

Akut Karın Tanısı ile Karışabilen Nadir Bir Bulgu – Chilaiditi Belirtisi

A Rare Finding Imitating Acute Abdomen – Chilaiditi Sign

¹Erdinç Yenidoğan, ¹İsmail Okan, ²Hüseyin Ayhan Kayaoğlu, ²Doğan Atılğan, ¹Zeki Özsoy, ¹Servet Tali, ¹Mustafa Şahin

¹Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Genel
Cerrahi Anabilim
Dalı, Tokat

²Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Üroloji
Anabilim Dalı,
Tokat

Yazışma Adresi:

Yrd. Doç. Dr. Erdinç
Yenidoğan

Gaziosmanpaşa
Üniversitesi Tıp
Fakültesi, Genel
Cerrahi Anabilim
Dalı, Tokat

E-mail:
claritromisin@yahoo.c
om

Tel: 0 532 3450924

Özet

Chilaiditi belirtisi barsakların karaciğer ve diafram arasına yerleşmesi ile ortaya çıkan ve radyolojik olarak tesadüfen saptanan bir bulgudur. Burada irredükte inguinal herni nedeniyle opere edilmiş Chilaiditi belirtili bir hastayı sunmayı amaçladık. İrredükte inguinal herni tanısıyla acil servisimize başvuran 21 yaşında erkek hastanın yaklaşık bir haftadır devam eden karın ağrısı öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde irredükte inguinal herni saptandı. Hastanın ayakta direk batın grafisinde her iki diyafram altında serbest hava görünümü mevcuttu. İnkarşere inguinal herni + perforasyon öntanısıyla diagnostik laparoskopji yapılan hastada batın içi organların salim olduğu görüldü. İnguinal herni insizyonu ile yapılan eksplorasyonda ise inmemiş testis tespit edilmesi üzerine hastaya orşiektomi yapıldı. Hasta komplikasyonsuz olarak 2. gün taburcu edildi. Chilaiditi belirtisi akut batınla birlikteliğinde perforasyon bulguları ile karışabilir. Bu nedenle ameliyat öncesi göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelmeler: Akut Karın, Tanı, Chilaiditi Belirtisi

Abstract

Chilaiditi sign is a condition that occurs due to transposition of intestine in between the diaphragm and the liver and radiologically revealed incidentally. Here, we aimed to present a patient that was operated for irreduced inguinal hernia with Chilaiditi sign. Twenty-one year old male patient with irreduced inguinal hernia referred to our emergency service had a one week proceeding abdominal pain. He had an irreduced inguinal hernia in his physical examination. Patient had also free air under the diaphragm on a standing abdominal X-ray. A diagnostic laparoscopy was performed with the prediagnosis of incarcerated inguinal hernia + perforation and the intraabdominal organs were normal. An undescended testis was explored within the inguinal hernia incision and orchiectomy was performed. the patient was discharged 2 days later without any complication. Chilaiditi sign and acute abdomen collocation can be interfered with perforation findings. Therefore it should be taken into consideration preoperatively.

Key Words: Acute Abdomen, Diagnosis, Chilaiditi Sign

Giriş

Chilaiditi belirtisi karaciğer ve diafram arasına barsak anslarının yerleşmesi olup radyolojik olarak tesadüfen saptanır (1,2). İlk olarak 1910 yılında o dönemde Viyana’da çalışmakta olan Yunan radyolog Demetrius Chilaiditi tarafından tanımlanmıştır (3). Chilaiditi belirtisi pnömoperitoneum algısına yol açarak gereksiz cerrahi girişimlere neden olabilmektedir. Karın ağrısı ve kabızlık gibi semptomlarla birlikteliğinde Chilaiditi Sendromu diye adlandırılır. Erkeklerde daha sık görülmekte olup yaşlılık ve mental retardasyon diğer predispozan faktörlerdir (1,2). Görülme sıklığı % 0.1-1 arasında değişmektedir (1). Hastalar çoğunlukla asemptomatiktir. Solunum yetmezliği en sık karşılaşılan semptomdur (4). Bazen karın ağrısı, kusma ve distansiyon da tabloya eşlik edebilir. Kardiyak ve pulmoner hastalıklarla birlikte görülebilir. Burada özgeçmişinde Moyamoya Sendromu da bulunan irredükte inguinal herni öntanısıyla ameliyat ettiğimiz Chilaiditi belirtisi pozitif hastamızı sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

İrredükte inguinal kitle tanısıyla acil servisimize başvuran 21 yaşında erkek hastanın özgeçmişinde Moyamoya Sendromu tanısı aldığı, iki defa bu nedenle kranial operasyon geçirdiği ancak batın cerrahisi geçirmediği öğrenildi. Olgumuzun nörolojik muayenesinde bilinci açıktı ve komutları yerine getiriyordu ancak tüm vücutta spastisitesi mevcuttu. Dolayısıyla karın muayenesi spastisite nedeniyle suboptimal yapılabildi. Hastanın karın muayenesinde irredükte inguinal hernisi mevcuttu. Yaklaşık 1 haftalık ağrı

öyküsü olan hastanın beyaz küre sayımı 20.000 olarak bulundu. Hastanın ayakta direk batın grafisinde her iki diyafram altında serbest hava görünümü mevcuttu (Resim 1).

Resim 1: Ayakta direk batın grafisinde her iki diyafram altında serbest hava görünümü.



Dış merkezde inguinal kitleye irredükte herniasyon öntanısı ile yapıldığı öğrenilen mükerrer redüksiyon işlemi olgumuzda intestinal perforasyona bağlı pnömoperitoneum olabileceğini düşündürdü. Bunun üzerine hastaya diagnostik laparaskopi yapılmasına karar verildi. İnkersere inguinal herni ve perforasyon öntanısıyla diagnostik laparaskopi yapılan hastada karın içi organların salim olduğu görüldü. Laparaskopi esnasında inguinal bölgenin incelenmesinde herniasyon olmadığı görüldü. İnguinal insizyonla kitle eksplore edildi ve inmemiş testis tespit edilerek orşiektomi yapıldı. Çıkarılan kitlenin patolojik inceleme sonucu ile germ hücre aplazisi tanısı kondu. Hastanın postoperatif süreci komplikasyonsuz seyretti ve ameliyat sonrası 2. günde taburcu edildi. Takiplerinde ise sorunla karşılaşılmadı.

Tartışma

Chilaiditi bulgusu karaciğer ve diafram arasına barsak anslarının yerleşmesi olup hastalar asemptomatiktir ve subdiyaframatik serbest hava görünümü radyolojik olarak tesadüfen saptanır. Suspansuvar ligamentteki gevşeklik nedeniyle gereğinden fazla hareketli olan sağ kolon Chilaiditi bulgusuna neden olabilir. Semptomatik olduğunda Chilaiditi Sendromu diye adlandırılır.

Hastalar solunum yetmezliği daha sık olmak üzere karın ağrısı, kusma, kabızlık, iştahsızlık, substernal ağrı ve karında şişkinlik gibi şikayetlerle başvururlar. Kardiyak aritmi ve respiratuvar distress sendromu gibi durumlarında görülebileceği bildirilmiştir (4-7). Daha az sıklıkla suprahepatik apandisit, gastrik ve kolonik volvulus, internal herniasyon ve intestinal obstrüksiyon ile de ilişkili olabileceği gösterilmiştir (8,9). Glatter ve arkadaşları kolon volvulusu ile Chilaiditi sendromunun birlikteliğini tanımlamışlardır (10). Yine Kurt ve arkadaşları bu birlikteliğin gözlemlendiği bir olgu sunmuşlardır (11).

Tangri Nitin ve arkadaşları tarafından Chilaiditi bulgusunun pnömotoraks ile birlikte olabileceği bildirmişlerdir (12). Chilaiditi bulgusu siroz, atrofik veya pitotik karaciğer ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile birlikte de görülebilir. Nadirde olsa kolon tümörlerinin bu bulguya yol açabileceği gösterilmiştir (13,14). Nicola Antonacci ve arkadaşları malign sigmoid stenozuna bağlı subakut kolonik obstrüksiyon ve Chilaiditi sendromunun birlikte görüldüğü bir olgu sunmuşlardır. Bu olguda solunum

yetmezliği semptomları da görülmüştür (15).

Frenik sinir hasarı, obezite ve geçirilmiş cerrahiler de Chilaiditi bulgusuna yol açabilmektedir (16). Hastamıza 4 yaşında iken Moyamoya hastalığı tanısı konmuş, 1995 yılında tüm vücutta spastisite gelişmiş, sonrasında çekilen DSA (dijital subtraksiyon anjiyografi) tetkikinde bilateral internal karotis arterde tıkanıklık olduğu ve kollateral arterlerin geliştiği tespit edilmiştir. Olgumuzun iki defa bu nedenle opere edildiği öğrenilmiştir. Moyamoya hastalığı Willis poligonunu meydana getiren arterlerin bilateral, ilerleyici darlığı veya tıkanıklığı sonucunda kollateral damarların gelişmesiyle karakterize kronik, progresif bir serebrovasküler hastalıktır (17). Japonlarda sık görülen bu hastalığın sebebi tam olarak bilinmemektedir. Tedavide serebral kan akımını arttırmaya yönelik medikal ve cerrahi tedaviler uygulanmaktadır (18).

Olgumuzun Moyamoya sendromu tanısıyla iki defa opere edildiği öyküsünden anlaşılmıştır. Hastanın karın muayenesi spastisite nedeniyle suboptimal yapılmış, sadece ağrılı inguinal kitleden dolayı huzursuzluk izlenmiş olup, ek bir muayene bulgusu görülmemiştir. Literatüre bakıldığında Moyamoya Sendromu ile Chilaiditi bulgusunun birlikteliğine dair bir bilgiye rastlanmamıştır.

Tanıda genellikle direk akciğer/batın grafisi ve akciğer/batın BT görüntüleri kullanılmaktadır. Direk akciğer grafisinde % 0.3, akciğer/batın BT görüntülerinde ise % 2.4 oranında Chilaiditi belirtisi görülmektedir (11). Subfrenik apse ile Chilaiditi sendromu arasındaki ayırım negatif laparatomileri

önleme açısından önemlidir. Chilaiditi bulgusu olduğunda hausralar görüntülerde seçilebilmekte ve hastanın pozisyonunun değişmesiyle subdiyaframatik hava yer değiştirmemektedir. Buna rağmen tanı konulamayan durumlarda BT görüntüleri ayırıcı tanıda yardımcı olacaktır (19,20).

Hastaların çoğunda medikal tedaviye cevap alınmakta olup çok azında cerrahiye ihtiyaç kalmaktadır. Tedavi konservatif yaklaşımla yatak istirahati, sıvı desteği, nazogastrik ve/veya rektal dekompresyon ve laksatifleri içerir. Tüm bunlara rağmen klinik olarak kötüye gidiş olduğunda veya diğer abdominal komplikasyonlarla birliktelik olduğunda cerrahi eksplorasyon endike olmaktadır (20-23).

Chilaiditi bulgusu ve akut karın bulguları direkt karın grafisinde pnömoperitoneum algısına yol açıp gereksiz cerrahi girişimlerin önünü açabilir. Bu nedenle solunum yetmezliği ve akut karın semptomları ile başvuran hastalarda gereksiz ameliyatlardan kaçınmak için ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Sanyal K, Sabanathan K. Air below the right diaphragm: Chilaiditi sign. *Emerg Med J.* 2008;25(5):300.
2. Tzimas T, Baxevanos G, Akritidis N. Chilaiditi's sign. *Lancet.* 2009;373(9666):836.
3. Chilaiditi D. Zur Frage der Hepatoptose und Ptose im allgemeinen im Anschluss an drei Fälle von temporärer, partieller Leberverlagerung. *Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen* 1910;16:173-208.
4. Saber AA, Boros MJ. Chilaiditi's syndrome: what should every surgeon know?. *Am Surg.* 2005;71(3):261-3.
5. Haddad CJ, Laclé J. Chilaiditi's syndrome. A diagnostic challenge. *Postgrad Med.* 1991;89(4):249-50, 252.
6. Schubert SR. Chilaiditi's syndrome: an unusual cause of chest or abdominal pain. *Geriatrics.* 1998;53(6):85-8.
7. Risaliti A, De Anna D, Terrosu G, Uzzau A, Carcoforo P, Bresadola F. Chilaiditi's syndrome as a surgical and nonsurgical problem. *Surg Gynecol Obstet.* 1993;176(1):55-8.
8. Plorde JJ, Raker EJ. Transverse colon volvulus and associated Chilaiditi's syndrome: case report and literature review. *Am J Gastroenterol.* 1996;91(12):2613-6.
9. Orangio GR, Fazio VW, Winkelman E, McGonagle BA. The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon. An indication for surgical therapy. *Dis Colon Rectum.* 1986;29(10):653-6.
10. Glatter RD, April RS, Miskovitz P, Neistadt LD. Severe recurrent abdominal pain: an anatomical variant of Chilaiditi's syndrome. *MedGenMed.* 2007;9(2):67.
11. Kurt Y, Demirbas S, Bilgin G, Aydın Y, Akin L, Yıldız M, Celenk T. Colonic volvulus associated with Chilaiditi's syndrome: report of a case. *Surg Today.* 2004;34(7):613-5.
12. Tangri N, Singhal S, Sharma P, Mehta D, Bansal S, Bhushan N, Singla S, Singh P. Coexistence of pneumothorax and Chilaiditi sign: a case report. *Asian Pac J Trop Biomed.* 2014;4(1):75-7.

13. Loke KL, Chan CS. Case report: transverse colon volvulus: unusual appearance on barium enema and review of the literature. *Clin Radiol*. 1995;50(5):342-4.
14. Eisenstat TE, Raneri AJ, Mason GR. Volvulus of the transverse colon. *Am J Surg*. 1977;134(3):396-9.
15. Antonacci N, Di Saverio S, Biscardi A, Giorgini E, Villani S, Tugnoli G. Dyspnea and large bowel obstruction: a misleading Chilaiditi syndrome. *Am J Surg*. 2011;202(5):e45-7.
16. Oh SN, Rha SE, Byun JY, Kim JY, Song KY, Park CH. Chilaiditi syndrome caused by Fitz-Hugh-Curtis syndrome: multidetector CT findings. *Abdom Imaging*. 2006;31(1):45-7.
17. Schmit BP, Burrows PE, Kuban K, Goumnerova L, Scott RM. Acquired cerebral arteriovenous malformation in a child with moyamoya disease. Case report. *J Neurosurg*. 1996;84(4):677-80.
18. Karabağlı H, Etuş V. Moyamoya Hastalığı. *Türk Nöroşirurji Dergisi* 2013;23(2):141-149.
19. Fitzgerald JF, Tronconi R, Morris LD, Nowicki MJ. Clinical quiz. Chilaiditi's sign. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2000;30(4):425, 471.
20. Chan SC, Law S, Chu KM. Iatrogenic Chilaiditi's syndrome. *Gastrointest Endosc*. 2002;56(3):447-9.
21. Lohr CE, Nuss MA, McFadden DW, Hogg JP. Laparoscopic management of Chilaiditi's syndrome. *Surg Endosc*. 2004;18(2):348.
22. Özer C, Zenger S. Chilaiditi syndrome in a patient with urological problems: Incidental diagnosis on computed tomography. *Can Urol Assoc J*. 2012;6(2):E75-6.
23. Hsu HL, Liu KL. Hepatodiaphragmatic interposition of the colon. *CMAJ*. 2011;183(2):E132.