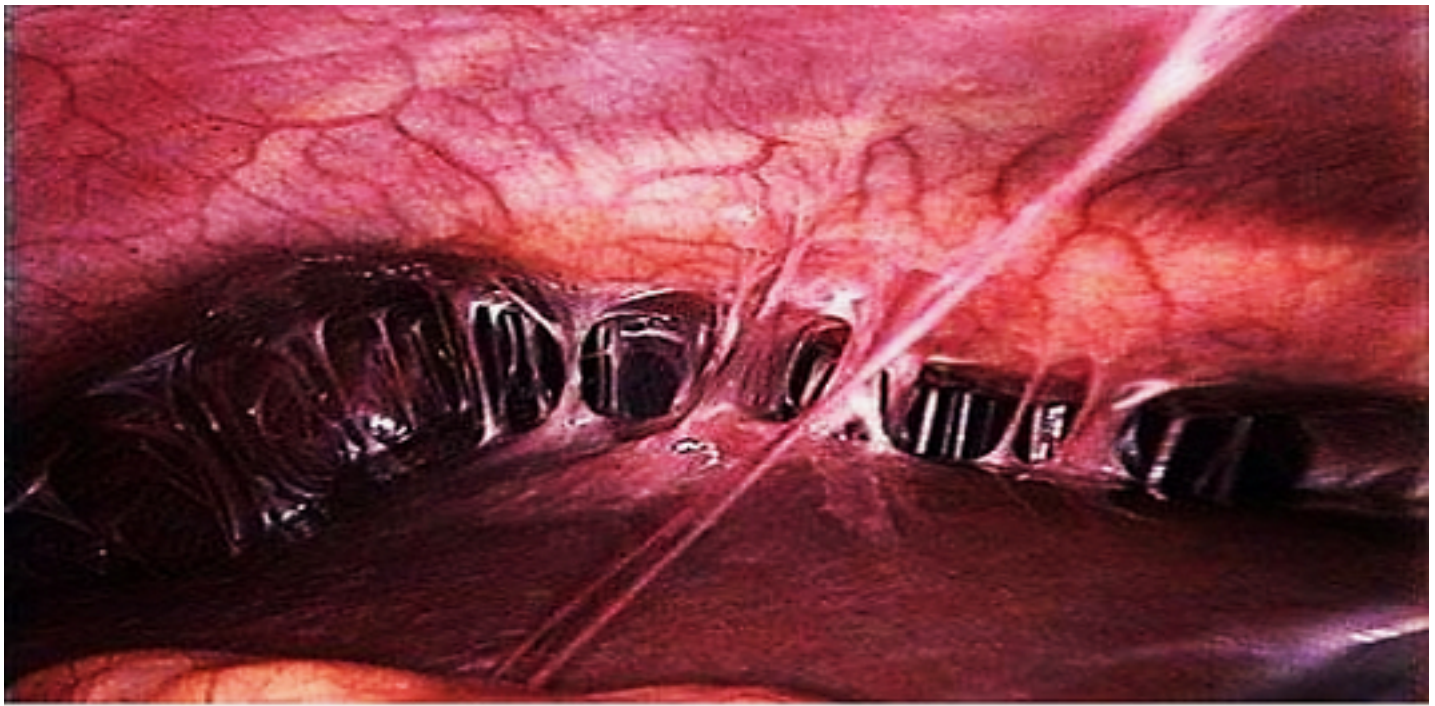


Bs Huỳnh Minh Nhật -

I. GIỚI THIỆU

Hội chứng Fitz-Hugh-Curtis là tình trạng viêm quanh gan do biến chứng của viêm nhiễm vùng tiểu khung, thường thấy hình ảnh là dấu “dây đàn vi-ô-lông” - là sự dính của phúc mạc giữa vòm hoành phải và mặt trước của bao gan phát hiện qua nội soi ổ bụng.

Với biểu hiện lâm sàng, đau bụng hạ sườn phải do viêm quanh gan dễ bị bỏ sót và chẩn đoán nhầm nhất là trong điều kiện cấp cứu vì các triệu chứng giống với nhiều bệnh khác như viêm túi mật, viêm gan, viêm bàng quang, viêm ruột thừa, viêm màng phổi ... đặc biệt là trong trường hợp đau hạ sườn phải rõ ràng hơn các triệu chứng vùng tiểu khung. Việc phát hiện và điều trị không kịp thời có thể dẫn đến di chứng như đau mạn tính, tắc ruột do dính, vô sinh khi có viêm vòm tử cung...



Năm 1930, Thomas Fitz-Hugh và Arthur Curtis mô tả hội chứng dính nhũ “dây đàn violon” giữa màng gan và thành buồng tử cung ở bệnh nhân có buồng chày viêm vòi trứng hoặc có tiền sử viêm vòi trứng. Fitz-Hugh cho rằng *Neisseria gonorrhoeae* là nguyên nhân khi tìm thấy song cầu khuẩn gram âm trên phết tế bào tế bào gan ở bệnh nhân

Đến năm 1978, Muller-Schoop và cộng sự là người đầu tiên tìm thấy buồng chày viêm và mô tả hội chứng Chlamydia Trachomatis ở 9/11 bệnh nhân được chẩn đoán viêm phúc mạc trên nội soi ổ bụng, trong đó có 6 bệnh nhân viêm bao gan. Chlamydia Trachomatis cũng được tìm thấy ở mô chày tế cung, vòi trứng và mô tử cung ở bệnh nhân bao gan. Hơn hết các chuyên gia tin rằng Chlamydia Trachomatis là thủ phạm thường xuyên hơn là lậu cầu, điều này có vẻ hợp lý vì thích cho bệnh tử cung ở bệnh nhân này đây cũng là lậu cầu âm tính cho đến khi C trachomatis được phát hiện như một bệnh lý lây truyền qua đường tình dục.

Tác nhân gây bệnh theo thời gian suýt là C. trachomatis, N. gonorrhoeae, vi khuẩn kỵ khí và hiếm vi khuẩn khác bao gồm Mycoplasma hominis và một số vi khuẩn gram âm

Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 4% đến 14% ở phụ nữ và hơn 27% ở thanh thiếu niên mắc viêm nhiễm vùng chậu. Tỷ lệ bệnh cao hơn ở thanh thiếu niên, có thể do các đặc điểm giới tính và các đặc điểm sinh dục của thanh thiếu niên tiếp xúc với các đối tượng có nguy cơ mắc bệnh cao hơn cũng như viêm vùng chậu và đến đến hội chứng Fitz-Hugh-Curtis.

II. BỆNH SINH

Cơ chế bệnh sinh của hội chứng Fitz-Hugh-Curtis chưa được hiểu rõ. Nó có thể là kết quả lây nhiễm trực tiếp, nhiễm trùng đường máu hoặc đường bạch huyết hoặc do phản ứng miễn dịch quá mức với C trachomatis.

Đường vào kinh điển ở phụ nữ được cho là do vi khuẩn xâm nhập ngược lên trên từ vòi trứng theo đường rãnh dây chằng lên bao gan. Holm Nielsen và cộng sự đã chứng minh rằng mô chày phúc mạc được lấy từ ổ bụng lên cơ hoành và thông qua ống dẫn vào phía bên phải. Gần đây, mối liên quan giữa đợt tránh thai và hội chứng Fitz-Hugh-Curtis cũng được giải thích và sự lây lan trong phúc mạc của sinh vật. Tuy nhiên, hội chứng Fitz-Hugh-Curtis được báo cáo ở nam giới do đó có thể tồn tại cơ chế khác.

III. TRIỆU CHỨNG

1. Triệu chứng cơ năng

Các triệu chứng cơ năng viêm vùng tiểu khung cấp tính hoặc bán cấp tính (sốt, đau bụng, tiểu đau, âm đạo) là hầu như luôn có mặt.

Đau hạ sườn phải dữ dội, tăng khi hít vào lan lên vai phải hoặc bên trong cánh tay phải và có thể kèm theo buồn nôn, nôn, mất cảm giác, mất ngủ, sốt, đau mơ hồ ban đêm, mất mặt. Thường xuyên di chuyển làm trầm trọng thêm cơn đau.

Hiếm khi chỉ đau hạ sườn phải mà không đau bụng dưới. Điều này có thể gặp ở những bệnh nhân khi sau một đợt viêm vùng tiểu khung mà không điều trị.

2. Triệu chứng thể thực

Khám có thể thấy cảm đau vùng hạ sườn phải, có thể có phồng thành bụng, dấu hiệu Murphy có thể đáng kể.

Có thể nghe thấy tiếng cọ xát ở hạ sườn phải.

Kiểm tra vùng tiểu khung có thể phát hiện dịch tiểu âm đạo, đau do các đường cổ tử cung hoặc đau phần phụ thể thực đây không được bệnh nhân chú ý.

IV. XÉT NGHIỆM

1. Xác định mầm bệnh

Tác nhân gây bệnh thường được phân lập từ mô tủy xương cũng như từ dịch khớp nếu nghi ngờ lâm sàng nghi ngờ cao thì có thể lấy mô u nang tràn, niệu đạo, hậu môn.

Có một số xét nghiệm cho *C. trachomatis* và *N. gonorrhoeae*. Các vi khuẩn vẫn còn sống phân biệt bằng các xét nghiệm khuếch đại di truyền như xét nghiệm khuếch đại axit nucleic và phản ứng chuỗi polymerase (PCR) giúp chẩn đoán 2 tác nhân. Hơn nữa chính là chi phí cao. Các xét nghiệm huyết thanh học cho *C. trachomatis* cũng có thể hữu ích.

2. Chẩn đoán hình ảnh

- X quang ngực và bụng có thể loại trừ viêm phổi hoặc khí tự do dưới cơ hoành

- Siêu âm đánh giá túi mật và gan và có thể loại trừ viêm túi mật, sỏi mật, các nguyên nhân phân biệt của đau hạ sườn phải. Siêu âm có thể giúp đánh giá buồng trứng để tìm áp xe hoặc các phát hiện khác phù hợp với viêm vùng chậu. Ngoài ra, siêu âm còn thấy bất thường ở khu vực bao gan như dính bao gan và thành bàng quang, dịch ổ chậu, ổ bụng và dịch ổ bụng và vùng chậu.

- Chụp cắt lớp vi tính phát hiện các dấu hiệu dày bao gan, dày phúc mạc, mạc treo khu trú, dịch ổ bụng và nốt là các dấu hiệu viêm ổ bụng hoặc abscess phồng rộp.

3. Các xét nghiệm khác

- Mức men gan thường bình thường hoặc hơi cao, có thể giúp loại trừ viêm gan.

- Tốc độ máu lắng có thể tăng ở một số trường hợp

- Số lượng bạch cầu có thể bình thường hoặc tăng

4. Thăm dò ổ bụng

- Check thể khi các triệu chứng không đáp ứng điều trị

- Nội soi ổ bụng có thể giúp xác định chẩn đoán viêm nhiễm vùng tiểu khung ở bệnh nhân nghi ngờ cũng như giúp loại trừ các chẩn đoán khác

V. ĐIỀU TRỊ

Hầu hết bệnh nhân có thể được điều trị ngoại trú, tuy nhiên nếu phụ nữ nên xem xét mức độ nghiêm trọng của bệnh nhân:

- Với thành niên (một nhóm có giới tính phụ và trẻ em không tuân thủ cao độ thất vọng nguy cơ đặc biệt có biến chứng cao và sinh sản)
 - Có thai
 - Suy giảm miễn dịch
 - Có khả năng chẩn đoán phụ thuộc (như viêm túi mật chửa thai ngoài tử cung)
 - Không đáng tin cậy để theo dõi
 - Có các triệu chứng đặc biệt nghiêm trọng
 - Không đáp ứng với liệu pháp uống hoặc không thể dung nạp thuốc uống.

1. Liệu pháp kháng sinh

Kháng sinh nên được chọn dựa trên tác nhân hay gặp nhất, đặc biệt là *N gonorrhoeae* và *C trachomatis*

Nếu bệnh nhân được điều trị bằng đường tĩnh mạch nên tiếp tục trong vòng 48 giờ sau khi có cải thiện và mất lâm sàng sau đó có thể chuyển sang đường uống để hoàn thành 14 ngày.

Các triệu chứng của viêm bao gan thường gặp ngay khi bắt đầu điều trị thích hợp nên trong những trường hợp khó có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán.

Phác đồ đường tĩnh mạch:

Cefotetan 2 g tiêm tĩnh mạch (IV) mỗi 12 giờ hoặc Cefoxitin 2 g tiêm tĩnh mạch 6 giờ một lần thêm Doxycycline 100 mg uống hoặc IV mỗi 12 giờ; theo sau bởi Doxycycline 100 mg uống hai lần một ngày để hoàn thành 14 ngày

Phác đồ đường tiêm bắp/uống:

Ceftriaxone 250 mg tiêm bắp một lần duy nhất hoặc cefoxitin 2g tiêm bắp một lần duy nhất thêm Doxycycline 100 mg uống hai lần một ngày trong 14 ngày; có hay không Metronidazole 500 mg uống hai lần một ngày trong 14 ngày

Ofloxacin 400 mg uống hai lần một ngày trong 14 ngày hoặc Levofloxacin 500 mg uống một lần mỗi ngày trong 14 ngày, có hay không Metronidazole 500 mg uống hai lần một ngày trong 14 ngày

2. Quản lý các biến chứng

Các biến chứng lâu dài của hội chứng Fitz-Hugh-Curtis hiếm gặp và hầu hết có liên quan đến viêm vùng chậu. Các biến chứng bao gồm đau mãn tính, tắc ruột do dính và vô sinh. Nếu cơn đau vẫn tiếp tục mặc dù đã được điều trị đầy đủ nên nghi ngờ bệnh đã xác định xem có dính ở khu vực quanh gan hoặc nơi khác. Nghi ngờ bệnh ít xâm lấn hơn hơn phụ thuộc mức

bệnh để giải thích những triệu chứng.

3. Tiền sử và khám tra thêm

Chẩn đoán hội chứng Fitz-Hugh-Curtis cung cấp cái nhìn cho bác sĩ về tình trạng an toàn của bệnh cũng như tầm soát các bệnh lây qua đường tình dục như HIV. Một khác, sàng lọc mức độ nghiêm trọng của bệnh để tìm kiếm các bệnh tình đã quan trọng về bệnh nhân trong vòng 3 tháng qua theo chỉ định của “xét nghiệm và điều trị”. Điều này giúp ích cho việc điều trị các bệnh như bệnh chlamydia (chẩn đoán là viêm niệu đạo) và do đó điều trị ngắn hạn.

Theo dõi lâu dài rất hữu ích để xác định thời điểm điều trị, tái phát và các biến chứng nghiêm trọng khác.

VI. TÓM TẮT

- Hội chứng Fitz-Hugh-Curtis là tình trạng viêm quanh gan do bệnh chlamydia viêm niệu đạo vùng tiểu khung. Nguyên nhân chẩn đoán là Chlamydia trachomatis và Neisseria gonorrhoeae.
- Các bệnh nhân sinh con mắc hội chứng Fitz-Hugh-Curtis có thể có dấu hiệu rõ, chẩn đoán là lây nhiễm từ các tiếp xúc gần gũi.
- Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 4 - 27% ở phụ nữ viêm niệu đạo vùng tiểu khung và hay gặp ở thanh thiếu niên.
- Chẩn đoán thông qua dấu hiệu lâm sàng phù hợp, loại trừ các nguyên nhân phổ biến gây đau hạ sườn phải và phân loại ra tác nhân gây bệnh.
- Điều trị bằng kháng sinh trong vòng 14 ngày bằng đường tĩnh mạch hoặc đường uống; giải thích cho bệnh nhân có thể điều trị thành công qua việc soi đèn bàng quang để điều trị bệnh ở thận không thành công.

Tài liệu tham khảo:

1. 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;71:233–239.
2. [Pietro Benedetto Faré](#), [Ileana Allio](#), [Rita Monotti](#), and [Fabrizio Foieni](#), Fitz-Hugh-Curtis Syndrome: A Diagnosis to Consider in a Woman with Right Upper Quadrant

Abdominal Pain without Gallstones Eur J Case Rep Intern Med. 2018; 5(2): 000743.

3. Hoàng Bùi Hải, Bùi Văn Linh, Ngô Đức Hùng, Lê Tuấn Linh, Nhân mô tả trường hợp chẩn đoán và điều trị bệnh nhân Hội chứng Fitz-Hugh-Curtis, <https://bacsinoitru.vn/f19/nhan-mot-truong-hop-chan-doan-va-dieu-tri-benh-nhan-hoi-chung-fitz-hugh-curtis-321.html#post811>