

Case Report

UNE OCCLUSION DU GRELE COMPLIQUANT UN SYNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS CHEZ UNE FEMME AGE

¹Assohoun Krahboué Toussaint Hubert, ²Dah Gninkpa Fredi, ³Koffi Gngoran Marcellin, ⁴Andjemian Inguessan, ⁴Soro KG

¹Maître Assistant Service de Chirurgie générale et Digestive du CHU de Yopougon, UFR Sciences Médicales, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire.

²Internes des Hôpitaux d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire.

³Maître de Conférence Agrégé en Chirurgie Viscérale, Côte d'Ivoire.

⁴Internes des Hôpitaux d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire.

Received 27th November 2024; Accepted 28th December 2024; Published online 31st January 2025

RÉSUMÉ

Le syndrome de FITZ-HUGH-CURTIS (FHC) survient comme une complication de la maladie inflammatoire pelvienne, le plus souvent chez les jeunes femmes, suite à une infection à *Chlamydiae trachomatis* du tractus génital. C'est une affection rare, exceptionnelle chez la femme âgée et surtout lorsqu'elle est révélée au cours d'une occlusion intestinale. Nous rapportons le cas d'une femme de 65 ans ayant présenté un syndrome occlusif dont le diagnostic de syndrome de FHC a été posé de manière fortuite en per opératoire. Ainsi, lorsque les causes usuelles d'occlusion fébriles chez une femme ont été éliminées, quelque soit l'âge, l'éventualité d'un syndrome de FHC doit être évoqué par le clinicien, même en l'absence de symptomatologie pelvienne évidente.

Mots Clés: Occlusion – Grêle – Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

INTRODUCTION

Le syndrome de FITZ-HUGH-CURTIS (FHC) survient comme une complication de la maladie inflammatoire pelvienne, le plus souvent chez la femme jeune et est exceptionnel chez la femme âgée [1]. Il fait généralement suite à une infection à *Chlamydiae trachomatis* du tractus génital. L'ascension des germes (*Chlamydia trachomatis*, gonocoque) via la gouttière pariéto-colique droite jusqu'au foie est responsable d'une péri-hépatite caractéristique. Ce syndrome est retrouvé dans 4 à 10% des salpingites aiguës, qu'il y ait ou non une douleur de la région hépatique [1,2]. Le syndrome de FHC se traduit par l'apparition brutale d'un syndrome douloureux intense et fébrile de l'hypocondre droit, irradiant à l'épaule droite, au cours d'une infection salpingo-péritonéale, simulant une cholécystite aiguë ou une crise de colique hépatique ; il correspond à une péri-hépatite avec exsudat purulent à la surface convexe du foie avec la constitution progressive d'adhérences péri-hépatiques tendues en "cordes de violon" entre la capsule hépatique et le diaphragme [2]. Le scanner multi détecteurs avec injection est aujourd'hui l'examen de choix dans le diagnostic de l'affection en montrant des signes très évocateurs [3]. Nous rapportons le cas d'une femme de 65 ans présentant un syndrome occlusif qui nous a posé des difficultés diagnostiques.

OBSERVATION

Il s'agissait d'une femme de 65 ans qui avait été admise aux urgences chirurgicales, pour des épigastralgies évoluant depuis une semaine, irradiant aux deux hypocondres. Elles étaient associées à des vomissements et une fièvre à 38,5 °C. L'évolution a été marquée

par un arrêt de matière et de gaz associé à une distension progressive de l'abdomen. La patiente avait deux antécédents de césariennes 1985 et 1992. L'examen clinique trouvait un syndrome occlusif. La biologie avait montré une hyperleucocytose à 18180 leucocytes/mm³ avec un bilan hépatobiliaire normal. Aucun prélèvement local n'avait été effectué. L'échographie abdominale n'était pas contributive. Le scanner abdomino-pelvien avait confirmé le syndrome occlusif sans anomalie du parenchyme hépatique (figure 1).

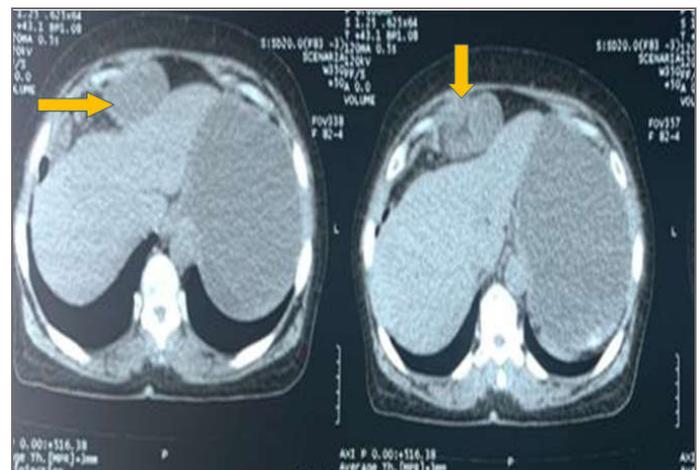


Figure 1: TDM Abdominale sans injection : Occlusion du grêle en sus hépatique

La laparotomie réalisée en urgence a objectivé une incarceration du grêle au niveau des adhérences hépato-pariéto-diaphragmatique en "cordes de violon" (figure 2). Nous avons retenu le diagnostic de syndrome de FHC compliqué d'une occlusion par hernie interne sus hépatique. Nous avons réalisé une désincarcération simple avec des suites opératoires satisfaisantes.

*Corresponding Author: Assohoun Krahboué Toussaint Hubert,

1Maître Assistant Service de Chirurgie générale et Digestive du CHU de Yopougon, UFR Sciences Médicales, Université Félix Houphouët Boigny d'Abidjan Cocody, Côte d'Ivoire.

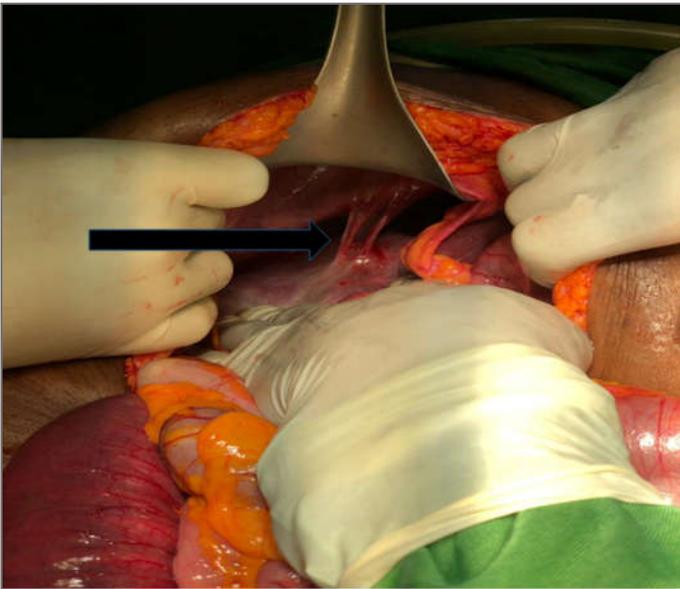


Figure 2: Vue per opératoire : « cordes de violon » hépato-pariétales

DISCUSSION

La péri-hépatite vénérienne, autrement nommée syndrome de Fitz-Hugh-Curtis, correspond à une atteinte péri-hépatique capsulaire et péritonéale secondaire à une infection gynécologique d'origine vénérienne survenant chez la femme jeune sexuellement active. Le syndrome de FHC a été décrit pour la première fois par Curtis en 1930 qui a rapporté plusieurs observations concernant des adhérences hépato-péritonéales en rapport avec une infection pelvienne à gonocoques, puis par Fitz-Hugh en 1934 qui a confirmé cette théorie [4,5]. Sa fréquence est estimée entre 4 à 14% chez les femmes atteintes d'infection pelvienne et pouvant atteindre 27% chez les adolescentes. Dans notre étude le diagnostic a été posé chez une femme âgée de 65 ans dans un contexte d'urgence. Les agents infectieux les plus fréquemment rencontrés sont *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. Nous n'avons pas pu isoler le germe responsable dans notre cas probablement du fait de l'urgence occlusive associée. Le diagnostic de certitude est classiquement établi à la coelioscopie qui visualise les adhérences vélamenteuses en « cordes de violon » entre la surface du foie et la paroi abdominale avec des prélèvements bactériologiques associés [6]; en adéquation avec notre étude où le diagnostic a été établi par la laparotomie devant les adhérences en « cordes de violon » hépato-pariétales.

L'échographie abdominale est l'examen de première intention ; elle permet d'éliminer une cholécystite et surtout de faire le diagnostic d'infection génitale haute en montrant un épaississement pariétal tubaire et la présence de liquide dans la trompe. Toutefois, ces signes sont inconstants et d'interprétation difficile [3]. Dans notre cas, l'échographie abdomino-pelvienne n'était pas contributive, en dehors de l'aérocologie observée ; le scanner multi détecteurs avec injection a été l'examen de référence pour le diagnostic tout en éliminant une cause tumorale obstructive chez un sujet âgé [3,7,8]. Dans notre cas, nous n'avons pas eu d'argument en faveur du diagnostic en dehors de la confirmation du syndrome occlusif; car celui-ci a été réalisé sans temps d'injection de produit de contraste, du fait de la note rénale associée (créatininémie : 38 mg/l et urémie : 1,86 g/l). Le traitement est le plus souvent conservateur en dehors de toute complication, associé à une antibiothérapie ciblant le germe en cause [5,6].

CONCLUSION

Lorsque les causes usuelles d'occlusion fébriles chez une femme âgée ont été éliminées, l'éventualité d'une occlusion compliquant un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis doit être évoqué par le clinicien même en l'absence de symptomatologie pelvienne évidente.

Conflit d'intérêt: les auteurs ne signalent aucun conflit d'intérêt

REFERENCES

- [1] Le Moigne F, Génicom C, Karkowski L, Martinano D. Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis. *Journal d'Imagerie Diagnostique et Interventionnelle*, France, mai 2022. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2543343122000963>
- [2] Le Moigne F, Lamboley J.L, Vitry T, Salamanda P, Milou F, Farhouat P. Intérêt du scanner avec injection dans le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis, novembre 2009 doi:10.1016/j.gcb.2009.09.002
- [3] Curtis AH. A cause of adhesions in the right upper quadrant. *JAMA* 1930;94:1221—2.
- [4] Fitz-Hugh Jr T. Acute gonococcal peritonitis of the right upper quadrant in women. *JAMA* 1934;102:2094—6.
- [5] Müller-Schoop JW, Wang SP, Munzinger J, Schläpfer HU, Knoblauch M, Tammann RW. *Chlamydia trachomatis* as possible cause of peritonitis and perihepatitis in young women. *Br Med J* 1978;1:1022—4.
- [6] Cho HJ, Kim HK, Suh JH, Lee GJ, Shim JC, Kim YH. Fitz-Hugh-Curtis syndrome: CT findings of three cases. *Emerg Radiol* 2008;15:43—6.
- [7] Nishie A, Yoshimitsu K, Irie H, Yoshitake T, Aibe H, Tajima T, et al. Fitz-Hugh Curtis syndrome. Radiologic manifestation. *J Comput Assist Tomogr* 2003;27:786—91.
- [8] Pages-Bouic E, Millet I, Curros-Doyon F, Faget C, Fontaine M, Taourel P. Acute pelvic pain in females in septic and aseptic contexts. *Diagnostic and Interventional Imaging*. Octobre 2015. Volume 96, Issue 10 : pages 985-995. Doi.org/10.1016/j.diii.2015.07.003
- [9] Excoffier S, Poletti PA, Brandstatter H. Acute abdominal pain of the upper abdomen: which imaging to choose? - *Revue Medicale Suisse*, 2013 - europepmc.org
- [10] Nana TN, Tchounzou R, Wambo AGS, Nkwele FM, Ngolile N, et al. (2023) Comparative Study between Hysterosalpingography and Laparoscopy in the Diagnosis of Tubal Factors of Female Infertility in a Reference Hospital in Sub-Saharan Africa' Setting. *Arch Obstet Gynecol Reprod Med*, 6(2): 226-230.
