

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 331

LA MALADIE DE CROHN FISTULISANTE  
HORS LESIONS ANO-PERINEALS (LAP)

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le : .....

PAR

Mme. Sara TAMJOUJT

Née le 07 Décembre 1988 à Ksar El Kebir

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Maladie de Crohn – Fistules – Chirurgie – Immunosupresseurs.

JURY

Mme. L. CHAHED OUAZZANI

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

PRESIDENT

Mme. I. ERRABIH

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

RAPPORTEUR

Mme. N. BENZOUBEIR

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

Mme. F. ROUBAA

Professeur d'Hépatogastro-entérologie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحاننا لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَلَّى اللَّهُ  
صَلَّى اللَّهُ  
الْعَظِيمِ

صَلَّى اللَّهُ الْعَظِيمِ



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT**  
**FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS  
ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS:**

**Mai et Octobre 1981**

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

**Mai et Novembre 1982**

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

**Novembre 1983**

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENJELLOUN Halima  
Pr. BENSALD Younes  
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa

Cardiologie  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. AJANA Ali  
Pr. CHAHED OUZZANI Houria  
Pr. EL YAACOUBI Moradh  
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah  
Pr. LACHKAR Hassan  
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Neurologie

**Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib  
Pr. DAFIRI Rachida  
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique  
Radiologie  
Traumatologie Orthopédie

**Décembre 1989**

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali\*  
Pr. CHAD Bouziane  
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**  
Cardiologie  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

**Janvier et Novembre 1990**

Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation

**Février Avril Juillet et Décembre 1991**

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOUHA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**  
Chimie thérapeutique

### **Décembre 1992**

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOUA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DAOUDI Rajae  
Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*  
Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

### **Mars 1994**

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid  
Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL AOUDAD Rajae  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. MOUDENE Ahmed\*  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Gynécologie Obstétrique  
Immunologie  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**  
Gynécologie – Obstétrique  
Dermatologie

### **Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BRAHMI Rida Slimane  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie

Pr. CHERKAOUI LallaOuafae  
Pr. EL ABBADI Najia  
Pr. HANINE Ahmed\*  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

### **Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia  
Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. MOHAMMADI Mohamed  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. CHAOUIR Souad\*  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ

Ophtalmologie  
Neurochirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie - ***Directeur ERSM***  
Urologie  
Ophtalmologie  
Génétique  
Réanimation Médicale

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
HassanChirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie

Pr. OUAHABI Hamid\*  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

**Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. EZZAITOUNI Fatima  
Pr. LAZRAK Khalid \*  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*  
Pr. LABRAIMI Ahmed\*

**Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN DakhamaBadr.Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

**Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. HSSAIDA Rachid\*  
Pr. LAHLOU Abdou  
Pr. MAFTAH Mohamed\*  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. NASSIH Mohamed\*  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

Neurologie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

Gastro-Entérologie  
Neurologie – **Doyen Abulcassis**  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Néphrologie  
Traumatologie Orthopédie  
Hématologie  
Cardiologie  
Anatomie Pathologique

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

Neurologie  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Neurochirurgie  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Neurologie

**Décembre 2000**

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

ORL

**Décembre 2001**

Pr. ABABOU Adil  
Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOUACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABBAJ Saad  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
Pr. MEDARHRI Jalil  
Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBAH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Médecine Interne  
Chirurgie Générale  
Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie

**Décembre 2002**

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie

Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
 Pr. BERNOUSSI Zakiya  
 Pr. BICHRA Mohamed Zakariya\*  
 Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
 Pr. CHKIRATE Bouchra  
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
 Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
 Pr. EL MANSARI Omar\*  
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
 Pr. HAJJI Zakia  
 Pr. IKEN Ali  
 Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
 Pr. KRIOUILE Yamina  
 Pr. LAGHMARI Mina  
 Pr. MABROUK Hfid\*  
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
 Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid\*  
 Pr. NAITLHO Abdelhamid\*  
 Pr. OUJILAL Abdelilah  
 Pr. RACHID Khalid \*  
 Pr. RAISS Mohamed  
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
 Pr. RHOU Hakima  
 Pr. SIAH Samir \*  
 Pr. THIMOU Amal  
 Pr. ZENTAR Aziz\*

Gastro-Entérologie  
 Anatomie Pathologique  
 Psychiatrie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Pédiatrique  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Gynécologie Obstétrique  
 Ophtalmologie  
 Urologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Pédiatrie  
 Ophtalmologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Cardiologie  
 Médecine Interne  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Générale  
 Pneumophtisiologie  
 Néphrologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Pédiatrie  
 Chirurgie Générale

#### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
 Pr. AMRANI Mariam  
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
 Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
 Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
 Pr. BOULAADAS Malik  
 Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
 Pr. CHAGAR Belkacem\*  
 Pr. CHERRADI Nadia  
 Pr. EL FENNI Jamal\*  
 Pr. EL HANCHI ZAKI  
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
 Pr. HACHI Hafid  
 Pr. JABOUIRIK Fatima  
 Pr. KHABOUZE Samira  
 Pr. KHARMAZ Mohamed

Ophtalmologie  
 Anatomie Pathologique  
 Oto-Rhino-Laryngologie  
 Gastro-Entérologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
 Neurologie  
 Traumatologie Orthopédie  
 Anatomie Pathologique  
 Radiologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Pédiatrie  
 Cardiologie  
 Chirurgie Générale  
 Pédiatrie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Traumatologie Orthopédie

Pr. LEZREK Mohammed\*  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

Urologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENHALIMA Hanane  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie (*mise en disponibilité*)  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

### **Décembre 2005**

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

### **Avril 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Said\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*  
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
Pr. DOGHMI Nawal  
Pr. ESSAMRI Wafaa

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique  
Chirurgie - Pédiatrique  
Chirurgie Cardio – Vasculaire  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Gastro-entérologie

Pr. FELLAT Ibtissam  
Pr. FAROUDY Mamoun  
Pr. GHADOUANE Mohammed\*  
Pr. HARMOUCHE Hicham  
Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
Pr. JROUNDI Laila  
Pr. KARMOUNI Tariq  
Pr. KILI Amina  
Pr. KISRA Hassan  
Pr. KISRA Mounir  
Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
Pr. MANSOURI Hamid\*  
Pr. OUANASS Abderrazzak  
Pr. SAFI Soumaya\*  
Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
Pr. SOUALHI Mouna  
Pr. TELLAL Saida\*  
Pr. ZAHRAOUI Rachida

**Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
Pr. ACHACHI Leila  
Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
Pr. AMHAJJI Larbi\*  
Pr. AMMAR Haddou\*  
Pr. AOUI Sarra  
Pr. BAITE Abdelouahed\*  
Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
Pr. BENZIANE Hamid\*  
Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
Pr. ELABSI Mohamed  
Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
Pr. EL OMARI Fatima  
Pr. GANA Rachid  
Pr. GHARIB Nouredine  
Pr. HADADI Khalid\*  
Pr. ICHOU Mohamed\*  
Pr. ISMAILI Nadia  
Pr. KEBDANI Tayeb  
Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*

Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Urologie  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Microbiologie  
Radiologie  
Urologie  
Pédiatrie  
Psychiatrie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Pharmacie Galénique  
Parasitologie  
Radiothérapie  
Psychiatrie  
Endocrinologie  
Psychiatrie  
Pneumo – Phtisiologie  
Biochimie  
Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale  
Pneumo phtisiologie  
Chirurgie générale  
Chirurgie cardio vasculaire  
Traumatologie orthopédie  
ORL  
Parasitologie  
Anesthésie réanimation  
Biochimie-chimie  
Pharmacie clinique  
Ophtalmologie  
Pharmacie galénique  
Chirurgie générale  
Chirurgie générale  
Anesthésie réanimation  
Psychiatrie  
Neuro chirurgie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Radiothérapie  
Oncologie médicale  
Dermatologie  
Radiothérapie  
Anesthésie réanimation

Pr. LOUZI Lhoussain\*  
Pr. MADANI Naoufel  
Pr. MAHI Mohamed\*  
Pr. MARC Karima  
Pr. MASRAR Azlarab  
Pr. MOUTAJ Redouane \*  
Pr. MRABET Mustapha\*  
Pr. MRANI Saad\*  
Pr. OUZZIF Ezzohra\*  
Pr. RABHI Moncef\*  
Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
Pr. SEFFAR Myriame  
Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
Pr. SIFAT Hassan\*  
Pr. TABERKANET Mustafa\*  
Pr. TACHFOUTI Samira  
Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
Pr. TANANE Mansour\*  
Pr. TLIGUI Houssain  
Pr. TOUATI Zakia

#### **Décembre 2007**

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

#### **Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
Pr TAHIRI My El Hassan\*

#### **Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
Pr. AGDR Aomar\*  
Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
Pr. AKHADDAR Ali\*  
Pr. ALLALI Nazik  
Pr. AMAHZOUNE Brahim\*  
Pr. AMINE Bouchra  
Pr. ARKHA Yassir  
Pr. AZENDOUR Hicham\*  
Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
Pr. BJIJOU Younes  
Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
Pr. BOUI Mohammed\*  
Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
Pr. CHAKOUR Mohammed \*

Microbiologie  
Réanimation médicale  
Radiologie  
Pneumo phtisiologie  
Hématologie  
Parasitologie  
Médecine préventive santé publique et hygiène  
Virologie  
Biochimie-chimie  
Médecine interne  
Radiologie  
Microbiologie  
Microbiologie  
Radiothérapie  
Chirurgie vasculaire périphérique  
Ophtalmologie  
Chirurgie générale  
Traumatologie orthopédie  
Parasitologie  
Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale

Médecine interne  
Pédiatre  
Chirurgie Générale  
Neurologie  
Neuro-chirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Rhumatologie  
Neuro-chirurgie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Anatomie  
Biochimie-chimie  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Traumatologie orthopédique  
Hématologie biologique

Pr. CHTATA Hassan Toufik\*  
Pr. DOGHMI Kamal\*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid\*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna \*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem  
Pr. KARBOUBI Lamyia  
Pr. L'KASSIMIHachemi\*  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADE Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*  
Pr. ZOUHAIR Said\*

Chirurgie vasculaire périphérique  
Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Microbiologie  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-phtisiologie  
Microbiologie

**PROFESSEURS AGREGES :**

**Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZYANE Taoufik\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. BOUAITY Brahim\*  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. LEZREK Mounir  
Pr. MALIH Mohamed\*  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation  
Médecine interne  
Physiologie  
ORL  
Microbiologie  
Médecine aéronautique  
Biochimie chimie  
Radiologie  
Chirurgie pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Urologie  
Gastro entérologie  
Anatomie pathologique  
Ophtalmologie  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Anatomie pathologique

## **Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*  
Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie

## **Février 2013**

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
Pr. BENSEFFAJ Nadia  
Pr. BENSGHIR Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
Pr. EL HARTI Jaouad  
Pr. EL JOUDI Rachid\*  
Pr. EL KABABRI Maria  
Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
Pr. EL KHLOUFI Samir

Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique  
Immunologie  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-Chirurgie  
Médecine Nucléaire  
Chimie Thérapeutique  
Toxicologie  
Pédiatrie  
Anatomie Pathologie  
Anatomie

Pr. EL KORAICHI Alae	Anesthésie Réanimation
Pr. EN-NOUALI Hassane*	Radiologie
Pr. ERRGUIG Laila	Physiologie
Pr. FIKRI Meryim	Radiologie
Pr. GHANIMI Zineb	Pédiatrie
Pr. GHFIR Imade	Médecine Nucléaire
Pr. IMANE Zineb	Pédiatrie
Pr. IRAQI Hind	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. KABBAJ Hakima	Microbiologie
Pr. KADIRI Mohamed*	Psychiatrie
Pr. LATIB Rachida	Radiologie
Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra	Médecine Interne
Pr. MEDDAH Bouchra	Pharmacologie
Pr. MELHAOUI Adyl	Neuro-chirurgie
Pr. MRABTI Hind	Oncologie Médicale
Pr. NEJJARI Rachid	Pharmacognosie
Pr. OUBEJJA Houda	Chirurgie Pédiatrique
Pr. OUKABLI Mohamed*	Anatomie Pathologique
Pr. RAHALI Younes	Pharmacie Galénique
Pr. RATBI Ilham	Génétique
Pr. RAHMANI Mounia	Neurologie
Pr. REDA Karim*	Ophtalmologie
Pr. REGRAGUI Wafa	Neurologie
Pr. RKAIN Hanan	Physiologie
Pr. ROSTOM Samira	Rhumatologie
Pr. ROUAS Lamiaa	Anatomie Pathologique
Pr. ROUIBAA Fedoua*	Gastro-Entérologie
Pr. SALIHOUN Mouna	Gastro-Entérologie
Pr. SAYAH Rochde	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. SEDDIK Hassan*	Gastro-Entérologie
Pr. ZERHOUNI Hicham	Chirurgie Pédiatrique
Pr. ZINE Ali*	Traumatologie Orthopédie

### **Avril 2013**

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Pr. GHOUNDALE Omar*	Urologie
Pr. ZYANI Mohammad*	Médecine Interne

**\*Enseignants Militaires**

## 2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

### PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie – chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
Pr. BARKYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. CHAHED OUZZANI LallaChadia	Biochimie – chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechne
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. HAMZAOUI Laila	Biophysique
Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le  
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015



# *Dédicaces*





*A ALLAH*  
*TOU PUISSANT*

*Qui m'a inspiré, qui m'a guidé dans le bon chemin.*  
*Je vous dois ce que Je suis devenu louanges et remerciements*  
*Pour votre clémence omniprésence et miséricorde.*





*A mes très chers parents*

*Aux êtres les plus chers à mon coeur, les plus précieux  
dans ma vie et que j'aime plus que tout au monde Aucune  
phrase aussi expressive soit elle, aucun hommage,  
ne sauraient transmettre à sa juste valeur tout l'amour,  
le dévouement et le respect que je vous porte.*





*A ma merveilleuse maman « Malika »*

*Tu représentes pour moi le symbole de la bonté, la source de tendresse et l'exemple du dévouement, qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi. Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études.*

*Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.*

*Je te dédie à mon tour cette thèse qui concrétise*

*ton rêve le plus cher et qui n'est*

*que le fruit de tes conseils et de tes encouragements*



*A mon extraordinaire  
papa « Mohammed »,*



*Tu as su m'entourer d'attention, m'inculper les valeurs*

*nobles de la vie, m'apprendre le sens du travail,  
de l'honnêteté et de la responsabilité.*

*Merci de m'avoir soutenu, encouragé et consolé tout  
au long de mes études. Vos conseils ont toujours  
guidé mes pas vers la réussite.*

*Veillez trouver dans ce travail la récompense  
de tous vos sacrifices, l'expression de mon amour  
éternel et de ma gratitude.*

*Je vous dois tout, j'espère avoir été à la hauteur  
de vos espérances et je ferai toujours de mon mieux  
pour rester votre fierté et ne jamais vous décevoir.*

*Que Dieu, le tout puissant, vous protège et vous procure  
santé, bonheur et longue vie*

*Maman, papa, je vous aime.*





*A Mon très cher mari Ahmed ,*

*L'homme de ma vie, mon âme soeur et mon meilleur ami.*

*Chaque jour passé à tes côtés fait de moi une femme meilleure.*

*Sans ton aide, tes conseils et tes encouragements*

*ce travail n'aurait jamais vu le jour.*

*Que Dieu réunisse nos chemins pour un long commun*

*serein et que ce travail soit témoignage de ma reconnaissance*

*et de mon amour sincère.*

*Je t'aime passionnément.*





*A mes grands parents maternel  
Ba Lhaj { Salah Wafik} Et Mima { Aicha Morchid}*

*A ma grande mère paternel maii {lalla aicha }*

*Pour votre amour, vos prières et vos encouragements  
qui m'ont été d'un grand soutien au cours de ce long parcours.*

*Je suis sûr que vous êtes fières de moi aujourd'hui  
Vous êtes pour moi une source inépuisable de sagesse.*

*Il y a tant de chaleur dans la bonté de vos coeurs.*

*Il n'y a aucun mot qui suffit pour vous dire merci, je vous aime  
énormément et je suis vraiment très fière d'être votre petit fils...  
J'implore Dieu pour qu'il vous garde en bonne santé et qu'il nous  
permette de profiter de votre présence à nos côtés... □*

*A la mémoire de mon grand-père «abd rahmane tamjoujt*

*j'espère que tu sois fière de ta petite fille.*

*Que ton âme repose en paix.*



*A mes très chères Tati Lalla, Badia ,  
Amina ET Zakia*

*Quoique je dise, je ne saurais exprimer l'amour  
et la tendresse que j'ai pour vous.*

*Je vous remercie, pour votre support et vos encouragements,  
et je vous dédie ce travail, pour tous les moments  
de joie et de taquinerie qu'on a pu partager ensemble.  
Puisse DIEU, le tout puissant, vous préserver du mal,  
vous combler de santé et de bonheur.*

*A tous mes oncles et tantes*

*En témoignage de mon attachement et de ma grande  
considération.*

*J'espère que vous trouverez à travers ce travail  
l'expression de mes sentiments les plus chaleureux.*

*Que ce travail vous apporte l'estime,  
et le respect que je porte à votre égard, et soit la preuve  
du désir que j'avais depuis toujours pour vous honorer.*

*Tous mes voeux de bonheur et de santé. ... □*





*A mes adorables cousins et cousines  
Je vous dédie cette thèse tout en vous souhaitant  
une longue vie pleine de réussite,  
de santé et de bonheur... □*

*A ma chère belle-mère « naima nejdi »  
et mon beau père « abdel kader oubaba »,  
Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille.  
En témoignage de l'attachement, de l'amour  
et de l'affection que je porte pour vous.  
Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux  
de bonheur, de santé.*





*A mon beau-frère «youssef »et sa femme «lamyae»  
et sa petite fille alae et mes belles soeurs  
«imane ,kqoutar, houda »,  
Je vous souhaite une bonne santé et un avenir plein de joie,  
de bonheur et de réussite dans votre vie professionnelle.  
Je vous exprime à travers ce travail mes sentiments  
de fraternité et d'amour.*





*A Ma chère amie et sœur souhaila*

*En souvenir des moments merveilleux  
que nous avons passés et aux liens solides qui nous unissent.  
Un grand merci pour ton soutien, tes encouragements, ton aide.  
J'ai trouvé en toi le refuge de mes chagrins et mes secrets.  
Avec toute mon affection et estime, je te souhaite beaucoup de  
réussite et de bonheur, autant dans ta vie professionnelle  
que privée. J t'aime soeurette*

*A mes meilleurs amis*

*samooul , danouch, yassine talib*

*A vous tous, je dédie ce travail en témoignage  
de mon amour et mon profond attachement.*

*Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore  
plus Puisse Dieu le tout puissant, vous préserver du mal,  
vous accorder un avenir prospère et une vie pleine  
de bonheur, d'amour et de succès.*





*A mes grands amis et collègues*

*En tête de liste : fatima zohra radi , mariam ryad, sara loubnan,  
zakia sefsafi, chaimaa khairoun, manal bejnouni , talib imad,  
abderhaman tadaloui , myeriem tounssi, charifa boumaazi , sanae  
doukali , houda souradi , sanae sialiti , amine saouli, hajar srifi ,  
soundoss al rajab , anass rahaoui , mariam lloussi, oumaima sriri.*

*En souvenirs des merveilleux moments de joie mais aussi  
d'amertume que nous avons partagés.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon  
adoration, mon estime et mon profond attachement.*

*Je vous souhaite beaucoup de réussite et de bonheur,  
autant dans votre vie professionnelle que privée.*

*Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité  
soient éternelles.*



# *Remerciements*





*A notre maître et Président de thèse*  
*Madame le Professeur LAZIZA CHAHED*  
*OUAZZANI*

*Professeur d'Hépatologie- Gastro-Entérologie*

*C'est un grand honneur que vous me faites en acceptant  
avec gentillesse de présider mon jury de thèse.*

*Votre parcours professionnel, votre compétence incontestable,  
votre charisme et vos qualités humaines font de vous  
un grand professeur et m'inspirent une grande admiration  
et un profond respect.*

*Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse  
considération et ma profonde admiration pour toutes  
vos qualités scientifiques et humaines.*






*A notre maître et Rapporteur de thèse  
Professeur IKRAM ERRABIH,  
Professeur d' Hépatogastro-Entérologie.*

*Vous m'avez honoré par votre confiance en me confiant  
ce travail et vous m'avez guidé avec rigueur à chaque  
étape de sa réalisation.*

*Les conseils fructueux que vous m'avez prodigué  
ont été très précieux, je vous en suis reconnaissante.  
J'ai également le privilège de travailler parmi votre équipe  
et d'apprécier vos qualités et vos valeurs.*

*Vous serez toujours un exemple à suivre dans votre modestie,  
votre bonté et votre dévouement auprès des malades.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression  
de mon admiration et ma profonde gratitude.*





*A notre maître et Juge de thèse  
Madame le Professeur NADIA BENZZOUBEIR  
Professeur d' Hépatogastro-Entérologie*

*Je vous remercie vivement pour la spontanéité  
et la gentillesse avec lesquelles vous avez  
bien voulu juger ce travail.*

*Je suis très touchée par l'honneur que vous me faites  
en acceptant de siéger parmi les membres de mon jury.*

*Votre probité au travail et votre disponibilité,  
votre sens de la responsabilité m'ont toujours impressionnés  
et sont pour moi un idéal à atteindre.*

*Veillez trouver dans ce travail le témoignage  
de mon profond respect et ma haute estime.  
de mon admiration et ma profonde gratitude.*





*A notre maître et juge de thèse*  
*Mme. Pr. ROUIBAA FEDOUA*  
*Professeur de Gastro entérologie*  
*à HMMIV*

*Permettez-nous de vous remercier pour avoir*  
*si gentiment accepté de faire partie de nos juges.*

*En dehors de vos connaissances claires et précises, dont nous*  
*avons bénéficié, vos remarquables qualités humaines*  
*et professionnelles méritent toute admiration et tout respect.*

*Veillez trouver ici le témoignage respectueux*  
*de notre reconnaissance et admiration.*





*Au docteur Fatime Zehra Kettabi :  
Résidente en gastro entérologie service de médecine  
B chu ibn sina de rabat*

*Je tiens à vous exprimer toute ma reconnaissance.  
je vous remercie de m'avoir orienté, aidé et conseillé  
tout au long du parcours du ce travail.*



## LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES:

<b>AZA</b>	: Azathioprine
<b>DAI</b>	: Derniere anse ileale
<b>FEC</b>	: Fistule entero-cutanee
<b>FEV</b>	: Fistule entero-vesicale
<b>FEE</b>	: Fistule entero-enterale
<b>FI</b>	: Fistule intestinale
<b>FRV</b>	: Fistule recto-vaginale
<b>FOGD</b>	: Fibroscopie oeso-gastro-duodenale
<b>IRM</b>	: Imagerie par resonance magnetique
<b>TDM</b>	: Tomodensitometrie
<b>LAP</b>	: lesions ano-perineales
<b>6-MP</b>	: 6-Mercatopurine
<b>Fig</b>	: Figure
<b>Sd</b>	: Syndrome
<b>Sc</b>	: Sous cutanée
<b>MC</b>	: Maladie de Crohn

## TABLE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Répartition des patients par tranche d'âge .....	12
<b>Figure 2</b> : Répartition des patients par sexe .....	13
<b>Figure 3</b> : Localisations de la maladie de Crohn .....	15
<b>Figure 4</b> : Causes des fistules.....	16
<b>Figure 5</b> : Types de fistules.....	17
<b>Figure 6</b> :Localisations de fistules .....	18
<b>Figure 7</b> : Examens radiologiques qui ont permis le diagnostic des fistules .	23
<b>Figure 8</b> : Échographie en coupe axiale de l'anse montrant un épaissement pariétal de la dernière anse iléale avec perte des couches et aspect globalement hypoéchogène. ....	25
<b>Figure 9</b> : MC iléale fistulisante.....	26
<b>Figure 10</b> : Enteroscanner montrant la présence d'une FEV basse ainsi que la présence d'une bulle d'air en intra vésical.....	28
<b>Figure 11</b> : Abscès de la fosse iliaque droite compliquant une maladie de Crohn iléale. TDM : épaissement pariétal iléal distal adjacent à un abcès pelvien .....	29
<b>Figure 12</b> : visualisation directe de la fistule iléo-vésicale avec passage d'air et de produit de contraste de l'iléon terminal dans la vessie à traves la fistule	30
<b>Figure 13</b> : Fistule entéro-vésicale compliquant une maladie de Crohn .....	31

<b>Figure 14</b> : Lavement baryté montrant une opacification de la vessie sans mise en évidence d'un trajet fistuleux.....	33
<b>Figure 15</b> : Traitement chirurgical .....	38
<b>Figure 16</b> : Traitement médical post-opératoire .....	40

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Récapitulatif des différents antécédents personnels et familiaux relevés à l'interrogatoire.....	14
<b>Tableau 2</b> : Taux de récurrence endoscopique en fonction du traitement médical post-opératoire .....	42
<b>Tableau 3</b> : Taux de rémission clinique en fonction du traitement médical de fond.....	42
<b>Tableau 4</b> : Incidence des fistules au cours de la maladie de Crohn [1] .....	44

## LISTE DES ANNEXES

<b>Annexe 1</b> : Index de Harvey-Bradshaw .....	64
<b>Annexe 2</b> : CDAI ou Indice de Best .....	65

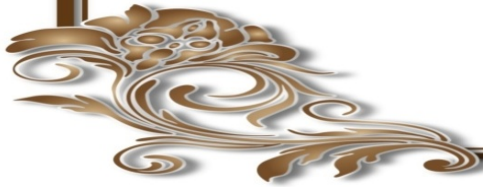
# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>MATERIEL ET METHODES</b> .....	4
1. CRITERES D'INCLUSIONS :	5
2.Critères d'exclusions :	6
3.Etude statistique .....	6
<b>RESULTATS</b> .....	11
1.DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES:.....	12
1.1. Age moyen :.....	12
1.2. Sexe et Sexe ratio :.....	13
2.DONNEES CLINIQUES: .....	14
2.1 Antécédents personnels et familiaux :	14
2.2 Durée d'évolution de la maladie :	14
2.3 La localisation de la maladie .....	15
2.4 Caractéristiques des fistules :	16
2.4.1 Causes de fistules :	16
2.4.2 Types de fistules :.....	17
2.4.2 Localisations des fistules :	18
2.5 Associations :.....	19
2.5.1 Aux lésions ano-périnéales :	19
2.5.2 A une sténose iléale :.....	19
2.6 Complications : .....	19
2.6.1 Abscesses :.....	19

2.6.2 Syndrome sub-occlusif.....	19
2.6.3 Syndrome occlusif:.....	19
3.CLINIQUE :.....	20
3.1.1 Fistules entéro-cutanées : .....	20
3.1.2 Fistules entéro-vésicales :.....	20
3.1.3 Fistules recto-vaginales :.....	20
3.2.1 Fistules intestinales .....	21
3.2.2 Fistules entéro-cutanées : .....	21
3.2.2.1 Nombre des orifices : .....	21
3.2.2.2 Localisation des orifices : .....	21
3.2.3 Fistules recto-vaginales :.....	21
3.2.4 Sévérité de la maladie : .....	22
4.BILAN D'EXPLORATIONS PARACLINIQUE :.....	23
4.1 Radiologie :.....	23
4.1.2 Echographie abdominale : .....	24
4.1.3 Transit du grêle : .....	26
4.1.4 Entéro-scanner : .....	27
4.1.5 Entéro –IRM : .....	32
4.1.6 Fistulographie : .....	32
4.1.7 Autres explorations radiologiques :.....	32
a) Lavement baryté à la gastrograffine :.....	32
b) Echographie vésicale : .....	34

c) Cystoscopie : .....	34
4.2 Endoscopie digestive : .....	34
4.2.1 Coloscopie totale : .....	34
4.2.2 Fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) : .....	35
5. TRAITEMENT : .....	36
5.1 Traitement médical : .....	36
5.2 Traitement chirurgical : .....	37
5.2.1 D'emblée : .....	37
5.2.2 Après échec du traitement médical : .....	37
5.2.3 Type de résection : .....	38
5.3 En post-opératoire : .....	39
5.3.1 Suites immédiates : .....	39
5.3.2 Traitement médical de fond : .....	39
5.4 Evolution : .....	41
<b>DISCUSSION</b> .....	43
1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES : .....	44
2. DONNEES CLINIQUES : .....	46
3. DONNEES PARACLINIQUES : .....	47
4. TRAITEMENT : .....	50
<b>CONCLUSION</b> .....	57
<b>RESUMES</b> .....	59
<b>ANNEXES</b> .....	63
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	66

# *Introduction*



La maladie de Crohn (MC) est une maladie inflammatoire chronique du système digestif. Les causes de l'inflammation ne sont pas encore connues et sont vraisemblablement multiples, impliquant des facteurs génétiques, auto-immuns et environnementaux. Elle se caractérise par des épisodes aigus de diarrhées et de douleurs abdominales. Ce phénomène aigu est compensé par des périodes de rémission de durées variables lors desquelles l'état clinique du patient est amélioré.

C'est une maladie chronique qui comporte des phases d'activité d'intensité variable alternant avec des phases de rémissions.

Deux entités peuvent être distinguées dans la maladie de Crohn : la forme iléale (ou iléocœcale) et la forme colique pure. L'atteinte iléale est la plus fréquente et elle est retrouvée chez deux tiers des patients. C'est la forme présentant le plus de complications (sténose, fistules, abcès).

En 2006, la classification de Montréal (2) a permis de distinguer trois phénotypes selon les caractéristiques initiales de la maladie :

- Le phénotype inflammatoire, le plus répandu,
- Le phénotype sténosant,
- Le phénotype perforant

Toutefois la majorité des patients présentent une complication de type fistule ou sténose au cours de l'évolution de leur maladie quel que soit le phénotype de départ. L'objectif de notre travail est d'étudier les aspects cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutifs de ces fistules au cours de la maladie de Crohn.

En effet la maladie de Crohn est caractérisée par une atteinte transmurale chronique qui peut s'accompagner ou se compliquer de fistules, survenant chez 35 à 46% des patients (1). Ces fistules peuvent être internes : les fistules entéro-entérales, les fistules entéro-vésicales, les fistules rectovaginales, ou externes : les fistules entéro-cutanées et anopérinéales. Le diagnostic de ces fistules est relativement aisé grâce au développement des examens d'imagerie : entéroscanner et entéro-IRM (imagerie par résonance magnétique). La prise en charge thérapeutique par contre, bien que relevant le plus souvent de la chirurgie, reste peu codifiée, du fait de l'absence d'études contrôlées randomisées étudiant les cas compliqués de fistules.

## *Matériel et méthodes*



Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur une cohorte monocentrique de 411 patients atteints de maladie de Crohn sur la période allant de Janvier 2000 à aout 2016 au service d'Hépatogastro-Entérologie et Proctologie Médecine B « Pr. H. Ouazzani » du CHU Ibn Sina de Rabat, dont 78 présentent la maladie de Crohn fistulisante hors LAPS. Soit 18,97%

## **1. CRITERES D'INCLUSIONS :**

Ont été inclus tous les patients :

- Des deux sexes.
- Agés de 16 ans ou plus.
- Ayant été hospitalisés au service de Médecine B
- Les patients présentant une fistule digestive associée à une fistule anale ont été inclus

Le diagnostic de la maladie de Crohn a été posé sur un ensemble d'arguments cliniques, endoscopiques, radiologiques et anatomo-pathologiques.

Chez tous les malades, nous avons étudié les caractéristiques suivantes : l'âge, le sexe, les antécédents, la durée de la maladie, la localisation de la maladie, la cause des fistules (spontanée ou post opératoire), le type de fistules (internes, externes ou mixtes), la localisation des fistules, les signes et l'examen cliniques, les données de l'imagerie et de l'endoscopie, le traitement médical et chirurgical, l'évolution et le recul. Ces paramètres sont reportés sur une fiche d'exploitation pré établie (page7)

La classification de Montréal 2006 (annexe 1) a été utilisée pour décrire les profils de la maladie de Crohn.

L'indice de Best (annexe 2) a été utilisé pour évaluer la sévérité de la maladie

Tous nos malades ont bénéficié des bilans suivants :

- Un bilan endoscopique comportant une coloscopie totale et une fibroscopie oeso-gastro-duodénale avec des biopsies systématiques.
- Un bilan radiologique comportant une échographie abdominale, un transit du grêle, un entéroscanner abdominal, une entéro-IRM ou dans quelques cas .

## **2. Critères d'exclusions :**

Ont été exclus tous les patients présentant une fistule anale seule.

## **3. Etude statistique**

Notre étude statistique a été réalisée en utilisant le logiciel SPSS 10.0. Elle a été divisée en 2 types d'analyse :

- Analyse uni-variée qui a permis de décrire et traiter les différentes variables en se basant sur la statistique descriptive.
- Analyse bi-variée pour comparer les différentes données.

Les variables quantitatives sont exprimées en moyenne et les valeurs qualitatives sont exprimées en pourcentage.

La comparaison des variables quantitatives est réalisée à l'aide du test de Fisher ou Khi Deux. Le seuil de signification est de 0,05.



centre Hospitalo-Universitaire IBN SINA  
Service de Médecine (B), Pr. H. Ouazzani



Equipe de recherche des MICI-ERMICI

**La maladie du Crohn hors Laps : fiche d'exploitation**

**I. Identité :**

Nom :

Origine :

Prénom :

Date d'entrée :

Age :

Date de sortie :

Sexe :

**II. Anctécédents :**

Médicaux :

Chirurgicaux :

Familiaux de MICI :            Oui                Non   

**III. La clinique :**

Début de la maladie :

**les signes généraux :**    sd anémique                sd fébrile   

**les signes digestifs :**  
douleur abdominale                rectorragies                diarrhées      
constipation                        sd de koening

**les signes extra digestifs :**

Manifestations articulaires  cutanées  oculaires  Hépto-   
biliaires

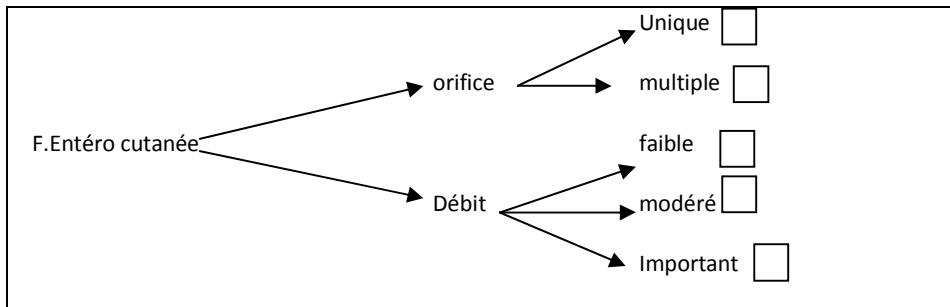
**IV. Examen clinique**

Examen normal

Sensibilité abdominale

Empatement

Masse



**V Localisation de la maladie :**

**Classification de montréal**

Iléale  L1

Colique  L2

Iléo colique  L3

**Caractéristiques des fistules :** spontanées  post opératoires

**VI Type des fistules**

Fistule interne

Fistule externe

Fistules mixtes

**VII Localisation des fistules**

Intestinales

Entéro-cutanées

Entéro-vésicales

Recto-vaginales

**VIII Paraclinique :**

**1. ENDOSCOPIE :**

Coloscopie+ biopsie

FOGD +biopsie :

**2. Imagerie :**

ECHOGRAPHIE abdominale :      Epaissement      oui       non

Siège :

ENTERO SCANNER :

ENTERO IRM :

AUTRES :

CYSTOSCOPIE :

**IX Complications**

Abcès  sd sub-occlusif  sd occlusif

**X BILAN BIOLOGIQUE :**

NFS

CRP

Ionogramme sanguin

**XI Sévérité de la maladie**

Indice de BEST ou CDAI :

< 150

150-250

>250

**XII Traitement**

Médicale :	Salicylées	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Immunosuppresseurs	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Thiopurines	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	ANTI TNF ALPHA	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Corticoïdes	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>
	Antibiothérapie	oui	<input type="checkbox"/>	non	<input type="checkbox"/>

**Chirurgical :**

Type de chirurgie :



# *Resultats*

## 1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES:

Entre Janvier 2000 et aout 2016, 411 patients ayant une MC ont été recensés au sein du Service d' Hépatogastro-Entérologie et de Proctologie de Médecine B du CHU Ibn Sina de Rabat. Durant cette période, 78 patients présentaient un phénotype fistulisant de la MC hors LAP, soit un taux de 18,97%.

### 1.1. Age moyen :

L'âge moyen de nos patients était de 38,8 ± 11 ans avec des extrêmes allant de 20 ans à 40ans.

La tranche d'âge la plus fréquente se situe entre 20 et 40 ans {fig1}.

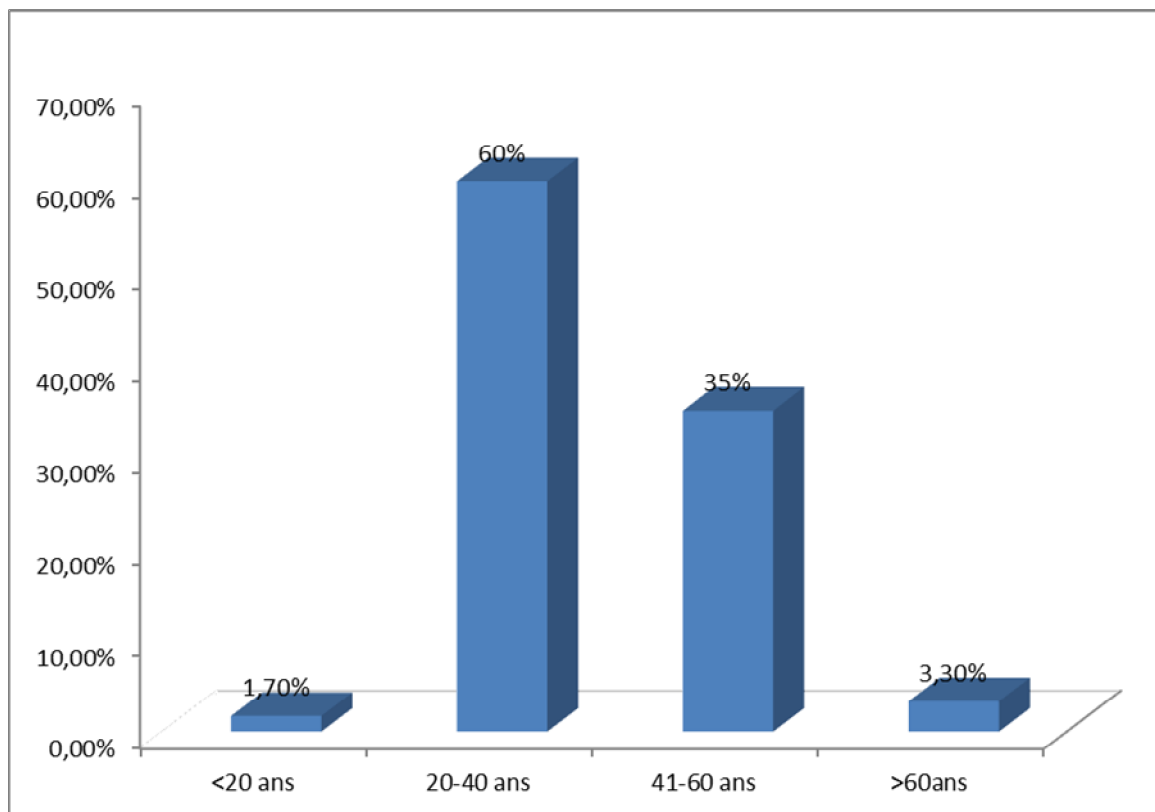
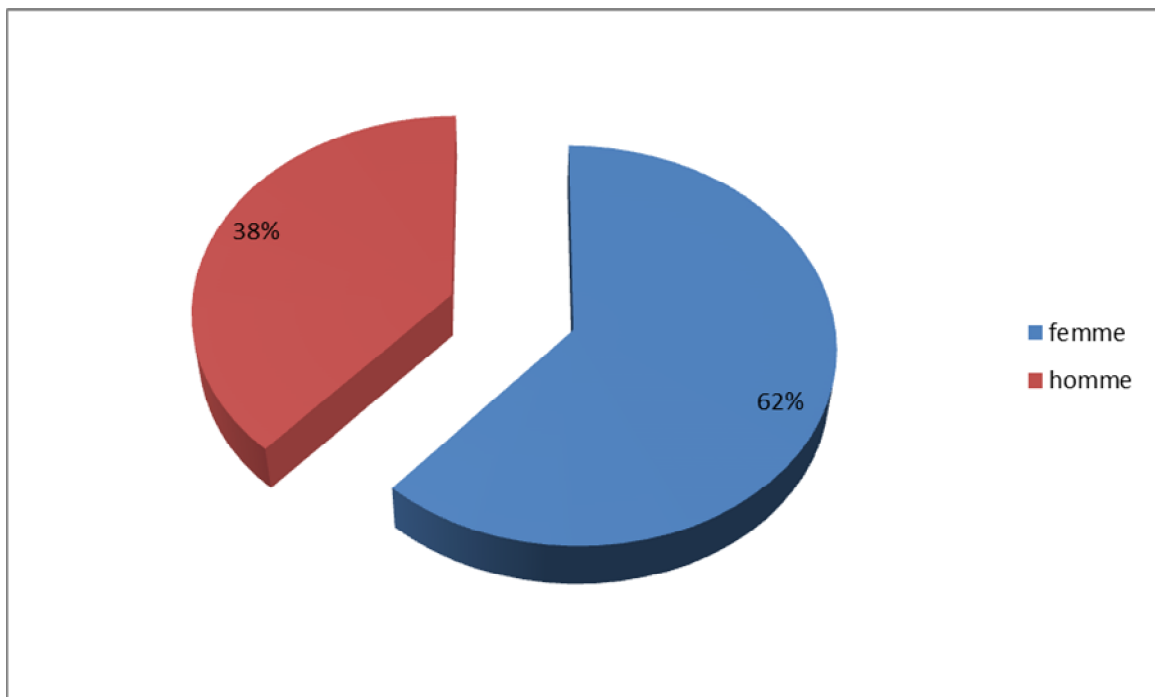


Figure 1 : Répartition des patients par tranche d'âge

## 1.2. Sexe et Sexe ratio :

Une prédominance féminine a été notée dans 61,53% des patients {fig2}. le sexe ratio F/H était de 1,6 (48 femmes et 30 hommes).



**Figure 2 :** Répartition des patients selon le sexe

## 2. DONNEES CLINIQUES:

### 2.1 Antécédents personnels et familiaux :

13 patients sont des tabagiques chroniques soit 16,66% des cas.

11 patients ont été appendicectomisés, soit 14,10% des cas.

4 patients avaient un antécédent familial de maladie de Crohn, soit 5,12% des cas (tableau 1).

Tabagiques	16,66%
Appendicectomisés	14,10%
MICI familial	5,12%

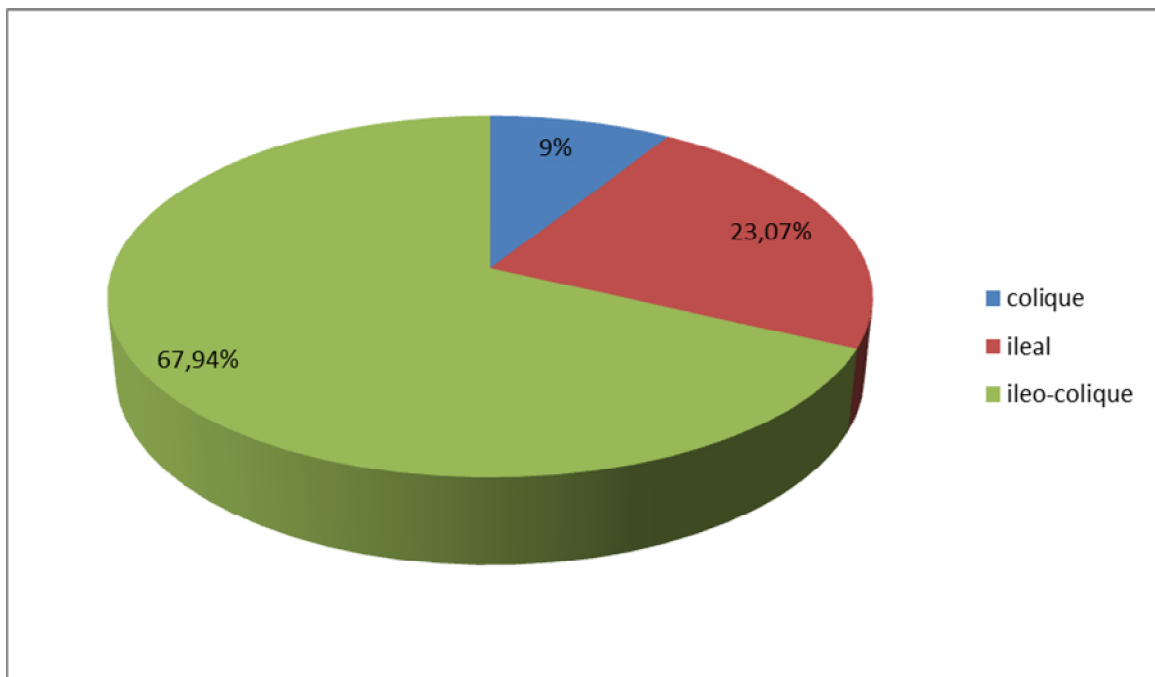
**Tableau 1** : Récapitulatif des différents antécédents personnels et familiaux relevés à l'interrogatoire

### 2.2 Durée d'évolution de la maladie :

La médiane de la durée d'évolution a été de 5 à 35 ans [2,8] avec des extrêmes allant de 0 à 17 ans.

### 2.3 La localisation de la maladie

La localisation iléo-colique de la maladie de Crohn était prédominante dans 53 cas (67,94%); 18 patients avaient une localisation iléale soit (23,07 %) et 7 patients avaient une localisation colique (soit 9 %) {fig3}.

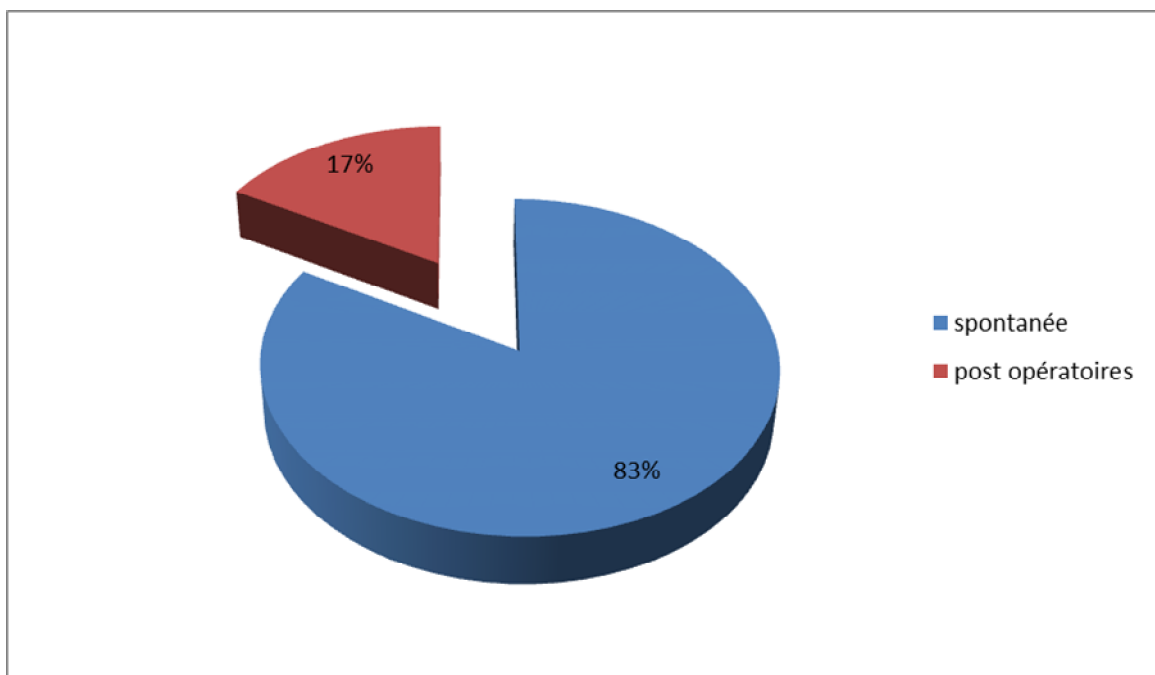


**Figure 3 :** Localisations de la maladie de Crohn

## 2.4 Caractéristiques des fistules :

### 2.4.1 Causes de fistules :

Les fistules étaient spontanées chez 65 patients (83,34%) et post opératoires chez 13 patients (16,66%) {fig4}.

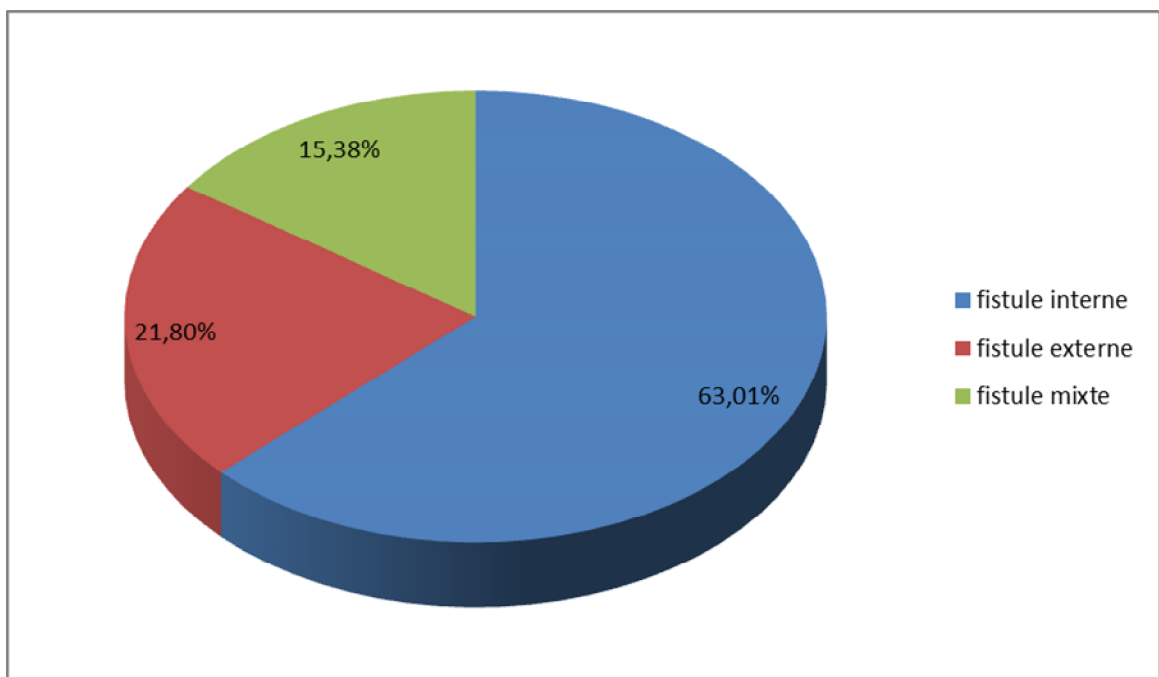


**Figure 4 :** Causes des fistules

### 2.4.2 Types de fistules :

Les fistules étaient subdivisées en 3 types {fig 5} :

- Fistules internes (fistules intestinales, fistules entéro-vésicales, fistule recto-vaginales) étaient majoritaires et retrouvées chez 49 patients (62,82%).
- Fistules externes (fistules entéro-cutanée) retrouvées chez 17 patients (21,80%).
- Fistules mixtes (internes et externes) retrouvées chez 12 patients (15,38%).



**Figure 5 :** Types de fistules

### 2.4.2 Localisations des fistules :

La localisation des fistules chez nos patients était dominée par des fistules intestinales (entéro-entérales ou entérocoliques) dans 47 cas (46,07%) suivies de fistules entéro-cutanées dans 28cas (27,45%) puis des fistules entéro-vésicales et recto- vaginales dans 9 cas (8,82%) et 6 cas (5,88%).la localisation mixte des fistules était retrouvée chez 12 patients (11,76%). { fig 6}

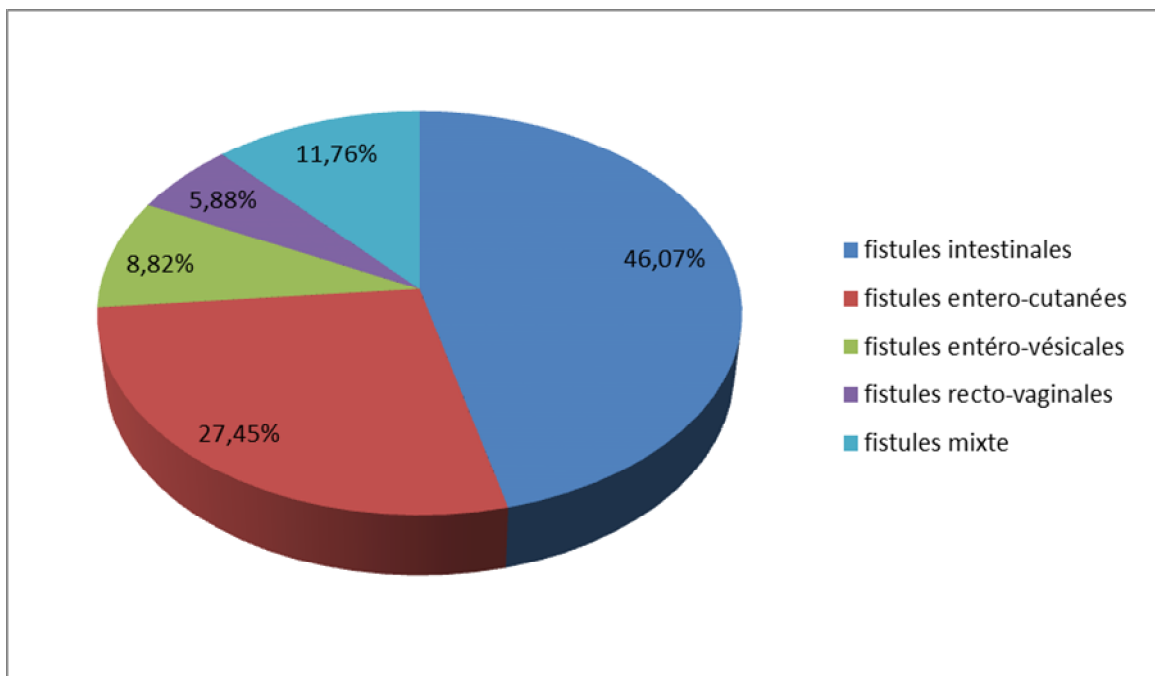


Figure 6 : Localisations de fistules

## **2.5 Associations :**

### **2.5.1 Aux lésions ano-périnéales :**

21 Patients avaient des fistules ano-périnéales associées, soit 26,92 % des patients.

### **2.5.2 A une sténose iléale :**

Une sténose iléale était retrouvée chez 47 patients soit 60,25% des patients objectivée par le transit du grêle ou l'entéroscanner ou par les deux examens.

## **2.6 Complications :**

### **2.6.1 Abscess :**

Sept patients soit (8,98%) ont présenté un abcès comme complication de leur fistule.

### **2.6.2 Syndrome sub-occlusif**

Deux patients ont présenté un syndrome sub-occlusif .

### **2.6.3 Syndrome occlusif:**

Aucun patient n'a présenté un syndrome occlusif.

### **3. CLINIQUE :**

#### **3.1 Signes cliniques :**

##### **3.1.1 Fistules entéro-cutanées :**

Les FEC étaient symptomatiques dans tous les cas sous forme d'un écoulement percutané de pus ou de matières fécales.

Le débit de l'écoulement par les FEC était faible < 50 CC \ jour.

##### **3.1.2 Fistules entéro-vésicales :**

Les FEV étaient:

- Symptomatique dans 75% sous forme de pneumaturie et /ou de fécalurie.
- Asymptomatique dans 25% des cas.

##### **3.1.3 Fistules recto-vaginales :**

Les FRV étaient :

- Symptomatique dans 66,7% des cas avec issue de matières fécales ou d'air par le vagin.
- Asymptomatique dans 33,3%.
- Associées à des fistules ano-périnéales dans 50% des cas.

### **3.2 Examen clinique :**

#### **3.2.1 Fistules intestinales**

L'examen abdominal mettait en évidence un empatement de la fosse iliaque droite chez 11 patients, alors qu'il était normal chez vingt patients, et une masse abdominale chez un seul patient.

#### **3.2.2 Fistules entéro-cutanées :**

L'examen abdominal a objectivé la présence d'un ou de plusieurs orifices fistuleux :

##### **3.2.2.1 Nombre des orifices :**

23 patients avaient un seul orifice fistuleux, 4 patients avaient 2 orifices fistuleux et 1 seul patient avait 3 orifices fistuleux externes.

##### **3.2.2.2. Localisation des orifices :**

L'orifice fistuleux externe se localisait au niveau de :

- La fosse iliaque droite : dans 19 cas (57,57%).
- La fosse iliaque gauche : dans 5 cas (15,15%).
- Para ombilical droite ou gauche : dans 8 cas (24,24%).
- Flanc gauche : dans 1 cas (3,03%).

#### **3.2.3 Fistules recto-vaginales :**

Chez une seule patiente, le toucher vaginal a permis la perception de l'orifice fistuleux interne.

Chez les autres patients, le toucher vaginal était sans particularités.

### **3.2.4 Sévérité de la maladie :**

L'indice de Best a été calculé chez tous nos patients.

- 23 patients étaient en poussée modérée (CDAI entre 150 et 300) soit (29,48%).
- 49 patients étaient en poussée sévère (CDAI entre 300 et 450) soit (62,83%).
- 6 patients étaient en poussée très sévère (CDAI supérieur à 450) soit (7,69%).

## 4. BILAN D'EXPLORATIONS PARACLINIQUE :

### 4.1 Radiologie :

Les fistules étaient visualisées par différents examens radiologiques {fig 7} :

- L'entéroscanner dans 66,66% des cas.
- Le transit du grêle dans 10% des cas.
- L'entéro-IRM dans 11,53% des cas.
- La fistulographie dans 2,5% des cas.
- L'échographie abdominale dans 9,31% des cas.

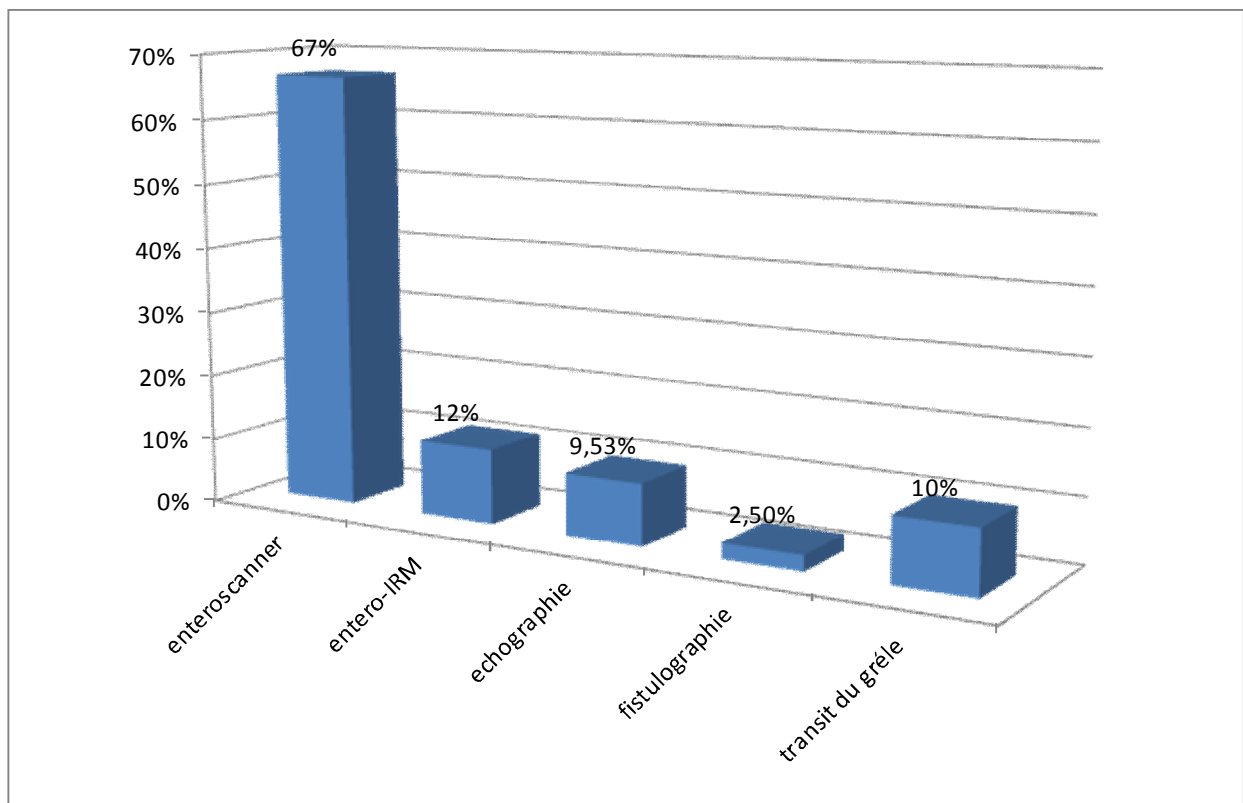


Figure 7 : Examens radiologiques qui ont permis le diagnostic des fistules

#### **4.1.2 Echographie abdominale :**

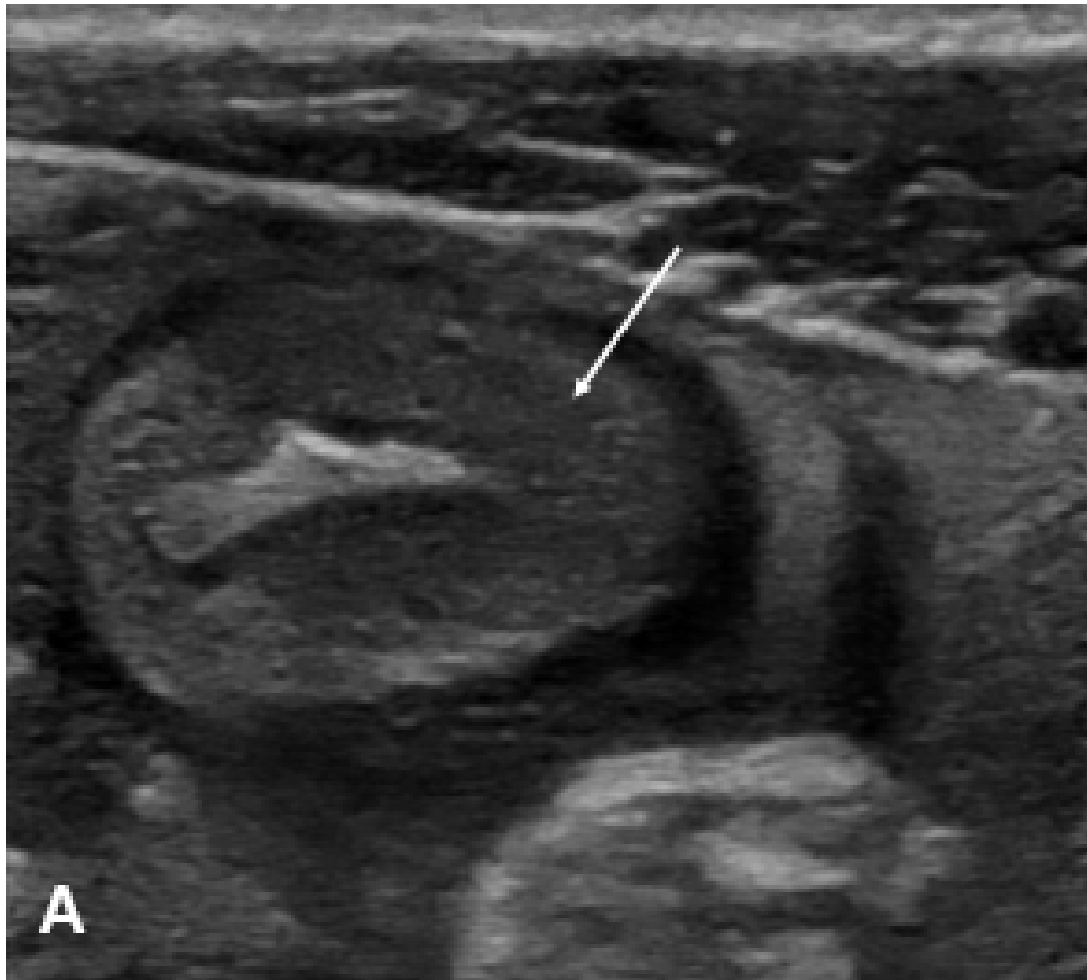
L'échographie abdominale a été réalisée chez presque tous les patients mettant en évidence :

- un épaissement intestinal d'allure inflammatoire mesurant en moyenne 10 mm chez des 47 patients soit 60,25% des cas {fig 8} :
  - Épaississement iléal dans 27 cas.
  - Épaississement du carrefour iléo-caecal dans 6 cas.
  - Épaississements coliques dans 14 cas.
- Une agglutination des anses a été notée chez 8 patients (10,96 %).
- Une dilatation des anses chez 4 patients (5,48%).
- Un abcès intra-abdominal chez 6 patients (8,22%).

Par ailleurs, l'échographie abdominale est revenue normale chez 15 patients.

Le trajet fistuleux a été visualisé par l'échographie abdominale dans 2 cas :

- Trajet fistuleux entre la DAI et la paroi abdominale dans un cas.
- Fistule interanale dans un cas.



**Figure 8 :** Échographie en coupe axiale de l'anse montrant un épaissement pariétal de la dernière anse iléale avec perte des couches et aspect globalement hypoéchogène.

#### **4.1.3 Transit du grêle :**

Le transit du grêle a été réalisé 19 patients durant la période allant de 2000 à 2004, il a permis de visualiser les fistules chez 16 patients (84%) :

- Fistules borgnes dans 3 cas (19%).
- Fistules entéro-entérales dans 8 cas (50%).
- Fistule entéro-coliques dans 3 cas (19%).
- Fistule entéro cutanée dans 2 cas (12%).

Par ailleurs, il a objectivé une sténose de la dernière anse iléale dans 12 cas {Fig9}.



**Figure 9 : MC iléale fistulissante**

#### **4.1.4 Entéro-scanner :**

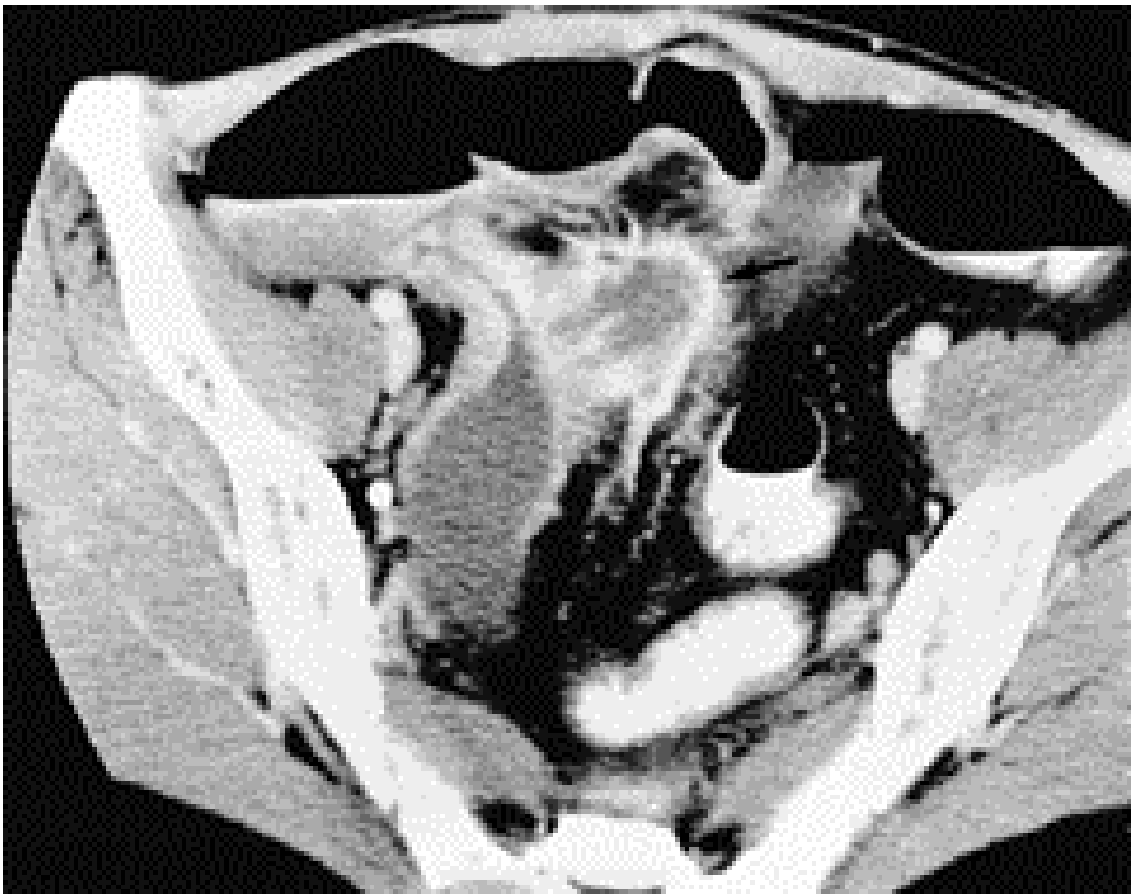
L'entéroscanner a permis la mise en évidence des fistules dans 66,66% des cas. Il s'agissait de fistule borgnes dans 4 cas (5,63%), de fistules entéro-entérales dans 22cas (30,62%) de fistules entéro-coliques dans 8 cas (11%), de fistules entéro-cutanées dans 25 cas (35,21%) {fig10 ,11 ,12}, de fistule entéro-vésicales dans 7 cas (9,85%), de fistule sigmoïdo-vésicales dans 1 cas (1,40%) et de fistules recto-vaginales dans 4 cas (5,63%).

L'entéroscanner a permis de mettre en évidence un abcès intra-abdominal dans 16cas, qui n'a pas été détecté par l'échographie abdominale chez 9 patients. {fig 13}

Une sténose iléale a été retrouvée chez 39 patients soit 50% des cas.



**Figure 10** : Enteroscanner montrant la présence d'une FEV basse ainsi que la présence d'une bulle d'air en intra vésical

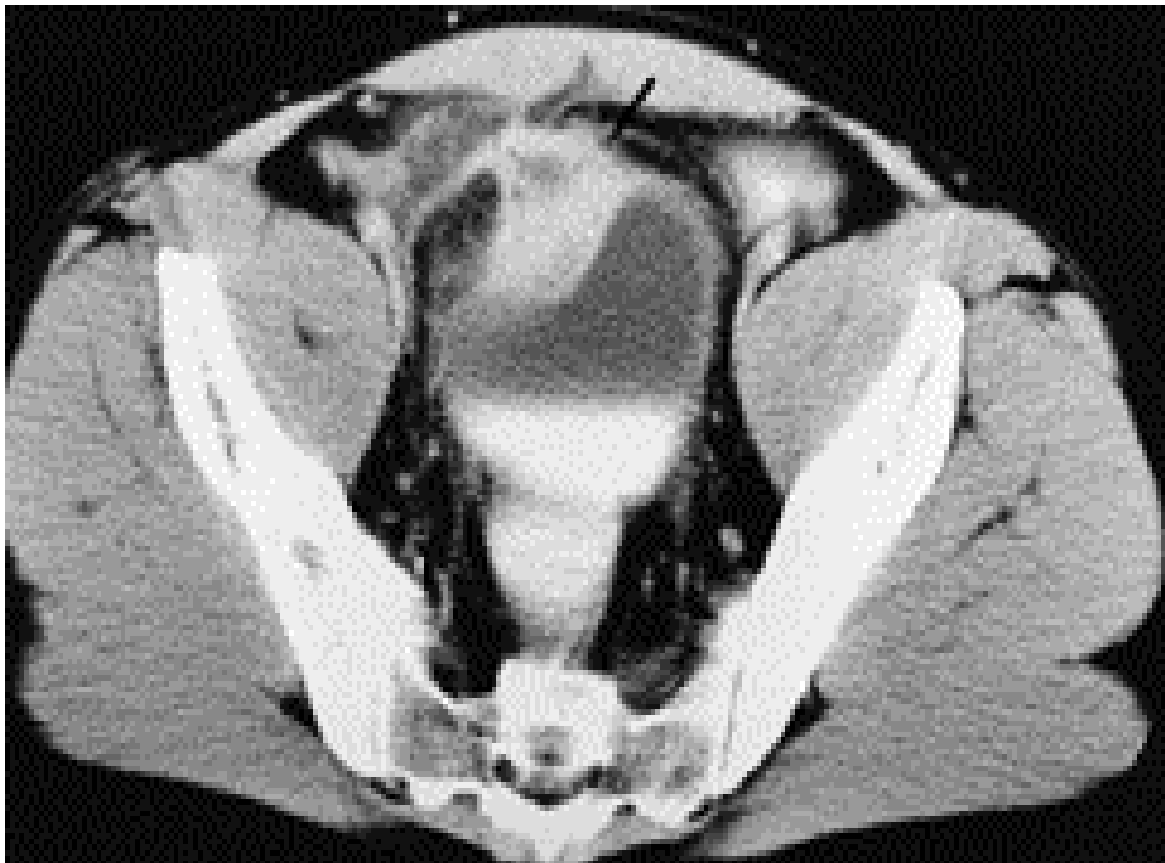


**Figure 11** : Abscès de la fosse iliaque droite compliquant une maladie de Crohn iléale.

TDM : épaissement pariétal iléal distal adjacent à un abcès pelvien



**Figure 12** : visualisation directe de la fistule iléo-vésicale avec passage d'air et de produit de contraste de l'iléon terminal dans la vessie à travers la fistule



**Figure 13** : Fistule entéro-vésicale compliquant une maladie de Crohn

#### **4.1.5 Entéro –IRM :**

L'entéro-IRM a été réalisé chez 9 patients soit 11,53% des cas, d'emblée chez 7 patients et en complément d'entéro-scanner chez 2 patients. Elle a objectivé :

- Une FRV dans 2 cas.
- Une FEC et une FEE dans 4 cas.

#### **4.1.6 Fistulographie :**

La fistulographie est une technique actuellement abandonnée, elle a été réalisée chez 4 patients avant l'année 2005. Il s'agissait de patients porteurs de FEC, et chez qui la fistulographie a permis de visualiser le trajet fistuleux. Elle a montré une communication avec l'iléon dans 3 cas et avec le sigmoïde dans un cas.

#### **4.1.7 Autres explorations radiologiques :**

##### **a) Lavement baryté à la gastrograffine :**

a été réalisé dans 2 cas de fistules entérocoliques montrant le trajet fistuleux extériorisé au niveau du sigmoïde et dans 1 cas de fistule recto-vaginale montrant 2 trajets fistuleux borgnes et un trajet fistuleux extériorisé. {fig14}



**Figure 14** : Lavement baryté montrant une opacification de la vessie sans mise en évidence d'un trajet fistuleux

**b) Echographie vésicale :**

Réalisé dans un seul cas de fistule entéro-vésicale montrant une urétérohydronéphrose droite.

**c) Cystoscopie :**

A été réalisé dans un seul cas de fistule entéro-vésicale montrant un aspect de pseudotumeur inflammatoire de la vessie, mais n'a pas pu visualiser l'orifice fistuleux.

**4.2 Endoscopie digestive :**

**4.2.1 Coloscopie totale :**

La coloscopie totale a été faite presque chez tous les patients. Elle a objectivé :

- La présence d'une muqueuse congestive ou érythémateuse dans 30 cas (38%).
- Des ulcérations superficielles ou creusantes dans 21 cas (26,92%).
- Des formations pseudopolypoides dans 9 cas (11,53%).
- une sténose colique dans 5 cas (6,41%) et une sténose de la dernière anse iléale dans 16 cas (20,51%).
- Un orifice fistuleux chez un seul cas (1,28%).

Elle était normale dans 10 cas (12,82%).

#### **4.2.2 Fibroscopie oeso-gastro-duodénale (FOGD) :**

La FOGD a été réalisée chez presque tous les patients avec des biopsies gastriques et grêliques systématiques :

- Elle était normale chez 51 patients (55,13%).
- Elle a objectivé une gastrite érythémateuse dans 27cas (34,61%) et dont l'histologie était une gastrite non spécifique.

Chez un patient, la FOGD a mis en évidence des ulcérations aphtoides gastriques avec un rétrécissement de la lumière duodénale. L'histologie était en faveur d'une localisation gastrique et duodénale de la maladie de Crohn.

## **5. TRAITEMENT :**

### **5.1 Traitement médical :**

Le traitement médical a été instauré chez 25 patients porteurs de fistules intestinales (53,19%) reposant sur les aminosalicylés dans 16 cas (64%) et sur l'azathiopurine dans 9 cas (36%). La réponse aux immunosuppresseurs était notée dans 24,65% des FI.

Tous les patients ayant des fistules entéro-cutanées (28 cas) ont été mis sous antibiothérapie à base de ciprofloxacine 1 g /j et de métronidazole (1,5g/j). Cinq de ces patients ont été mis sous traitement médical de fond. Quatre patients ont été traités par azathioprine et antibiothérapie avec assèchement de la fistule, mais ré-ouverture de celle-ci après un suivi de 16 mois. Le cinquième patient a été mis sous 6-mécatopurine et antibiothérapie pendant 5 mois avec diminution du débit de la fistule sans obtention de sa fermeture.

Une patiente porteuse de la fistule recto-vaginale, découverte radiologiquement et asymptomatique cliniquement, a été mise sous azathioprine pendant 6 mois avec échec thérapeutique (persistance de la FRV qui est devenue active avec apparition d'émission de gaz par le vagin).

## **5.2 Traitement chirurgical :**

### **5.2.1 D'emblée :**

Le traitement chirurgical a été réalisé d'emblée dans la majorité des cas (68%) :

- Dans 28cas de FI sur un total de 47 cas soit (59,57%).
- Dans 23cas de FEC sur un total de 28 cas soit (82,14%).
- Dans tous les 9 cas de FEV (100%).
- Dans 5 cas de FRV sur un total 6 cas soit (83,33%).

### **5.2.2 Après échec du traitement médical :**

13 Patients (17,8%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical après échec du traitement médical dont :

8 Patients porteurs de FI : 5patients étaient sous aminosalicylés et 3 étaient sous Azathioprine.

Et 4 Patients porteurs de FEC :

- Une patiente était initialement sous infliximab arrêté (thrombopénie et abcès du psoas)
- 1 était sous azathioprine et l'autre était sous 6-Mercatopurine.

Une patiente porteuse de FRV qui était sous azathioprine a été candidate au traitement chirurgical après échec des thiopurines .

### 5.2.3 Type de résection :

49 patients soit (74,35%) ont bénéficié d'une résection limitée tandis que la résection étendue a été réalisée chez 16 patients (25,65%).

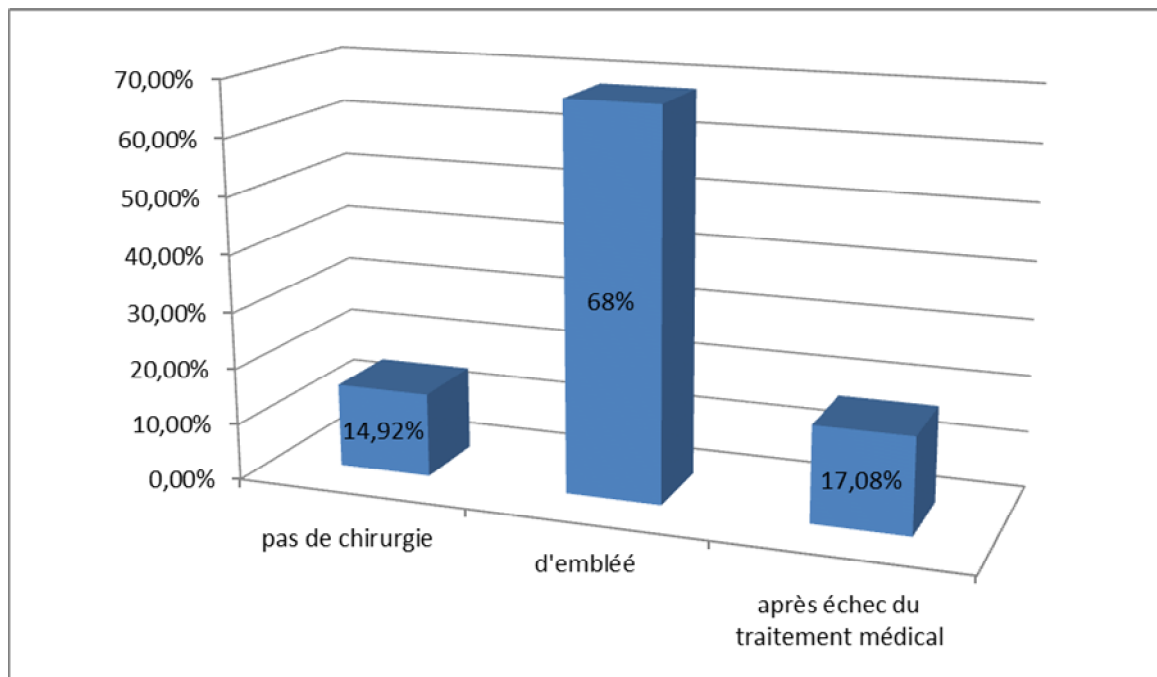


Figure 15 : Traitement chirurgical

### **5.3 En post-opératoire :**

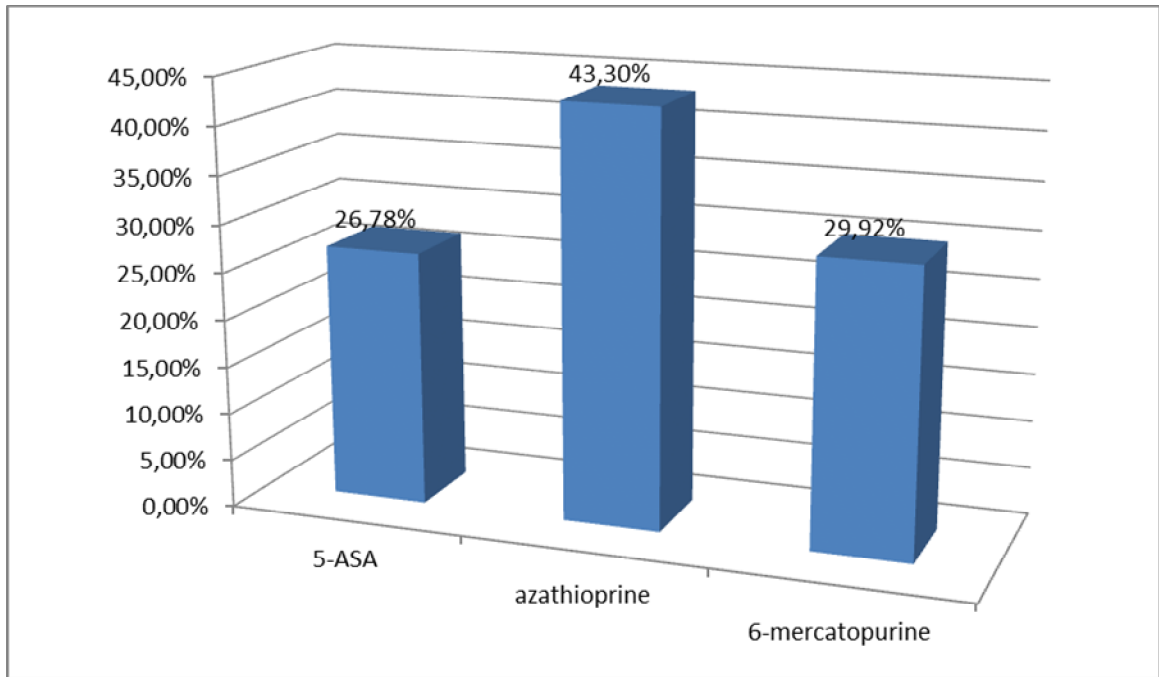
#### **5.3.1 Suites immédiates :**

Les suites opératoires étaient simples chez 89% des patients. Quatre patients avaient présenté une infection de la paroi abdominale, jugulée par les soins locaux et par l'antibiothérapie.

#### **5.3.2 Traitement médical de fond :**

Le traitement médical post-opératoire a été instauré chez 56 patients soit 71,79% de l'ensemble des cas.

Ce traitement reposait sur les immunosuppresseurs chez 41 patients soit 73,22% des cas (l'azathioprine dans 43,30% des cas et le 6 mercatopurine dans 29,92% des cas), et sur les aminosalicylés chez 15 patients soit 26,78% des cas.  
{fig 16}



**Figure 16** : Traitement médical post-opératoire

## **5.4 Evolution :**

L'évolution a été marquée par une fermeture chirurgicale des fistules dans 86% des cas avec un suivi moyen de 44 mois et une récurrence des fistules dans 14 % des cas : 5 cas de fistules intestinales (patients étaient sous aminosalicylés) et 3 cas de fistules entéro-cutanées (dont 2 patients étaient sous aminosalicylés , et un patient sous azathioprine ).

Tous ces patients ont été ré-opérés et mis sous traitement immunosuppresseur par azathioprine avec rémission clinique.

La coloscopie de contrôle post-opératoire a été réalisée chez 40 patients .Elle est revenue normale dans 22 cas et a montré des lésions endoscopique dans 18 cas :

- Stade i1 dans 2 cas,
- Stade i2 dans 3cas, de stade i3 dans 7cas et de stade i4 dans 5 cas de la classification de Rutgeerts.

La récurrence endoscopique [tableau2] était significativement associée au type de traitement médical post opératoire, mais non associée au tabagisme et au type de résection. Elle était plus fréquente chez les patients opérés ayant reçu les aminosalicylés (51,28%) par rapport à ceux traités par des immunosuppresseurs (23,07%).

	Aminosalicylés	Immunosuppresseur	P
Récidive endoscopique	51,28%	23,07%	0,014*
Pas de récurrence endoscopique	48,72%	71,79%	

**Tableau 2 :** Taux de récurrence endoscopique en fonction du traitement médical post-opératoire

\*test exact de Fisher

La rémission clinique après ajustement thérapeutique était notée chez 40 patients avec une médiane de recul de 24 mois. Alors que 14 patients ont présenté des poussées de la maladie de Crohn au cours du suivi. Il s'agissait de poussées sévères dans 13 cas avec un CDAI entre 300 et 450 et une poussée très sévère dans un cas (CDAI supérieur à 450). Ces poussées ont nécessité un traitement par corticoïdes avec relais par immunosuppresseurs. Neufs patients ont été perdus de vue (11,53%).

On a noté également que la rémission clinique était significativement associée au traitement médical par les immunosuppresseurs chez 31 patients (77,5%) par rapport aux aminosalicylés chez 9 patients (22,5%) [tableau 3]

	Aminosalicylés	Immunosuppresseurs	P
Rémission clinique	22,5%	77,5%	0,03
Pas de rémission clinique	67 %	33 %	

**Tableau 3 :** Taux de rémission clinique en fonction du traitement médical de fond

\*test exact de Fisher



# *Discussion*

## 1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES :

L'incidence cumulée des fistules au cours de la maladie de Crohn a été évaluée dans une étude de cohorte évaluant l'histoire naturelle de la maladie de Crohn fistulisante et portant sur 169 patients suivis de 1970 à 1993 [tableau 3] : elle était de 35% (1) ces fistules étaient entéro-entérales dans 24% des cas (41 PATIENTS), entéro-cutanées dans 6% des cas (10 patients) , entéro-vésicales dans 3% des cas (6 patients) et recto-vaginales dans 9% des cas (16 patients) (1) dans une étude américaine portant sur 639 patients opérés pour maladie de Crohn , 34% des cas présentaient des fistules intra-abdominales . les localisations étaient les suivantes [tableau 7] : fistules intestinales dans 47% des cas(300 patients) ( entéro-entérales dans 18% des cas , entéro-coliques dans 29% ) , entéro-cutanées dans 16% des cas(102des patients ) , entéro-vesicales dans 12%(76 patients) des cas et entéro-vaginales dans 4% des cas (25 patients) (3).

On remarquera que les résultats révélés par notre étude s'approchent de ceux apportés par l'étude de Michellasi .

	FI	FEC	FEV	FRV
Schwartz	24%	6%	3%	9%
Michellasi	47%	16%	12%	4%
Notre étude	46,07%	27,45%	8,82%	5,88%

**Tableau 4** : Incidence des fistules au cours de la maladie de Crohn [1]

Il a été montré que le risque de développer une fistule intestinale était significativement plus élevé en cas d'atteinte iléale qu'en cas d'atteinte colique pure (4). Dans l'étude de Schwartz, la localisation de la maladie de Crohn était iléale dans 39% des cas, iléo-colique dans 36% des cas et coliques dans 25% des cas (1). Dans notre série, la localisation iléo-colique était prédominante dans 67,94% des cas suivie de la localisation iléale pure dans 23,07% des cas alors que la localisation colique pure était présente dans 9% des cas seulement.

Les fistules intestinales sont la complication d'une sténose dans près de 90% des cas (5), ce qui rejoint les résultats de notre étude, où la sténose iléale était retrouvée dans 60,25% des cas.

Schwartz et al (1) ont rapporté une légère prédominance féminine avec un taux de 57% de cas. Notre étude a objectivé également une prédominance féminine avec un taux de 61,53%.

## **2. DONNEES CLINIQUES :**

La symptomatologie clinique diffère en fonction du type de fistules. Les fistules intestinales sont le plus souvent asymptomatiques ou se manifestent par des symptômes non spécifiques (diarrhée, amaigrissement), à la différence des autres types de fistules (6,48 ,49).

Les fistules entéro-cutanées sont responsables d'issue de matières fécales par l'orifice fistuleux qui peut être unique ou multiple, à grand ou à petit débit, en fonction de la complexité du trajet fistuleux, du segment intestinal atteint et de la présence ou non d'une sténose en aval [7,8,50].

Le diagnostic des fistules entéro-vésicales est le plus souvent clinique. Elles sont responsables d'infections urinaires à répétition, fécalurie, pneumaturie ou de dysurie [9,10 ,58] une pyurie chronique avec urocultures positives chez l'adulte jeune avec la maladie de crohn doit faire penser à la fistule entéro-vesicale (11,51). Michellasi rapporte un taux de 69% de patients avec des fistules entéro-vésicales, qui présentaient une pneumaturie ou une fécalurie (3).

De même dans notre série, les fistules entéro-vésicales étaient symptomatiques avec pneumaturie et/ou fécalurie chez 75% des patients.

Les fistules recto-vaginales sont plus rares. Leur incidence est probablement proportionnelle à la gravité de la colite inflammatoire et à la présence de manifestations ano-périnéales (12). Les signes cliniques comprennent le plus souvent une issue de gaz ou de matières fécales par le vagin, une dyspareunie, une irritation vaginale et des infections génito-urinaires à répétition [13,14].

Dans notre série ,50% des patients porteuses de fistule recto-vaginales, présentaient des fistules ano-périnéales associées.

### **3. DONNEES PARACLINIQUES :**

Plusieurs examens radiologiques peuvent contribuer au diagnostic des fistules de la maladie de Crohn. Ces examens comprennent le transit du grêle, le lavement baryté et la fistulographie qui sont actuellement complètement supplantés par les techniques d'imagerie en coupe, à savoir l'échographie abdominale, l'entéroscanner et l'entéro-IRM (15).

Sachant que la fistulographie peut causer une diffusion du contenu septique et a une précision diagnostique assez faible (50%) (16), par conséquent cette technique ne devrait plus être effectuée (17). Dans notre étude, la fistulographie n'a été réalisée que dans 4 cas et ce, avant l'année 2005.

L'échographie abdominale permet de rechercher des abcès intra-abdominaux (41), se traduisant par des collections circonscrites, hypoéchogènes, parfois hétérogènes fistuleux avec une excellente sensibilité de 83-89% (18). Elle permet de visualiser le trajet fistuleux qui apparaît sous forme d'une ligne hypoéchogène, devenant hyperéchogène si elle contient de l'air [19,20].

Cependant, elle est difficilement réalisée dans des conditions standardisées, et ne permet pas une cartographie des lésions, car sa sensibilité varie en fonction de la localisation des lésions, bonne au niveau de l'iléon et du colon droit, et insuffisante pour les autres segments.

Ses indications actuelles se limitent à la recherche d'un abcès intra-abdominal si la tomodensitométrie n'est pas disponible, ou chez l'enfant qui les autres techniques sont difficiles à réaliser (21)

Dans notre série, l'échographie a permis le diagnostic d'abcès chez 6 patients soit 8,22% des cas et a mis en évidence le trajet fistuleux chez 2 patients soit 2,56% des cas.

L'entéroscanner semble plus performant que le scanner conventionnel pour la détection des fistules entérales, qui peuvent être de siège iléo-iléal, iléo-colique, recto-vaginalet entéro-vésical (22).

D'une part a une sensibilité et une spécificité supérieures à 80 % pour la détection des segments intestinaux pathologiques est un bon examen chez les patients atteints de MC [23].

D'autre part , les fistules apparaissent lorsque leur orientation est parallèle au plan de coupe , sous la forme d'images linéaires de densité tissulaire pouvant contenir du liquide ou de l'air et /ou de produit de contraste ,leur donnant un aspect de double paroi .le scanner abdominal présente , en outre , l'avantage de permettre un drainage percutané des abcès profonds . les fistules entéro-vésicales sont reconnues par la présence, au contact du tube digestif inflammatoire, un épaissement localisé de la paroi vésicale associé à la présence d'air intra vésical (24 ;25 ;42 ;43)

Dans notre étude le diagnostic reposait essentiellement sur l'entéroscanner qui a été réalisé chez 66,66% (52 patients) des patients et a permis la mise en évidence des fistules dans tous les cas.

Cependant, l'entéro-IRM apparait la technique la plus adaptée à l'exploration du grêle au cours de la maladie de crohn car elle permet de faire le diagnostic de fistules ou d'abcès avec une sensibilité de 88%, et une spécificité

de 93% sans irradiation (15 ; 23 ;52 ;53). Elle peut ainsi être répétée pour évaluer l'évolution des lésions.

Malheureusement, dans notre contexte, l'accessibilité à l'IRM est difficile. De ce fait, elle n'a été réalisée que chez 9 patients soit 11,53% des cas dans notre étude.

Pour les fistules entéro-vésicales, la visualisation de la fistule à la cystographie rétrograde et mictionnelle ou à l'urographie intraveineuse est difficile à obtenir (26). En revanche, ces techniques peuvent mettre en évidence des signes indirects (irrégularité de la muqueuse, image lacunaire d'une pseudotumeur, hydronéphrose par compression urétérale) (27).

Quant à la cystoscopie, elle montre rarement l'orifice fistuleux, mais peut retrouver des lésions d'œdème bulleux qui indique la présence d'un phénomène inflammatoire, des pseudopolypes, un érythème de dôme vésical, voire une véritable tumeur non papillaire(28)

Dans notre étude, la cystoscopie a été réalisée chez une seule patiente avec une fistule entéro-vésicale et a objectivé la présence de pseudotumeur inflammatoire de la vessie sans visualiser le trajet fistuleux.

#### **4. TRAITEMENT :**

Concernant le traitement médical de la maladie de Crohn fistulisante, plusieurs options thérapeutiques ont été étudiées mais sans grande efficacité prouvée. La mésalazine n'est pas un traitement efficace dans cette forme, car aucun essai clinique n'a démontré d'effet bénéfique sur la guérison des fistules [25]. Quant aux corticoïdes, ils n'ont aucune place, au contraire, ils ont un effet délétère.

En effet, trois études ont montré que les patients atteints de maladie de Crohn, ayant reçu de la prednisolone pour le traitement des fistules, ont eu des résultats plus délétères avec un recours accru au traitement chirurgical comparés aux patients n'ayant pas reçu de corticoïdes [17].

Pour les thiopurines, il n'y a pas d'essais contrôlés testant leur efficacité et ayant comme objectif primaire la fermeture des orifices fistuleux. Une méta-analyse de 5 essais contrôlés randomisés qui ont porté sur 70 patients ayant des fistules (entéro-entérales, anopérinéales, entéro-cutanées et rectovaginales), comparant l'azathioprine ou la 6-mercaptopurine au placebo, et dans lesquels la fermeture de la fistule était un critère secondaire, a été rapportée. La réponse thérapeutique des fistules était définie comme fermeture complète ou diminution du débit fistuleux. Une réponse à l'azathioprine ou à la 6-mercaptopurine a été notée dans 54% des cas comparativement à 21% des patients recevant du placebo [29]. Dans une étude non contrôlée, portant sur 34 cas de maladie de Crohn fistulisante et étudiant l'effet de la mercaptopurine sur la fermeture des fistules, environ 39% des patients ont eu une fermeture complète de la fistule et 26% une amélioration nette de la symptomatologie. Dans une autre étude qui a examiné l'effet de l'azathioprine et de la 6-mercaptopurine sur les fistules

entéro-vésicales, 58% des patients ont répondu au traitement et 12% de ces patients ont eu une réponse maintenue avec un suivi moyen de 8 ans (44).

Les auteurs ont signalé que les réponses les plus spectaculaires ont concerné les fistules entéro-cutanées [30].

Dans notre étude, la réponse des fistules intestinales à l'azathioprine a été inférieure à celle retrouvée dans méta-analyse avec un taux de 24,65 %. En fait, sur la base de plusieurs études, les thiopurines peuvent être utilisés en traitement de seconde ligne chez les malades porteurs de fistules de la maladie de Crohn, qui n'ont pas besoin de traitement chirurgical immédiat [17].

Plusieurs essais non contrôlés ont montré l'efficacité de la ciclosporine dans le traitement des fistules de la maladie de Crohn. Present et al [31] ont rapporté une étude portant sur 16 patients ayant une maladie de Crohn fistulisante (10 cas de fistules anopérinéales, 4 cas de fistules entéro-cutanées et 2 cas de fistules rectovaginales). Quatorze des 16 patients (88%) ont répondu à l'administration aiguë de ciclosporine par voie parentérale. Par la suite, 36% des patients ont rechuté au relais par voie orale (44). Dans une courte série de 16 malades avec maladie de Crohn fistulisante (10 fistules anopérinéales, 3 fistules entéro-cutanées, 2 fistules rectovaginales et une fistule entéro-vésicale), une réponse globale au méthotrexate a été obtenue dans 56% des cas [32].

Concernant l'infliximab, plusieurs études ont été menées pour évaluer son efficacité dans la fermeture des fistules de la maladie de Crohn hors LAP, avec des taux de réponse allant de 46% à 69% [33, 34, 35, 54]. L'essai ACCENT II, portant sur 289 patients avec fistules anopérinéales (n=246) et fistules entéro-cutanées (n=39), a montré que 69% des patients ont répondu au traitement par l'infliximab [34].

Une analyse des données de la cohorte ACCENT II a révélé un effet bénéfique de l'infliximab sur les fistules rectovaginales avec un taux de fermeture des fistules de 60,7% et 44,8% à la semaine 10 et 14 respectivement [35]. Cependant, dans un travail récent réalisé par le GETAID, l'efficacité de l'infliximab a été évaluée chez 51 patients atteints de maladie de Crohn avec des fistules entéro-cutanées. Une fermeture complète de la fistule était obtenue chez 38% des patients, avec une efficacité soutenue à 36 mois observée chez la moitié des patients. Les résultats étaient meilleurs en cas de fistule spontanée, simple, à faible débit et sans sténose intestinale associée.

Pour l'adalimumab, une analyse de sous-groupe de l'essai de CHARM a suggéré l'efficacité de cette molécule dans la MC fistulisante réfractaire. Un suivi en ouvert des 31 patients avec une fermeture complétée des fistules à la semaine 56 (groupe placebo et adalimumab) a confirmé l'efficacité de l'adalimumab dans cette indication avec 90% de maintien de réponse à 2ans . Ces données ont conduit les experts à proposer l'adalimumab comme alternative à l'infliximab en première ligne dans fistules ano-périnéales (consensus ECCO) (55).

Ceci permet d'envisager un traitement par anti-TNF dans cette situation, considérée jusqu'à récemment comme essentiellement chirurgicale [36].

Dans notre série un traitement anti-TNF à base d'Infliximab (Remicade®) a été indiqué chez deux patientes ayant une maladie de Crohn fistulisante associée à des LAP ( à dose de 5mg/kg/séance, selon le protocole suivant : trois séances d'induction sous forme d'une première cure (S0 ), la deuxième à deux semaines d'intervalle (S2) , la troisième étant à quatre semaines après la deuxième cure (S6) puis un traitement d'entretien à raison d'une cure toutes les 8 semaines ) il s'agit de :

- ✓ Mlle (A. k) âgée de 34 ans, présentant une maladie de Crohn iléo-colique fistulisante avec FEC et FRV associée à des LAP à type de fistule anale complexe. L'évolution a été marquée après 3 cures de traitement d'induction par l'apparition d'une thrombopénie profonde avec abcès méésentérique de la fosse iliaque droite centrant des fistules entérales en communication avec des collections de la paroi abdominale latérale et postérieure droite de la région fessière droite et du psoas iliaque droit . La patiente a eu recours à un traitement chirurgical. Un traitement de fond à base d'Adalimumab a été indiqué par la suite. néanmoins, la patiente a été perdue de vue.
- ✓ Mlle ( A.A) âgée de 26 ans présentant une Maladie de Crohn iléo-colique droite pédiatrique apparu à l'âge de 14 ans, de phénotype pénétrant , mise initialement sous Immunosuppresseurs, par manque de moyen, sans amélioration clinique et endoscopique , actuellement mise sous Infliximab , disponible désormais à l'hôpital. La patiente a reçu, jusqu'à présent 3 trois cures d'induction avec une bonne rémission sur le plan clinique , un contrôle endoscopique est prévu pour évaluer la cicatrisation muqueuse. Un Traitement à base d'Adalimumab (Humira) a été indiqué chez un patient dans notre série (à dose de charge de 80 mg en/sc à (S0) puis 40 mg en sc chaque deux semaine) il s'agit de :
- ✓ Monsieur (M, Y) âgé de 20 ans ayant la maladie de Crohn ileo-colique fistulisante à type d'une fistule entéro-cutanée et d'une fistule entéro-sigmoïdienne avec lésions ano-périnéals. L'évolution a été marquée par l'apparition d'un abcès sus ombilical après les trois premières cures

d'Humira nécessitant un arrêt immédiat du traitement et le recours au drainage chirurgical de cette collection .Le traitement par Adalimumab a été repris après, avec bonne évolution sur le plan clinique .(le patient a reçu jusqu'à maintenant 6 cures) .

Cependant, à l'heure actuelle, le traitement de la maladie de Crohn fistulisante, hors LAP, reste chirurgical dans plus de 95% des cas(55). Dans la série de Shwartz, 91% des fistules étaient traités chirurgicalement avec un taux de récurrence faible (2%) (1). En cas de fistules entéro-entérales asymptomatiques, aucun traitement n'est nécessaire.

Les effets du tacrolimus (par voie orale à la dose de 0,2 mg/kg/) sur la maladie de Crohn fistulisante ont été testés dans une étude randomisée en double aveugle contrôlée contre placebo pendant 10 semaines, dans laquelle 48 patients ayant des fistules périnéales ou entéro-cutanée. La régression des fistules (fermeture d'au moins 50%) était obtenue chez 43% des patients traités par tacrolimus versus 8% de ceux traités par placebo.

En outre, des effets indésirables graves ont été rapportés chez le groupe traité par tacrolimus obligeant à une réduction des doses et donc une diminution de l'efficacité thérapeutique (45)

Une autre étude a rapporté un taux de guérison des fistules recto-vaginales de 64% lorsque le tacrolimus est combiné à l'azathioprine (46)

Mais sur la base de la littérature disponible, il n'est pas recommandé d'utiliser ce médicament dans la maladie de Crohn fistulisante (15)

Le traitement chirurgical est indiqué en cas de fistule entéro-entérale symptomatique ou en cas de survenue d'un abcès profond responsable d'une masse abdominale douloureuse ou d'un syndrome occlusif. Dans la série de Michellasi et al, l'incidence opératoire dans les fistules intestinales était portée en premier devant l'échec du traitement médical (35%), puis devant un syndrome de Koenig (29%) et enfin directement pour la fistule elle-même (18%) (3).

Poritz et al rapportent une série de 51 patients ayant bénéficié d'un traitement chirurgical pour fistule entéro-cutanée et colo-cutanée sur maladie de Crohn. Le taux de fermeture chirurgicale a été de 84% avec un suivi moyen 48 mois. Le taux de récurrence fut de 16% (8). Dans notre étude, l'indication chirurgicale a été portée dans 68% des cas. Le taux de fermeture chirurgicale des fistules a été de 86% et le taux de récurrence des fistules de 17,8%.

D'autres études ont rapporté un taux de succès du traitement chirurgical des fistules recto-vaginales allant de 66% (59) à 93% (37), selon les techniques chirurgicales utilisées.

De nombreux facteurs (tabac, récurrence endoscopique iléale sus-anastomotique, type d'anastomose, traitement médical post opératoire) pourraient augmenter le risque de récurrence post-opératoire après première résection intestinale (38). L'existence d'une forme perforante (par opposition à une forme sténosante) a été associée, dans des études rétrospectives à un taux de récurrence plus élevé ou à la survenue plus précoce d'une récurrence chirurgicale (39).

Une étude récente a comparé l'azathioprine à la dose de 2-2,5 mg /kg/j à la mésalazine 4g j chez 78 patients opérés pour maladie de Crohn. La récurrence clinique à un an était plus fréquente dans le groupe mésalazine que dans le groupe azathioprine (10,8% versus 0%) et le taux d'amélioration endoscopique de plus d'un point sur le score de rutgeert était significativement plus fréquent avec l'azathioprine (63,3% versus 34,4%) (40 ; 56 ; 57).

Dans notre étude, la récurrence endoscopique était significativement plus fréquente chez les patients ayant reçu les aminosalicylés (51,28%) par rapport à ceux traités par des immunosuppresseurs (23,07%) ( $p < 0,01$ ). La récurrence endoscopique n'était pas associée ni au tabagisme ni au type de résection.

La remission clinique chez nos patients était de 77,5% sous immunosuppresseurs versus 22,5% seulement sous aminosalicylés ( $p = 0,03$ ).



# *Conclusion*

La maladie de Crohn fistulisante pose un problème de prise en charge médico-chirurgicale. Dans notre étude le traitement immunosuppresseur des fistules intestinales permis une fermeture dans 24,65% des cas. Les anticorps anti-TNF peuvent entrainer une fermeture des fistules entéro-cutanées dans 38% des cas.

Il ressort également de cette étude que la récurrence endoscopique et la rémission clinique étaient significativement associées au type de traitement médical post-opératoire.

Le traitement chirurgical reste indiqué dans: les fistules intestinales symptomatiques, les fistules entéro-vésicales, les fistules entéro-cutanées ou en cas d'échec de traitement médical.



*Résumés*

## RESUME

**Thèse :** La maladie de Crohn fistulisante hors LAP. Expérience du Service de Médecine B.

**Rapporteur :** Professeur Ikram ERRABIH

**Auteur :** Tamjoujt Sara

**Mots clés :** Maladie de CROHN –fistules – chirurgie – immunosuppresseurs

**Introduction :** La maladie de Crohn est une entérocolite inflammatoire, qui peut se compliquer de fistules entéro-cutanées, intestinales, entéro-vésicales et rectovaginales.

**Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 78 cas de maladie de Crohn fistulisante suivis dans le service d'hépatogastroentérologie « B » au CHU Ibn Sina de Rabat sur la période de 2000 jusqu'à mai 2016

**Résultats :** Sur un total de 411 cas de maladie de Crohn, 78 patients présentaient une forme fistulisante, hors LAP, soit un taux de 18,97%. La localisation des fistules était dominée par les fistules intestinales (46,07%), suivie des fistules entéro-cutanées (27,45%), puis des fistules entéro-vésicales (8,82%) et des fistules recto-vaginales (5,88%). Le traitement médical par les immunosuppresseurs a été instauré dans 16 cas de fistules intestinales, 3 cas de fistules entéro-cutanées et 1 cas de fistules recto-vésicales avec une fermeture des fistules dans 24,65% des fistules intestinales et un échec thérapeutique dans les autres localisations. Le traitement chirurgical était indiqué d'emblée dans 68% des cas et après échec du traitement médical dans 17,8% des cas. La récurrence endoscopique était significativement plus fréquente chez les patients opérés traités, en post-opératoire, par les aminosalicylés (51,28%) par rapport à ceux traités par des immunosuppresseurs (23,07%) ( $p < 0,01$ ). La rémission clinique était également significativement associée au traitement médical par les immunosuppresseurs (77,5%) par rapport aux aminosalicylés (22,5%) ( $P = 0,04$ ).

**Conclusions :** La prévalence des formes fistulantes hors LAP sont non négligée dans notre série. La récurrence endoscopique et la rémission clinique étaient significativement associées au type de traitement médical postopératoire. Le traitement chirurgical reste indiqué dans la majorité des cas de la maladie de Crohn fistulisante (68%).

## ABSTRACT

**Thesis:**

Crohn's disease fistulizing out LAP. Experience of medicine B service

**Rapporteur :** Professeur Ikram ERRABIH

**Author:** Tamjoujt Sara

**Key words:** Crohn disease–fistula–immunosuppressive-surgery.

**Introduction :** Crohn's disease is an inflammatory enterocolitis, which may be complicated by enterocutaneous, intestinal, entero-vesical and recto-vaginal fistulas.

Materials and methods

This is a retrospective study of 78 cases of fistulizing Crohn's disease followed in the Department of Gastroenterology "B" at Ibn Sina Hospital in Rabat. In the period between 2000 and mai 2016.

**Results :** Of a total of 411 cases of Crohn's disease, 78 patients (18.97%) had a fistulizing form, excluding anoperineal fistulas. The location of fistulas was predominately an intestinal fistulas (46,07%), followed by enterocutaneous fistulas (27,45%), enterovesical fistulas (8,82%) and recto-vaginal fistulas (5,88%). Medical treatment with immunosuppressors was prescribed in 16 cases of intestinal fistulas, 3 cases of enterocutaneous fistulas and 1 case of recto-vaginal fistula followed by a closure of fistula in 24,65% of the intestinal fistulas and treatment failure in the other locations. Surgical treatment was indicated immediately in 68% of the cases and after failure of medical treatment in 17.8% of the cases. Endoscopic recurrence was significantly more frequent in patients who postoperatively received aminosalicylates (51.28%) compared to those treated with immunosuppressor (23,07%) ( $p < 0.01$ ). Clinical remission was also significantly associated with medical treatment with immunosuppressors (77.5%) compared with aminosalicylates (22.5%) ( $P = 0.04$ ).

**Conclusions :** The prevalence of fistulizing forms out LAP are not neglected in our series.

Endoscopic recurrence and clinical remission were significantly associated with the type of medical treatment postoperatively. Surgical treatment remains indicated in the majority of cases of fistulizing Crohn's disease (68%).

## ملخص

**العنوان:** مرض كرون معقد الناسور خارج آفات العجان الشرجية

**من طرف :** سارة تامجوجت

**الأستاذ المشرف :** دة.إكرام الربيع

**الكلمات الأساسية :** مرض كرون - الناسور- جراحة- مناعة

## المقدمة

مرض كرون هو التهاب الأمعاء الالتهابي، الذي قد يكون معقدا من ناسور معوي جلدي والأمعاء والمثانة ومعوي جلدي مستقيمي مهبطي ،

## المواد والطرق

هذه دراسة بأثر رجعي ل 78 حالة من مرض كرون معقد من ناسور متابعة بمصلحة الطب ب بالمستشفى الجامعي ابن سينا خلال الفترة الممتدة من يناير 2000 إلى ماي 2016

## النتائج

ما مجموعه 411 حالة من حالات مرض كرون، سجلنا 78 حالة لمرض كرون معقد من ناسور، خارج شرجي عجاني الناسور ما نسبته 18.97%، الناسور المعوي هو الأكثر بنسبة 07،46% ' يليه الناسور المعوي الجلدي بنسبة 45،27% ثم الناسور المعوي المثاني بنسبة 82،8% و الناسور المهبطي المستقيمي بنسبة 88،5%

العلاج الطبي المناعاتي تم تطبيقه في 16 حالة ، 3 حالات من الناسور المعوي الجلدي و حالة من ناسور الصفحة اليمنى للمثانة مع إغلاق الناسور في 24.65% من النواسير المعوية وفشل العلاج في أماكن أخرى

وأشير العلاج الجراحي منذ البداية في 68% من الحالات، وبعد فشل العلاج الطبي في 17.8% من الحالات

كان التكرار بالمنظار أكثر تواترا عند المرضى الذين عولجو بعد العملية الجراحية عن طريق الأمينوساليسيلات بنسبة 28،51% (P=0،04) مقارنة مع الذين عولجو عن طريق العلاج المنعاعي 07،23%

ارتبطت المغفرة السريرية بشكل كبير بالعلاج الطبي مع مناعة (77.5%) مقارنة مع الأمينوساليسيلات (P= 0,04) 22,5%

## الاستنتاجات

في دراستنا، ارتبط التكرار بالمنظار والمغفرة السريرية بشكل كبير بنوع العلاج الطبي بعد العملية الجراحية. يشار إلى العلاج الجراحي في معظم الحالات من مرض كرون المعقد بالناسور (68%).



*Annexes*

**Annexe 1 : Index de Harvey-Bradshaw**

	Valeur
<b>Bien-être général :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bon = 0</li> <li>• moyen = 1</li> <li>• médiocre = 2</li> <li>• mauvais = 3</li> <li>• très mauvais = 4</li> </ul>	
<b>Douleurs abdominales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• absentes = 0</li> <li>• faibles = 1</li> <li>• moyennes = 2</li> <li>• intenses = 3</li> </ul>	
<b>Selles liquides :</b> nombre/jour	
<b>Masse abdominale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• absentes = 0</li> <li>• douteuses = 1</li> <li>• certaines = 2</li> <li>• certaines avec défense = 3</li> </ul>	
Signes extra-digestifs, fistule, fissure anale : 1 point par item présent.	
<b>Score (=somme)</b>	
Score < 4 : maladie inactive Score compris entre 4 et 8 : maladie active minime	Score compris entre 8 et 12 : maladie active modérée Score supérieur à 12 : maladie active sévère

Annexe 2 : CDAI ou Indice de Best

	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	Somme	Coefficient multiplicateur	Total
Nombre de selles liquides ou molles									2	
<b>Douleurs abdominales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• absente = 0</li> <li>• légères = 1</li> <li>• moyennes = 2</li> <li>• intenses = 3</li> </ul>									2	
<b>Bien-être général :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bon = 0</li> <li>• moyen = 2</li> <li>• médiocre = 3</li> <li>• mauvais = 4</li> <li>• très mauvais = 5</li> </ul>									2	
<b>Autres manifestations :</b>										
arthrites ou arthralgies									20	
iritis ou uvéïte									20	
érythème noueux, pyoderma, aphtes buccaux									20	
fissures, fistules, abcès anal ou périrectal									20	
autre fistule intestinale									20	
fièvre (> 38° dans la semaine)									20	
<b>Traitement anti-diarrhéique :</b> (lopéramine ou opiacés) <ul style="list-style-type: none"> <li>• non = 0</li> <li>• oui = 1</li> </ul>									30	
<b>Masse abdominale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• absente = 0</li> <li>• douteuse = 1</li> <li>• certaine = 5</li> </ul>									20	
<b>Masse abdominale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• absente = 0</li> <li>• douteuse = 1</li> <li>• certaine = 5</li> </ul>									10	
<b>Hématocrite* :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• homme : 47 - Hématocrite</li> <li>• femme : 42 - Hématocrite</li> </ul>									6	
<b>Poids* :</b> $100 \times (1 - \text{Poids actuel} / \text{Poids théorique})$										
* Le signe doit être conservé donc ajout ou soustraction.										
									TOTAL	

# *Bibliographie*



- [1] Schwartz DA, Loftus EV, Tremaine WJ, Panaccione R, Harmsen WS, Zinsmeister AR et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology*. 2002;122(4):875-80.
- [2] Lapaquette P, Brest P, Hofman P et al. Etiology of Crohn's disease many roads lead to autophagy. *J Mol Med (Berl)*. 2012; 90(9): 987-96.
- [3] Michallasi F, Stella M, balestracci T et al. Incidence, diagnosis and treatment of enteric and colorectal fistulae in patients with Crohn's disease. *Annals of surgery* 1993, vol 28, No5, 660-666.
- [4] Thia KT, et al. Risk factors associated with progression to intestinal complications of Crohn's disease in a population-based cohort. *Gastroenterology*, 2010;139(4):1147-55.
- [5] Oberhuber G, et al. Significant association of strictures and internal fistula formation in Crohn's disease. *Virchows Arch*, 2000;437(3):293-7.
- [6] Bouhnik Y, Panis Y. Prise en charge médico-chirurgicale de la maladie de Crohn fistulisante : traitement médical ou chirurgie? *Gastroenterol Clin Biol*. 2003 ;27(Suppl 3): S98-103.
- [7] Poritz LS, Gagliano GA, Mcleod RS, MacRae H, Cohen Z. Surgical management of entero and colocutaneous fistulae in Crohn's disease: 17 years experience. *Int J Colorectal Dis*. 2004; 19(5): 481-5
- [8] Hawker P, Givel JC, Keighley MR, Alexander-Williams J, Allan RN. Management of enterocutaneous fistulae in Crohn's disease. *Gut*. 1983;24(4): 284-7.

- [9] Kirsh GM, Hampel N, Shuck JM, Resnick MI. Diagnosis and management of vesicoenteric fistulas. *Surg Gynecol Obstet.* 1991;173(2): 91-7.
- [10] Solem CA, Loftus EV, Tremaine WJ, Pemberton JH, Wolff BG, Sandborn WJ. Fistulas to the urinary system in Crohn's disease: clinical features and outcomes. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(9): 2300-5.
- [11] Yamamoto T, Keighley MR. Enterovesical fistulas complications Crohn's disease : clinicopathological features and management. *Int J Colorectal Dis* 2000;15(4): 211-7.
- [12] Andreani SM, Dang HH, Grondona P, Khan AZ, Edwards DP. Rectovaginal fistula in Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 2007;50(12): 2215-22.
- [13] Casadesus D, Villasana L, Sanchez IM, Diaz H, Chavez M, Diaz A. Treatment of rectovaginal fistula: a 5-year review. *Aust N Z J Obstet Gynecol.* 2006;46(1): 49-51.
- [14] Ruffolo C, Penninckx F, Van Assche G, Vermeire S, Rutgeerts P, Coremans G et al.  
Outcome of surgery for rectovaginal fistula due to Crohn's disease. *Br J Surg.* 2009 ;96(10):1190-5.
- [15] Pariente B, Bouhnik Y. Maladie de Crohn du grêle. *POST'U.* 2011: 115-24
- [16] Kuipers HC, Shulpen TM. Fistulography for fistula-in-ano. Is it useful? *Dis Colon Rectum.* 1985;28(2):103-4

- [17] Nielsen OH, Rogler G, Hahnloser D, Thomsen O. Diagnosis and management of fistulizing Crohn's disease. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol* .2009;6(2):92-106.
- [18] Billiard JS.L'échographie dans la maladie de crohn. *Feuillets de radiologie*, 2003 ;43 ,N°4 :317-326.
- [19] Cerro P, Scribano ML, Falasco G, et al.Ultrasonography in the diagnosis of enterocutaneous fistula in Crohn's disease. *Radiol Med*. 1998 Sep;96(3):214-7
- [20] Rubini B, Jaafar S.Interet de l'échographie dans le diagnostic et le suivi des maladies inflammatoires cryptogénétiques de l'intestin en pratique courante. *Journal de radiologie*, 2001, Vol 82, N°11 : 1601-1611
- [21] migaleddu V, et al.Contrast-enhanced ultrasonographie evaluation of inflammatory activity in Crohn's disease . *gastroenterology*, 2009; 137 (1): 43-52.
- [22] Gert Van A, et al.The second European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: Definitions and diagnosis. 2010;4(1):7-27
- [23] Horsthuis K, et al.Inflammatory bowel disease diagnosed with US, MR, scintigraphy, and CT: meta-analysis of prospective studies. *Radiology*, 2008;247(1):64-79.
- [24] Boudiaf M, Soyer P, Rhymer R.Examens morphologiques au cours des Mici. *Gastroenterol clin Biol* 2004 ;28 : D46-51.

- [25] Nielsen OH, Munck LK. Drug insight: aminosalicylates for the treatment of IBD. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol.* 2007;4(3):160-70.
- [26] Solem CA, Loftus EV, Tremaine WJ, Pemberton JH, Wolff BG, Sandborn WJ. Fistulas to the urinary system in Crohn's disease: clinical features and outcomes. *Am J Gastroenterol.* 2002;97(9): 2300-5.
- [27] Mc Namara MJ, Fazio VW, Lavery IC, et al. Surgical treatment of enterovesical fistulas in Crohn's disease, *Dis colon rectum* 1990;33(4):271-6
- [28] *Mizunaga M, Uchida A, Park YC, Kunikata S, Kurita T.* [Ileovesical fistula complicating Crohn's disease: a case report]. *Hinyokika Kiyo.* 1989 Jul;35(7):1223-7
- [29] Pearson DC, May GR, Fick GH, Sutherland LR. Azathioprine and 6-mercaptopurine in Crohn's disease: A metaanalysis. *Ann Intern Med.* 1995;123(2): 132-42
- [30] Korelitz BI, Present DH. Favorable effect of 6-mercaptopurine on fistulae of Crohn's disease. *Dig Dis Sci.* 1985;30(1): 58-64.
- [31] Present DH, Lichtiger S. Efficacy of cyclosporine in treatment of fistula of Crohn's disease. *Dig Dis Sci.* 1994;39(2): 374-80.
- [32] Mahadevan U, Marion JF, Present DH. Fistula response to methotrexate in Crohn's disease: a case series. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18(10):1003-8.

- [33] Present DH, Korelitz BI, Wisch N, Glass JL, Sachar DB, Pasternack BS. Treatment of Crohn's disease with 6-mercaptopurine: a long-term randomized double blind study. *N Engl J Med.* 1980;302(18): 981-7.
- [34] Sands BE, Anderson FH, Bernstein CN, Chey WY, Feagan BG, Fedorak RN et al. Infliximab maintenance therapy for fistulizing Crohn's disease. *N Engl J Med.* 2004;350(9): 876-85.
- [35] Sands BE, Blank MA, Patel K, van Deventer SJ. Long-term treatment of rectovaginal fistulas in Crohn's disease: response to infliximab in the ACCENT II Study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;2(10): 912-20.
- [36] Setakhr V, Seksik P, Treton X, Allez M, Devos M, Laharie D et al. Efficacité des anticorps anti-TNF dans le traitement des fistules entéro-cutanées compliquant la maladie de Crohn. GETAID, SNFGE, Congrès des JFHOD. 2010 .
- [37] *Songne K, Scotté M, Lubrano J, et al.* Treatment of anovaginal or rectovaginal fistulas with modified Martius graft. *Colorectal Dis.* 2007;9:653-656
- [38] Borley NR, Mortensen NJ, Jewell DP. Preventing postoperative recurrence of Crohn's disease. *Br J Surg* 1997;84:1493-1502.
- [39] Greenstein AJ, Lachman P, Sachar DB et al. Perforating and non-perforating indications for repeated operations in Crohn's disease: evidence for two clinical forms. *Gut* 1988;29:588-592.

- [40] Reinisch W, Angelberger S, Petritsch W, Shonova O, Lukas M, Bar-Meir S et al. Azathioprine versus mesalazine for prevention of postoperative clinical recurrence in patients with Crohn's disease with endoscopic recurrence: efficacy and safety results of a randomized, double blind, double-dummy, multicentre trial. *Gut*. 2010 ;59(6):752-9.
- [41] Gashe C, et al. Transabdominal bowel sonography for the detection of intestinal complications in Crohn's disease. *Gut*, 1999; 44 (1): 112-7
- [42] Brenner DJ and Hall EJ. Computed tomography-an increasing source of radiation exposure. *N Engl J Med*, 2007;357(22):2277-84.
- [43] Desmond AN, et al. Crohn's disease: factors associated with exposure to high levels of diagnostic radiation. *Gut*, 2008;57(11):1524-9.
- [44] Wheeler SC, Marion JF, Present DH. Medical therapy, not surgery, is the appropriate first line treatment for Crohn's enterovesical fistula. *Gastroenterology* 2000;114: A1113
- [45] Hanauer SB , Smith MB. Rapid closure of crohn's disease fistulas with continuous intravenous cyclosporine A. *Am J Gastroenterol*. 1993; 88: 646-649.
- [46] Sandborn WJ, Present D, Isaacs K, et al. Tacrolimus for the treatment of fistulas in patient with Crohn's disease : a randomized, placebo-controlled trial. *Gastroenterology* 2003; 125:380-388.
- [47] Shafik A .Treatment of rectovaginal fistulas. *Tech Coloproctol* 2003 ; 7 :65-66.

- [48] Dharamshi, H. A., Ali, A. A. M., Tufail, R. A. Z. A., Shahid, N., Sheraz, F., Sajid, T., ... & Nafees, T. Multiple Enteroenteric Fistulas-Crohn's Disease-A Case Report. *Iranian journal of public health*. (2015)., 44(11), 1550.
- [49] Leang, Y. J., Bell, S. W., Carne, P., Chin, M., Farmer, C., Skinner, S., ... & Warriar, S. K. Enterocutaneous fistula: analysis of clinical outcomes from a single Victorian tertiary referral centre. *ANZ Journal of Surgery*. (2016).
- [50] Gill, H. S. Diagnosis and Surgical Management of Uroenteric Fistula. *Surgical Clinics of North America* (2016)., 96(3), 583-592.
- [51] Chen, Y. J., Mao, R., Xie, X. H., Chen, B. L., He, Y., Xu, M., ... & Xie, X. Y. Intracavitary Contrast-enhanced Ultrasonography to Detect Enterovesical Fistula in Crohn's Disease. *Gastroenterology*, (2016). 150(2), 315-317.
- [52] Sinha, R., & Rajesh, A. CT and Magnetic Resonance Enterography in Crohn's Disease. In *Crohn's Disease* (pp. 75-90). Springer International Publishing. (2015).
- [53] Su, Y. R., Shih, I. L., Tai, H. C., Wei, S. C., Lin, B. R., Yu, H. J., & Huang, C. Y. Surgical management in enterovesical fistula in Crohn disease at a single medical center. *International surgery*. (2014)., 99(2), 120-125.

- [54] Lu, X., Yin, A., & Ding, Y. Clinical efficacy of infliximab in Chinese patients with crohn's disease: a retrospective study. *Biomedical Research*, (2016). 27(4), 0970-938X.
- [55] Varma, P., Paul, E., Huang, C., Headon, B., & Sparrow, M. P. A Retrospective Comparison of Infliximab vs Adalimumab as Induction and Maintenance Therapy for Crohn's Disease. *Internal medicine journal*. (2016).
- [56] Narula, N., Kainz, S., Petritsch, W., Haas, T., Feichtenschlager, T., Novacek, G., & Papay, P. The efficacy and safety of either infliximab or adalimumab in 362 patients with anti-TNF- $\alpha$  naïve Crohn's disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*. (2016).
- [57] Harrison, M. S., & Goldenberg, R. L. Urogenital Fistula in High-Income Settings: A Review Of the Presentation, Evaluation, and Management of Vesico-and Rectovaginal Fistulae. *Postgraduate Obstetrics*. (2015).

## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضواً في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- ◀ وأن أمارس مهنتي بوانع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي في الأول .
- ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بالله العظيم .

والله على ما أقول شهيد .

## مرض كرون معقد الناسور خارج آفات العجان الشرجية

### أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرف

**السيدة: سارة تامزوجت**

المزودة في: 07 دجنبر 1988 بالقصر الكبير

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

الكلمات الأساسية: مرض كرون - الناسور - جراحة - مناعة.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيسة

السيدة: لعزيزة الشاهد الوزاني

مشرفة

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

السيدة: إكرام الراجح

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

السيدة: نادية بنزوبير

أعضاء

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي

السيدة: فدوى اروبيعة

أستاذة في أمراض الجهاز الهضمي