



# Fitz hugh curtis sendromu - Bir olgu sunumu

## *Fitz hugh curtis syndrome - A case review*

Ahmet VAROLAN, İnci DAVAS, Atif AKYOL, Ali YAZGAN,  
Abdülkadir BAKAY, Figen EZEN, Jale ÖZGÜL

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

### ÖZET

Fitz Hugh Curtis (FHC) sendromu, pelvik enfeksiyonun asenden yolla karaciğer kapsülü ve diaframa ulaşarak sağ üst kadranda ağrısına sebep olmasıyla kendini gösteren ve çoğu zaman akut pelvik inflamatuvarlı (PID) hastalarda da görülebilen bir durumdur. Görülme insidansı tanıda kullanılan kriterlere göre değişkenlik göstermektedir. Laparoskopide perihepatik adezyonların görülmesi tanıya yardımcı olmakla beraber semptomlarla ilişkisi net olarak gösterilememiştir.

**Anahtar kelimeler:** Pelvik inflamatuvar hastalık, Fitz hugh curtis sendromu

### ABSTRACT

Fitz Hugh Curtis syndrome is described as the ascending infiltration of the pelvic infection affecting liver and diaphragm usually involving salpingitis. The incidence of FHC may vary according to criteria used in diagnosis. Perihepatic adhesions may be observed during laparoscopy in patients without any symptoms or on the contrary there can be no visible adhesions in patients with active PID.

**Key words:** Pelvic inflammatory disease, fitz hugh curtis syndrome

## GİRİŞ

İlk olarak 1920'de tanımlanan (1,2) Fitz Hugh Curtis (FHC) sendromu, pelvik enfeksiyonun asenden yolla karaciğer kapsülü ve diaframa ulaşarak sağ üst kadranda ağrısına sebep olmasıyla kendini gösteren ve akut pelvik inflamatuvarlı (PID) hastalarda karşılaşılabilen bir durumdur (3,6). Tanıda kabul edilen kriterlere göre FHC sendromu insidansı değişmektedir. Hiç semptomu olmayan kadınlarda laparoskopide perihepatik adezyonlar izlenebilirken, semptom veren sağ üst kadranda ağrılı PID vakalarında laparoskopide hiçbir bulgu olmayabilir.

## OLGU

26 yaşında Gravida 5 Parite 3 Abortus 1 mul-

### Yazışma adresi:

Dr. Kadir Bakay, Şişli Etfal EAH, 2. Kadın Doğum  
Kliniği, Şişli-İstanbul  
Tel: (0212) 231 22 09 / 1101  
Email: drkadirbakay@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 14 Ağustos 2008 / August 14, 2008

Kabul tarihi / Date of acceptance: 16 Aralık 2008 / December 16, 2008

tigravid hasta bilateral kasık ağrısı ve sağ üst kadranda ağrısı şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Anamnezinde son adet tarihinin yaklaşık 3 hafta önce olduğu ve yine 3 hafta önce 4 yıldır mevcut olan rahim içi aracını (RİA) çıkarttırdığını söyleyen hastanın geliş muayenesinde genel durumu; orta-kötü, collum enlemesine yırtık bol mikst karakterde lökore, uterus antevort yarı mobil ve normal cesametteydi. Bilateral adneksiyel alanlarda dolgunluk ve hassasiyet mevcut olup defans ve rebound pozitif. Sağ üst kadranda palpasyonla hassasiyet mevcuttu.

TA:120\80 mmHg, NDS:88, Ateş:38.6 Celcius derece, Gaz\Gaita deşarjı mevcuttu.

### Laboratuvar tetkikleri başvuru:

WBC:30400 /ul Hb:10.7 g/dl Htc: %31.3  
Plt:419000 CRP:338,1 SGOT:79 u/l SGPT:98 u/l  
Fibrinojen:685 mg/dl

Viral hepatit, HIV markerları negatif idi.

Servikal sürüntüden örneklenmiş olup sonucu sonradan teyid edilmiş olan Chlamydia antijen pozitifliği ve ayakta direkt batın grafisinde loküle hava sıvı seviyeleri izlendi.

Ultrasonografide; uterus boyutları normal olup korpus heterojen görünmekte ve endometrial kavitede kolleksiyon, bilateral parametrial alanlarda yaygın ekojenite artışı ve lineer ekojenite alanları izlendi. Sağ adnekte 56\*49mm ve 50\*39mm boyutlarında birbiri ile ilişkili renkli doppler ile yapılan ultrasonografik incelemede belirgin vaskularizasyon saptanmayan kompleks lezyonlar izlenmiş olup sol adnekte 40\*26mm sağdakilerle benzer karakterde lezyon izlendi. Karaciğer, dalak ve bilateral böbrekler izlenebilen kesitlerde tabii, safra kesesi kontrakte izlendi.

Hasta bu bulgularla FHC sendromu tanısıyla hospitalize edildi ve IV seftriakson 1g 2\*1, klindamisin 600mg 2\*1 ve metronidazol 1g 2\*1 tedavisine başlandı. Tedaviye başlandıktan sonra karaciğer enzimlerinde düşme gözlemlendi fakat bunun dışındaki tüm bulgulara agrevasyon gözlenmesi üzerine hastaya tanı ve tedavi amaçlı di-agnostik laparoskopi uygulandı.

Laparoskopide, batında yaygın eksuda izlendi, lineer yapışıklıklar mevcuttu, omentum ödemli, infekte, kalınlaşmış ve orta hattan itibaren pelvise uzanmıştı. Omentum, intestinal yapılar ve adnekslerle iltisak içindeydi. Karaciğer kapsülünde eksudatif görünümlü granüler oluşumlar ve lineer yapışıklıklar (Violin Strings) izlendi. Her iki over ve tubalar ödemli ve hipermikti.

Laparotomiye geçildi. Sol parakolik alandan 100 cc abse drene edildi, adezyolizis (bridektomi) uygulandı, parsiyel omentektomi uygulandı. Post operatif dönemde antibiyoterapiye 14 gün devam edilen hastada herhangi bir komplikasyon gözlenmeden şifa sağlandı.

## TARTIŞMA

FHC sendromu, tanısında güçlükle yaşanabilen fakat tanı konduktan sonra uygun tedaviye çok iyi cevap veren bir sendromdur. Klinisyen açısından tanı aşamasındaki güçlükle, mevcut sağ üst kadran ağrısının pelvik semptomları maskeleyebilmesi ve kolesistit, kolelitiazisi andıran semptomlar vermesinden dolayıdır. Kolesistit ve infertilite gibi nedenlere yönelik cerrahi girişimler sonucunda tanıda geçmişe nazaran daha fazla vakayla

karşılaşılmaktadır (9,10,14).

Neisseria gonorrhoeae ve Chlamydia trachomatis etken bakteriler olarak gösterilmiş ve bildirilmiş vakalarda serviks, fallop tüpleri ve karaciğer kapsülünden izole edilmiştir (4,5).

Olgumuzda serviksten alınan örnekte C.trachomatis üretilmiştir.

Laparoskopik eksplorasyonda pelvisten başlayıp batın içi boyunca karaciğere uzanan yoğun inflamatuvar görünüm Holm-Nielsen P ve arkadaşlarının hipotezini destekler şekilde vakamızdaki bakteriyel oluşumun intraperitoneal yayıldığını düşündürmekte (1,2,8,9) ve bu bulgular eşliğinde vakada semptomların başlamasından 3 hafta önce RİA çıkartılması anamnezinin olması da Onsrud M.ve arkadaşlarının (6) laparoskopik kriterlerle tanı koyduğu FHC sendromlu kadınlarda son 6 hafta içinde RİA takılması veya çıkartılması anamnezi olmasının risk artırıcı faktör olduğunu desteklemektedir.

Laparoskopik kriterlere göre Onsrud, PID tanısı olan hastaların %13.8'inde peri hepatit gözlemiştir (6).

FHC şüphesi olan hastalarda tanıya giderken PA Akciğer grafisi (peptik ülser perforasyonu veya pnömoniyi ekarte etmek için), ultrasonografi (kolelitiazis vs. ekarte etmek ve adneksiyel lezyonları göstermek için), IV kontrastlı bilgisayarlı tomografi gibi görüntüleme yöntemlerinden faydalanılabilir. Romo ve Clarke (12) FHC sendromlu hastalarda ultrasonografide batın içi ve pelviste büyük ölçüde sıvı olduğunu göstermiştir.

Litt ve Cohen (3) FHC'li hastalardaki non spesifik transaminaz yüksekliği olan karaciğer enzimlerindeki hafif artışı (hepatit'ten farklı olarak) göstermiştir. Hastalarda lökositöz görülebilir.

Cerrahi yaklaşım, medikal tedaviye yanıt vermeyen vakalarda tanı ve tedavi amacıyla kullanılmalıdır ve diğer nedenleri ekarte eder (10,13).

Tanısı konmuş FHC sendromlu hastada mutlaka cinsel yolla bulaşan hastalıkların taraması yapılmalı, güvenli seks konusunda eğitim verilmelidir. Antibiyotik seçiminde C. trachomatis, N. Gonorrhoeae fakültatif gram (-) çomaklar ve anaerob bakteriler hedeflenmelidir (7,11).

IV terapi iyileşme belirtilerinden sonra en az

48 saat sürdürülmeli oral tedaviye 14 güne tamamlanmalıdır (14,15).

Tedaviye iyi yanıt veren FHC sendromunda uzun dönem komplikasyonlar nadir görülür ve adezyonlara bağlı infertilite, ileus-sub ileus gibi tablolarla kendini gösterir. FHC sendromunda uzun veya kısa dönem açısından genel yaklaşım, yeterli tedaviye rağmen semptomlarda gerileme olmaması halinde cerrahiye geçilmesi yönündedir.

### KAYNAKLAR

1. Fitz-Hugh T Jr. Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934; 102:2094-2096.
2. Curtis A. Adhesions of the anterior surface of the liver. *JAMA* 1932; 99:2010-2012
3. Litt IF, Cohen MI. Perihepatitis associated with salpingitis in adolescents. *JAMA* 1978; 240: 1253-1254.
4. Dalaker K, Gjonnaess H, Kvile G, Urnes A, Anestad G, Bergan T. Chlamydia trachomatis as a cause of acute perihepatitis associated with pelvic inflammatory disease. *Br J Vener Dis* 1981; 57:41-43.
5. Wolner-Hanssen P, Svensson L, Westrom L, Mardh PA. Isolation of Chlamydia trachomatis from the liver capsule in Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *N Engl J Med* 1982; 306:113.
6. Onsrud M. Perihepatitis in pelvic inflammatory disease-association with intrauterine contraception. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1980; 59:69-71.
7. Pletcher JR, Slap GB. Pelvic inflammatory disease. *Pediatr Rev* 1998; 19:363-367.
8. Vickers F, Maloney P. Gonococcal perihepatitis. *Arch Intern Med* 1964; 114:120-123.
9. Holm-Nielsen P. Right upper quadrant pain in salpingitis and other abdominal diseases explained by absorption of exudates from the peritoneal cavity through the diaphragm. *Acta Chir Scand* 1953; 104: 435-446.
10. Jacobson L, Westrom L. Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease. Diagnostic and prognostic value of routine laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 105:1088-1098.
11. McCormack WM. Pelvic inflammatory disease. *N Engl J Med* 1994; 330:115-119.
12. Romo LV, Clarke PD. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: pelvic inflammatory disease with an unusual CT presentation. *J Comput Assist Tomogr* 1992; 16:832-833.
13. McCormick M, Del Castillo J, Berk RS. An atypical presentation of the Fitz-Hugh-Curtis syndrome. *J Emerg Med* 1990;8:55-58.
14. Clinical Effectiveness Group. National guideline for the management of pelvic infection and perihepatitis. *Sex Transm Infect* 1999;75:S54-56.
15. McNeeley SG, Hendrix SL, Mazzoni MM, Kmack DC, Ransom SB. Medically sound, cost-effective treatment for pelvic inflammatory disease and tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178:1272-1278.

### SONUÇ

Sonuç olarak, tedaviye iyi yanıt veren FHC sendromunda uzun dönem komplikasyonlar nadir görülür ve adezyonlara bağlı infertilite, ileus-sub ileus gibi tablolarla kendini gösterir. FHC sendromunda uzun veya kısa dönem açısından genel yaklaşım, yeterli tedaviye rağmen semptomlarda gerileme olmaması halinde cerrahiye geçilmesi yönündedir.