



ECTOPIC PREGNANCY COMPLICATED BY FITZ-HUGH-CURTIS SYNDROME: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Dr. Abdellahi Isselmou*



*Corresponding Author: Dr. Abdellahi Isselmou

Article Received on 05/04/2025

Article Revised on 26/04/2025

Article Accepted on 16/05/2025

KEYWORDS: Ectopic pregnancy, Fitz-Hugh-Curtis syndrome, Chlamydia, acute abdominal pain.

INTRODUCTION

La grossesse extra-utérine (GEU) compliquée d'un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SHFC) représente une entité clinique rare mais importante en gynécologie-obstétrique. Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis, ou périhépatite, est classiquement associé aux infections génitales hautes souvent dues à *Chlamydia trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae*. Son association avec une GEU constitue une présentation inhabituelle qui pose des défis diagnostiques et thérapeutiques, d'où l'importance du diagnostic précoce pour éviter les complications (abcès hépatique, infertilité). Nous rapportons le cas de notre patiente admise dans un tableau de douleur de l'hypochondre droit associé à des algies pelviennes avec un retard de règles.

Cas clinique

Nous rapportons le cas d'une patiente T.D âgée de 23 ans célibataire IG0P sans antécédents pathologiques particuliers, admise aux urgences pour un tableau de métrorragies de T1 associées à des douleurs intenses au niveau pelvien et de l'hypochondre droit. L'examen clinique retrouvait une patiente consciente, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire. A l'examen, on retrouve une sensibilité abdominale accentuée au niveau de l'hypochondre droit, un col violacé gravidé et des leucorrhées fétides avec le cri du Douglas.

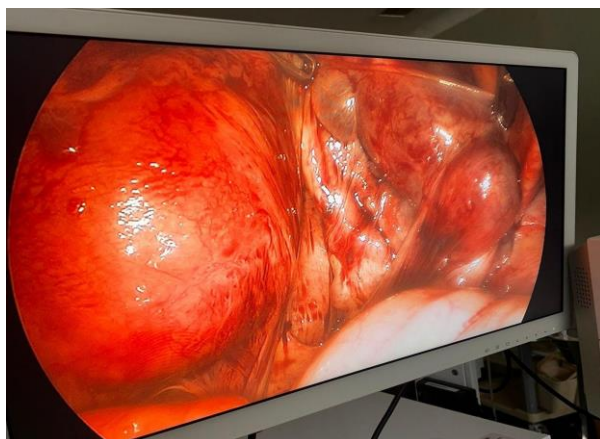
A l'échographie pelvienne, on retrouve un utérus globuleux gravidé siège d'un épaississement

endométrial, avec une masse latéro-utérine droite de 3x3cm et un épanchement de faible à moyenne abondance.

Au bilan

HB = 11,8 et des BHCG = 6950 et un groupage sanguin O Rhésus +

Une coelioscopie a été indiquée avec à l'exploration un hémopéritoine de moyenne abondance, une grossesse extra utérine droite ampullaire en voie d'avortement avec multiples adhérences péri-hépatiques. Une chirurgie conservatrice a été réalisée salpingotomie avec lavage abondant au sérum salé.



La patiente a été mise sous ATB à base de céphalosporine et doxycycline avec une bonne évolution clinico-biologique.

DISCUSSION

Les grossesses extra-utérines sont la principale cause de mortalité maternelle au cours du premier trimestre, avec une incidence de 5 à 10 % de tous les décès liés à la grossesse.^[1]

Le syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) ou périhépatite vénérienne correspond à une atteinte inflammatoire périhépatique capsulaire et péritonéale secondaire à une infection pelvienne. Ce syndrome a été rapporté pour la première fois en 1919 par Stajano, redécouvert par Curtis en 1930, puis par Fitz-Hugh en 1934 qui ont décrit des adhérences fibreuses hépato-pariétales en rapport avec une infection pelvienne à gonocoques. En 1978, Muller-Schoop a décrit ce syndrome en lien avec une chlamydie.^[2]

La GEU résulte de l'implantation anormale d'un blastocyste en dehors de la cavité utérine, principalement dans la trompe de Fallope (95-98 % des cas). Plusieurs mécanismes clés interviennent : l'altération de la motilité tubaire suite à des infections génitales ascendantes (*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*) ce qui provoquent une inflammation tubaire, entraînant des cicatrices et une dyskinésie ciliaire. Cela perturbe la migration de l'embryon vers l'utérus.^[3] Les antécédents de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) multiplient par 3-4 le risque de GEU. L'obstruction mécanique par les adhérences post-infectieuses ou post-chirurgicales (salpingite, endométriose) réduisent la lumière tubaire, favorisant l'implantation ectopique.^[4]

Le SFHC est une périhépatite fibrineuse, complication rare (2-30 % des MIP) des infections génitales ascendantes. Ses mécanismes incluent la dissémination infectieuse surtout liée aux *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* atteignant l'espace périhépatique par : Contiguïté péritonéale : Propagation le long des gouttières pariéto-coliques (voie prédominante). Voie lymphatique/hématogène : Rare mais possible.^[5] La Réaction inflammatoire : L'infection déclenche une réponse immune avec dépôt de fibrine, formant des adhérences "en corde de violon" entre la capsule hépatique et le péritoine.^[6]

L'association des deux est rare mais possible suite à une cause commune les IST (notamment Chlamydia) sont un facteur de risque majeur pour les deux pathologies : Elles induisent une inflammation tubaire (→ GEU) et une dissémination péritonéale (→ SFHC) la possibilité d'un diagnostic simultané : Dans de rares cas, la GEU est révélée par des douleurs abdominales hautes, masquant initialement le SFHC.^[7]

L'association grossesse extra-utérine (GEU) et syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC) représente un défi

diagnostique nécessitant une approche intégrée combinant des critères cliniques associant la triade douleur pelvienne unilatérale (GEU) associée à une douleur de l'hypocondre droit irradiant à l'épaule (SFHC) avec des antécédents d'IST/MIP (80% des cas)^[8] avec à l'examen une sensibilité cervicale au mouvement (signe de excitation cervicale) un massage annexiel douloureux et une réactivité sous-costale droite.^[8]

Les marqueurs biologiques reposent essentiellement sur le taux des BHCG avec des niveaux anormalement bas par rapport à l'âge gestationnel, la numération de la formule sanguine et la CRP avec une spécificité > 80%.^[7]

L'imagerie repose sur l'Échographie endovaginale (GEU) avec des Signes directs la présence d'une masse annexielle hétérogène, anneau trophoblastique et l'absence de sac intra-utérin.^[1] L'imagerie abdominale (SFHC) repose sur l'IRM qui est le gold standard avec une sensibilité 95% pour les adhérences périhépatiques qui montre dans les séquences T2 une hyperintensité capsulaire. L'Échographie Doppler montre des Adhérences en "corde de violon" (30% des cas) avec un épaississement capsulaire >3mm.^[6]

La Confirmation Microbiologique repose sur la PCR multiplex soit sur: Prélèvement cervical (Chlamydia/gonocoque) ou Liquide péritonéal (si cœlioscopie).^[5]

Devant une grossesse extra-utérine (GEU) associée à des douleurs de l'hypocondre droit, plusieurs diagnostics différentiels doivent être évoqués avant de retenir un syndrome de Fitz-Hugh-Curtis (SFHC)^[7]: les autres origines gynécologiques notamment la torsion d'ovaire, endométriose hépatique, les pathologies biliaires soit les Cholécystites aiguës ;, coliques hépatiques^[9]; pathologies pulmonaires dont les pleurésies ou les pneumopathies basales droites, et les pathologies vasculaires notamment le sd de Budd-Chiari.^[10]

Le traitement de l'association GEU et SFHC repose sur une approche multimodale, associant traitement médical (antibiotiques et/ou méthotrexate) et chirurgical (cœlioscopie avec lyse des adhérences en cœlioscopie si douleurs résistantes, améliorant les symptômes dans 90% des cas adaptée à la stabilité hémodynamique et au statut infectieux de la patiente.^[11]

Le suivi des patientes repose sur la surveillance des β-hCG jusqu'à négativation et contrôle inflammatoire (CRP) et surtout l'intérêt du dépistage systématique des IST chez la patiente et son/sa partenaire.^[11]

CONCLUSION

L'association GEU et SFHC, bien que rare, constitue une urgence médico-chirurgicale dont le diagnostic repose sur une **triade clinico-radiologique** (douleur pelvienne/HCD, β-hCG positif, adhérences périhépatiques) et dont la prise en charge

combine **antibiotiques et traitement ciblé de la GEU**. Une suspicion précoce et une approche multidisciplinaire (gynécologie, radiologie, infectiologie) sont essentielles pour préserver la fertilité future et éviter les complications septiques. Ce cas souligne l'importance du dépistage systématique des IST dans la prévention de ces pathologies complexes.^[11]

RÉFÉRENCE

1. Kellie Mullani et al, « Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation - PubMed., Jan-Dec. 2023: 19: 17455057231160349.
2. Peter NG, Clark LR, Jaeger JR, « Fitz-Hugh-Curtis syndrome: a diagnostic to consider in women with right upper quadrant pain. Cleve Clin J Med., 2004; 71: 233–9.
3. Bouyer et al, « Sites of ectopic pregnancy: a 10 year population-based study of 1800 cases - PubMed., Dec. 2002; 17(12): 3224-30.
4. J. L. V. Shaw, S. K. Dey, H. O. D. Critchley, et A. W. Horne, « Current knowledge of the aetiology of human tubal ectopic pregnancy », *Hum Reprod Update*, 2010; 16(4): 432-444.
5. D. Coco et S. Leanza, « Fitz-Hugh-Curtis syndrome », *Pan Afr Med J*, 2022; 43: 142.
6. Ricciardi E, et al., « Imaging of Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: A Systematic Review. Radiographics, 2021.
7. Yang MJ, et al., « Ectopic pregnancy with Fitz-Hugh-Curtis syndrome: A case report and literature review. J Obstet Gynaecol Res., 2019.
8. Workowski KA. STI, « Treatment Guidelines 2021. MMWR.
9. Terrault NA, et al. AASLD, « Guidelines for Hepatitis B. Hepatology, 2016.
10. L. D. DeLeve, D.-C. Valla, G. Garcia-Tsao, et American Association for the Study Liver Diseases, « Vascular disorders of the liver », *Hepatology*, mai, 2009; 49(5): 1729-1764.
11. V.Ali et al, Incidence of perihepatic adhesions in ectopic gestation - PubMed.