : Methotrexate ; IFX : infliximab ; ADA : Adalimumab
 CTC : corticoïdes ; chir : chirurgie, LAP : Lésion Anopérinéale, A : age au diagnostic de maladie de Crohn, L : topographie des lésions, B : phénotype, P : lésion anopérinéale

3.2. Caractéristiques des patients au diagnostic d'abcès

Les caractéristiques des patients au diagnostic d'abcès sont représentées dans le tableau 11.

L'activité de la maladie de Crohn au diagnostic d'abcès était comparable dans les 2 groupes, avec un PGA à 1 chez 2 (4%) vs 1 (9%) patients, un PGA à 2 chez 11 (21%) patients vs 2 (18%), à 3 chez 17 (33%) patients vs 4 (36%), et à 4 chez 22 (42%) vs 4 (36%) dans les groupes traitement anti TNF et sans anti TNF respectivement.

On retrouvait plus d'atteinte sténosante synchrones dans le groupe sans anti TNF relativement, avec 6 (55%) vs 16 (31%) p=0,158

On retrouvait plus d'atteinte périnéale synchrones dans le groupe anti TNF (6 (12%) patients vs 1 (9%) p=0,260)

Concernant le traitement de fond en cours lors de l'épisode d'abcès, les proportions de patients sous Imurel, 5ASA et budésonides étaient comparables entre les 2 groupes. Un (9%) patient était sous Methotrexate, dans le groupe sans anti-TNF.

La proportion de patient sous corticoïdes systémiques était plus grande dans le groupe sans anti TNF avec 4/10 (40%) vs 10/52 (20%) p=0,276.

Tableau 11 caractéristiques au diagnostic d'abcès

Au diag d'abcès :	ttt med n = 63	ttt antiTNF n= 52	sans ttt antiTNF n=11	p
PGA				
1 maladie inactive	3 (4,7)	2 (3,8)	1 (9,0)	
2 peu active	13 (20,3)	11 (21,2)	2 (18,2)	
3 modérément active	21 (34,4)	17 (32,7)	4 (36,4)	
4 sévèrement active	26 (40,6)	22 (42,3)	4 (36,4)	
B2 associé au B3	22 (34,4)	16 (30,8)	6 (54,5)	0.158
L1	41 (64,1)	33 (63,5)	7 (63,6)	
L2	4 (6,3)	3 (5,8)	1 (9,1)	
L3	18 (28,1)	15 (28,8)	3 (27,3)	
L4	1 (1,6)	1 (1,9)	0 (0,0)	
P	13 (20,3)	12 (23,1)	1 (9,1)	
ttt en cours au diag d'abcès :	Med	anti TNF	pas anti TNF	
Imurel	16 (26,7)	14 (28,6)	2 (20,0)	
MTX	1 (1,7)	0 (0)	1 (9)	
Antitnf	14 (23,3)	14 (28,6)	0 (0)	
Asa	8 (13,3)	6 (12,2)	2 (20,0)	
CTC				0.276
Budésonide	7 (11,7)	6 (12,2)	1 (10,0)	
Systémiques	14 (23,3)	10 (20,4)	4 (40,0)	
Hb moy (stdv)	12,3 (2,87)	12,3 (3,1)	11,9 (1,3)	
Leucocytes	10140 (4656)	9773 (4446)	11053 (5376)	
Plaquettes	390 132 (122 924)	392512 (127404)	393889 (103133)	
CRP	91,7 (76,1)	81,3 (70,5)	151,5 (85,4)	
Albumine	34,8 (7,5)	35,3 (7,5)	30,2 (6,4)	

Med : médiane ; Moy : moyenne ; stdv : écart type F : féminin, MC : maladie de Crohn, diag : diagnostic, ttt : traitement ; PGA Physician Global Assessment, IMC : indice de masse corporelle, MTX : Methotrexate ; IFX : infliximab ; ADA : Adalimumab, GOL1 : Golimumab
CTC : corticoïdes ; chir : chirurgie, LAP : Lésion Anopérinéale, A : age au diagnostic de maladie de Crohn, L : topographie des lésions, B : phénotype, P : lésion anopérinéale

3.3. Caractéristiques de l'abcès et prise en charge

Les caractéristiques de l'abcès sont consultable dans le tableau 12.

Les proportions d'abcès collecté / phlegmon / abcès intra pariétaux étaient comparable dans les deux groupes. La taille moyenne de l'abcès était supérieure dans le groupe sans anti TNF 32,9(+/-20,6) vs 26,9(+/-17,4) dans le groupe anti TNF

p=0,333 Le nombre d'abcès par patient était équivalent dans les 2 groupes avec 1,3 (+/-0,6) vs 1,5 (+/-1,0) dans les groupe avec et sans anti TNF respectivement.

La proportion de fistule associée à l'abcès était comparable entre les 2 groupes avec 35 (67%) patients dans le groupe anti TNF vs 6 (60%) dans le groupe sans anti TNF (p=0,713). Cependant on retrouvait relativement plus de fistule complexes dans le groupe ayant reçu des anti TNF (12/35 (34%) vs 0/6 (0%) p=0,088).

Trois (6%) patients du groupe anti TNF ont bénéficié d'un drainage, un drainage radiologique et deux drainages chirurgicaux, contre un (9%) drainage radiologique dans le groupe sans anti TNF.

Tableau 12 caractéristiques de l'abcès

Au diag d'abcès :	ttt med = 63	ttt antiTNF n=52	sans ttt antiTNF n=11	p
caractéristiques de l'abcès :				
Abcès	55 (84,4)	45 (86,5)	9 (81,8)	
Phlegmon	7 (10,9)	6 (11,5)	1 (9,1)	
abcès intrapariétaux	2 (3,1)	1 (1,9)	1 (9,1)	
taille abcès moy (stdv)	27,7 (+/-17,8)	26,9 (+/-17,4)	32,9 (+/-20,6)	0.333
nombre d'abcès	1,3 (0,7)	1,3 (0,6)	1,5 (1,0)	
Localisation				
grêle	8 (12,7)	6 (11,8)	2 (18,2)	
iléon	47 (74,6)	38 (74,5)	8 (72,7)	
colon D	3 (4,8)	3 (5,9)	0	
colon T	1 (1,6)	1 (2,0)	0	
colon G/Sigm	2 (3,2)	1 (2,0)	1 (9,1)	
Rectum	0	0	0	
mesentère	2 (3,2)	2 (3,9)	0	
fistule visible	41 (65,1)	35 (67,3)	6 (60,0)	0.713
fistule simple	29/41 (70,7)	23/35 (65,7)	6/6 (100)	
fistule complexe	12/41 (29,3)	12/35 (34,3)	0	0.088

Med : médiane ; Moy : moyenne ; stdv : écart type F : féminin, MC : maladie de Crohn, diag : diagnostic, ttt : traitement ; PGA Physician Global Assessment, IMC : indice de masse corporelle, MTX : Methotrexate ; IFX : infliximab ; ADA : Adalimumab, GOL1 : Golimumab
 CTC : corticoïdes ; chir : chirurgie, LAP : Lésion Anopérinéale, A : age au diagnostic de maladie de Crohn, L : topographie des lésions, B : phénotype, P : lésion anopérinéale

3.4. Données de suivi

Les patients ayant reçus un traitement anti-TNF présentaient une meilleure évolution au cours du temps, avec une maladie moins active à 6 mois, moins de rechute clinique (34/52 (67%) vs 9/11 (90%) $p=0.148$) un taux de récurrence de maladie perforante inférieur (25/52 (48%) vs 7/11 (64%)), ainsi que le taux de récurrence d'abcès (20/52 (39%) vs 5/11 (45%) $p=0,633$). Le taux de recours à la chirurgie (18/52 (35%) vs 7/11 (64%) $p=0,122$) et le nombre moyen de chirurgie par patient (0,57(+/-0,98) vs 0,91 (+/-0,83)) étaient également inférieurs chez ces patients. De même, ils étaient moins hospitalisés (24/52 (49%)vs 9/11 (82%) $p=0,054$).

Les fonctions de survie sans récurrence d'abcès et sans recours à la chirurgie sont illustrées figure 11.

La probabilité de survie sans récurrence d'abcès était de 63,2%(+/-6.8%) à 5 ans et 45,2% (+/-10.8) à 10 ans.

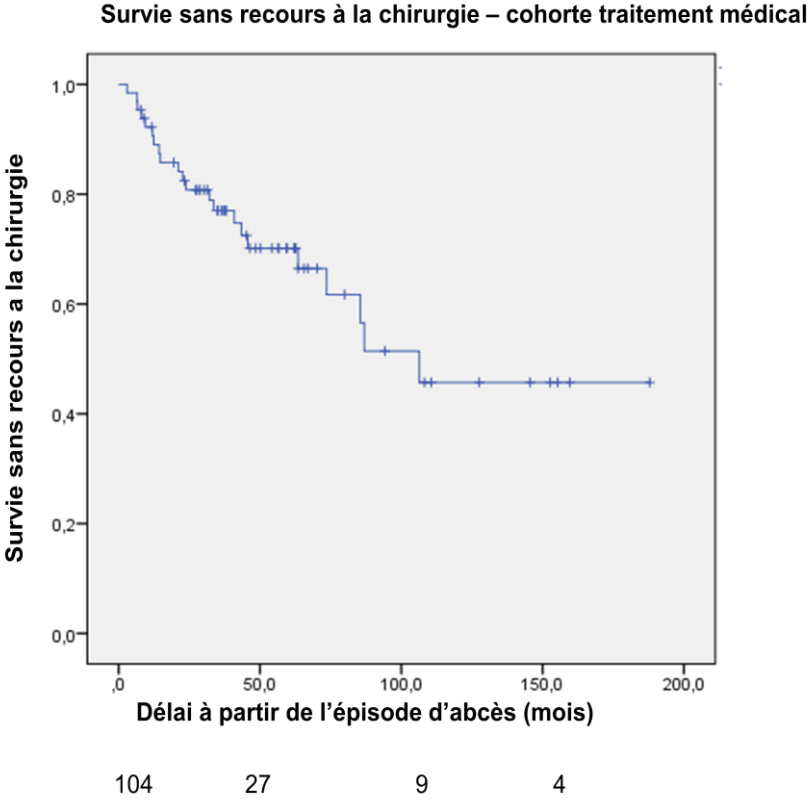
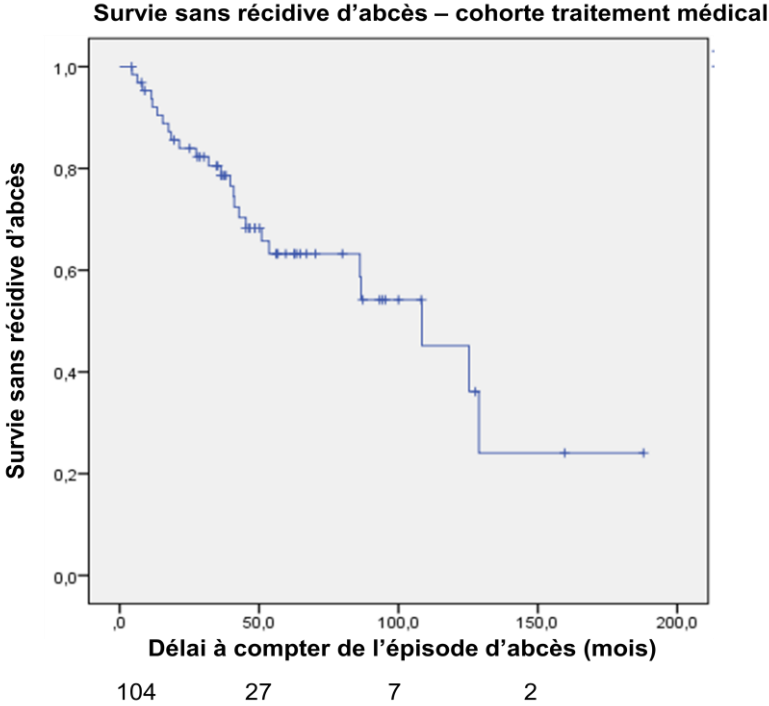
La probabilité de survie sans chirurgie des patients traités médicalement était de 70,2%(+/-6,1%) à 5 ans et 45,72% (+/-9,9) à 10 ans.

tableau 13 suivi des patients

Récidive	ttt méd	ttt antiTNF	sans ttt antiTNF	p
PGA à 6 mois n(%)				
1 maladie inactive	13 (21,0)	11 (21,6)	2 (18,2)	
2 peu active	29 (46,8)	27 (52,9)	2 (18,2)	
3 modérément active	13 (21,0)	9 (17,6)	4 (36,4)	
4 sévèrement active	7 (11,3)	4 (7,8)	3 (27,3)	
récidive B3 n(%)	32 (50,0)	25 (48,1)	7 (63,6)	
récidive d'abcès n(%)	25 (40,0)	20 (39,2)	5 (45,4)	0.633
délai diagnostique / récurrence abcès (mois)				
moy (stdv)	43,1 (37,4)	43,1 (35,8)	43,1 (47,6)	
med (Q1;Q3)	34,1 (15,0 - 51,6)	40,9 (14,5 - 52,3)	31,9(17,5 - 36,3)	
chirurgie au cours du suivi n(%)	26 (40,6)	18 (34,6)	7 (63,6)	0.122
délai diagnostique / 1ère chirurgie				
moy (stdv)	33,4 (28,2)	34,8 (28,4)	31,2 (34,5)	
méd (Q1;Q3)	23,5 (12,1 - 42,8)	27,6 (14,4 - 48,8)	12,3 (9,1 - 47,9)	
nbre de chirurgie	0,66 (1,00)	0,57 (0,98)	0,91 (0,83)	
rechute clinique n(%)	70 (46)	34 (66,7)	9 (90,0)	0.148
modification thérapeutique n(%)	58 (92,0)	47 (90,4)	11 (100)	
délai 1ère modif thérapeutique (j)	8,5 (5,6 ; 21,2)			
hospitalisation au cours du suivi	33 (55,0)	24 (49,0)	9 (81,8)	0.054
nbre d'hospitalisation	1,52 (1,91)	1,23 (1,59)	2,73 (2,69)	
durée médiane de suivi (mois)	62,3 (37,4 ; 93,4)	60,8 (38,0 ; 86,6)	90,0 (41,4 ; 153,1)	

Med : Médical , Chir : chirurgical, PGA : Physician Global Assesment, B3 : maladie pénétrante, moy : moyenne, stdv : écart type, Med : médiane Q1 :quartile 1 , Q3 : 3eme quartile

Figure 18 Survie sans récurrence et survie sans recours à la chirurgie



3.5. Facteurs de risque de récurrence d'abcès au cours du temps (Cohorte non opérés)

En analyse univariée, il n'est pas identifié de facteur de risque prédictif de récurrence d'abcès dans la cohorte traitement médical. On trouve une tendance à l'augmentation du risque chez les patients ayant subi une chirurgie antérieure à l'épisode d'abcès HR=2,299 IC95% [0,845 ; 6,254] p=0,103.

Variables	Codage	p	HR	IC95%	
Sexe	F vs H	0,807	0,904	0,403	2,028
Tabac	Oui vs Non	0,827	0,907	0,38	2,168
Traitement antérieur par thiopurine	Oui vs Non	0,639	0,769	0,257	2,301
Traitement antérieur par anti-TNF	Oui vs Non	0,487	0,49	0,065	3,661
Age au diagnostic de la MC	Années	0,55	1,01	0,977	1,044
Age au diagnostic de l'abcès	Années	0,247	1,017	0,989	1,046
Chirurgie antérieure	Oui vs Non	0,103	2,299	0,845	6,254
Sténose au diagnostic de l'abcès	Oui vs Non	0,317	0,622	0,246	1,574
Atteinte périnéale associée	Oui vs Non	0,458	0,689	0,257	1,843
Abcès révélant la MC	Oui vs Non	0,994	0,995	0,293	3,384
Fistule visible	Oui vs Non	0,83	1,103	0,451	2,702
Taille de l'abcès	Mm	0,718	1,004	0,983	1,026
Drainage de l'abcès	Oui vs Non	0,383	0,044	0	48,973
Nutrition artificielle initiale	Oui vs Non	0,21	1,757	0,727	4,243
Traitement par corticoïde après le B3	Oui vs Non	0,456	0,821	0,488	1,38
Traitement par thiopurine pour le B3	Oui vs Non	0,454	1,372	0,599	3,143
Traitement par anti-TNF pour le B3	Oui vs Non	0,98	0,987	0,365	2,673
Traitement par combothérapie pour le B3	Oui vs Non	0,273	1,553	0,707	3,41
Résolution de l'abcès avant traitement médical	Oui vs Non	0,607	1,271	0,51	3,167
Hôpital de prise en charge	MTP vs NIMES	0,777	1,234	0,288	5,286

MC : maladie de Crohn ; B3 : Maladie Crohn pénétrente ; HR : Hazard Ratio ; IC intervalle de confiance à 95% F féminin M masculin ; MTP Montpellier

3.6. Facteurs de risque de recours à la chirurgie au cours du temps (Cohorte non opérés)

En analyse univariée, il n'y avait pas de facteurs de risque de recours à la chirurgie statistiquement significatifs. On retrouvait une tendance à la diminution de ce risque chez les patients traités par anti-TNF dans les suites de l'épisode d'abcès HR=0,434 C95%[0,169 ; 1,114] p= 0,083

Tableau 15 Facteurs de risque de récurrence de chirurgie au cours du temps (Cohorte non opérés)					
Analyse univariée (modèle de COX)					
Variabiles	Codage	p	HR	IC95%	
Sexe	F vs H	0,608	0,8	0,341	1,877
Tabac	Oui vs Non	0,461	1,372	0,592	3,179
Traitement antérieur par thiopurine	Oui vs Non	0,428	1,49	0,556	3,994
Traitement antérieur par anti-TNF	Oui vs Non	0,369	0,043	0	41,001
Age au diagnostic de la MC	Années	0,202	1,02	0,989	1,053
Age au diagnostic de l'abcès	Années	0,162	1,019	0,993	1,046
Chirurgie antérieure	Oui vs Non	0,769	1,18	0,392	3,551
Sténose au diagnostic de l'abcès	Oui vs Non	0,289	1,635	0,658	4,058
Atteinte périnéale associée	Oui vs Non	0,928	1,047	0,386	2,845
Abcès révélant la MC	Oui vs Non	0,702	0,753	0,176	3,228
Fistule visible	Oui vs Non	0,9	1,064	0,408	2,771
Taille de l'abcès	Mm	0,235	1,014	0,991	1,038
Drainage de l'abcès	Oui vs Non	0,87	0,844	0,112	6,371
Nutrition artificielle initiale	Oui vs Non	0,598	1,293	0,498	3,36
Traitement par corticoïde après le B3	Oui vs Non	0,959	1,014	0,59	1,742
Traitement par thiopurine pour le B3	Oui vs Non	0,404	1,464	0,598	3,587
Traitement par anti-TNF pour le B3	Oui vs Non	0,083	0,434	0,169	1,114
Traitement par combothérapie pour le B3	Oui vs Non	0,269	1,608	0,693	3,735
Résolution initiale de l'abcès	Oui vs Non	0,478	1,445	0,522	3,999
Hôpital de prise en charge	MTP vs NIMES	0,957	1,041	0,241	4,49

MC : maladie de Crohn ; B3 : Maladie Crohn pénétrente ; HR : Hazard Ratio ; IC intervalle de confiance à 95%

DISCUSSION

Nous avons inclus 104 patients ayant une maladie de Crohn compliquée d'abcès avec un suivi médian de 60,8 mois. On retrouvait une fistule synchrone chez 66% des patients et une sténose chez 43% d'entre eux. Tous les patients ont reçus une antibiothérapie.

Seulement 12% des patients ont bénéficié d'un drainage de leur abcès, par technique radiologique ou chirurgicale en proportions équivalentes. Cette faible proportion peut s'expliquer par la taille moyenne de l'abcès dans notre cohorte qui était de 32,2 mm de diamètre. Plusieurs études ont démontré que les abcès de taille inférieure à 30 mm pouvaient être traité par une antibiothérapie seule à la phase aiguë (37,42,43), particulièrement chez les patients ne présentant pas de fistule associée ou les patients naïfs de traitement immunomodulateurs.

Environ la moitié des patients ont reçus une nutrition parentérale totale, 20 % n'ont eu aucune prise en charge nutritionnelle, 25% ont reçu une pharmaco nutrition par MODULEN®, et 8% ont reçus une nutrition entérale par sonde nasogastrique.

Pour ce qui est de la cohorte globale, on trouvait une résolution de l'abcès secondaire à ces traitements dans 69% des cas avec un délai moyen de résolution de 36 jours, et un recours à la chirurgie précoce chez 38,5% des patients.

Trente pourcent des patients ont présenté une récurrence d'abcès avec un délai médian de survenue de 29,7 mois, et 33% ont subi au moins une chirurgie au cours du suivi, avec un délai médian de 23,5 mois. Dans notre étude, 64% des patients ont subi une chirurgie précoce ou tardive. Dans la littérature, plusieurs études comparent une prise en charge conservatrice à la prise en charge chirurgicale dans le contexte

d'abcès intra-abdominaux, ou un traitement médical seul à une prise en charge « invasive » par drainage ou chirurgie de résection. Yamaguchi et al(38) dans une étude incluant des patients avant l'avènement des anti-TNF montrait que le traitement conservateur était efficace (i.e. sans récurrence de l'abcès au cours du suivi) dans 20% des cas, et qu'une chirurgie (précoce ou tardive confondue) était réalisée chez 80% des patients.

En comparant les patients opérés initialement pour le B3 et ceux traités médicalement, on retrouvait plus de récurrence d'abcès dans le groupe médical, 39% contre 13% des patients dans le groupe chirurgical, et un recours à la chirurgie plus important, 41% contre 20%. Ces différences étaient dans les deux cas statistiquement significatives. La chirurgie précoce de l'abcès était également associée en analyse multivariée à une diminution de ces 2 événements. Ces résultats sont cohérents avec la littérature : dans une méta-analyse comparant drainage percutané et chirurgie, Clancy et al(44–47) trouvait que 70,7% des patients ayant été drainés initialement avaient nécessité une chirurgie au cours du suivi, et que 17,9% des patients opérés initialement étaient réopérés. Nguyen et al(48) qui comparaient dans une analyse rétrospective les événements survenant dans les 5 ans après un abcès spontané chez des patients atteints de MC pénétrante en fonction de la prise en charge initiale chirurgicale ou médicale de l'abcès. La probabilité de récurrence de l'abcès à 5 ans dans cette étude était de 31,2% chez les patients traités médicalement et 20,3% chez les patients opérés initialement, avec une différence non significative statistiquement. La proportion de patients drainés était plus importante que dans notre étude et la taille moyenne de l'abcès était plus grande.

Les facteurs associés une réduction de la récurrence de l'abcès dans notre travail était la prise en charge chirurgicale précoce de la maladie perforante. Nguyen et al(48) ne retrouvait pas cet élément comme étant protecteur, en revanche la mise en place d'un traitement anti-TNF (versus aucun traitement) réduisait significativement le risque de récurrence de l'abcès dans cette cohorte. Dans notre travail, les anti-TNF n'apparaissaient pas comme un facteur protecteur, De la même façon, il n'y avait pas d'association statistiquement significative entre la présence d'une atteinte ano-périnéale ou d'une sténose synchrones et la récurrence d'abcès au cours du suivi, contrairement à ce que Nguyen(48) avait décrit. Dans une étude rétrospective en population pédiatrique, Kollen et Al(49) trouvait également que la résection intestinale précoce lors du premier épisode de B3 était significativement associée à une diminution du risque de récurrence et de résection intestinale ultérieures (HR=0,18 IC95%[0,07-0,47], p=0,0006 et HR=0,13 IC95% [0,05-0,38], p=0,0002 respectivement), avec un taux de récurrence très similaire à ceux retrouvés dans notre cohorte, de 12% chez les patients ayant été opérés initialement et 12% qui ont été réopérés, comparé à 48% de récurrence et 43% de chirurgie au cours du suivi des enfants traités médicalement.

Parmi les patients ayant eu une prise en charge exclusivement médicale de l'abcès, 83% ont reçu un anti-TNF. Il y avait moins de récurrence d'abcès (39% vs 45%) et moins de recours à la chirurgie (35% vs 64%) chez ceux recevant un anti-TNF, en mono ou combo-thérapie. Bermejo et al(47) identifiait la présence d'immunosuppresseurs au diagnostic d'abcès ou la présence d'une fistule comme facteurs prédictifs d'un échec du traitement médical seul ou d'une récurrence dans l'année suivant le diagnostic. Aucun facteur de risque de récurrence d'abcès ou de recours à la

chirurgie statistiquement significatif n'a été retrouvé chez les patients initialement non opérés dans notre travail.

Notre étude vient étayer la littérature concernant la prise en charge de la maladie de Crohn pénétrante compliquée d'abcès, alors qu'il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur la prise en charge de ce type de complications(34). Les points forts de notre travail étaient d'abord l'effectif de notre cohorte et la durée du suivi. Nous avons analysé les données de 104 patients, ce qui, compte tenu de l'incidence de ce type de complication est un effectif conséquent. La durée médiane de suivi était également longue, environ 5 ans, permettant de ne pas sous-estimer la proportion de patient rencontrant nos critères de jugement au cours du suivi. Nos critères de jugement étaient objectifs et cliniquement pertinents, à savoir la récurrence de l'abcès observé sur une imagerie et le recours à la chirurgie au cours du suivi.

Notre étude comporte également plusieurs limites, la première étant qu'il s'agit d'un travail rétrospectif, avec les biais inhérents à ce type de travaux et en particulier un biais de rappel et de données manquantes : Les données ont été recueillies d'après les dossiers médicaux informatisés à Nîmes et à Montpellier. Notre cohorte étant historique, les dossiers antérieurs à la création de dossiers informatisés ont été reconstitués d'après les dossiers papiers avec une perte de données importante.

Par ailleurs l'absence de certaines données ne nous permettait pas d'utiliser des scores validés évaluant l'activité de la maladie de Crohn de façon objective et standardisée. Nous avons donc utilisé un score subjectif (PGA), mais les données ayant été recueillies par un investigateur unique, il existe une bonne concordance dans l'évaluation des dossiers patients.

Notre cohorte incluant des patients sur une période longue, on peut imaginer que l'évolution des pratiques médicales et l'évolution des techniques de radiologie interventionnelle et des techniques chirurgicales ont pu gêner la comparaison des différents patients

Enfin le petit effectif de patients ne recevant pas d'anti-TNF dans les suites de l'épisode d'abcès n'a pas permis de mettre en évidence l'apport potentiel de ce type de traitement sur le risque de récurrence ou le recours à la chirurgie au cours du suivi.

CONCLUSION

Nous avons montré que le recours à la chirurgie reste fréquent dans le cas de la maladie de Crohn pénétrante compliquée d'abcès intra abdominal.

Le fait de recourir à la chirurgie précocement dans ce type de complication permettrait de réduire significativement la récurrence d'abcès et la prise en charge chirurgicale ultérieure.

Nous ne retrouvons pas d'effet statistiquement significatif des anti-TNF sur la récurrence d'abcès ou le recours à la chirurgie dans notre travail. Cependant, deux malades sur trois ne récidivent pas, il y a donc une nécessité de mettre en évidence des facteurs prédictifs de succès ou d'échec à un traitement anti-TNF. MICA, une étude de cohorte multicentrique prospective du Groupe d'Etude Thérapeutiques des Affections Inflammatoires Digestives (GETAID) est actuellement en cours dans ce sens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gower-Rousseau C, Salomez JL, Dupas JL, Marti R, Nuttens MC, Votte A, et al. Incidence of inflammatory bowel disease in northern France (1988-1990). *Gut*. oct 1994;35(10):1433- 8.
2. Loftus EV. Clinical epidemiology of inflammatory bowel disease: Incidence, prevalence, and environmental influences. *Gastroenterology*. mai 2004;126(6):1504- 17.
3. Kökten T, Hansmannel F, Melhem H, Peyrin-Biroulet L. Physiopathologie des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). HEGEL - Hépatogastroentérologie Libérale [Internet]. 2016 [cité 27 sept 2018];(2). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2042/60106>
4. Lesage S, Zouali H, Cézard J-P, Colombel J-F, Belaiche J, Almer S, et al. CARD15/NOD2 mutational analysis and genotype-phenotype correlation in 612 patients with inflammatory bowel disease. *Am J Hum Genet*. avr 2002;70(4):845- 57.
5. Calkins BM. A meta-analysis of the role of smoking in inflammatory bowel disease. *Dig Dis Sci*. déc 1989;34(12):1841- 54.
6. Thomas GA, Rhodes J, Green JT, Richardson C. Role of smoking in inflammatory bowel disease: implications for therapy. *Postgrad Med J*. mai 2000;76(895):273- 9.
7. Darfeuille-Michaud A, Boudeau J, Bulois P, Neut C, Glasser A-L, Barnich N, et al. High prevalence of adherent-invasive *Escherichia coli* associated with ileal mucosa in Crohn's disease. *Gastroenterology*. août 2004;127(2):412- 21.
8. Barnich N, Darfeuille-Michaud A. Adherent-invasive *Escherichia coli* and Crohn's disease. *Curr Opin Gastroenterol*. janv 2007;23(1):16- 20.
9. Satsangi J, Silverberg MS, Vermeire S, Colombel J. The Montreal classification of inflammatory bowel disease: controversies, consensus, and implications. *Gut*. juin 2006;55(6):749- 53.
10. Burisch J, Kiudelis G, Kupcinskis L, Kievit HAL, Andersen KW, Andersen V, et al. Natural disease course of Crohn's disease during the first 5 years after diagnosis in a European population-based inception cohort: an Epi-IBD study. *Gut*. 23 janv 2018;gutjnl-2017-315568.
11. Cosnes J, Cattan S, Blain A, Beaugerie L, Carbonnel F, Parc R, et al. Long-term evolution of disease behavior of Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. juill 2002;8(4):244- 50.
12. Papi C, Festa V, Fagnani C, Stazi A, Antonelli G, Moretti A, et al. Evolution of clinical behaviour in Crohn's disease: predictive factors of penetrating complications. *Dig Liver Dis Off J Ital Soc Gastroenterol Ital Assoc Study Liver*. avr 2005;37(4):247- 53.
13. Louis E, Collard A, Oger AF, Degroote E, Aboul Nasr El Yafi FA, Belaiche J. Behaviour of Crohn's disease according to the Vienna classification: changing pattern over the course of the disease. *Gut*. déc 2001;49(6):777- 82.

14. Scarpa M, Ruffolo C, D'Inca R, Filosa T, Bertin E, Ferraro S, et al. Health-related quality of life after ileocolonic resection for Crohn's disease: long-term results. *Inflamm Bowel Dis.* avr 2007;13(4):462- 9.
15. Bączyk G, Formanowicz D, Gmerek Ł, Krokowicz P. Health-related quality of life assessment among patients with inflammatory bowel diseases after surgery - review. *Przegląd Gastroenterol.* 2017;12(1):6- 16.
16. Cosnes J, de Parades V, Carbonnel F, Beaugier L, Ngo Y, Gendre JP, et al. Classification of the sequelae of bowel resection for Crohn's disease. *Br J Surg.* nov 1994;81(11):1627- 31.
17. Uchino M, Ikeuchi H, Bando T, Matsuoka H, Takahashi Y, Takesue Y, et al. Risk factors for short bowel syndrome in patients with Crohn's disease. *Surg Today.* mai 2012;42(5):447- 52.
18. Pariente B, Cosnes J, Danese S, Sandborn WJ, Lewin M, Fletcher JG, et al. Development of the Crohn's disease digestive damage score, the Lémann score. *Inflamm Bowel Dis.* juin 2011;17(6):1415- 22.
19. Baert F, Moortgat L, Van Assche G, Caenepeel P, Vergauwe P, De Vos M, et al. Mucosal healing predicts sustained clinical remission in patients with early-stage Crohn's disease. *Gastroenterology.* févr 2010;138(2):463- 8; quiz e10-11.
20. Chevaux J-B, Vavricka SR, Rogler G, Lakatos PL, Schoepfer A, Peyrin-Biroulet L. Mucosal healing with anti-TNF antibodies. *Digestion.* 2012;86 Suppl 1:16- 22.
21. Pineton de Chambrun G, Peyrin-Biroulet L, Lémann M, Colombel J-F. Clinical implications of mucosal healing for the management of IBD. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* janv 2010;7(1):15- 29.
22. Peyrin-Biroulet L, Harmsen WS, Tremaine WJ, Zinsmeister AR, Sandborn WJ, Loftus EV. Surgery in a population-based cohort of Crohn's disease from Olmsted County, Minnesota (1970-2004). *Am J Gastroenterol.* nov 2012;107(11):1693- 701.
23. Bouguen G, Peyrin-Biroulet L. Surgery for adult Crohn's disease: what is the actual risk? *Gut.* 1 sept 2011;60(9):1178- 81.
24. Cosnes J, Gower-Rousseau C, Seksik P, Cortot A. Epidemiology and natural history of inflammatory bowel diseases. *Gastroenterology.* mai 2011;140(6):1785- 94.
25. Solberg IC, Vatn MH, Høie O, Stray N, Sauar J, Jahnsen J, et al. Clinical course in Crohn's disease: results of a Norwegian population-based ten-year follow-up study. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* déc 2007;5(12):1430- 8.
26. Buisson A, Chevaux J-B, Allen PB, Bommelaer G, Peyrin-Biroulet L. Review article: the natural history of postoperative Crohn's disease recurrence. *Aliment Pharmacol Ther.* mars 2012;35(6):625- 33.
27. Moss AC. Prevention of postoperative recurrence of Crohn's disease: what does the evidence support? *Inflamm Bowel Dis.* avr 2013;19(4):856- 9.
28. Wolff BG. Factors determining recurrence following surgery for Crohn's disease. *World J Surg.* avr 1998;22(4):364- 9.

29. Vuitton L, Koch S, Peyrin-Biroulet L. Preventing postoperative recurrence in Crohn's disease: what does the future hold? *Drugs*. nov 2013;73(16):1749- 59.
30. Allez M, Auzolle C. Récidive post-opératoire de la maladie de Crohn. :8.
31. Peyrin-Biroulet L, Oussalah A, Williet N, Pillot C, Bresler L, Bigard M-A. Impact of azathioprine and tumour necrosis factor antagonists on the need for surgery in newly diagnosed Crohn's disease. *Gut*. juill 2011;60(7):930- 6.
32. Ramadas AV, Gunesh S, Thomas G a. O, Williams GT, Hawthorne AB. Natural history of Crohn's disease in a population-based cohort from Cardiff (1986-2003): a study of changes in medical treatment and surgical resection rates. *Gut*. sept 2010;59(9):1200- 6.
33. Greenstein AJ, Lachman P, Sachar DB, Springhorn J, Heimann T, Janowitz HD, et al. Perforating and non-perforating indications for repeated operations in Crohn's disease: evidence for two clinical forms. *Gut*. mai 1988;29(5):588- 92.
34. ECCO guidelines et sites - Groupe d'Étude Thérapeutique des Affections Inflammatoires du Tube Digestif [Internet]. [cité 23 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.getaid.org/recommandations/ecco-guidelines-et-sites.html>
35. Lichtenstein GR, Loftus EV, Isaacs KL, Regueiro MD, Gerson LB, Sands BE. ACG Clinical Guideline: Management of Crohn's Disease in Adults. *Am J Gastroenterol*. avr 2018;113(4):481- 517.
36. Feagins LA, Holubar SD, Kane SV, Spechler SJ. Current strategies in the management of intra-abdominal abscesses in Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. oct 2011;9(10):842- 50.
37. de Groof EJ, Carbonnel F, Buskens CJ, Bemelman WA. Abdominal abscess in Crohn's disease: multidisciplinary management. *Dig Dis Basel Switz*. 2014;32 Suppl 1:103- 9.
38. Yamaguchi A, Matsui T, Sakurai T, Ueki T, Nakabayashi S, Yao T, et al. The clinical characteristics and outcome of intraabdominal abscess in Crohn's disease. *J Gastroenterol*. 2004;39(5):441- 8.
39. Cosnes J. Crohn's disease phenotype, prognosis, and long-term complications: what to expect? *Acta Gastro-Enterol Belg*. sept 2008;71(3):303- 7.
40. Bellolio F, Cohen Z, Macrae HM, O'Connor BI, Huang H, Victor JC, et al. Outcomes following surgery for perforating Crohn's disease. *Br J Surg*. sept 2013;100(10):1344- 8.
41. Simillis C, Yamamoto T, Reese GE, Umegae S, Matsumoto K, Darzi AW, et al. A meta-analysis comparing incidence of recurrence and indication for reoperation after surgery for perforating versus nonperforating Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. janv 2008;103(1):196- 205.
42. Lorenz JM, Funaki BS, Ray CE, Brown DB, Gemery JM, Greene FL, et al. ACR Appropriateness Criteria on percutaneous catheter drainage of infected fluid collections. *J Am Coll Radiol JACR*. déc 2009;6(12):837- 43.
43. Kumar RR, Kim JT, Haukoos JS, Macias LH, Dixon MR, Stamos MJ, et al. Factors affecting the successful management of intra-abdominal abscesses with antibiotics and the need for percutaneous drainage. *Dis Colon Rectum*. févr 2006;49(2):183- 9.

44. Clancy C, Boland T, Deasy J, McNamara D, Burke JP. A Meta-analysis of Percutaneous Drainage Versus Surgery as the Initial Treatment of Crohn's Disease-related Intra-abdominal Abscess. *J Crohns Colitis*. févr 2016;10(2):202- 8.
45. Neufeld D, Keidar A, Gutman M, Zissin R. Abdominal wall abscesses in patients with Crohn's disease: clinical outcome. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract*. mars 2006;10(3):445- 9.
46. Lobatón T, Guardiola J, Rodriguez-Moranta F, Millán-Scheidig M, Peñalva M, De Oca J, et al. Comparison of the long-term outcome of two therapeutic strategies for the management of abdominal abscess complicating Crohn's disease: percutaneous drainage or immediate surgical treatment. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. 2013;15(10):1267- 72.
47. Bermejo F, Garrido E, Chaparro M, Gordillo J, Mañosa M, Algaba A, et al. Efficacy of different therapeutic options for spontaneous abdominal abscesses in Crohn's disease: are antibiotics enough? *Inflamm Bowel Dis*. août 2012;18(8):1509- 14.
48. Nguyen DL, Sandborn WJ, Loftus EV, Larson DW, Fletcher JG, Becker B, et al. Similar outcomes of surgical and medical treatment of intra-abdominal abscesses in patients with Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. avr 2012;10(4):400- 4.
49. Kollen et al. ECCO 2019

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La maladie de Crohn se complique d'abcès chez 10 à 30% des patients. L'objectif de notre étude était d'évaluer le risque de récurrence d'abcès et de recours à la chirurgie chez ces patients selon la prise en charge initiale conservatrice ou chirurgicale de l'épisode d'abcès.

Méthodes : Les patients adultes présentant au moins un abcès intra abdominal spontané entre 1995 et 2017 étaient inclus rétrospectivement d'après les données PMSI. Les abcès en rapport avec des lésions anopérinéales ou survenant dans les 3 mois après une chirurgie abdominale n'étaient pas inclus.

Résultats : Cent quatre patients ont été inclus, 71/104 (69%) ont eu une résolution de l'abcès avec une prise en charge médicale seule et 39% (40/104) ont subi une chirurgie précoce. Après un suivi médian de 60,8 (35,2 ; 104,6) mois, 30/104 (30%) des patients ont présenté une récurrence d'abcès et 34 (33%) patients ont subi au moins une chirurgie. Les patients traités médicalement présentaient plus de récurrence d'abcès 25/64 (39%) vs 5/40 (13%) $p=0,003$ et recourraient plus à la chirurgie dans le suivi 26/64 (41%) vs 8/40 (20%) $p=0,029$. La chirurgie précoce était associée en analyse multivariée à une diminution du risque de récurrence HR 0,264 IC95% [0,097 ; 0,716] $p= 0,009$ et une diminution du recours à la chirurgie HR 0,346 IC95% [0,137 ; 0,879] $p=0,026$. Il n'a pas été mis en évidence de facteur prédictif de la récurrence d'abcès ou du recours à la chirurgie chez les patients traités médicalement

Conclusion : Le recours à la chirurgie reste fréquent dans le cas de la maladie de Crohn pénétrante compliquée d'abcès intra abdominal. Le fait de recourir à la chirurgie précocement dans ce type de complication permettrait de réduire significativement la récurrence d'abcès et la prise en charge chirurgicale ultérieure.

Mots clés : Maladie de Crohn, abcès, fistule, chirurgie, anti-TNF, immunosuppresseur