

Fitz Hugh Curtis Sendromu: Olgu Sunumu

Abdülaziz Gül* , Çetin Kotan**

Özet: Fitz Hugh Curtis (FHC) sendromu, pelvik inflamatuvar hastalık geçiren kadınların %5-10'unda görülür. Karında özellikle sağ üst kadranda belirgin semptomlarından dolayı FHC sendromu klinik olarak biliyer patolojiler başta olmak üzere bir çok hastalığı taklit etmekte ve infertilite nedeni olabilmektedir. Bu yazıda FHC sendromu; laparoskopik olarak tanısı konulup, mikrobiyolojik olarak doğrulanan bir olgu literatür ile birlikte gözden geçirildi.

Anahtar kelimeler: Pelvik inflamatuvar hastalık, fitz hugh curtis sendromu

Pelvik inflamatuvar hastalık (PID) genç kadınların sık görülen önemli bir genital enfeksiyonu ve infertilitede tubal faktörün önde gelen nedenlerinden biridir. İnfertilite riski tekrarlayan ataklardan sonra % 54 e kadar çıkabilmektedir (1). PID etkeni olan mikroorganizmalar pelvik yayılım ile ekstra genital enfeksiyonların kaynağı olabilmektedir. Pelvik inflamatuvar hastalığın bir komplikasyonu olarak perihepatit veya Fitz Hugh Curtis sendromu, bir olgu nedeni ile tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Abdominal yakınmaları nedeni ile tetkik edilip, kolelitiazis tanısı ile opere edilmek üzere yatırılan 35 yaşındaki 6 gebelik, 3 doğum ve 3 düşüğü olan hastamızın ağrı şikayeti özellikle sağ üst kadrana lokalize idi.

Sistem sorgulamasında abdominal yakınmalarının yanısıra vajinal akıntı tarif eden hasta; vajinal akıntı nedeni ile çeşitli tedaviler aldığını, yaklaşık üç yıldır karın sağ üst kadranda zaman zaman artan sürekli ağrıları olduğunu, bu nedenle yapılan tetkiklerinde safra kesesi taşı saptanması üzerine ağrılarının bununla ilişkilendirildiğini ve ameliyat önerildiğini ifade etti.

Fizik muayenesinde karın sağ üst kadranda minimal hassasiyet dışında patolojik bulgu saptanmadı. Jinekolojik muayenesinde vajinal akıntı ve adneksiyal hassasiyet mevcuttu. Rutin biokimyasal ve hematolojik, laboratuvar tetkikleri normal sınırlarda idi. USG de safra kesesi cidar kalınlığı, intra ve ekstrahepatik safra yolları ve içerikleri normal sınırlarda, safra kesesi içerisinde iki adet yaklaşık 0,5cm lik safra taşı vardı.

*Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD, Van

** Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fak. Genel Cerrahi ABD, Van

Yazışma adresi: Dr. Abdülaziz GÜL

Yüzüncü Yıl Üniv. Tıp Fakültesi KadınHastalıkları ve Doğum ABD, Van

Pelvik USG normal olarak değerlendirildi.

Hastaya kolelitiazis tanısı ile laparoskopik kolesistektomi planlandı.

Ameliyatta karaciğer kapsülü normal renk ve yapısını yitirmiş, kalınlaşmış, çevre dokular ile karaciğer ve diafragma arasında yoğun adezyonlar mevcuttu. Pelvik bölgenin eksplorasyonunda uterus , tubalar ve overlerde herhangi bir patoloji saptanmadı. Laparoskopik olarak adezyonlar eksize edilip safra kesesi vizualize edilmeye çalışıldı, fakat başarılı, olunamadığından laparotomiye geçilerek usulüne uygun olarak kolesistektomi ve adezyolizis yapıldı.

Peroperatuvar perihepatit nedeni ile Fitz Hugh Curtis ön tanısı alan hastada tanı mikrobiyolojik olarak doğrulandı. Antibiyotik (Doxycycline 100 mg tablet günde iki kez) tedavisi verilerek şifa ile taburcu edilen hasta halen asemptomatiktir.

Tartışma

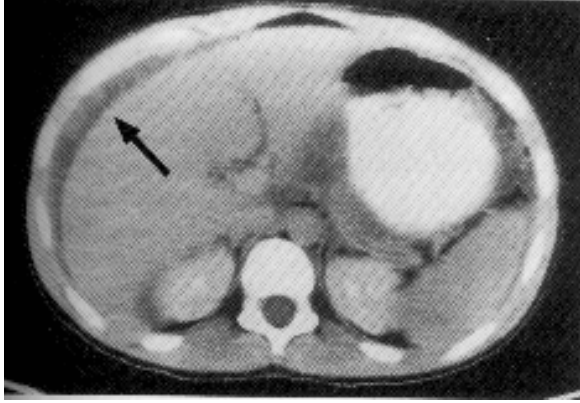
Perihepatit veya Fitz-Hugh-Curtis (FHC) sendromu, pelvik inflamatuvar hastalığın bir komplikasyonudur (1,2). Karaciğerde parenkim tutulumu olmaksızın kapsül inflamasyonu vardır. Pulmoner ve bir dizi akut abdominal patolojileri taklit eden semptomlara yol açabilir (2,3).

Premenapozal dönemde, seksüel olarak aktif genç kadınların hastalığıdır. Tubal kapalılık ve yapışıklıklarla infertilite nedeni olabilmektedir. Perihepatit PID geçiren kadınların % 5-10' unda görülür (3,4). Laparoskopi kullanımının artmasına paralel olarak bildirilen vakalar artmaktadır (3,4). Az sayıda erkek hastada da perihepatit bildirilmiştir (5). Bunların tümünde enfeksiyon etkeni olarak N. gonorrhoeae tespit edilmiş ve etkenin karaciğer kapsülüne hematojen ve lenfatik yayılım ile ulaştığı bildirilmiştir (5,8).

FHC sendromu başlangıçta gonokoksik salpenjite sekonder, tubalardan transperitoneal yayılımla ilintili olarak tanımlanmıştır. Fakat klamidyal salpenjit çok daha sık olarak perihepatit oluşturmaktadır (6,7). Enfeksiyon

etkeni tubalardan sadece transperitoneal yayılım ile değil, hematojen ve lenfatik yol ile de karaciğer kapsülüne ulaşabilmektedir (5,8).

Enfeksiyonun erken döneminde karaciğer kapsülünde pürülan veya fibrinöz eksüda görülür. Tanı ve tedavisi gecikmiş vakalarda, enfeksiyonun daha ileri döneminde, karaciğer kapsülünde kalınlaşma ile birlikte karaciğer diafragma ve karın ön duvarı arasında fibröz yapışıklıklar oluşur. Yapışıklıklar abdominal BT de "keman teli" görüntüsü oluşturur; bu imaj diagnostiktir (5,8) Resim 1.



Resim 1. Karın ön duvarı ile karaciğer arasındaki adezyonların tomografide, "Keman teli" görüntüsü.

Abdominal yakınmaları olan genç kadınlarda, ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır (7). Klasik semptomu şiddetli olabilen karın sağ üst kadran ağrısıdır (2) . Sol renal kolik, akut apendisit, pulmoner emboli, akut kolesistit, kronik kolesistit, üriner sistem enfeksiyonu gibi akut karın tablosunu taklit eden semptomları olabilir (2,3). McCormick ve arkadaşları kolonik ileus tablosu ile müracaat eden genç kadın hastalarında servikal smearde klamidyal antikor saptayarak FHC tanısı koymuşlardır (8).

Bizim olgumuzun uzun süredir var olan abdominal yakınmaları safra kesesi taşı ile ilişkilendirilmiş, hastanın tedavisi buna göre planlanmıştır. Oysa hasta operasyon bulguları ışığında retrospektif olarak tekrar değerlendirildiğinde hastada akut/kronik kolesistit, biliyer kolik veya obstrüksiyon gibi semptomatik safra taşı hastalığından ziyade asemptomatik safra taşı mevcut olduğu ve abdominal yakınmalarının pelvik inflamatuvar hastalığa sekonder olarak gelişen perihepatit sonucu olduğu kanaatine varıldı. Nitekim hastada ameliyat sonrası dönemde semptomatik iyileşme adezyolizis ve uygun antibiyotik tedavisinin sonucudur.

Konvansiyonel radyolojik tetkikler, abdominal USG ve BT' de, karaciğer kapsül kalınlığının

artması, perihepatik yoğun yapışıklıkların oluşturduğu 'keman teli' görüntüsü diagnostiktir (5,8).

Mikrobiyolojik olarak servikal smearden alınan örneğin direkt preparasyonu yapıp gram boyama ile boyanarak N. gonorrhoeae görülebileceği gibi uygun besiyerine ekimi ile N. gonorrhoeae kültüre edilebilir. Servikal kültürden klamidya izolasyonu çoğunlukla başarısız olduğundan mikroimmünofluoresans antikor testi tanı için gereklidir. Bizim olgumuzda da bu yöntemle klamidyal enfeksiyon tanısı konmuştur. Klamidyanın karaciğer kapsülünden de izole edilebileceği bildirilmiştir (9).

Enfeksiyonun akut döneminde spesifik antibiyotik tedavisi oldukça etkilidir ve semptomlar hızla kaybolur. Tanı ve tedavisi gecikmiş antibiyotik tedavisine dirençli kronik ve ağrılı vakalarda ise laparoskopik olarak yapışıklıkların koterize edilmesi semptomatik iyileşme sağlayabilir (10) .

Fitz Hugh Curtis Syndrom: A Case Report

Abstract: Fitz Hugh Curtis (FHC) syndrome appears in the 5 to 10 percent of women who have pelvic inflammatory disease . FHC syndrome clinically mimics many disease such as biliary pathology and may be cause of infertility. In this article, Fitz Hugh Curtis Syndrome which was diagnosed laparoscopically and confirmed microbiologically was discussed in view of the literature.

Key Words : Pelvic Inflammatory Disease, Fitz Hugh Curtis Syndrome.

Kaynaklar

- 1- Sperof L, Glass RH, Kase NG: Female Infertility in Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility Fifth Edition Baltimore, Maryland 1994 Chapter 26, 809-840.
- 2- Gatt D, Heafield T, Jantet G: Curtis Fitz Hugh syndrome: The new mimicing disease? Ann R Coll Surg Engl, 68:271-274,1986 .
- 3- Ülgenalp İ; Orhon E: Seksüel geçişli hastalıklar ve pelvik enfeksiyonlar. Kişnişçi, Gökşin. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara.1996 s: 607-8
- 4- Toki T, Hoshiai H;Chan WI,Yajima A, FHC Syndrome: three cases confirmed by laparoscopy. Asia Oceania J Obst Gynecology, 16:105-110, 1990.
- 5- Robert L, Owen KL: Proctitis and Sexually Transmissible intestinal disease.In Sleisenger MH, Fordtran JS, Editors.Gastrointestinal disease, pathophysiology, diagnosis, management. Volume 2.Fifth edition, Philadelphia,WB Saunders, 1993, pp:1526-1540.

- 6- Keana JA, McKimm RJ, David CM: Acute perihepatitis of genital origin: 4 case reports. N Z Med J, 95: 725 - 728, 1982.
- 7- Piton S, Marie E, Parmentier JL: Chlamydia trachomatis perihepatitis Apropos of 20 cases. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) , 19:447-450, 1990.
- 8- McCormik M, DelCastillo J, Berk RS: An atypical presentation of the FHC Syndrome J Emerg Med, 8819:55 - 58, 1990.
- 9- Wolner Hanssen P, Svenson L, Westrom L, Mardh PA: Isolation of Chlamydia trachomatis from the liver capsule in FHC syndrome(letter). N Eng J Med, 306: 113 - 115, 1982.
- 10-Owens S, Yeko TR, Bloy R, Maroulis GB: Laparoscopic treatment of painful perihepatic adhesions in FHC syndrome Obstet Gynecol. 78: 542 - 543, 1991.