

# LÉSIONS ANO-PÉRINÉALES DE LA MALADIE DE CROHN (LAPMC)

Description et exploration

Z.SAMLANI

## INTRODUCTION

1/2 des malades symptomatiques depuis 10 ans

3/4 des malades : « concernés » par une manifestation inflammatoire anale

Incidence augmente avec les lésions distales

Symptômes – manifestations variables

# INCIDENCE?

- Variable : 3,8 – 80% :
  - Certaines séries comprennent :
    - marisques – hémorroïdes
  - Sous –estimation des lésions – examen !!!

# LAPMC : COHORTE 202 PATIENTS

Lesion type	No. of patients (%)
Skin tag	75 (37)
Fissure	38 (19)
Low fistula	40 (20)
High fistula	12 (6)
Rectovaginal fistula	6 (3)
Perianal abscess	32 (16)
Ischiorectal abscess	8 (4)
Intersphincteric abscess	7 (3)
Suprlevator abscess	6 (3)
Anorectal stricture	19 (9)
Haemorrhoids	15 (7)
Anal ulcer	12 (12)
Total with perianal lesions	110 (54)

# MODE D'APPARITION

- 10-40% : LAMPC manifestation initiale
- Plusieurs années avant manifestation intestinale

Hellers G et al. (1980) Gut 21: 525–527

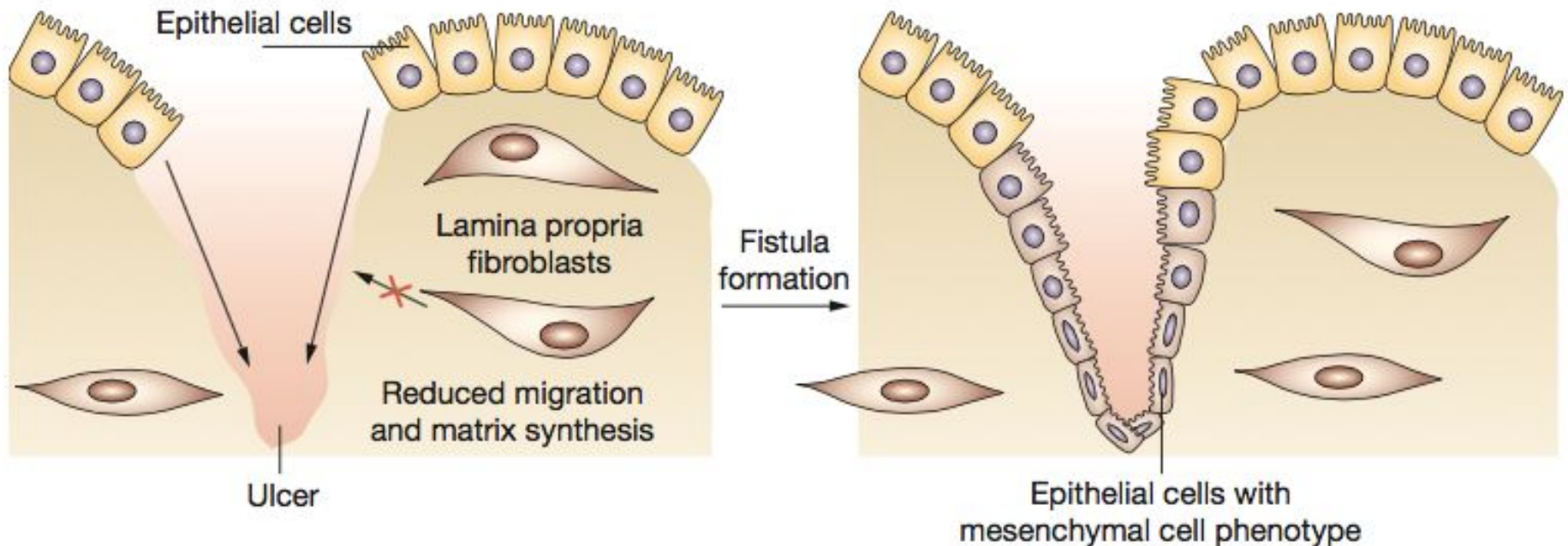
Williams DR, Dis Colon Rectum 1981; 24: 22-24

## IMPACT PRONOSTIQUE:

	OR	IC
Âge supérieur à 40 ans	2,1	2,2-4,4
Recours aux corticoïdes à la 1 <sup>ère</sup> poussée	3,1	1,3-3,6
Présence de LAP	<b>1,8</b>	1,2-2,8


Autres : récidence +++ : 35 à 59%

# PHYSIOPATHOLOGIE




Maladie de Crohn : réduction de migration des fibroblastes

PROCESSUS INFLAMMATOIRE



PROCESSUS INFECTIEUX SECONDAIRE



CICATRISATION RÉTRACTILE STÉNOSANTE



# SYMPTOMES

- Symptômes variables :
- Douleurs
- Écoulements
- Faux besoins
- Ténésmes
- Suppuration... Abscès

# A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulising Crohn's disease

*The World Gastroenterology Organization, International Organisation for Inflammatory Bowel Diseases IOIBD, European Society of Coloproctology and Roberts Clinical Trials*

# RECOMMANDATION 1C : DISTINCTION

- Description Anatomique Détaillée :

**CLASSIFICATION**

- Évaluation de l'Activité de la Fistule :

**SCORING**



Nécessaires pour une stratégie thérapeutique et une évaluation pronostique

DESCRIPTION ET  
CLASSIFICATION :

1978, Hugues et al :  
Classification de Cardiff

- U : Ulcération

- F: Fistule

- S: Sténose

# STADES D'EVOLUTION

## Classification principale (UFS)

### U-Ulcérations

#### 0-Absence

- 1-Fissure superficielle :
- a) antérieure
  - b) latérale
  - c) avec pseudo-marisque

#### 2-Ulcère profond :

- a) Canal anal
- b) Bas rectum
- c) Avec extension périnéale

### F-Fistule/abcès

#### 0-Absence

- 1-Basse/superficielle
- a) périanale
  - b) ano-vulvaire/ano-scrotale
  - c) intersphinctérienne
  - d) ano-vaginale

#### 2-Haute

- a) borgne, supralevatorienne
- b) haute directe (anorectale)
- c) haute complexe
- d) rectovaginale
- e) iléopérinéale

### S-Sténose

#### 0-Absence

- 1-Sténose réversible
- a) Spasme du canal anal
  - b) Diaphragme du bas rectum
  - c) Spasme avec douleur sévère, sans sepsis identifiable

#### 2-Sténose irréversible

- a) Sténose anale
- b) Fibrose sténosante extrarectale

## Maladie initiale

### Classification principale (UFS)

#### U-Ulcérations

##### O-Absence

- 1-Fissure superficielle :
  - a) antérieure
  - b) latérale
  - c) avec pseudo-marisque

##### 2-Ulcère profond :

- a) Canal anal
- b) Bas rectum
- c) Avec extension périnéale

#### F-Fistule/abcès

##### O-Absence

- 1-Basse/superficielle
  - a) périanale
  - b) ano-vulvaire/ano-scrotale
  - c) intersphinctérienne
  - d) ano-vaginale

##### 2-Haute

- a) borgne, supralevatorienne
- b) haute directe (anorectale)
- c) haute complexe
- d) rectovaginale
- e) iléopérinéale

#### S-Sténose

##### O-Absence

- 1-Sténose réversible
  - a) Spasme du canal anal
  - b) Diaphragme du bas rectum
  - c) Spasme avec douleur sévère, sans sepsis identifiable

##### 2-Sténose irréversible

- a) Sténose anale
- b) Fibrose sténosante extrarectale



Examen minutieux : anoscopie –rectoscopie

## Complications infectieuses – fibreuses

### Classification principale (UFS)

#### U-Ulcérations

##### O-Absence

- 1-Fissure superficielle :
- a) antérieure
- b) latérale
- c) avec pseudo-marisque

##### 2-Ulcère profond :

- a) Canal anal
- b) Bas rectum
- c) Avec extension périnéale

#### F-Fistule/abcès

##### O-Absence

- 1-Basse/superficielle
- a) périnéale
- b) ano-vulvaire/ano-scrotale
- c) intersphinctérienne
- d) ano-vaginale

##### 2-Haute

- a) borgne, supralevatorienne
- b) haute directe (anorectale)
- c) haute complexe
- d) rectovaginale
- e) iléopérinéale

#### S-Sténose

##### O-Absence

- 1-Sténose réversible
- a) Spasme du canal anal
- b) Diaphragme du bas rectum
- c) Spasme avec douleur sévère, sans sepsis identifiable

##### 2-Sténose irréversible

- a) Sténose anale
- b) Fibrose sténosante extrarectale

# ÉVALUATION CLINIQUE DE LA SÉVÉRITÉ

Classification principale (UFS)	U-Ulcérations	F-Fistule/abcès	S-Sténose
	0-Absence	0-Absence	0-Absence
	1-Fissure superficielle : a) antérieure b) latérale c) avec pseudo-marisque	1-Basse/superficielle a) périanale b) ano-vulvaire/ano-scrotale c) intersphinctérienne d) ano-vaginale	1-Sténose réversible a) Spasme du canal anal b) Diaphragme du bas rectum c) Spasme avec douleur sévère, sans sepsis identifiable
	2-Ulcère profond : a) Canal anal b) Bas rectum c) Avec extension périnéale	2-Haute a) borgne, supralevatorienne b) haute directe (anorectale) c) haute complexe d) rectovaginale e) iléopérinéale	2-Sténose irréversible a) Sténose anale b) Fibrose sténosante extrarectale

0 : ABSENCE

1 :  
RÉVERSIBLE

2 : IRRÉVERSIBLE



# PARTIE SUBSIDIAIRE

<b>Classification annexe (APD)</b>	<b>A-Lésions anales associées</b>	<b>P-Maladie intestinale proximale</b>	<b>D-Degré d'activité des lésions ano-périnéales</b>
	0-Aucune	0-Pas de maladie intestinale d'amont	1-Lésions actives
	1-Hémorroïdes	1-Atteinte rectale contiguë	2-Lésions inactives
	2-Cancer	2-Atteinte colique d'amont (rectum épargné)	3-Pas de conclusion possible
	3-Autre	3-Atteinte de l'intestin grêle	
		4-Investigation non faite	

## LÉSIONS PRIMAIRES

- Macération de la peau
- Erosions superficielles : anodines
- Infection bactérienne – fongique –douleur
- Évoluent parallèlement à l'atteinte intestinale : activité inflammatoire de la maladie

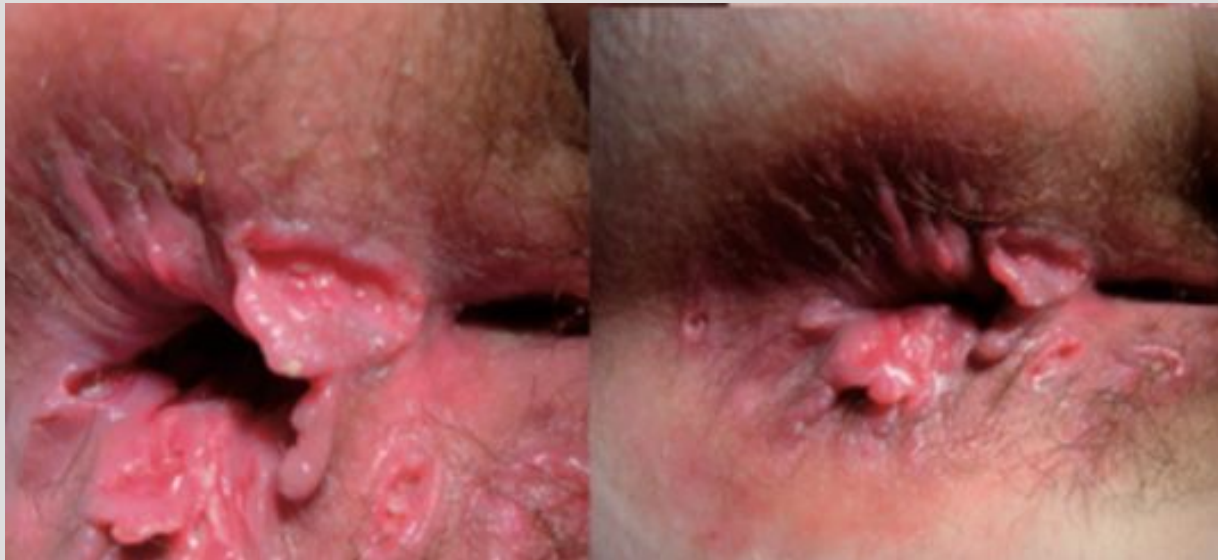


Marisques confluentes- épaisses- oedémateuses - ulcérées  
– délabrées

# Pseudo –fissures



Inflammatoires à berges décollées non commissurales





Ulcérations latéralisées, remaniant et déformant l'anūs



## SI L'EXPLORATION EST POUSSÉE



Ulcérations ano-rectales

**HDPCD** (Highly Destructive Perineal Crohn Disease) :

Extension possible à tout le périnée avec un exsudat abondant : 30%  
des lésions



## LÉSIONS SECONDAIRES

- Favorisées par les poussées
- Peuvent évoluer alors que la maladie est quiescente
- Abscès - fistules simples – complexes
- Cancers anorectaux



## LÉSIONS SECONDAIRES



Isolées: sans phénomène inflammatoire  
ano-rectal

## LÉSIONS SECONDAIRES



# LES FISTULES



# ASSOCIATION DE PLUSIEURS LÉSIONS



## CES FISTULES NE SONT PAS HABITUELLES

- Orifices primaires au sein de lésions remaniées
- Des atteintes rectales associées
- Plusieurs niveaux avec des espaces de diffusion inhabituels

# CLASSIFICATIONS

- 1976 : Classification anatomique de Parks pour fistules
- Repère : sphincter externe (SE)

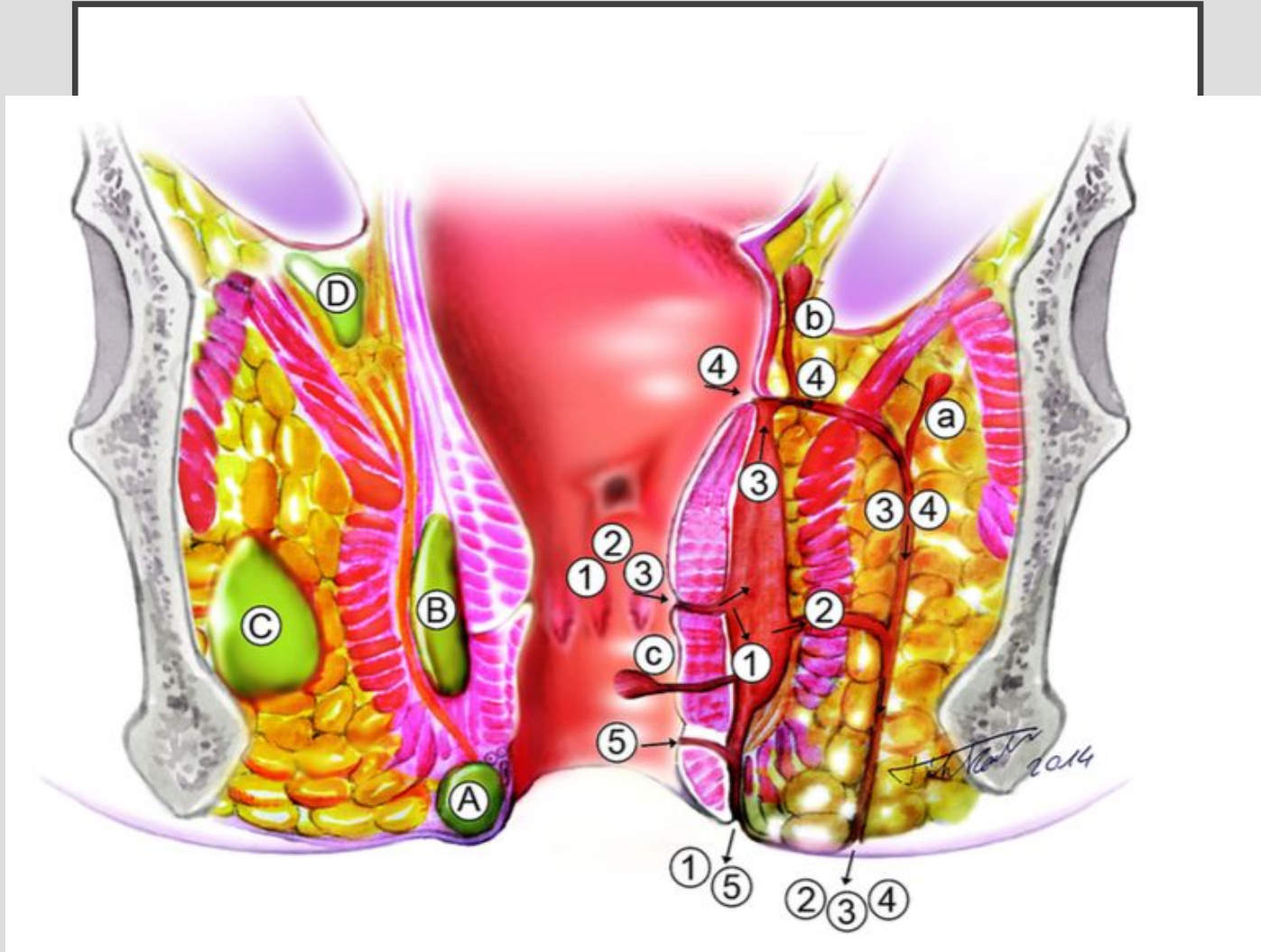
Parks AG. Br J Surg 1976; 63:1-12.

Sandborn WJ. Gastroenterol 2003; 125: 1508–1530

## RECOMMANDATION 2B

- Trajet fistuleux en rapport avec SE : important pour classer
- Distinction entre fistules trans-sphinctériennes hautes et basses
- Basses : trajet au 1/3 inférieur du SE

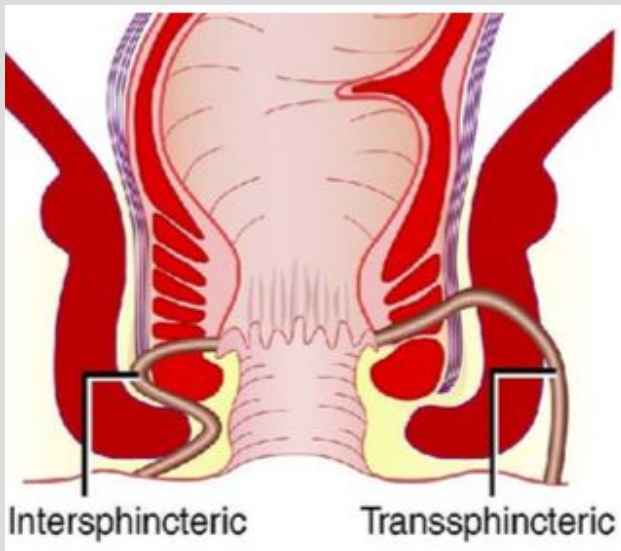


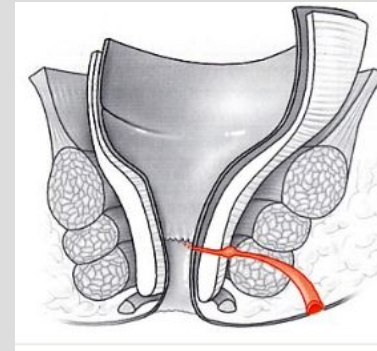
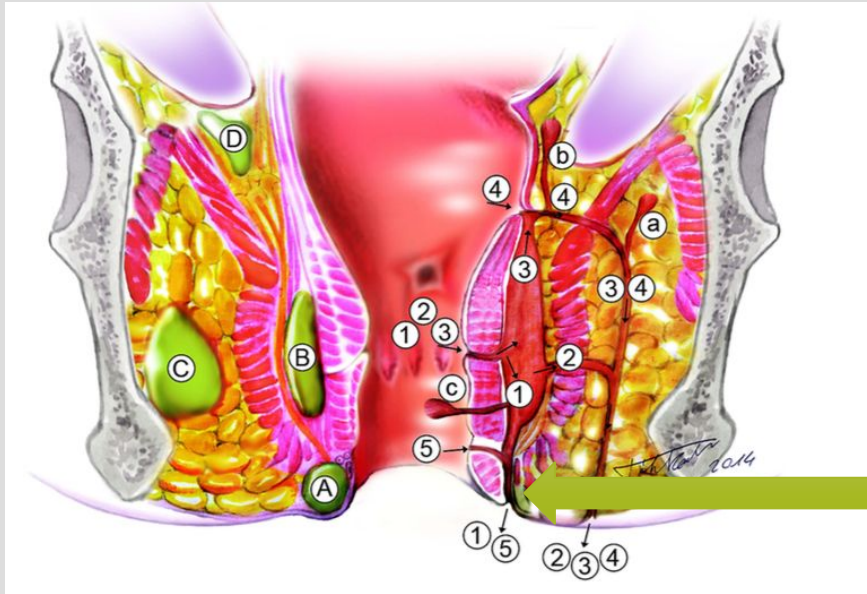




# FISTULES SIMPLES

- Inter- ou trans-sphinctériennes inférieures
- Orifice externe unique, sans abcès
- Sans sténose
- Sans atteinte inflammatoire ano-rectale

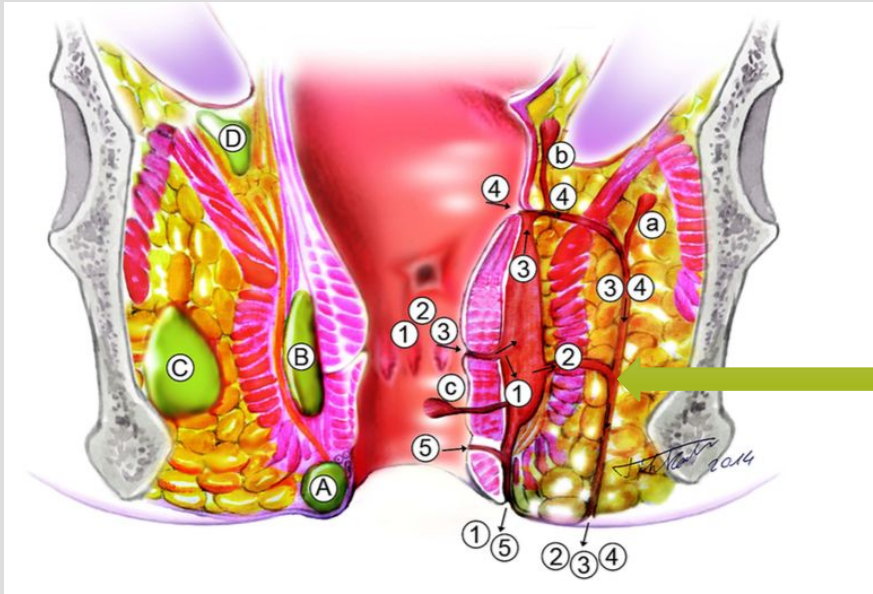




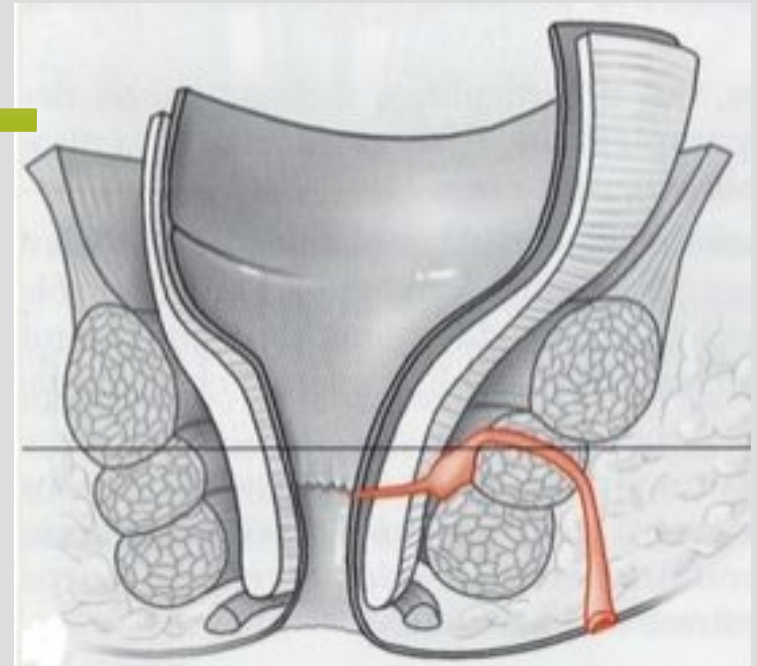
Fistules basses : inter- ou transphinctériennes  
inférieures  
Ano-périnéales

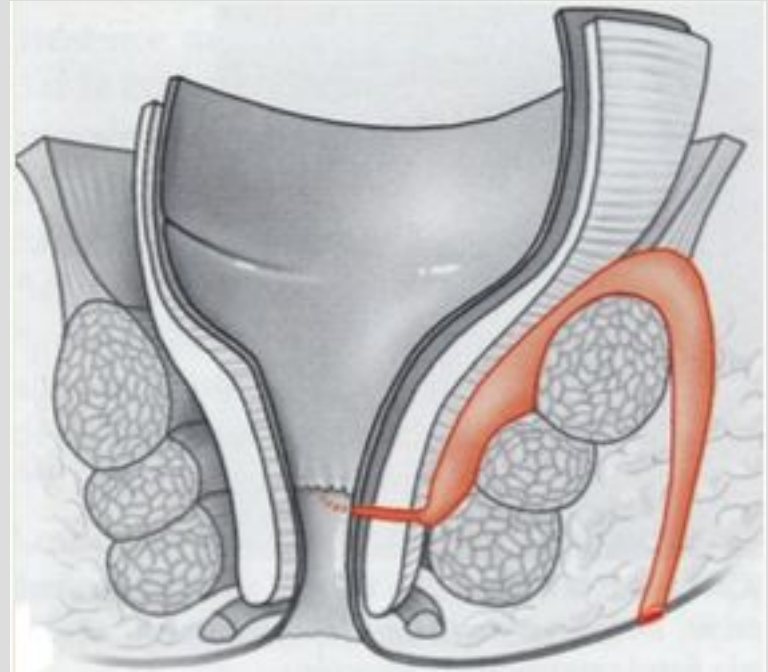
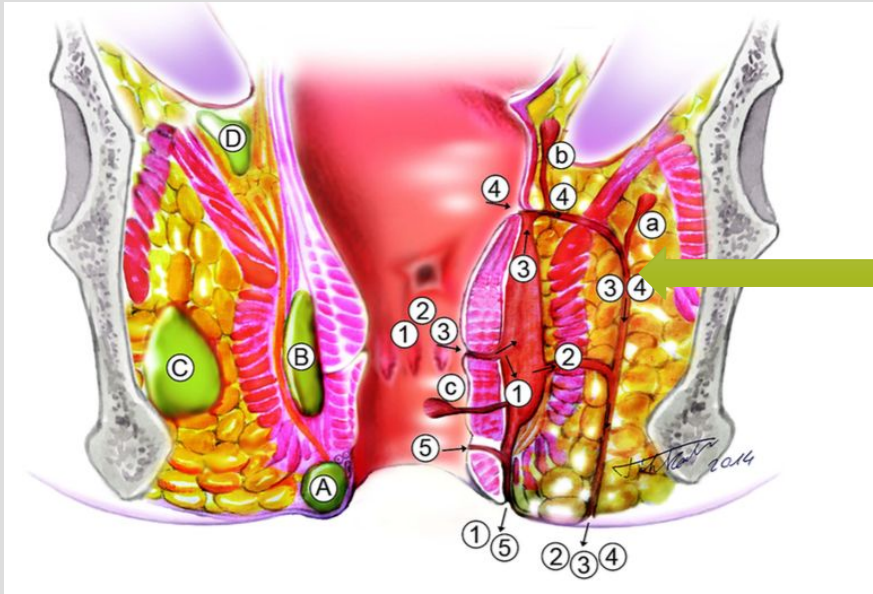
## PEUVENT ÊTRE COMPLEXES

- Un ou des diverticules
- Trajets multiples
- En fer à cheval



Fistules hautes :  
intersphinctériennes supérieures

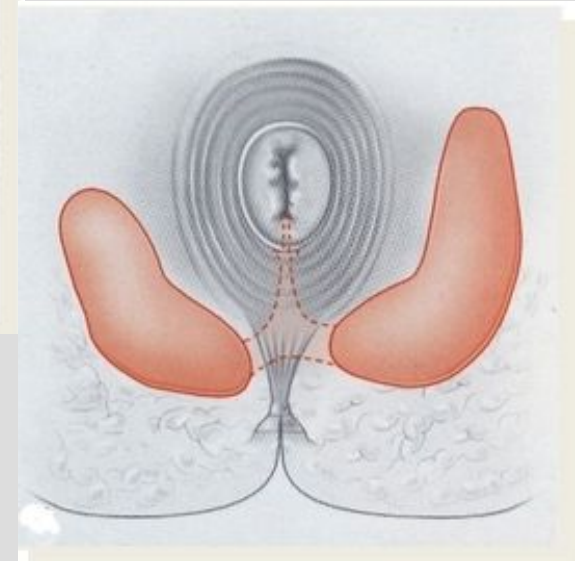
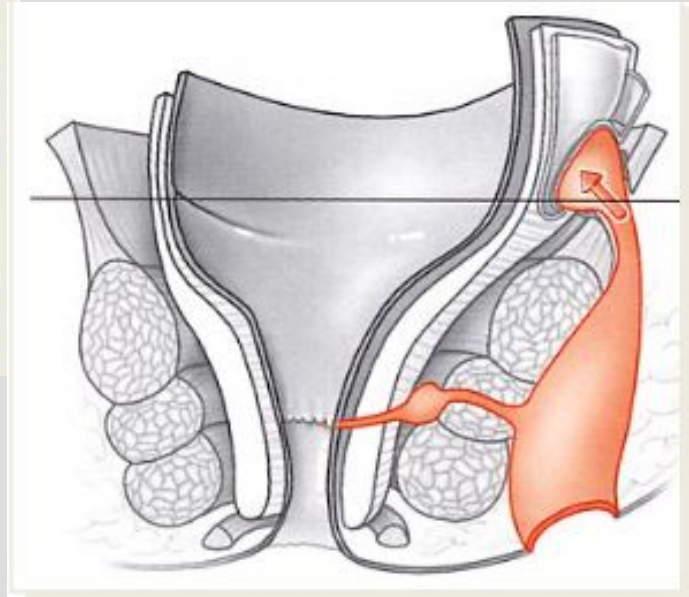
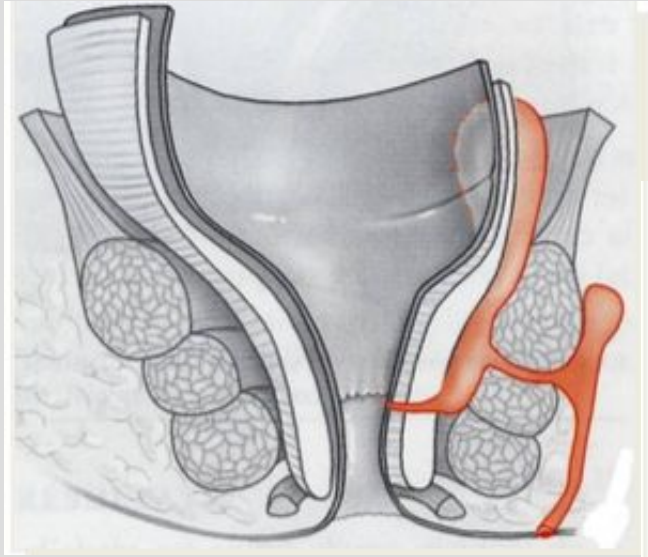




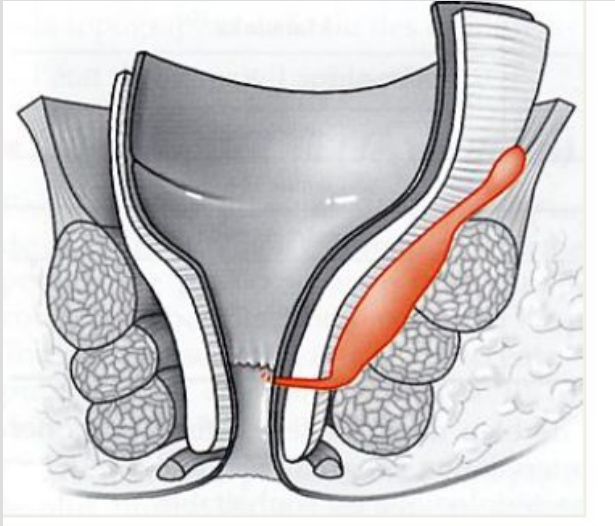
## Fistules hautes :

- supra-sphinctériennes

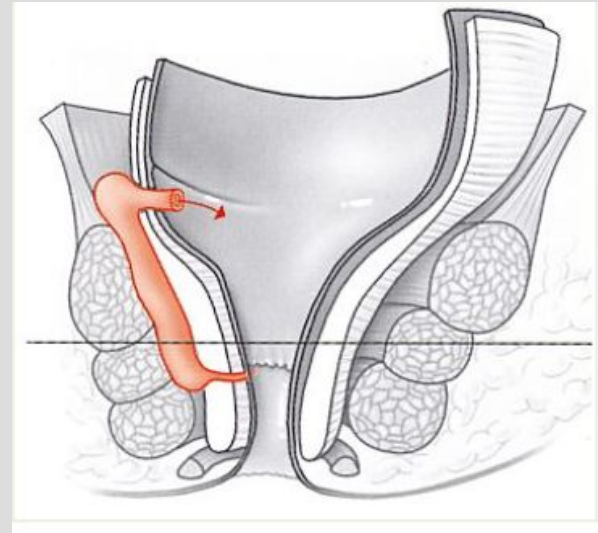




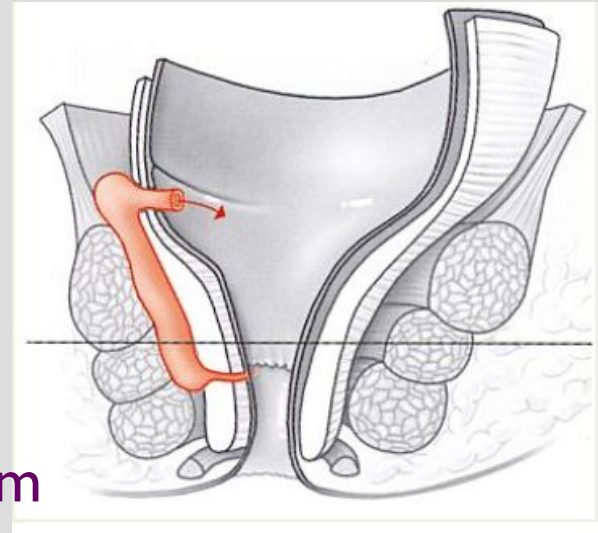
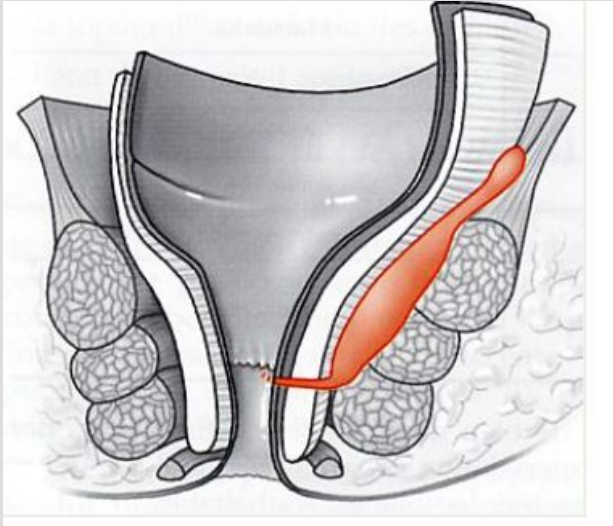
Diverticules  
Trajets multiples  
Espaces de diffusion différents



Fistule intra-murale :  
Ouverture spontanée dans le rectum



# Examen clinique externe pouvant être normal



Fistule intra-murale :  
Ouverture spontanée dans le rectum



# EN PRATIQUE : POUR DÉCRIRE CLASSER

- Utilisation des 2 classifications
- Cardiff :
  - description standardisée et précise
  - limites : souci de reproductibilité
- Parks : +++

# PDAI: PERINEAL DISEASE ACTIVITY INDEX

Discharge	
No discharge	0
Minimal mucous discharge	1
Moderate mucous or purulent discharge	2
Substantial discharge	3
Gross fecal soiling	4
Pain/restriction of activities	
No activity restriction	0
Mild discomfort, no restriction	1
Moderate discomfort, some limitation activities	2
Marked discomfort, marked limitation	3
Severe pain, severe limitation	4
Restriction of sexual activity	
No restriction in sexual activity	0
Slight restriction in sexual activity	1
Moderate limitation in sexual activity	2
Marked limitation in sexual activity	3
Unable to engage in sexual activity	4
Type of perianal disease	
No perianal disease/skin tags	0
Anal fissure or mucosal tear	1
< 3 Perianal fistulae	2
> 3 Perianal fistulae	3
Anal sphincter ulceration or fistulae with significant undermining of skin	4
Degree of induration	
No induration	0
Minimal induration	1
Moderate induration	2
Substantial induration	3
Gross fluctuance/abscess	4

- Présence d'une douleur
- Retentissement sur l'activité
- Caractéristiques de la LAP
- Retentissement sur l'activité sexuelle



Sévérité clinique de l'atteinte ano-rectale

# EXPLORATION

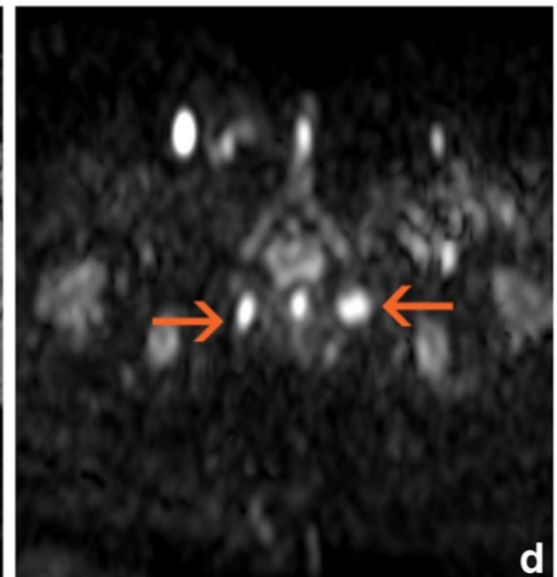
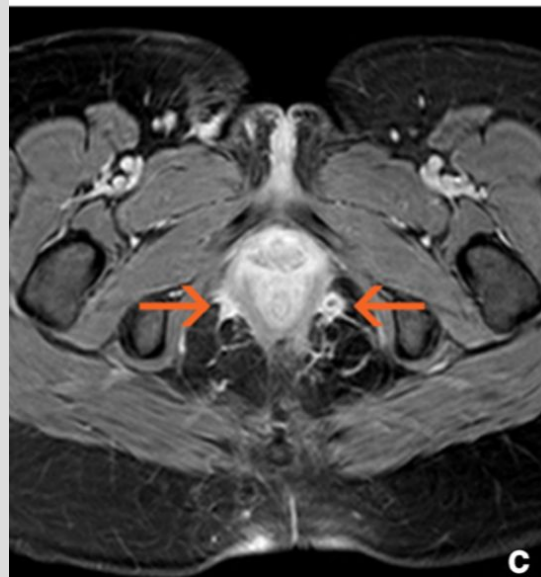
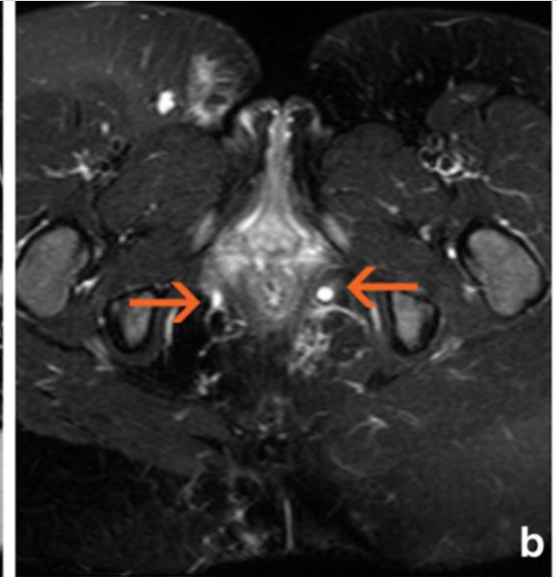
- Examen proctologique
- Examen sous anesthésie générale
- IRM pelvienne
- Echographie endo-anale
- Echographie trans-périnéale
- Tomodensitométrie – Fistulographie : pas de place

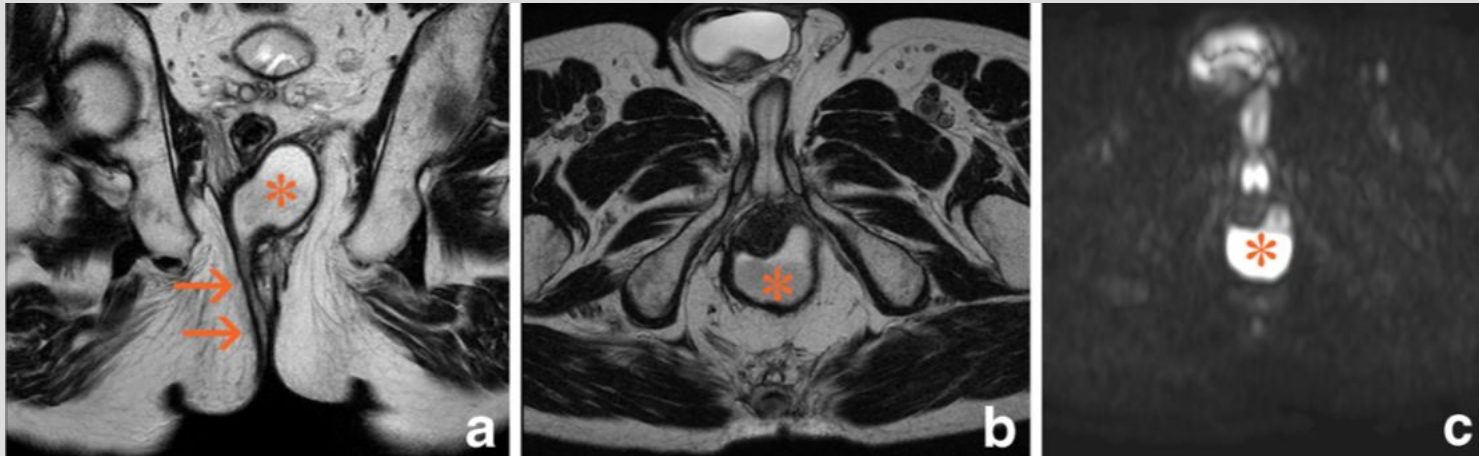
# EXAMEN PROCTOLOGIQUE

- Par un **protologue expérimenté**
- Examen sous anesthésie améliore l'exploration +++
  - plus confortable pour le patient
  - cathéterisme au stylet – injection de **peroxyde d'hydrogène**
  - drainage
  - coloscopie gauche associée : atteinte luminale
  - coloscopie totale : screening
  - biopsies : suspicion de malignité +++
  - fiabilité de 100% si couplé à une imagerie

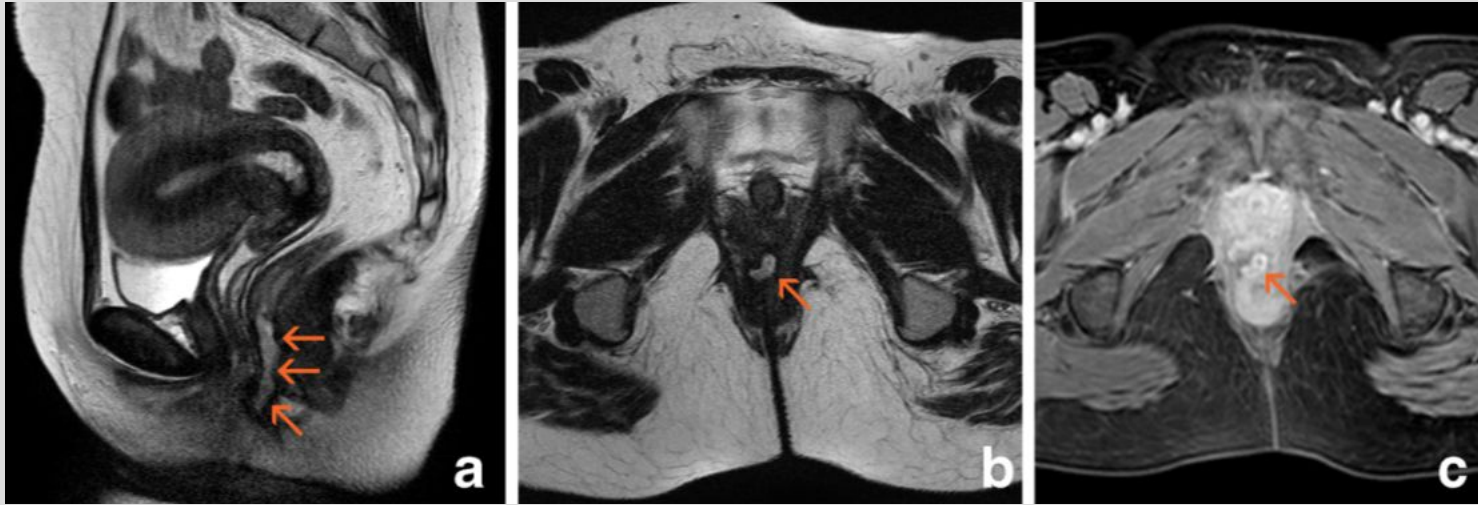
# IRM PELVIENNE : DESCRIPTION

Fistule trans-sphinctérienne  
complexe bilatérale

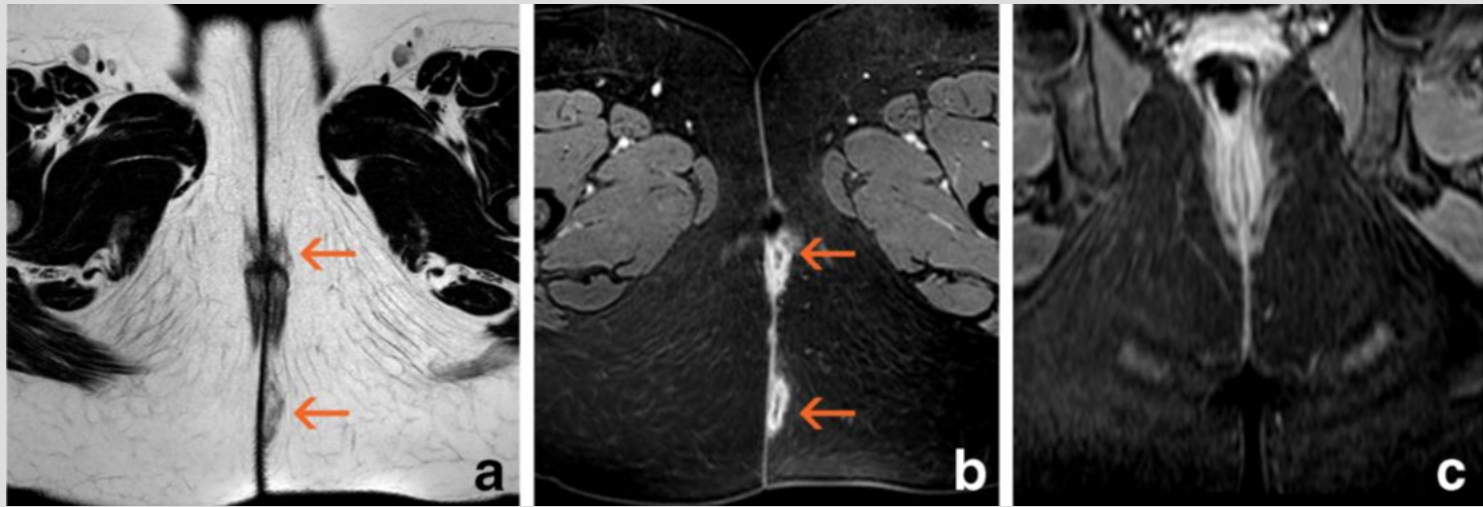




Fistule supra-sphincterienne avec abcès rétroanal



Fistule recto-vaginale

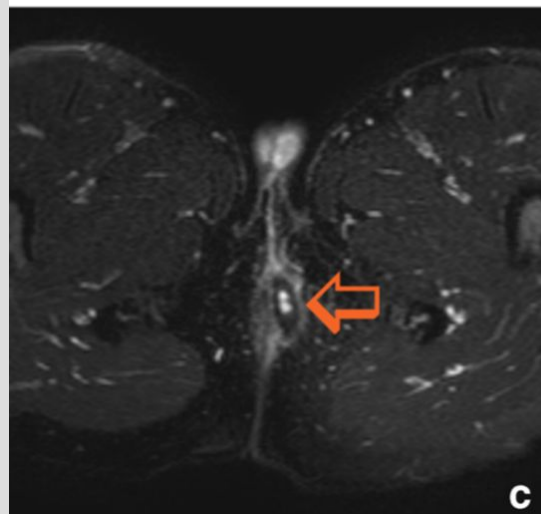


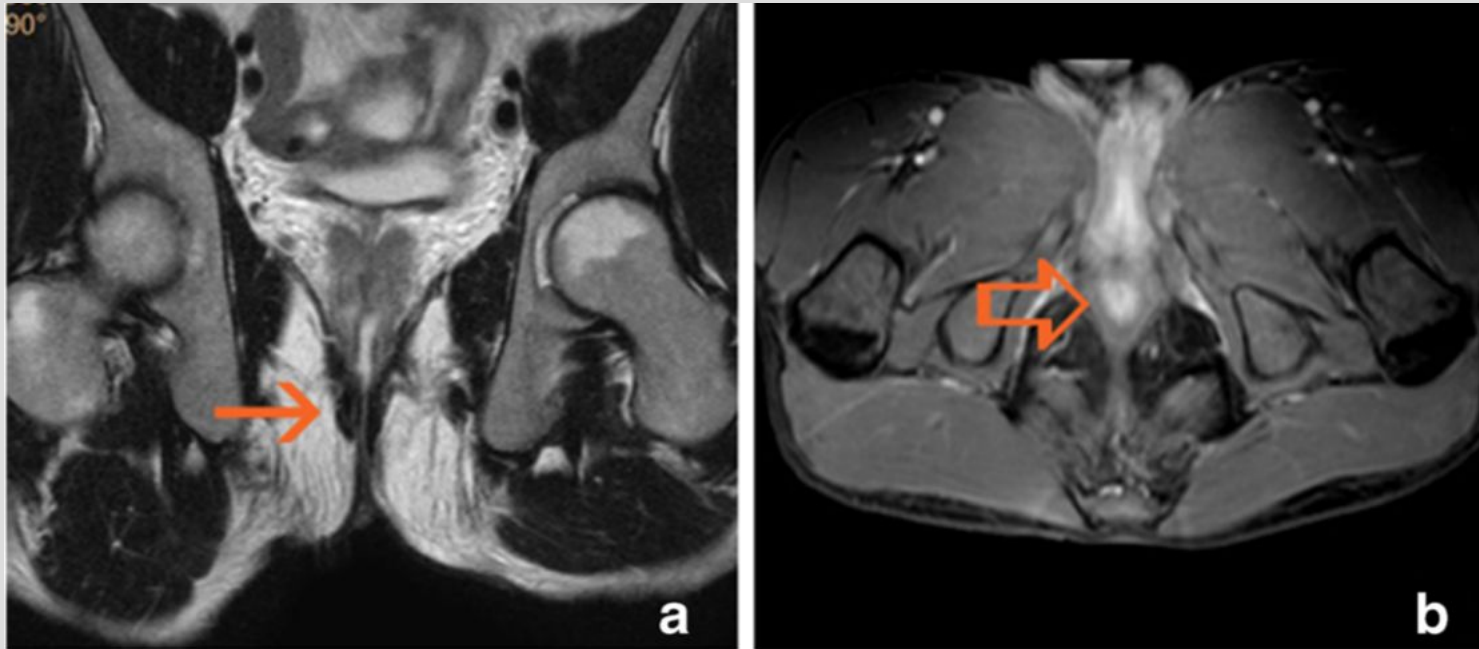
Hydradenite suppurative



# IRM PELVIENNE : ACTIVITÉ

Ulcération anale



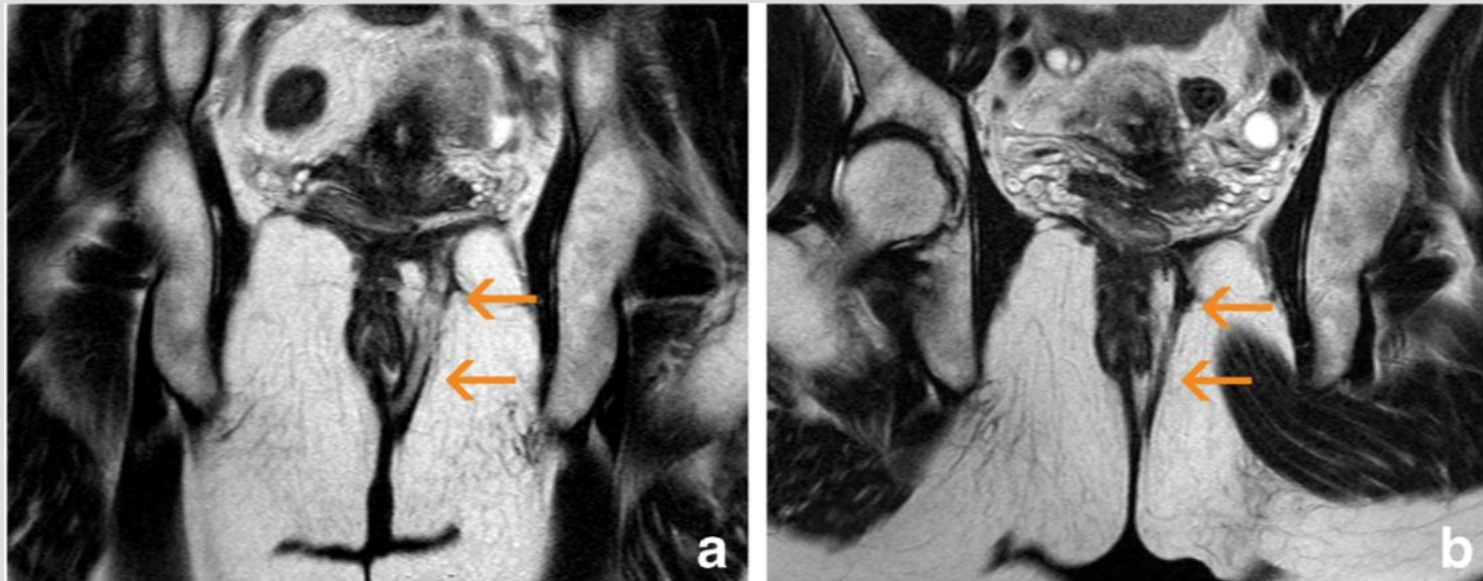


Sténose anale fibreuse

Nombre de trajets fistuleux	
0	0
1 sans diverticule	1
1 avec diverticules	2
multiples	3
Localisation	
extra ou intersphinctérien	1
transsphinctérien	2
suprasphinctérien	3
Extension	
souslévatorien	1
supralévatorien	2
Hyperdensité en T2	
absent	0
moyenne	4
prononcée	8
Collections > 3 mm diamètre	
absent	0
présent	4
Inflammation paroi rectale	
absent	0
épaissi	2
Total	

- État des lieux des lésions
- Documenter la cicatrisation sous biothérapie

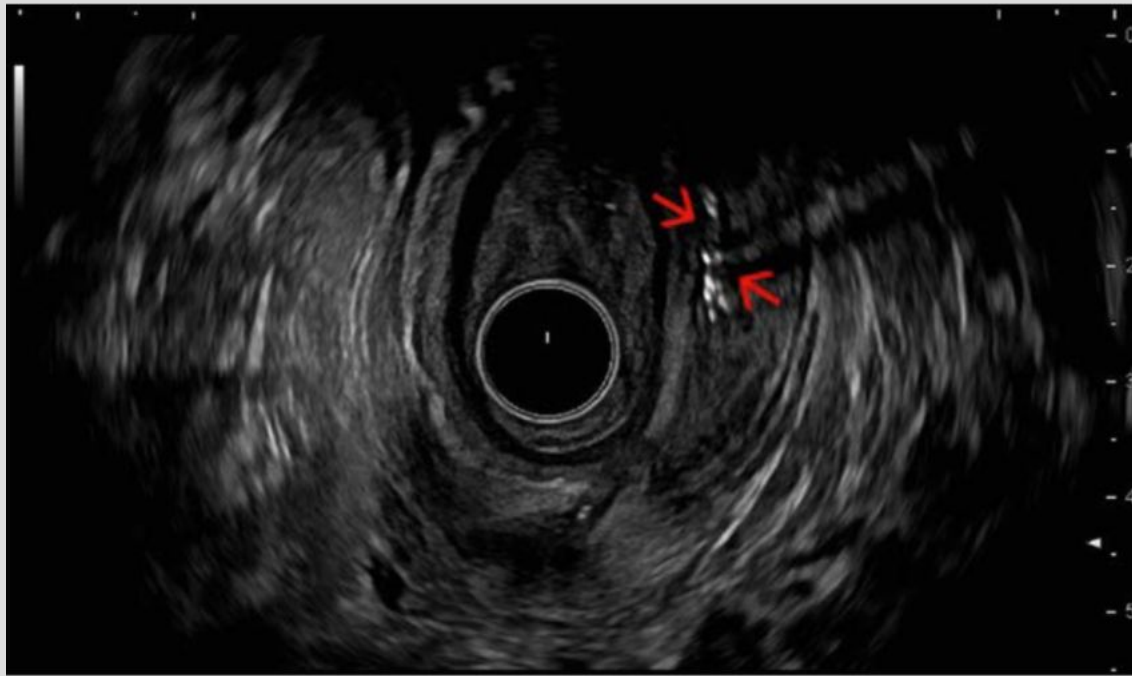
# IRM PELVIENNE : FOLLOW-UP



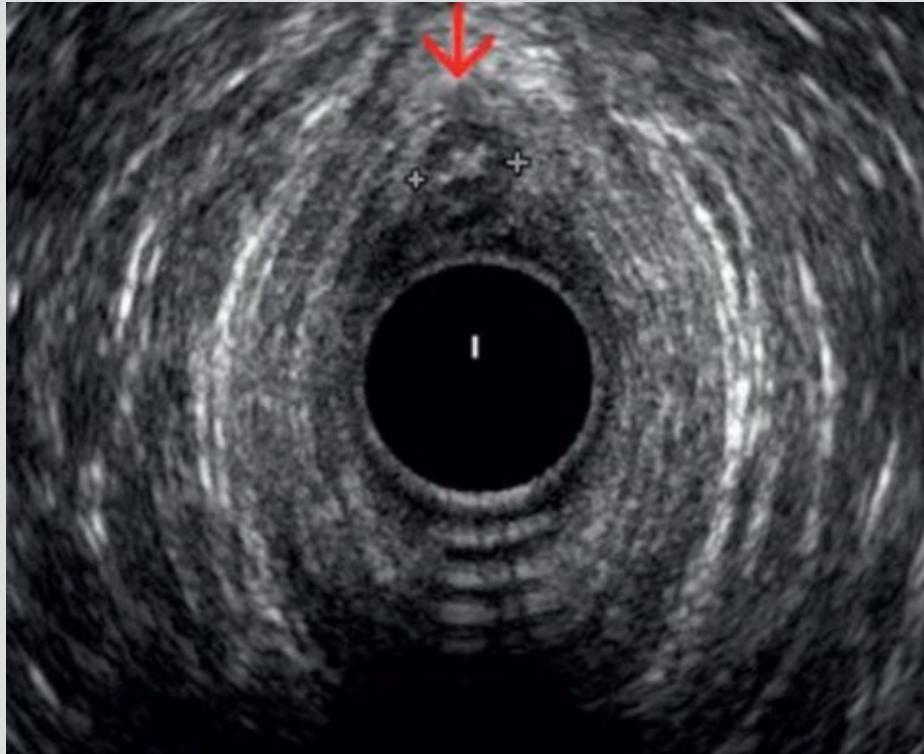
Évolution après 24 semaines de traitement par  
Anti-TNF

- Amélioration observée à moyen terme : 26 -52 semaines
- Baseline :
  - IRM avant traitement
  - IRM à 6 mois

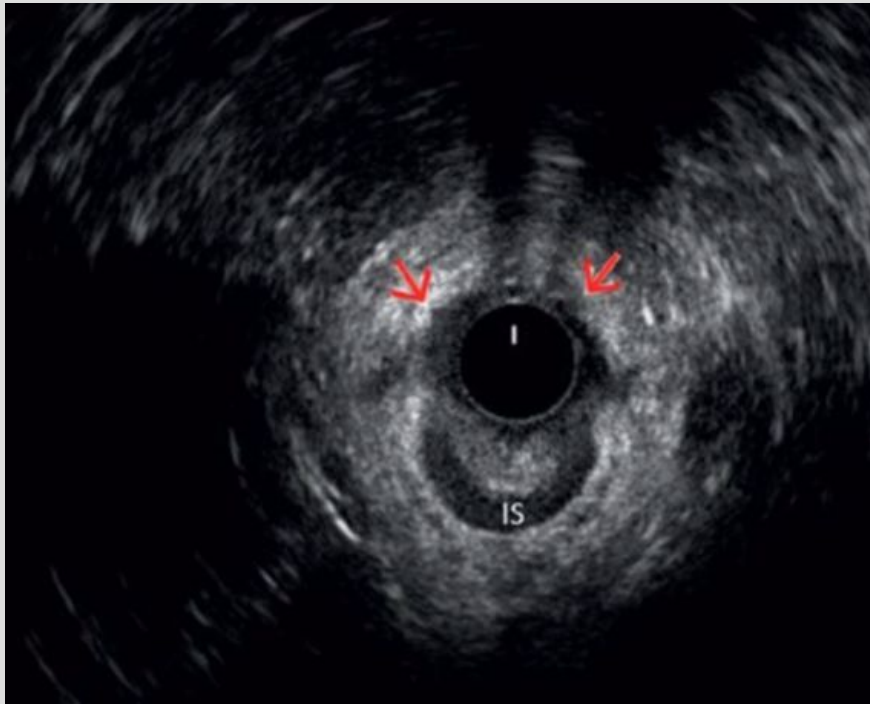
# ECHOGRAPHIE ENDOANALE



Echorich, air-bubble filled supra-sphincteric Crohn's fistula 2–3 and 6 o'clock position (courtesy of Eike Burmester).



Fistule antérieure

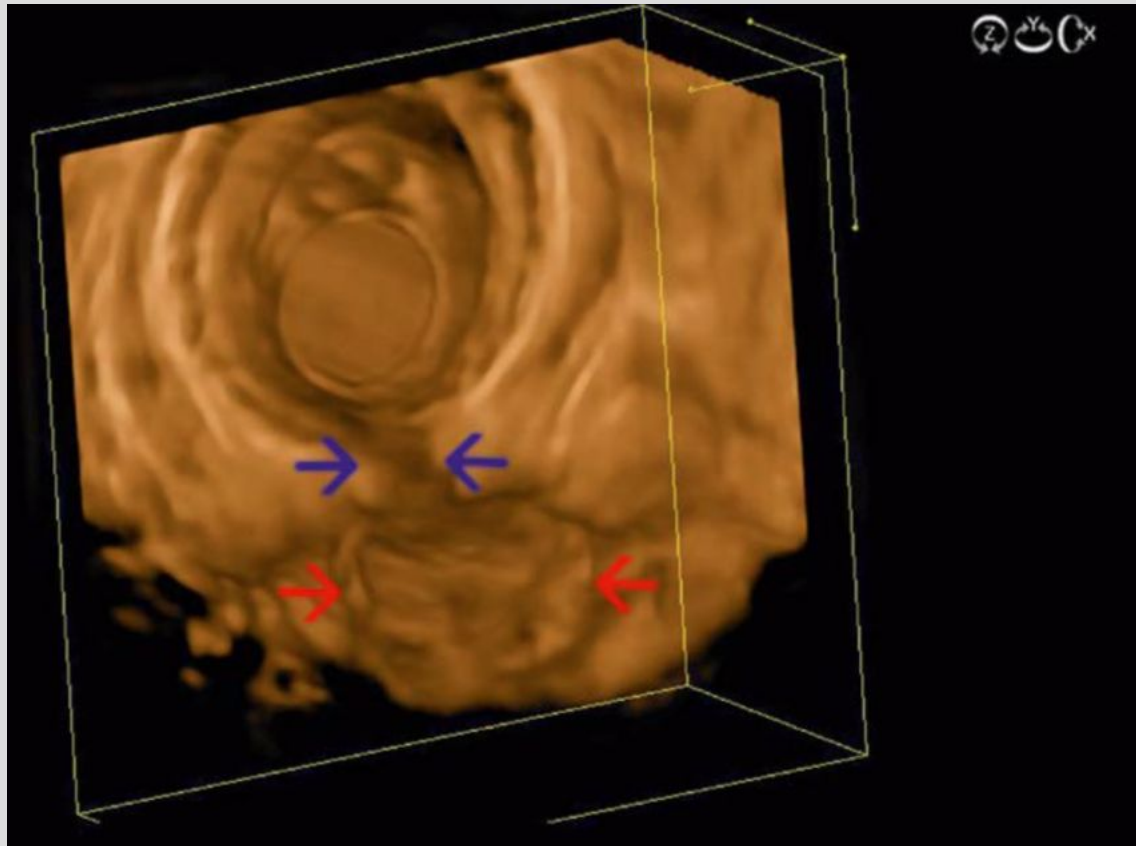


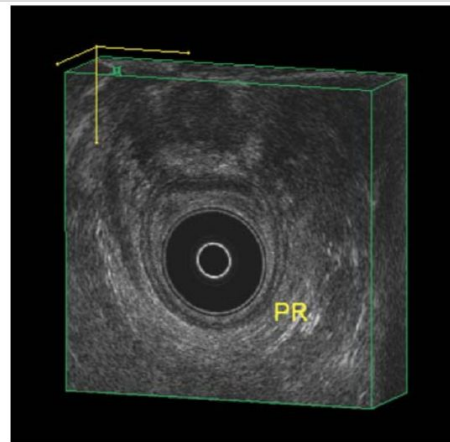
Défect du sphincter interne



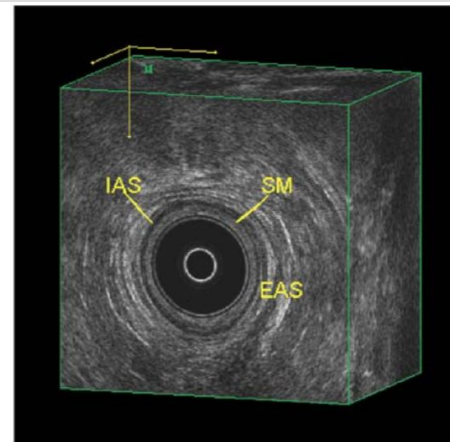
# NOUVEAUX OUTILS ?

## - Echographie 3 D

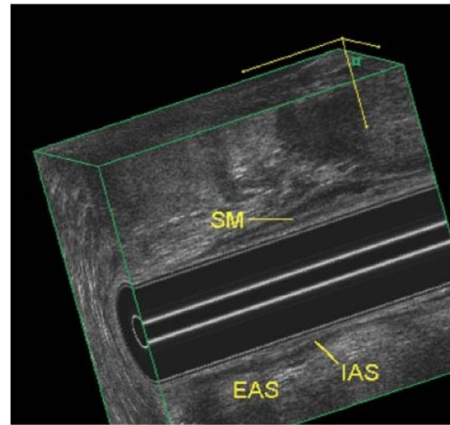




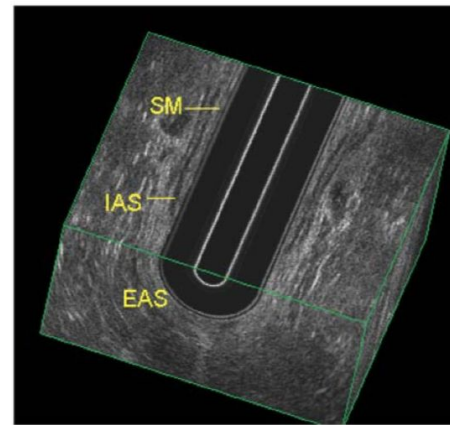
(a)



(b)

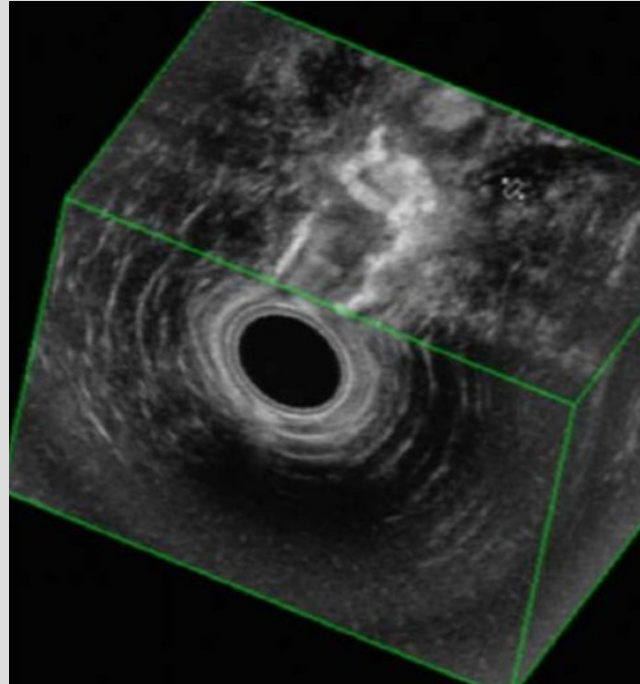


(c)



(d)

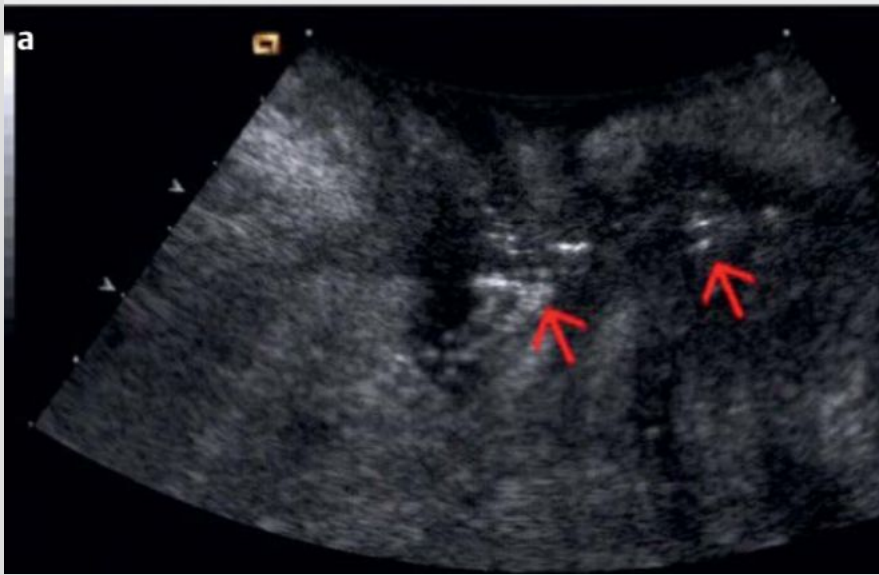
## ECHOANATOMIE EN 3 D



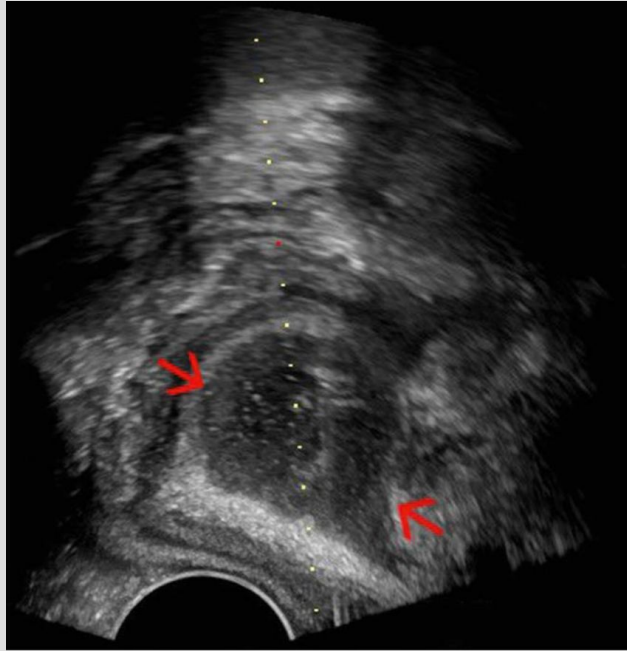
Fistule complexe avec extension supra-sphincterienne

- Examen rapide – économique – pas de préparation
- Bonne évaluation de l'appareil sphinctérien
- Limites : sténoses – douleurs – opérateur
- 3 D : moins dépendante de l'opérateur ++++ eau oxygénée

# ECHOGRAPHIE TRANSPERINEALE



Rectovaginal fistula (high resolution probe) (courtesy of Dieter Nuernberg).



Abcès anal drainé

# Prospective Comparison of Magnetic Resonance Imaging, Transrectal and Transperineal Sonography, and Surgical Findings in Complicated Perianal Crohn Disease

- 23 patients suivis pour maladie de Crohn avec MAP
- Ont eu : IRM – EE et échographie transpérinéale

**Conclusions**—Transperineal sonography is a **very accurate diagnostic** method with outstanding sensitivity compared with MRI and transrectal sonography for evaluation of complicated perianal Crohn disease. Due to its simplicity and low cost, it is recommended that transperineal sonography be the first diagnostic modality in these cases.



# The ECCO-European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology (ESGAR) Consensus (2013)

Statement 8.1. *Pelvic MRI is a highly accurate non-invasive modality for the diagnosis and classification of perianal fistulas; therefore it is considered the gold standard imaging technique for perianal CD. MRI provides additional detailed information on luminal disease location, disease severity, and fluid collections.*

ECCO-ESGAR statement 5A. *MRI is the most accurate imaging test for perianal CD with accuracy surpassing examination under anaesthesia, and is recommended during the initial diagnosis unless there is a need for intermediate drainage of sepsis [EL 1].*

ECCO-ESGAR statement 5C. *MRI and endosonography are both superior to simple clinical evaluation at assessing treatment response, particularly for detecting residual abscesses, and either should be considered prior to significant changes in, or cessation of, surgical or medical therapy [EL 2].*

ECCO-ESGAR statement 5B. *Undetected or untreated fistulae extensions and abscesses are the major cause of treatment failure. Imaging, particularly using MRI, is highly accurate in detecting such complications and for treatment planning [EL 2].*

# Recommandations pour la Pratique Clinique

## dans les lésions ano-périnéales de la maladie de Crohn

2014

- L'exploration radiologique est recommandée pour les lésions secondaires complexes notamment en cas d'échec de précédents traitements chirurgicaux et/ou médicaux (**grade B**).
- L'exploration radiologique peut être recommandée aussi pour les lésions secondaires simples, du fait des implications pronostiques et thérapeutiques (**grade B**).
- En cas de recours à l'imagerie, l'IRM doit être l'examen de première intention (**grade B**).
- L'association à un examen sous anesthésie générale pourrait améliorer la précision de cet examen (**grade B**).
- L'intérêt pronostique de l'imagerie, notamment de l'IRM, dans l'évaluation thérapeutique et son impact sur la prise en charge des patients est encore à définir (**grade B**).
- L'écho-endo-anale réalisée de préférence en 3D, éventuellement associée à l'injection d'eau oxygénée, pourrait être équivalente à l'IRM (**grade B**).

- L'inaccessibilité ou une contre-indication à l'IRM et à l'EEAR impose un examen sous AG  
(**grade C**).

- La tomodensitométrie et la fistulographie n'ont plus de place dans cette indication  
(respectivement, **grade B** et **grade C**).

IRM OU EEA OU ETP ?

## EFSUMB Recommendations for Gastrointestinal Ultrasound Part 3: Endorectal, Endoanal and Perineal Ultrasound

Insights Imaging (2018) 9:47–58  
<https://doi.org/10.1007/s13244-017-0579-9>

REVIEW

### **Role of magnetic resonance imaging in the management of perianal Crohn's disease**

Jose C. Gallego<sup>1</sup> • Ana Echarri<sup>2</sup>

# Conclusion

Manifestations ano-périnéales : fréquentes

Description : connaissance des lésions  
examen rigoureux

Exploration :

- imagerie : IRM Gold standard
- examen sous anesthésie et échographie endoanale réalisées par l'opérateur