

Mnogie przetoki odbytnicze pierwszym objawem choroby Leśniowskiego-Crohna – trudna droga diagnostyczna. Opis przypadku

Multiple anal fistulas are the first symptom of Crohn's disease – a difficult diagnostic path.
Case report

Department of General Surgery, BCM Hospital in Bielsko-Biała

Streszczenie

Pacjenci z anorektalną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna (CD) stanowią ok. 20% wszystkich pacjentów cierpiących na to schorzenie. Częstość jej występowania i rozpowszechnienie rośnie na całym świecie wraz ze wzrostem zapadalności na poziomie 4-15% rocznie w ciągu ostatnich trzech dekad. Choroba Leśniowskiego-Crohna jest chorobą na całe życie, jej optymalne leczenie jest multidyscyplinarne i staje się coraz bardziej złożone. W pracy przedstawiono przypadek 28-letniego pacjenta z mnogimi przetokami odbytu, z powikłanym przebiegiem choroby, które okazały się pierwszym objawem choroby Leśniowskiego-Crohna. Rozpoznanie zapalenia jelit nie zostało postawione od razu, gdyż objawy ogólne (ból brzucha, biegunki) pojawiły się później niż objawy przetoki. Pacjent był kilkakrotnie operowany, jednak dopiero wprowadzone leczenie biologiczne doprowadziło do ustąpienia objawów zapalnych i wygojenia przetok. Autorka w podsumowaniu podkreśla, że wnikliwa diagnoza, szczególnie w przypadkach nietypowych, m.in. wystąpienia przetok mnogich, i wdrożenie odpowiedniego leczenia interdyscyplinarnego mogą doprowadzić do sukcesu terapeutycznego.

Summary

Patients with anorectal Crohn's disease account for approximately 20% of all patients suffering from this condition. Its incidence and prevalence are increasing worldwide, with an annual increase of 4-15% over the last three decades. Crohn's disease is a lifelong condition, and its optimal treatment is multidisciplinary and becoming increasingly complex. This paper presents the case of a 28-year-old patient with multiple anal fistulas and a complicated course of the disease, which turned out to be the first symptom of Crohn's disease. The diagnosis of inflammatory bowel disease was not made immediately, as the general symptoms (abdominal pain, diarrhoea) appeared later than the fistula symptoms. The patient underwent several surgeries, but it was only after the introduction of biological treatment that the inflammatory symptoms subsided and the fistulas healed. In her conclusion, the author emphasises that a thorough diagnosis, especially in atypical cases, such as multiple fistulas, and the implementation of appropriate interdisciplinary treatment can lead to therapeutic success.

Słowa kluczowe:

mnogie przetoki odbytu, anorektalna postać choroby Leśniowskiego-Crohna, leczenie biologiczne

Keywords:

multiple anal fistulas, anorectal Crohn's disease, biological treatment

WSTĘP

Pacjenci z anorektalną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna (ang. *Crohn's disease* – CD) stanowią ok. 20% wszystkich chorych z tym schorzeniem. U tych pacjentów obserwuje się też często bardziej agresywny przebieg choroby. U ok. 30% pacjentów objawy z okolicy odbytu są pierwszym objawem – mogą być też jedynym objawem CD. Przetoki dotyczą 1/3 pacjentów z CD, w tym najczęstsza jest lokalizacja anorektalna. Przetoki powstałe w przebiegu CD są na tyle specyficzne, że Amerykańskie Towarzystwo Gastroenterologiczne (American Gastroenterological Association – AGA) opracowało specjalną klasyfikację dotyczącą pacjentów z chorobą Leśniowskiego-Crohna, dzielącą przetoki na proste, w których kanał biegnie poniżej linii grzebieniastej z pojedynczym otworem wewnętrznym, bez zbiorników ropnych, oraz przetoki złożone, w których kanał przebiega powyżej linii grzebieniastej: wysokie międzyszwieraczowe, wysokie przezszwieraczowe, nadzwszwieraczowe i pozazwszwieraczowe z wieloma otworami zewnętrznymi, obecnością ropni, zwężeń odbytnicy oraz penetrujących do narządów miednicy, np. pochwy czy pęcherza moczowego (1).

OPIS PRZYPADKU

W pracy przedstawiono przypadek 28-letniego pacjenta z mnogimi przetokami odbytu, z powikłanym przebiegiem choroby, które okazały się pierwszym objawem CD.

Pacjent zgłosił się do Poradni Proktologicznej w maju 2022 roku w trybie pilnym z powodu mnogich przetok odbytniczych. W wywiadzie rok wcześniej (2021 r.) dwukrotnie miał wykonany zabieg skleroterapii guzków hemoroidalnych z powodu krwawień po wypróżnieniu (brak dokumentacji z zabiegu). Pacjent zniósł zabieg dobrze, krwawienia ustąpiły. Około 6 miesięcy po skleroterapii pojawiły się dolegliwości w okolicy pośladka lewego w postaci dyskomfortu i bólu. Konsultowany w ośrodku wykonującym zabieg, leczony antybiotykoterapią doustną (Augmentin i Metronidazol). Zalecono wykonanie rezonansu magnetycznego (MRI) miednicy małej.

MRI wykonane w październiku 2021 roku wykazało obecność 3 przetok, bez cech ropnia:

- na godz. 6 przetoka przezszwieraczowa prosta,
- na godz. 1 przetoka przezszwieraczowa złożona,
- na godz. 11.30 podejrzenie prostej przetoki międzyszwieraczowej.

W ostatnich tygodniach u pacjenta pojawiły się bóle brzucha, bez ubytku masy ciała, bez zaburzeń wypróżniania, stolce regularne 1-2 razy dziennie, bez zaparć ani biegunk.

Pacjent poza alergią wziewną nie leczył się przewlekłe, nie stosował leków na stałe. Negował analne kontakty seksualne. Wywiad rodzinny w kierunku chorób nowotworowych i chorób zapalnych jelit był negatywny.

Badanie przedmiotowe: w badaniu *per rectum* na godz. 6 i 1 widoczne ujścia skórne przetok, bez wycieku treści ropnej, tkliwe palpacyjnie, na godz. 11 bez widocznego ujścia przetoki, w kanale bez wyczuwalnych ujść przetok, wzmożone napięcie zwieraczy (badanie bardzo bolesne dla pacjenta – z tego powodu odstąpiono od anoskopii) (ryc. 1).

INTRODUCTION

Patients with the anorectal form of Crohn's disease (CD) constitute approximately 20% of all patients with this condition. These patients also often experience a more aggressive course of the disease. In approximately 30% of patients, perianal symptoms are the first symptom – they may also be the only symptom of CD. Fistulas affect one-third of patients with CD, with the anorectal location being the most common. The fistulas formed in the course of CD are so specific that the American Gastroenterological Association (AGA) has developed a special classification for patients with Crohn's disease, dividing fistulas into simple fistulas, in which the canal runs below the dentate line with a single internal opening, without purulent collections, and complex fistulas, in which the canal runs above the dentate line: high intersphincteric, high transsphincteric, suprasphincteric and extrasphincteric with multiple external openings, the presence of abscesses, rectal strictures and penetrating into the pelvic organs, e.g. the vagina or urinary bladder (1).

CASE DESCRIPTION

The paper presents a case of a 28-year-old patient with multiple anal fistulas and a complicated course of the disease, which turned out to be the first symptom of CD.

The patient reported to the Proctology Clinic urgently in May 2022 due to multiple anal fistulas. A year earlier (2021), he had undergone sclerotherapy for hemorrhoidal nodules twice due to bleeding after defecation (no documentation was provided). The patient tolerated the procedure well, and the bleeding stopped. Approximately six months after sclerotherapy, he experienced discomfort and pain in the left buttock area. He was consulted at the center performing the procedure and treated with oral antibiotics (Augmentin and Metronidazole). A magnetic resonance imaging (MRI) of the pelvis was recommended.

An MRI performed in October 2021 showed the presence of 3 fistulas, without signs of abscess:

- at 6 o'clock, simple transsphincteric fistula,
- at 1 o'clock complex transsphincteric fistula,
- at 11:30, suspicion of simple intersphincteric fistula.

In recent weeks, the patient has developed abdominal pain, without weight loss, no bowel movements disorders, regular stools 1-2 times a day, no constipation or diarrhea.

Apart from inhalant allergies, the patient was not undergoing any chronic treatment or taking any medications on a regular basis. He denied anal sexual intercourse. His family history of cancer and inflammatory bowel disease was negative.

Rectal examination at 6 and 1 o'clock revealed visible skin openings of fistulas, no purulent discharge, tender to palpation; at 11 o'clock there was no visible opening of fistula, no palpable openings in the canal, increased sphincter tone (very painful examination for the patient – therefore anoscopy was omitted) (fig. 1).

The patient was prescribed Metronidazole suppositories, a repeat MRI or transrectal ultrasound, a fecal calprotectin



Ryc. 1. Badanie na pierwszej wizycie, widoczne dwa ujścia skórne przetok

Fig. 1. Examination at the first visit, two cutaneous fistula openings visible

Pacjentowi zlecono: czopki z Metronidazolem, powtórzenie MRI lub wykonanie badania USG transrektalnego, oznaczenie kalprotektyny w kale i kolonoskopię. Poinformowano pacjenta o możliwości leczenia wieloetapowego.

W czerwcu 2022 roku pacjent zgłosił się na kontrolę z wynikami badania MRI:

- na godz. 1-2 – obraz stabilny,
- na godz. 6 pogorszenie – dwa kanały przetoki? szczelina?,
- na godz. 9 – przetoka zewnętrznozwieraczowa,
- na godz. 11-12 – przetoka międzyzwieraczowa jak poprzednio.

Pacjent podał zmniejszenie dolegliwości bólowych po leczeniu czopkami.

Badanie przedmiotowe: w badaniu *per rectum* i w anoskopii na godz. 6 i 1 widoczne dwa ujścia skórne przetok, bez wycieku treści ropnej, tkliwe palpacyjnie – założono wenflon – penetruje oba kanały; na godz. 9 i 11 bez ujścia przetoki, wzmożone napięcie zwieraczy, ale mniej niż poprzednio, wprowadzono anoskop – nie uwidoczniono ewidentnych ujść wewnętrznych.

Chorego zakwalifikowano do badania w znieczuleniu z próbą drenażu przetok (nie widać było ujść wewnętrznych przetok, stąd niepewność, czy uda się przeprowadzić drenaż).

Jednak ok. 4 dni przed terminem hospitalizacji nastąpiło pogorszenie stanu miejscowego – pojawiło się zgrubienie w okolicy szpary pośladkowej od strony kręgosłupa, bolesne, chory nie gorączkował. W badaniu *per rectum*: na godz. 6 wyczuwalny ropień odbytniczy wielkości ok. 2 × 3 cm, tkliwy palpacyjnie, z wyraźnym objawem chęłbotania, silne dolegliwości bólowe. Włączono Augmentin doustnie, chorego z rozpoznaniem ropnia skierowano na ostry dyżur chirurgiczny.

Operację przeprowadzono 19 lipca 2022 roku – wykonano nacięcie ropnia okołoodbytniczego, drenaż nitkowy przetok

test, and a colonoscopy. He was informed of the possibility of a multi-stage treatment.

In June 2022, the patient came for a check-up with the following MRI results:

- at 1-2 o'clock – stable image,
- at 6 o'clock worsening – two fistula channels? fissure?,
- at 9 o'clock – extrasphincteric fistula,
- at 11-12 o'clock – intersphincteric fistula as before.

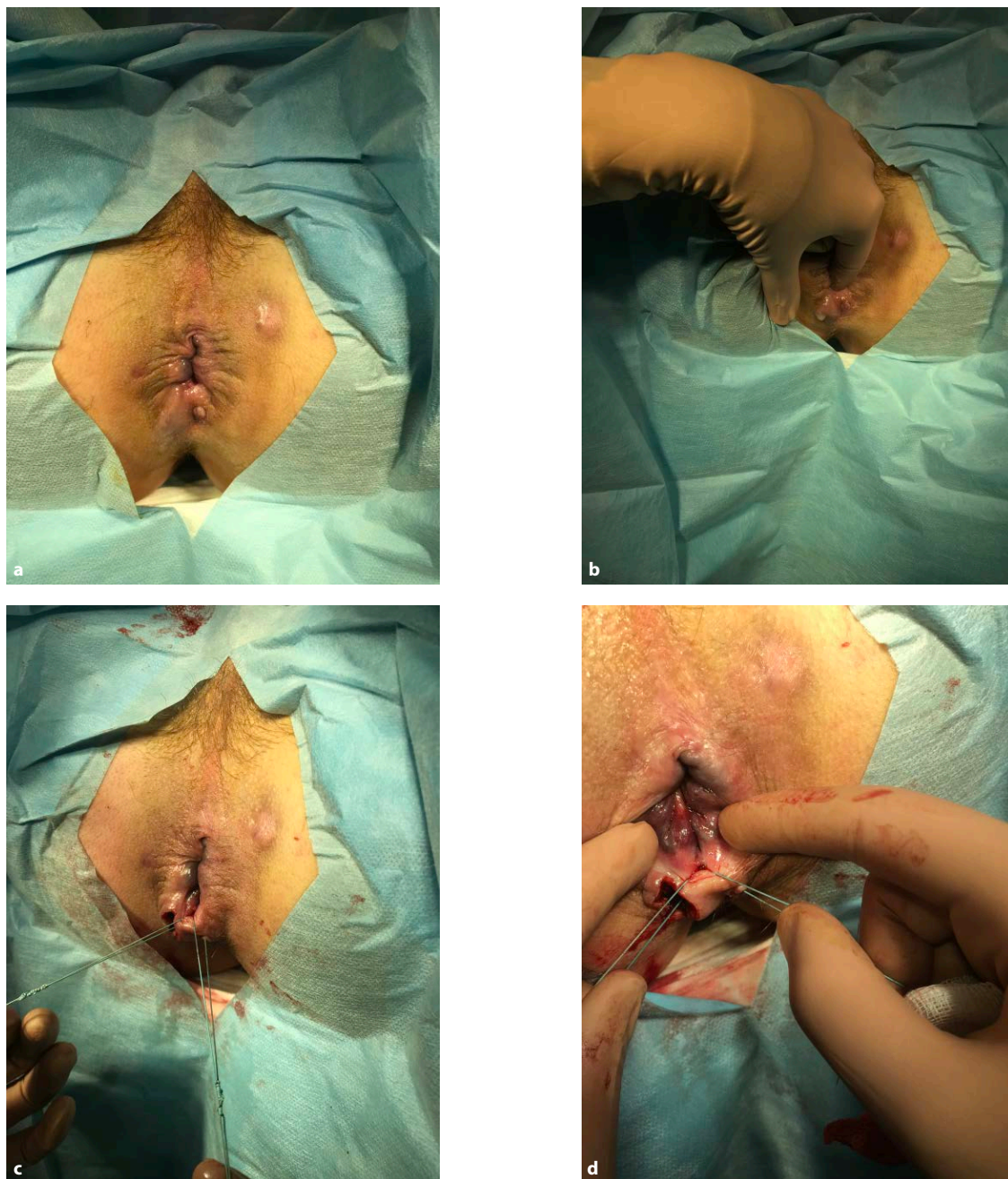
The patient reported a reduction in pain after treatment with suppositories.

Physical examination: during rectal examination and anoscopy at 6 and 1 o'clock two cutaneous fistula openings were visible, without purulent discharge, tender to palpation – a cannula was inserted – it penetrates both channels; at 9 and 11 o'clock no fistula opening, increased sphincter tone, but less than previously, an anoscope was introduced – no obvious internal openings were visualized.

The patient was qualified for examination under anesthesia with attempted fistula drainage (no internal fistula openings were visible, hence the uncertainty as to whether drainage would be possible).

However, approximately four days before hospitalization, the patient's condition worsened: a painful swelling appeared in the area of the gluteal cleft on the spine. The patient was afebrile. A rectal examination at 6 o'clock revealed a palpable rectal abscess measuring approximately 2 × 3 cm, tender to palpation, with a distinct fluctuating sensation and severe pain. Augmentin was administered orally, and the patient was referred to the emergency surgical ward with a diagnosis of an abscess.

The surgery was performed on July 19, 2022 – an incision of the perianal abscess and thread drainage of the fistulas



Ryc. 2a-d. a) Śródoperacyjnie: widoczne dwa ujścia przetok i ropień na godz. 7; b) śródoperacyjnie: ropień na godz. 7; c) śródoperacyjnie: nacięty ropień na godz. 7 i zdrenowane przetoki na godz. 5 i 7; d) śródoperacyjnie: zdrenowane przetoki na godz. 5 i 7, ze wspólnym ujściem wewnętrznym

Fig. 2a-d. a) Intraoperative: two fistula openings and an abscess visible at 7 o'clock; b) intraoperative: abscess at 7 o'clock; c) intraoperative: incised abscess at 7 o'clock and drained fistulas at 5 and 7 o'clock; d) intraoperative: drained fistulas at 5 and 7 o'clock, with a common internal opening

(ryc. 2a-d). Przebieg pooperacyjny oraz wczesne gojenie ran prawidłowe (ryc. 3).

Pacjent wykonał oznaczenie kalprotektyny – 865 mcg/g (norma 150), został wówczas skierowany na pilną kolonoskopię, której opis załączono poniżej.

Per rectum: Widoczne przetoki okołoodbytnicze zaopatrzone szwami, zwieracze napięte prawidłowo, w zasięgu palca

were performed (fig. 2a-d). The postoperative course and early wound healing were normal (fig. 3).

The patient had his calprotectin level measured – 865 mcg/g (norm 150), and was then referred for an urgent colonoscopy, the description of which is attached below.

Rectal examination: Visible perianal fistulas, sutured, sphincters tight, and within fingertip reach, no abnormalities.



Ryc. 3. Kontrola: gojenie ropnia i zmniejszenie stanu zapalnego, przetoki tylne zdrenowane

Fig. 3. Follow-up: healing of the abscess and reduction of inflammation, posterior fistulas drained

bez zmian. Przeprowadzono badanie jelita grubego do kątnicy, uwidaczniając prawidłową zastawkę Bauhina i ujście wyrostka robaczkowego, następnie wprowadzono instrument przez zastawkę Bauhina do końcowego odcinka jelita krętego. Przygotowanie jelita w skali Boston 6 (P2/S2/L2). Dalsze wprowadzenie instrumentu niemożliwe. Uwidoczniona błona śluzowa krucha, z krwawieniem kontaktowym, pokryta płytkimi owrzodzeniami, nieregularna, z kilkoma pseudopolipami – pobrano liczne wycinki do badania histopatologicznego. Uwidoczniona błona śluzowa jelita grubego gładka, lśniąca, o zachowanym rysunku naczyniowym, bez zmian morfologicznych.

Wynik badania histopatologicznego wykazał: nacieki zapalne ogniskowo wnikają w blaszkę mięśniową błony śluzowej, mieszane nacieki zapalne, ziarnina zapalna, tworzenie mikroszczelin – obraz może przemawiać za CD.

Pacjenta skierowano na konsultację gastrologiczną oraz proktologiczną w ośrodku referencyjnym, gdzie zalecono leczenie gastrologiczne zapalenia jelit, drenaż przetoki i rozważenie ewentualnego leczenia biologicznego.

Od października 2022 roku gastrolog zalecił Entocort i Imuran oraz kontrolę po 3 miesiącach (wówczas miała nastąpić ewentualna kwalifikacja do leczenia biologicznego).

Miesiąc później u pacjenta pojawił się niewielki naciek zapalny w okolicy ujścia skórnej przetoki na godz. 1. Mężczyzna otrzymał miejscowo czopki z Metronidazolem oraz został skierowany do drenażu przetoki.

Operowany w grudniu 2022 roku – wykonano drenaż nitkowy przetoki odbytniczej na godz. 1, wycięcie obwodowego fragmentu przetoki. Przebieg pooperacyjny powikłany przedłużonym gojeniem rany.

Examination of the large intestine up to the cecum revealed a normal Bauhin's valve and appendix opening. An instrument was then inserted through the Bauhin's valve into the terminal ileum. Bowel preparation was performed using a Boston scale of 6 (P2/S2/L2). Further insertion of the instrument was impossible. The mucosa was friable, with contact bleeding, covered with shallow ulcerations, irregular, and with several pseudopolyps – numerous biopsies were taken for histopathological examination. The mucosa of the large intestine was smooth, shiny, with preserved vascular patterns, and without morphological changes.

The result of the histopathological examination showed: inflammatory infiltrates focally penetrating the muscularis mucosa, mixed inflammatory infiltrates, inflammatory granulation tissue, formation of micro-cracks – the image may indicate CD.

The patient was referred for a gastroenterology and proctology consultation at a reference center, where gastroenterology treatment for enteritis, fistula drainage, and consideration of possible biological treatment were recommended.

From October 2022, the gastroenterologist recommended Entocort and Imuran and a check-up after 3 months (then a possible qualification for biological treatment would take place).

A month later, the patient developed a small inflammatory infiltrate around the cutaneous opening of the fistula at 1 o'clock. The man received local Metronidazole suppositories and was referred for fistula drainage.

Surgery performed in December 2022. A 1 o'clock drainage of the rectal fistula was performed, followed by excision of the peripheral fragment of the fistula. The postoperative course was complicated by prolonged wound healing.

W kontroli w styczniu i lutym 2023 roku nacieki zapalny był mniejszy, ale nadal treść ropna wypływała po uciśnięciu okolicznych tkanek. Z tego powodu w marcu 2023 roku ponownie wykonano wycięcie obwodowego fragmentu przetoki wraz z naciekiem zapalnym okolicy ujścia zewnętrznego. W kontrolnych wizytach gojenie rany było prawidłowe, okresowo pacjent zgłaszał niewielkie dolegliwości bólowe, czasami krwawienia przy poruszaniu nitką.

Kontrolne oznaczenie poziomu kalprotektyny w marcu 2023 roku – 731 mcg/g (poprzednie badanie 865 mcg/g) – zalecono intensyfikację leczenia gastrologicznego.

Pacjent finalnie konsultowany gastrologicznie w czerwcu 2023 roku, następnie hospitalizowany na Oddziale Gastrologii w lipcu 2023 roku, gdzie powtórnie wykonano kolonoskopię – stwierdzono zmiany zapalne jelita krętego i zastawki Bauhina.

Mężczyznę zakwalifikowano do leczenia biologicznego. W skali CDAI uzyskał 320 punktów. 30 sierpnia 2023 roku podano pierwszą dawkę infliksimabu. Od tego czasu pacjent pozostaje w stałym leczeniu biologicznym.

Rany skórne zagoiły się prawidłowo, przetoki na godz. 5 i 7 znacznie się obkurczyły, obejmując tylko skórę. Z tego powodu zakwalifikowano pacjenta do rozcięcia tych przetok. Zabieg wykonano w styczniu 2024 roku, ponownie wycięto również nacieki zapalne skóry na godz. 1. Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rany na tylnym obwodzie całkowicie się zagoiły.

W kwietniu 2024 roku pojawił się ponownie nacieki zapalny okolicy ujścia skórniego na godz. 1, który ponownie nacięto w maju 2024 roku. Od tego momentu rana zagoiła się prawidłowo. Co ciekawe pacjent sam zaobserwował, że gdy nie zakłada gazików w okolicę krocza (początkowo lepsza była wkładka higieniczna, obecnie nie stosuje nic), nie tworzy się nacieki zapalny.

Przetoki po prawej stronie opisywane w MRI na godz. 9 i 11 pozostały bezobjawowe. Drenaż nitkowy na godz. 1 utrzymano, pacjent obecnie leczony biologicznie.

We wrześniu 2024 roku wykonano kolejny MRI miednicy małej, który nie wykazał cech aktywnych przetok. Opis badania: w obecnym badaniu widoczne są jedynie pasemka włókniste w tkance tłuszczowej okołoodbytniczej po wygojonych przetokach na godz. 12, 2, 5 i 9. Nie uwidoczniło się obecności aktywnych przetok. Brak cech ropni i ognisk zapalnych – brak patologicznego wzmocnienia kontrastowego. W skórze szpary międzypośladowej po stronie lewej nierówność i niewielkie zgrubienie – prawdopodobnie pozostałość z przetoki.

DYSKUSJA

Choroba Leśniowskiego-Crohna jest drugą najczęstszą przyczyną przetok odbytniczych. Zdarza się, że niepotrzebnie naraża się pacjenta na rozległe zabiegi proktologiczne, nie wykonując diagnostyki gastrologicznej i nie wspomagając terapii lekami. W prezentowanym przypadku diagnostyka gastrologiczna nie została wykonana od razu, tylko ok. 12 miesięcy po rozpoczęciu choroby, gdyż przebyta skleroterapia mogła nasuwać podejrzenie przetok jatrogennych.

Przystępując do leczenia pacjenta z CD i przetoką odbytu, należy zadać sobie pytanie, w jakim stadium jest choroba podstawowa i czy są zbiorniki i przestrzenie ropne wymagające zdrenowania. Żeby odpowiedzieć na to pytanie należy wykonać:

During follow-up visits in January and February 2023, the inflammatory infiltrate was less severe, but purulent material continued to drain when the surrounding tissue was compressed. Therefore, in March 2023, a resection of the peripheral portion of the fistula, along with the inflammatory infiltrate around the external opening, was performed. During follow-up visits, the wound healed normally, with intermittent reports of mild pain and occasional bleeding when the thread was moved.

Control calprotectin level determination in March 2023 – 731 mcg/g (previous test 865 mcg/g) – intensification of gastroenterological treatment was recommended.

The patient was finally consulted with a gastroenterologist in June 2023, then hospitalized in the Gastroenterology Department in July 2023, where a repeat colonoscopy was performed – inflammatory changes in the ileum and Bauhin's valve were found.

The man was qualified for biological treatment. He scored 320 points on the CDAI scale. On August 30, 2023, the first dose of infliximab was administered. Since then, the patient has been on continuous biological treatment.

The skin wounds healed well, and the fistulas at 5 and 7 o'clock shrank significantly, involving only the skin. Therefore, the patient was scheduled for fistula excision. The procedure was performed in January 2024, and the inflammatory skin infiltrate at 1 o'clock was also resected. The postoperative course was normal, with the posterior circumference wounds healing completely.

In April 2024, an inflammatory infiltrate reappeared around the cutaneous opening at 1 o'clock, which was re-incised in May 2024. Since then, the wound has healed normally. Interestingly, the patient himself observed that when he does not apply gauze to the perineum (initially, a panty liner was better, now he uses nothing), no inflammatory infiltrate develops.

The fistulas on the right side described on MRI at 9 and 11 o'clock remained asymptomatic. The 1 o'clock duct drainage was maintained, and the patient is currently receiving biological treatment.

In September 2024, another MRI of the small pelvis was performed, which did not reveal any signs of active fistulas. Examination description: The current examination revealed only fibrous bands in the perianal fat tissue following healed fistulas at 12, 2, 5, and 9 o'clock. No active fistulas were identified. There were no signs of abscesses or inflammatory foci – no pathological contrast enhancement. The skin of the left intergluteal cleft showed unevenness and a slight thickening – likely a remnant of the fistula.

DISCUSSION

Crohn's disease is the second most common cause of perianal fistulas. Sometimes, patients are unnecessarily subjected to extensive proctological procedures without performing a gastroenterological diagnostic procedure and supporting drug therapy. In the presented case, gastroenterological diagnostics were not performed immediately, but approximately 12 months after the onset of the disease, as the previous sclerotherapy could have raised the suspicion of iatrogenic fistulas.

- badanie proktologiczne (*per rectum*, anoskopię – często w znieczuleniu),
- badania endoskopowe obejmujące cały przewód pokarmowy (kolonoskopia, gastroscopia oraz badanie histopatologiczne z pobranych wycinków w trakcie endoskopii), często też badanie radiologiczne przewodu pokarmowego – enterografia/inne,
- badania obrazowe – najczęściej MRI/opcjonalne USG transrektalne,
- warto też ocenić funkcje anorektalne pacjenta.

Częstość występowania i rozpowszechnienie CD rośnie na całym świecie, wraz ze wzrostem zapadalności w zakresie od 4% do 15% rocznie w ciągu ostatnich trzech dekad. CD jest chorobą na całe życie, a jej optymalne leczenie jest multidyscyplinarne i staje się coraz bardziej złożone (2). Okołodobytnicza postać choroby Leśniowskiego-Crohna (ang. *perianal Crohn's disease* – pCD) to ciężki fenotyp CD, który zazwyczaj objawia się przetokami z obecnością ropni lub bez nich. Jej obecność w momencie rozpoznania CD wiąże się z fenotypem wyższego ryzyka, ze zwiększonym nasileniem objawów klinicznych, koniecznością stosowania terapii immunosupresyjnej, resekcji chirurgicznych i hospitalizacji (3). CD jest drugą najczęstszą przyczyną przetok odbytniczych, często dotykającą młodych pacjentów w najaktywniejszym okresie ich życia – opisany pacjent miał 28 lat w chwili wystąpienia objawów chorobowych (6).

Patogeneza pCD jest słabo poznana. Uważa się jednak, że u podłoża choroby leży złożona interakcja genetyki organizmu, dysregulacji układu odpornościowego, dysbiozy mikroflory jelitowej i dotychczas nieznanymi mechanizmami (4). Należy również pamiętać, że pCD niesie ze sobą ryzyko rozwoju raka odbytu i odbytnicy (4).

U ok. 1/3 wszystkich pacjentów z manifestacją odbytniczą CD, ropień lub przetoka jest pierwszym objawem choroby, a operacja odbytnicza często poprzedza diagnozę CD. Ze względu na dużą częstość występowania idiopatycznych lub odkryptowych przetok i ropni w populacji ogólnej opóźnienie w diagnozowaniu CD u tych pacjentów jest powszechne, ponieważ początkowe objawy mogą być niespecyficzne. Czas do postawienia rozpoznania CD jest długi i może potrwać wiele lat. U opisanego pacjenta rozpoznanie zostało postawione w niedługim czasie od początku dolegliwości, stąd też dość szybki efekt leczenia, w tym przypadku skojarzonego – chirurgicznego i biologicznego. Różnicowanie przyczyny powstania przetoki może być trudne, ale ma ogromne znaczenie, ponieważ przetoki odbytnicze związane z CD są uważane za bardziej odporne na leczenie i wymagają leczenia farmakologicznego dedykowanego CD. Leczenie tych przetok bez odpowiedniej współpracy multidyscyplinarnej może narazić pacjentów na wyższe ryzyko niepotrzebnego uszkodzenia zwieraczy odbytu, postęp choroby, możliwe gorsze wyniki długoterminowe i obniżoną jakość życia (ang. *quality of life* – QOL) (6).

Dolegliwości odbytnicze mogą wiele lat wyprzedzać objawy brzuszne u pacjentów z CD i występować również bez nich. U naszego pacjenta najpierw pojawiły się objawy infekcji anorektalnej i przetoki, dopiero później wystąpiły dolegliwości

When treating a patient with CD and anal fistula, it's important to ask what stage the underlying disease is and whether there are any pus collections or spaces requiring drainage. To answer this question, perform the following:

- proctological examination (rectal examination, anoscopy – often under anesthesia),
- endoscopic examinations covering the entire gastrointestinal tract (colonoscopy, gastroscopy and histopathological examination of samples taken during endoscopy), often also radiological examination of the gastrointestinal tract – enterography/other,
- imaging tests – most often MRI/optional transrectal ultrasound,
- it is also worth assessing the patient's anorectal functions.

The prevalence and incidence of CD are increasing worldwide, with an increase in incidence ranging from 4% to 15% per year over the past three decades. CD is a lifelong disease, and its optimal treatment is multidisciplinary and becoming increasingly complex (2). Perianal Crohn's disease (PCD) is a severe phenotype of CD that typically presents with fistulas with or without abscesses. Its presence at the time of diagnosis is associated with a higher-risk phenotype, with increased severity of clinical symptoms, the need for immunosuppressive therapy, surgical resection, and hospitalization (3). CD is the second most common cause of anal fistulas, often affecting young patients during the most active period of their lives – the patient described was 28 years old at the time of disease onset (6).

The pathogenesis of pCD is poorly understood. However, it is believed that the disease is caused by a complex interaction of the organism's genetics, immune system dysregulation, gut microbiota dysbiosis, and previously unknown mechanisms (4). It is also important to remember that pCD carries a risk of developing anal and rectal cancer (4).

In approximately one-third of all patients with rectal manifestations of CD, an abscess or fistula is the first symptom of the disease, and rectal surgery often precedes the diagnosis of CD. Due to the high prevalence of idiopathic or cryptic fistulas and abscesses in the general population, delays in diagnosing CD in these patients are common, as initial symptoms may be nonspecific. The time to diagnosis of CD is long and can take many years. In the patient described, the diagnosis was made shortly after the onset of symptoms, resulting in a relatively rapid response to treatment, in this case a combination of surgical and biological therapies. Differentiating the cause of the fistula can be difficult but is crucial, as rectal fistulas associated with CD are considered more resistant to treatment and require pharmacological treatment specifically for CD. Treatment of these fistulas without appropriate multidisciplinary management may expose patients to a higher risk of unnecessary anal sphincter damage, disease progression, possible poorer long-term outcomes, and reduced quality of life (QOL) (6).

Rectal symptoms can precede abdominal symptoms in patients with CD for many years and can also occur without

brzuszne. Choć w piśmiennictwie znajdziemy opinie, że czas na diagnozę CD u pacjentów z przetoką jako pierwszą manifestacją jest znacznie dłuższy niż u pacjentów z dolegliwościami jelitowymi, to u naszego pacjenta rozpoznanie CD nastąpiło dość szybko. Badania koncentrujące się szczególnie na pacjentach z przetoką jako pierwszym objawem CD są ograniczone i trudno jest wyciągnąć z nich rzetelne wnioski (7). Średni czas do diagnozy CD u tych pacjentów jest długi, z oszacowaniem 45,9 (31,3) miesięcy. Odsetek pacjentów z przetoką jako pierwszą manifestacją był wyższy w populacji azjatyckiej w porównaniu z populacją nieazjatycką (odpowiednio 18% vs. 5%) oraz u dorosłych pacjentów z CD w porównaniu z pacjentami pediatrycznymi z CD i pacjentami z chorobą rozpoczynającą się w podeszłym wieku (odpowiednio 9%, 6% i 4%) (7).

Inne badanie wykazało, że mediana czasu do diagnozy choroby CD wynosi 15 miesięcy, a rozpiętość ta znacznie przekracza 4 lata. Co ciekawe, mediana czasu do diagnozy CD była najkrótsza u pacjentów, u których osiągnięto remisję radiologiczną (4,0 miesięcy), a następnie u pacjentów, u których osiągnięto remisję kliniczną (11 miesięcy). U pacjentów z najgorszym rokowaniem (u których wyłoniono stomię, z proktectomią lub bez niej, lub u których konieczne były interwencje brzuszne z powodu powikłań jelitowych) rozpoznanie choroby CD nastąpiło w najdłuższym czasie (> 2 lata) (8). U naszego pacjenta rozpoznanie zostało postawione po około roku od wystąpienia dolegliwości, stąd najprawdopodobniej wynikał dobry efekt leczenia.

Obecność zapalenia odbytnicy znacząco modyfikuje naturalny przebieg pCD. Aktywne zapalenie odbytnicy jest niezależnym czynnikiem prognostycznym opóźnionego gojenia się przetoki i zwiększonej częstości nawrotów. Obecność niepenetrujących zmian okołoodbytniczych, takich jak szczeliny odbytu lub narośla skórne, oraz rasa inna niż biała również mogą zwiększać ryzyko rozwoju pCD. Nie jest jasne, czy ryzyko rozwoju pCD można modyfikować (3). U opisanego pacjenta nie stwierdzono zmian zapalnych w odbytnicy, w kolonoskopii największe zmiany zapalne w postaci nadżerek i krwawienia kontaktowego opisano w okolicy zastawki Bauhina i w początkowym jelicie krętym.

U niewielkiej grupy pacjentów pCD może rozwinąć się przed wystąpieniem objawów brzusznych. Ogólnie rzecz biorąc, stanowi to 4% wszystkich pacjentów z luminalną CD, czyli 1 na 6 pacjentów, u których rozwija się pCD. Eglinton i wsp. zaobserwowali, że u 17% pacjentów zmiany okołoodbytnicze mogą być pierwszym objawem poprzedzającym rozpoznanie CD o > 6 miesięcy; u 27% pacjentów zmiany okołoodbytnicze pojawiają się od 6 miesięcy przed rozpoznaniem CD do 6 miesięcy po rozpoznaniu CD, podczas gdy u pozostałych 56% pacjentów zmiany okołoodbytnicze po raz pierwszy obserwuje się > 6 miesięcy po rozpoznaniu CD (9). Nie jest jednak jasne, czy wszyscy pacjenci biorący udział w tym badaniu zostali poddani dokładnej ocenie pod kątem choroby jelitowej za pomocą obrazowania przekrojowego jamy brzusznej lub endoskopii kapsułkowej. Zmiany w świetle jelita można wykryć za pomocą endoskopii kapsułkowej nawet u 24% pacjentów z izolowanymi przetokami okołoodbytniczymi

them. In our patient, symptoms of anorectal infection and fistula first appeared, followed by abdominal symptoms. Although the literature suggests that the time to diagnosis of CD in patients with fistula as the first manifestation is significantly longer than in patients with intestinal symptoms, our patient was diagnosed relatively early. Studies specifically focusing on patients with fistula as the first manifestation of CD are limited, making it difficult to draw reliable conclusions (7). The mean time to diagnosis of CD in these patients is long, estimated at 45.9 (31.3) months. The percentage of patients with fistula as the first manifestation was higher in the Asian population compared to the non-Asian population (18% vs. 5%, respectively) and in adult CD patients compared to pediatric CD patients and patients with a disease beginning in old age (9%, 6%, and 4%, respectively) (7).

Another study found that the median time to diagnosis of CD was 15 months, a range that significantly exceeded 4 years. Interestingly, the median time to diagnosis of CD was shortest in patients who achieved radiographic remission (4.0 months), followed by those who achieved clinical remission (11 months). Patients with the poorest prognosis (those who had a stoma, with or without proctectomy, or who required abdominal interventions due to intestinal complications) had the longest time to diagnosis of CD (> 2 years) (8). In our patient, the diagnosis was made approximately one year after the onset of symptoms, which is likely why the treatment was successful.

The presence of proctitis significantly modifies the natural history of pCD. Active proctitis is an independent predictor of delayed fistula healing and increased recurrence. The presence of non-penetrating perianal lesions, such as anal fissures or skin tags, and non-white race may also increase the risk of developing pCD. It is unclear whether the risk of developing pCD is modifiable (3). In our patient, no inflammatory changes were found in the rectum; on colonoscopy, the most severe inflammatory changes, including erosions and contact bleeding, were found in the area of Bauhin's valve and in the proximal ileum.

In a small group of patients, pCD may develop before the onset of abdominal symptoms. Overall, this represents 4% of all patients with luminal CD, or 1 in 6 patients who develop pCD. Eglinton et al. observed that in 17% of patients, perianal lesions may be the first symptom, preceding the diagnosis of CD by > 6 months; in 27% of patients, perianal lesions appear from 6 months before the diagnosis of CD to 6 months after the diagnosis of CD, whereas in the remaining 56% of patients, perianal lesions are first observed > 6 months after the diagnosis of CD. However, it is unclear whether all patients in this study were thoroughly evaluated for intestinal disease using cross-sectional abdominal imaging or capsule endoscopy (9). Luminal lesions can be detected by capsule endoscopy in up to 24% of patients with isolated perianal fistulas after negative ileocolonoscopy. Although pCD activity is comparable to intestinal disease activity in most patients, in some patients, perianal activity may occur independently of luminal symptoms. In such cases, it is important to establish a low threshold for endoscopic or radiological evaluation to

po ujemnym wyniku ileokolonoskopii. Chociaż aktywność pCD jest porównywalna z aktywnością choroby jelitowej u większości pacjentów, u niektórych pacjentów aktywność okołoodbytnicza może występować niezależnie od objawów ze strony światła jelita. W takich przypadkach ważne jest, aby ustalić niski próg dla oceny endoskopowej lub radiologicznej w celu identyfikacji przedobjawowej CD, tak aby można było wdrożyć odpowiednie leczenie, pamiętając jednocześnie, że przetoki odbytnicze są znacznie częstsze w populacji ogólnej w porównaniu z pCD (3).

Wczesne rozpoznanie rozpoczyna się od identyfikacji objawów sugerujących CD u pacjentów zgłaszających się z chorobą okołoodbytniczą. Użycie indeksu sygnałów ostrzegawczych – „czerwonych flag” (ang. *perianal red flags index*), składającego się tylko z czterech elementów, może być łatwym narzędziem dla wszystkich lekarzy (również tych, którzy nie zajmują się chorobami zapalnymi jelit).

Ostatnio IO-IBD (International Organization for the Study of Inflammatory Bowel Disease, <https://ioibd.org/>) zidentyfikowała „czerwone flagi” sugerujące CD – jedną z nich jest nielecząca się lub złożona przetoka odbytnicza, silnie korelująca z diagnozą CD. Niestety w praktyce klinicznej wyzwaniami pozostaje, by izolowaną przetokę odbytniczą uważać za podstawę diagnozy CD (7). Niegojące się lub złożone ropnie/przetoki lub zmiany okołoodbytnicze miały najwyższy współczynnik podejrzenia CD, nie badano jednak znaczenia różnicującego „czerwonych flag” u pacjentów, u których pierwszym objawem jest przetoka lub ropień (6).

Biorąc pod uwagę – wynikające z opublikowanych badań – duże opóźnienie w diagnozie choroby, można stwierdzić, że diagnozowanie CD wyłącznie na podstawie objawów klinicznych wydaje się nieoptymalne. Chociaż powinniśmy zwracać uwagę na oznaki i objawy CD, należy wziąć pod uwagę możliwe nieinwazyjne biomarkery (np. kalprotektynę lub inne biomarkery). Wykazano, że kalprotektyna pozwala na różnicowanie chorób zapalnych jelit od zespołu jelita drażliwego w praktyce lekarza rodzinnego oraz że poziom kalprotektyny ≥ 150 mcg/g pozwala odróżnić okołoodbytniczą CD od przetoki kryptogruzołowej, nawet przy braku owrzodzeń jelit. Ponadto u pacjentów z podejrzeniem CD należy rozważyć wykonanie badań obrazowych metodą MRI i/lub USG w celu wczesnego zidentyfikowania pacjentów z wysokim ryzykiem CD (6).

W 2025 roku opublikowano badanie PREFAB – konsensus ekspertów dotyczący wczesnej identyfikacji pacjentów z ryzykiem CD, w tym badania przesiewowego wszystkich pacjentów z przetoką odbytniczą (niezależnie od złożoności, przebiegu i współistniejących objawów odbytniczych) oraz skierowania pacjentów z przetoką na kolonoskopię (10).

W 2025 roku osiągnięto i opublikowano ostateczny konsensus w sprawie 12 oświadczeń – badanie PREFAB, w tym badania przesiewowego wszystkich pacjentów z przetoką odbytniczą (niezależnie od złożoności, przebiegu i współistniejących objawów odbytniczych) oraz skierowania pacjentów z przetoką na kolonoskopię (10). Zaleca się wykonanie badania endoskopowego w przypadku podwyższonego poziomu kalprotektyny (≥ 150 mcg/g) i/lub w przypadku

identify presymptomatic CD so that appropriate treatment can be implemented, while keeping in mind that perianal fistulas are much more common in the general population compared to pCD (3).

Early diagnosis begins with identifying symptoms suggestive of CD in patients presenting with perianal disease. Using a perianal red flags index, consisting of just four items, can be an easy tool for all clinicians (including those not specializing in inflammatory bowel disease).

Study of Inflammatory Bowel Disease (IO-IBD) has identified “red flags” suggesting CD – one of them is a non-healing or complex anal fistula, which strongly correlates with the diagnosis of CD. Unfortunately, in clinical practice, it remains a challenge to consider an isolated anal fistula as the basis for the diagnosis of CD (7). Non-healing or complex abscesses/fistulas or perianal lesions had the highest index of suspicion for CD; however, the discriminatory significance of “red flags” in patients whose first symptom is a fistula or abscess has not been studied (6).

Given the significant delay in diagnosis in published studies, diagnosing CD based solely on clinical symptoms seems suboptimal. Although we should be attentive to the signs and symptoms of CD, possible noninvasive biomarkers (e.g., calprotectin or other biomarkers) should be considered. Calprotectin has been shown to differentiate inflammatory bowel disease from irritable bowel syndrome in general practice, and a calprotectin level ≥ 150 mcg/g can distinguish perianal CD from cryptoglandular fistula, even in the absence of intestinal ulceration. Furthermore, in patients with suspected CD, MRI and/or ultrasound imaging should be considered to early identify patients at high risk of CD (6).

In 2025, the PREFAB study was published – an expert consensus on the early identification of patients at risk of CD, including screening of all patients with rectal fistula (regardless of complexity, course and concomitant rectal symptoms) and referral of patients with fistula for colonoscopy (10).

In 2025, a final consensus statement was reached and published on 12 statements – the PREFAB study, including screening of all patients with anal fistula (regardless of complexity, course, and coexisting rectal symptoms) and referral of patients with fistula for colonoscopy (10). Endoscopic examination is recommended in the case of elevated calprotectin levels (≥ 150 mcg/g) and/or in the presence of one major clinical criterion (defined as: unintentional weight loss, unexplained diarrhea, PSC, UC, > 1 internal opening, fistula involving other organs [vagina/bladder], recurrent fistula [after initial healing], proctitis, and anal stenosis). Clinical features (of fistulas) that justify the suspicion of CD and an algorithm for the diagnostic and monitoring of patients with suspected CD were also defined. Our patient had both elevated calprotectin levels and several fistulas, which indicated the need for rapid diagnostics (imaging and colonoscopy).

Most patients with pCD require combined medical and surgical treatment, with the most common surgical procedures being examination under anesthesia, drainage of the

Tab. 1. Algorytm, u jakiego pacjenta należy wykonać kolonoskopię

U pacjentów z przetoką odbytniczą należy wykonać przesiewową kolonoskopię w celu wczesnego wykrycia choroby Leśniowskiego-Crohna, jeśli:
Duże kryteria:
Biologiczne: – podwyższony poziom kalprotektyny (> 150 mcg/g)
Kliniczne: – niezamierzona utrata masy ciała – niewyjaśniona biegunka – pierwotne stwardniające zapalenie dróg żółciowych (PSC) – wrzodziejące zapalenie jelita grubego (UC) – > 1 otwór wewnętrzny przetoki – przetoka obejmująca inne narządy (pochwę/pęcherz moczowy) – nawracająca przetoka (po wstępnym wygojeniu) – zapalenie odbytnicy (<i>proctitis</i>) – zwężenie odbytu
W przypadku > 1 dużego kryterium: skierowanie pacjenta na przesiewową kolonoskopię i/lub podejrzenie na podstawie MRI/USG, jeśli badanie zostało już wykonane

jednego głównego kryterium klinicznego (zdefiniowanego jako: niezamierzona utrata masy ciała, niewyjaśniona biegunka, PSC, UC, > 1 otworów wewnętrznych, przetoka obejmująca inne narządy [pochwę/pęcherz moczowy], nawracająca przetoka [po wstępnym wygojeniu], zapalenie odbytnicy i zwężenie odbytu). Określono również cechy kliniczne (przetoki), które uzasadniają podejrzenie CD, oraz algorytm postępowania diagnostycznego i monitorowania pacjentów z podejrzeniem CD. Nasz pacjent miał zarówno podwyższony poziom kalprotektyny, jak i kilka przetok, co wskazało na konieczność wykonania szybkiej diagnostyki (badan obrazowych i kolonoskopii).

Większość pacjentów z pCD wymaga skojarzonego leczenia farmakologiczno-chirurgicznego, przy czym najczęściej stosowanymi procedurami chirurgicznymi są: badanie w znieczuleniu, drenaż ropnia i/lub przetoki i założenie setonu, co jest wymagane u około 2/3 pacjentów (3). Cele leczenia pCD obejmują indukcję i utrzymanie gojenia przetoki, zapobieganie powikłaniom, takim jak: owrzodzenia, zwężenia, ropnie i nowotwory, oraz poprawę jakości życia. Optymalne leczenie pCD wymaga zatem podejścia wielodyscyplinarnego (4).

Według wytycznych ECCO zalecany jest luźny drenaż przed terapią farmakologiczną lub chirurgiczną w przypadku złożonych przetok okołoodbytniczych CD. Skojarzona terapia anti-TNF i usunięcie setonu mogą skutkować poprawą wskaźników gojenia, szybszym gojeniem, dłuższym czasem do nawrotu choroby i mniejszym zapotrzebowaniem na operację niż każda z tych terapii osobno (2).

Badania dotyczące fistulotomii w CD są w dużej mierze retrospektywne i jednośrodkowe, z określonymi kryteriami kwalifikacyjnymi, w tym klasyfikacją Parksa: przetoka powierzchowna, międzyszwieraczowa lub dolna przezwieraczowa; brak zapalenia odbytnicy, brak dolegliwości brzusznych i mała liczba codziennych wypróżnień (2).

Odradzane jest stosowanie setonu tnącego ze względu na ryzyko zaburzeń trzymania stolca (2). Nie należy stosować

Tab. 1. Algorithm for determining which patient should undergo colonoscopy

Patients with anal fistula should undergo screening colonoscopy for early detection of Crohn's disease if:
Major criteria:
Biological: – elevated calprotectin levels (> 150 mcg/g)
Clinical: – unintentional weight loss – unexplained diarrhea – primary sclerosing cholangitis (PSC) – ulcerative colitis (UC) – > 1 internal fistula opening – fistula involving other organs (vagina/bladder) – recurrent fistula (after initial healing) – inflammation of the rectum (proctitis) – anal stenosis
In case of > 1 major criterion: refer patient for screening colonoscopy and/or suspected based on MRI/USG if examination has already been performed

abscess and/or fistula, and seton placement, which is required in approximately two-thirds of patients (3). The goals of pCD treatment include induction and maintenance of fistula healing, prevention of complications such as ulceration, strictures, abscesses, and malignancies, and improvement of quality of life. Therefore, optimal treatment of pCD requires a multidisciplinary approach (4).

ECCO guidelines recommend loose drainage before pharmacological or surgical therapy for complex perianal fistulas (CD). Combination anti-TNF therapy and seton removal may result in improved healing rates, faster healing, longer time to relapse, and less need for surgery than either therapy alone (2).

Studies on fistulotomy for CD are largely retrospective and single-center, with specific eligibility criteria, including the Parks classification: superficial, intersphincteric, or lower transsphincteric fistula; no proctitis, no abdominal symptoms, and a low number of daily bowel movements (2).

The use of a cutting seton is discouraged due to the risk of fecal incontinence (2). A cutting seton, in which a non-absorbable thread is inserted into the fistula tract and then tightened, gradually cutting the anal sphincter, should not be used, as multiple studies have shown associated complications, including prolonged perianal pain and an incontinence rate of up to 58% (2).

Combined surgical and pharmacological treatment may have additional beneficial effects in the treatment of pCD compared with surgical or pharmacological treatment alone. Surgical procedures for pCD include drainage and infection control procedures (incision and drainage of the abscess, loose seton drainage, etc., as was used in our patient) or definitive closure of the fistula tract (fistulotomy, fistulectomy, advancement flap, LIFT, VAAFT, laser fistula treatment, and fistula packing materials). In patients refractory to both pharmacological and surgical interventions, stoma formation or proctectomy may be necessary (4). In our patient, standard

setonu tnącego, w którym niewchłanialna nić jest wprowadzana do kanału przetoki, a następnie zaciskana, co powoduje stopniowe przecięcie zwieracza odbytu, ponieważ wiele badań wykazało związane z tym powikłania, w tym przedłużony ból okołoodbytniczy i częstość nietrzymania sięgającą 58% (2).

Skojarzone leczenie chirurgiczne i farmakologiczne może mieć dodatkowe korzystne efekty w leczeniu pCD w porównaniu z leczeniem chirurgicznym lub farmakologicznym stosowanym izolowanie. Procedury chirurgiczne w leczeniu pCD obejmują procedury drenażu i kontroli infekcji (nacięcie i drenaż ropnia, luźny seton drenujący itp.), co zostało zastosowane u naszego pacjenta) lub ostateczne zamknięcie kanału przetoki (fistulotomia, fistulektomia, płat przesunięty, LIFT, VAAFT, leczenie przetoki laserem i materiały wypełniające przetokę). U pacjentów opornych na interwencje zarówno farmakologiczne, jak i chirurgiczne konieczne może być wyłonienie stomii lub prokterektomia (4). U naszego pacjenta standardowe postępowanie chirurgiczne – drenaż stanu zapalnego i terapia biologiczna – okazały się skuteczne.

PODSUMOWANIE

U przedstawionego pacjenta dopiero wdrożenie leczenia gastrologicznego (biologicznego) doprowadziło do ustąpienia stanu zapalnego.

Wnikliwa diagnoza, szczególnie w przypadkach nietypowych, m.in. wystąpienia przetok mnogich, i wdrożenie odpowiedniego leczenia interdyscyplinarnego mogą doprowadzić do sukcesu terapeutycznego.

Konflikt interesów

Conflict of interest

Brak konfliktu interesów
None

Adres do korespondencji

Correspondence:

*Agnieszka Białas
Beskidzkie Centrum Medyczne
ul. Młodzieżowa 21,
43-300 Bielsko-Biała
bialas@o2.pl

nadesłano/submitted:

08.07.2025

zaakceptowano do druku/accepted:

29.07.2025

surgical treatment – inflammation drainage and biologic therapy – proved effective.

CONCLUSIONS

In the presented patient, only the implementation of gastrological (biological) treatment led to the resolution of the inflammation.

A thorough diagnosis, especially in unusual cases, including the occurrence of multiple fistulas, and the implementation of appropriate interdisciplinary treatment can lead to therapeutic success.

Piśmiennictwo/References:

1. American Gastroenterological Association Clinical Practice Committee. American Gastroenterological Association medical position statement: perianal Crohn's disease. *Gastroenterology* 2003; 125(5): 1503-1507.
2. Adamina M, Minozzi S, Warusavitarne J et al.: ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis* 2024; 18(10): 1556-1582.
3. Tsai L, McCurdy JD, Ma C et al.: Epidemiology and Natural History of Perianal Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis of Population-Based Cohorts. *Inflamm Bowel Dis* 2022; 28(10): 1477-1484.
4. Singh A, Midha V, Kochhar GS et al.: Management of Perianal Fistulizing Crohn's Disease. *Inflamm Bowel Dis* 2024; 30(9): 1579-1603.
5. Swaminathan A, Sparrow MP: Perianal Crohn's disease: Still more questions than answers. *World J Gastroenterol* 2024; 30(39): 4260-4266.
6. Munster LJ, Meriba GR, Schuitema J et al.: Early diagnosis of Crohn's disease in patients presenting with a perianal fistula: systematic review and development of a perianal red flags index. *Tech Coloproctol* 2025; 29(1): 89.
7. Munster LJ, Mönnink GLE, van Dieren S et al.: Fistulizing Perianal Disease as a First Manifestation of Crohn's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Med* 2024; 13(16): 4734.
8. Munster LJ, Pronk AJM, Mundt MW et al.: Prolonged Time to Diagnosis of Crohn's Disease in Patients With Perianal Fistulas Negatively Affects Long-Term Outcomes. *J Crohns Colitis* 2025; 19(3): jjae146.
9. Eglinton TW, Barclay ML, Gearry RB, Frizelle FA: The spectrum of perianal Crohn's disease in a population-based cohort. *Dis Colon Rectum* 2012; 55: 773-777.
10. Munster LJ, Hanna LN, Hart AL et al.: TOPCLASS perianal Crohn's disease Consortium, the Dutch Initiative on Crohn and Colitis (ICC) and the Initiative on Crohn and Colitis – Surgery (ICC-S): Diagnosing Crohn's disease in presumed cryptoglandular perianal fistulas: an expert Delphi consensus on early identification of patients at risk of Crohn's disease in perianal fistulas (PREFAB). *J Crohns Colitis* 2025; 19(1): jjaf002.