

Fitz Hugh Curtis Syndrome in a Patient Presenting with Right Upper Quadrant Pain: A Case Report

Sağ Üst Kadran Ağrısı ile Başvuran Hastada Fitz Hugh Curtis Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Reyhan Irem MUTLU¹, Ayhan ÖZHASENEKLER¹

ABSTRACT

Aim: Fitz-Hugh-Curtis is a syndrome whose diagnosis may be missed because it is not a common condition and presents with non-specific right upper quadrant pain. In this article, we aimed to analyze the syndrome in a patient presenting with right upper quadrant pain and elevated liver function tests and to draw a road map for differentiation from other diagnoses.

Case: A twenty-two-year-old female patient was admitted to the emergency department with right upper quadrant pain and fever. She was found to have elevated liver function test (LFT) in a previous hospital admission and was referred to us for further diagnosis and treatment. Her medical history revealed that her pain started 20 days ago. Physical examination revealed tenderness in the right upper quadrant. Ultrasonography and tomography showed a small amount of fluid in the perihepatic region and 10 cm of fluid in the Douglas cavity. No hepatic or biliary pathology was detected. Elevated LFT was detected in blood results. Since the patient was sexually active and described vaginal secretions, pelvic inflammatory disease was considered and she was consulted to the Gynecology and Obstetrics department. After hospitalization, antibiotherapy was started with piperacillin-tazobactam, but the drug was revised due to persistent pain and fever. Despite this, the patient remained symptomatic and laparoscopy was performed for both diagnosis and treatment. The patient was discharged on the 15th day of hospitalization with control recommendations.

Conclusion: It is a syndrome that responds well to treatment when diagnosed. It should be considered in patients presenting to the emergency department with abdominal pain and elevated LFT when no liver pathology is found. When the diagnosis is suspected, consultation with the Gynecology and Obstetrics department is necessary for both identification of the causative agent and treatment arrangement. Screening tests for other sexually transmitted diseases should also be performed in patients with the diagnosis.

Keywords: Fitz-Hugh-Curtis Syndrome, perihepatitis syndrome, pelvic inflammatory disease

ÖZ

Amaç: Fitz-Hugh-Curtis (FHC) Sendromu hem sık karşılaşılan bir durum olmaması hem de spesifik olmayan sağ üst kadran ağrısı ile prezente olması nedeniyle tanısı atlanabilen bir sendromdur. Bu yazımızda sağ üst kadran ağrısı ve karaciğer fonksiyon testleri (KCFT) yüksekliği ile başvuran hasta üzerinden sendromu incelemek ve diğer tanılardan ayırımı için yol haritası çizmek amaçlanmıştır.

Olgu: Yirmi iki yaş kadın hasta acil servise sağ üst kadran ağrısı ve ateş ile başvurdu. Daha önceki hastane başvurusunda KCFT yüksekliği saptanmış ve ileri tanı ve tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirilmiş. Hastadan alınan öyküsünde ağrılarının 20 gün önce başladığı öğrenildi. Fizik bakışında sağ üst kadranda hassasiyet saptandı. Kan tetkikleri alındı, ultrasonografi ve kontrastlı abdomen tomografisi planlandı. Kan sonuçlarında KCFT yüksekliği saptandı. Yapılan ultrasonografi ve tomografi sonucunda perihepatik bölgede sıvama tarzında, Douglasta ise 10 cm mayı görüldü. Karaciğer ya da safra patolojisi saptanmadı. Hastanın cinsel aktif olması ve vajinal akıntı tariflemesi nedeniyle pelvik inflamatuvar hastalık düşünülerek Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne danışıldı. Hastaya yatış sonrası piperasilin-tazobactam ile antibiyoterapisi başlanan hastanın ağrı ve ateşinin devam etmesi nedeniyle ilaç revizyonu yapıldı. Buna rağmen semptomatik seyreden hastaya hem tanı hem de tedavi amaçlı laparoskopi yapıldı. Hasta yatışının 15. gününde kontrol önerileri ile taburcu edildi.

Sonuç: Fitz-Hugh-Curtis Sendromu tanı aldığında tedaviye iyi yanıt veren bir sendromdur. Acil servise karın ağrısı ve KCFT yüksekliği ile başvuran hastalarda karaciğer patolojisi bulunmadığında akla gelmelidir. Tanıdan şüphelenildiğinde hem etken belirlenmesi hem de tedavi düzenlemesi için Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne konsülte etmek gereklidir. Tanıyı alan hastalarda diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar için de tarama testleri yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fitz-Hugh-Curtis sendrom, perihepatit sendromu, pelvik inflamatuvar hastalık

Gönderim: 27 Şubat 2024

Kabul: 24 Nisan 2024

¹ Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Ankara, Türkiye

Sorumlu Yazar: Ayhan Özhasenekler, Prof. Dr. **Adres:** Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, 06800, Çankaya, Ankara, Türkiye **Telefon:** +905055428672 e-mail: drhasenek@gmail.com

Atıf için/Cited as: Mutlu RI, Özhasenekler A. Fitz Hugh Curtis Syndrome in a Patient Presenting with Right Upper Quadrant Pain: A Case Report. Anatolian J Emerg Med 2024;7(3):133-135. <https://doi.org/10.54996/anatolianjem.1443395>

Giriş

Fitz Hugh Curtis sendromu pelvik inflamatuvar hastalığın perihepatit olarak görülebilen komplikasyonudur. Bu sendromda karaciğerin parankim tutulumu olmadan karaciğer kapsülünün inflamasyonu görülür (1). Bu yüzden sağ üst kadranda ağrısı ile prezente olur. Ağrı lokalizasyonu nedeniyle bu hastalar öncelikli olarak kolesistit ya da piyelonefrit olarak değerlendirilirler (2).

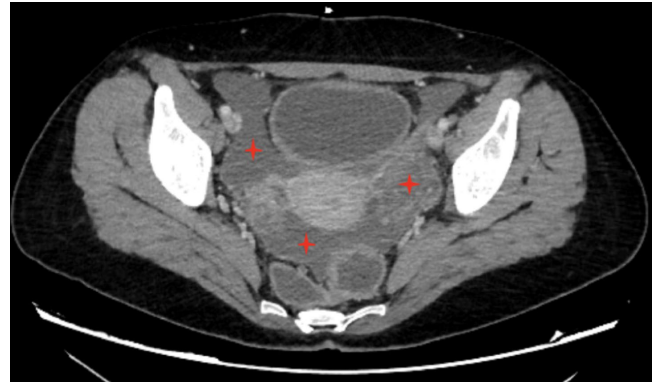
Olgumuzda sağ üst kadranda ağrısı ile acil servise başvuran kadın hastada Fitz Hugh Curtis sendromunu irdeledik.

Olgu Sunumu

Yirmi iki yaş gravida: 0 parite: 0 Abortus: 0 kadın hasta, acil servise 20 gündür olan ve 5 gündür artan bulantı, kusma, karın ağrısı ve ateş şikayeti ile başvurdu. Daha önce bu şikayetleri nedeniyle başka bir acil servise başvurmuş ve karaciğer fonksiyon testi (KCFT) yüksekliği olması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Hastadan alınan öyküde 20 gün önce evlendiği ve şikayetlerinin o zamandan sonra başladığı öğrenildi. Hastanın herhangi bir herbal ya da ilaç kullanımı, mantar yeme öyküsü yoktu. Fizik bakışında bilinci açık, oryante, koopere idi. Vital bulguları; kan basıncı:120/80 mmHg, nabız:76 atım/dakika, ateş:37,5°C ölçüldü. Hastanın batin muayenesinde yaygın hassasiyeti ve sağ üst kadranda derin palpasyonda defansı mevcuttu. Hastanın kan tetkikleri alındı ve abdominal ultrasonografisi (USG) yapıldı. Hastanın laboratuvar sonuçlarında AST: 279 U/L, ALT: 146 U/L, LDH: 658 U/L, Amilaz: 548 U/L, Lipaz: 354 U/L, prokalsitonin: 6,14 mikrogram/L, total-hCG: <2, WBC: 17,48X10⁹/L, CRP: 185 mg/L görüldü. Hepatit markerları HBsAg: 0,1 (Negatif), Anti HBs: 15,64 mIU/mL, Anti HCV: 0,08 (Negatif), Anti HAV IgM: 0,13 (Negatif) olarak sonuçlandı (Tablo 1). USG perihepatik alanda sıvama tarzında, Douglasta ise en derin yerinde 6 cm hemorajik sıvı şeklinde raporlandı. Hastaya intravenöz hidrasyon tedavisi başlandı. Hastanın yapılan tetkiklerinde kesin tanısı konulamadığı için ileri görüntüleme yöntemi olarak kontrastlı abdomen bilgisayarlı tomografisi (BT) çekildi. BT sonucunda hepatobiliyer ve pankreatik sistemde sıvama tarzı sıvı harici karaciğer patolojisine rastlanmadı (Şekil 1), Douglasta 10 cm hemorajik mayi görüldü (Şekil 2). Hastanın Douglastaki mayisi, cinsel aktif olması ve derinleştirilen öyküsünde vajinal akıntısının olması nedeniyle pelvik inflamatuvar hastalık (PIH) ön tanısı ile Kadın Hastalıkları ve Doğum bölümüne konsülte edildi. Yapılan transvajinal USGde sağ tuba ödemli görüldü. Bu ultrasonografi ve muayene sonuçları ile birlikte PIH'ye sekonder Fitz-Hugh-Curtis Sendromu ön tanısı ile Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniğine yatırıldı. Alınan kan ve idrar kültürlerinde herhangi bir üreme olmadı. Yatış sonrası piperasilin-tazobactam ile antibiyoterapisi başlanan hastanın ateş yüksekliği ve şikayetlerinin devam etmesi üzerine meropenem ve tetrasiklin ile tedavi revizyonu yapıldı. Yatışının 6. gününde antibiyotik revizyonuna rağmen ateşi gerilemeyen hastaya tanı ve tedavi amaçlı laparoskopi yapıldığı öğrenildi. Laparoskopi sonucunda tubal apse ve batin içi yoğun mayi görüldü. Batin içi yıkama ve abse drenajı sonrası tedaviye yanıt veren hasta yatışının 15. gününde poliklinik kontrolü önerileriyle taburcu edildi. Bu olgu sunumunun ve eşlik eden görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır.



Şekil 1: Kontrastlı abdomen BT'de perihepatik sıvama tarzı mayi görüntüsü (Kırmızı ok).



Şekil 2: Kontrastlı abdomen BT'de Douglastaki serbest mayi görüntüsü (Kırmızı yıldız).

Laboratuvar testi adı	Düzey	Birim	Laboratuvar testi adı	Düzey	Birim
AST	279	U/L	WBC	17,48	X10 ⁹ /L
ALT	146	U/L	CRP	185	Mg/L
LDH	658	U/L	HBsAg	0,1	(Negatif)
Amilaz	548	U/L	Anti HBS	15,64	Miu/ml
Lipaz	354	U/L	Anti HCV	0,08	(Negatif)
Prokalsitonin	6,14	Mkgram/L	Anti HAV IgM	0,13	(Negatif)
Total Hcg	<2				

Tablo 1. Laboratuvar sonuçları

AST: Aspartat aminotransferaz, ALT: Alanin aminotransferaz, LDH: Laktat dehidrogenaz, WBC: Beyaz kan hücresi, CRP: C-reaktif protein, HBsAg: Hepatit B yüzey antijeni, Anti-HBs: Hepatit B yüzey antikorları, Anti-HCV: Hepatit C virüs antikorları, Anti-HAV IgM: Hepatit A virüs IgM antikorları, Total HCG: İnsan koryonik gonadotropin.

Tartışma

Acil servise başvuruda sağ üst kadrana ağrısı için geniş bir tanı yelpazesi vardır. Acil hekimi için öncelikli olan bütüncül bir değerlendirme yaparak hayatı tehdit edici nedenleri dışlamaktır. Hastanın öyküsü ve fizik bakışına göre hareket ederek görüntüleme ve diğer tetkikler planlanır. Sağ üst kadrana ağrısının ayırıcı tanıları arasında akut kolesistit, koledokolitiazis, piyelonefrit, pnömoni, pulmoner emboli ve hepatit tanıları bulunur (2). USG, akciğer grafisi ve gereklilik halinde kontrastlı abdomen BT çekilerek bu tanılar dışlanır. FHC sendromu yaygın bir sendrom olmadığı için acil hekimi tarafından bu tanılar dışlandıktan sonra akla gelmelidir.

Fitz Hugh Curtis sendromu ilk defa 1930 yılında Thomas Fitz-Hugh ve Arthur Curtis tarafından tanımlanmıştır. Salpenjit tanılı ve sağ üst kadrana ağrısı olan kadın hastalarda karaciğer kapsülünde hastalığın klasik bulgusu olan "keman yayı" adhezyonlar görülmesi ile tanı almıştır (3). Sendrom pelvik inflamatuvar hastalığın hematojen ya da lenfatik yolla yayılımıyla karaciğer kapsülünün inflamasyonu sonucu oluşur. Hastalarda serviksten ve karaciğer kapsülünden alınan örneklerde en sık saptanan etkenler Neisseria gonorrhoea ve Chlamydia trachomatis'tir (4).

Bu hastalar acil servislere en sık sağ üst kadrana ağrısı ile başvururlar. Ağrı pozisyonel değişiklik veya solunumla şiddetini değiştirir. Ateş, bulantı, dispareni ve vajinal akıntı da başvuru sırasında olabilir (5). Bizim hastamızda da bu bulgulardan ateş, karın ağrısı, bulantı ve vajinal akıntı mevcuttu. Muayene sonrası hem diğer tanıları dışlamak hem de FHC tanısını doğrulamak için laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri planlanır. Laboratuvar parametrelerinde ılımlı aminotransferaz yüksekliği görülür. Bizim hastamızda da KCFT değerlerinde ılımlı yükseklik tespit ettik. Akciğer grafisi ile pnömoni, pnömotoraks ve perforasyon gibi tanılar dışlanır. Hastamızın çekilen akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Abdomen USG'de karaciğer patolojileri dışlanırken batin içi mayi gösterilir (6). Arteriyel fazda çekilen kontrastlı BT ile karaciğer kapsülündeki adhezyonlar gösterilebilir. Bizim hastamızda USG'de perihepatik alanda ve douglasta mayi görülmüştür. Çekim arteriyel fazda olmadığı için adhezyonlar görülemedi olup, batin içi yaygın mayi görülmüştür. Tedavi için başlangıç antibiyoterapide en sık etkenler olan N. gonorrhoea ve C. trachomatis ayrıca gram negatif enterik basilleri kapsayan kombine bir tedavi tercih edilir (7). Devam tedavisini ise alınan kültür sonuçları belirler. Hastamızdan alınan kan ve batin içi mayi kültürlerinde etken saptanmamıştır.

Tanı için bir diğer yöntem laparoskopi olup invaziv bir işlem olduğu için sadece tedaviye cevap vermeyen olgularda önerilir. Laparoskopi ile hem tubal veya ovaryen abse hem de karaciğerdeki adhezyonlar görülebilir ve aynı zamanda tedaviye yönelik girişimler de yapılabilir (8). Olgumuzda da antibiyotik tedavisine yanıtızsızlık nedeniyle laparoskopi yapıldı ve sonucunda batında yaygın püy içeriği ile kontamine serbest mayi, uterus ve her iki tuba yaygın ödemli görüldü. Omentum batin ön duvara yapışık olduğu için karaciğer değerlendirilemedi.

Sonuç

Fitz Hugh Curtis sendromu tanı aldıktan sonra tedaviye çok iyi yanıt veren bir sendromdur. Ama acil hekimi için işi zorlaştıran hastalığın spesifik bulguları olmaması ve sağ üst

kadrana ağrısı nedeniyle karaciğer ve safra patolojileri ile karıştırılabilmektedir (2). Doğurganlık çağındaki cinsel olarak aktif kadınlarda sağ üst kadrana ağrısı ile başvuruda karaciğer enzim yüksekliği karaciğer ve safra patolojileri ile açıklanamadığında FHC sendromu akla gelmelidir. Klinik şüphe doğduğunda tedavi ve etkenin belirlenebilmesi için Kadın Hastalıkları ve Doğum konsültasyonu gerekir. FHC sendromu tanısı alan hastalara cinsel yolla bulaşan hastalıklar için tanı tetkikleri de yapılmalı ve saptanan etkene göre gereklilik halinde partner tedavisi de başlanmalıdır (7).

Çıkar çatışması: Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Finansal destek: Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Yazarlık katkısı: Tüm yazarlar makalenin yazımına eşit katkı sağlamışlardır. Tüm yazarlar, nihai makaleyi sunulduğu şekliyle onayladılar ve çalışmanın tüm yönlerinden sorumlu olmayı kabul ettiler.

Hasta Onamı: Bu olgu sunumunun ve eşlik eden görüntülerin yayınlanması için hastadan yazılı bilgilendirilmiş olur alınmıştır. Yazılı iznin bir kopyası bu dergide incelenmek üzere mevcuttur.

Kaynaklar

1. You JS, Kim MJ, Chung HS, et al. Clinical Features of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome in the Emergency Department. *Yonsei Med J*. 2012;53(4):753-758.
2. Peter NG, Clark LR, Jaeger JR. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnosis to consider in women with right upper quadrant pain. *Cleve Clin J Med*. 2004;71(3):233-239.
3. Fitz-Hugh T Jr (1934) Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 102:2094-2096.
4. Mårdh PA, Møller BR, Paavonen J. Chlamydial Infection of the Female Genital Tract with Emphasis on Pelvic Inflammatory Disease. A Review of Scandinavian Studies. *Sex Transm Dis*. 1981;8(2):140-155.
5. Takata K, Fukuda H, Umeda K, et al. Fitz-Hugh-Curtis syndrome in a man positive for Chlamydia trachomatis. *Clin J Gastroenterol*. 2018;11(4):338-342.
6. Romo LV, Clarke PD. Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: Pelvic Inflammatory Disease with an Unusual CT Presentation. *J Comput Assist Tomogr*. 1992;16(5):832.
7. Pletcher JR, Slap GB. Pelvic Inflammatory Disease. *Pediatr Rev*. 1998;19(11):363-367.
8. Jacobson L, Weström L. Objectivized diagnosis of acute pelvic inflammatory disease: Diagnostic and prognostic value of routine laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol*. 1969;105(7):1088-1098.