

BALIKESİR MEDICAL JOURNAL

Karın Ağrısının Nadir Sebeplerinden Birisi: Chilaiditi Sendromu, 2 Olgu Sunumu

One Of The Rare Reasons Of Abdominal Pain: Chilaiditi Syndrome, Report Of Two Cases

Salih Kocaoğlu¹, Osman Mahir Okur², Adnan Karadaş³, Atakan Savrun⁴

- 1 1- Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Balıkesir
2- Denizli Devlet Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Denizli
3- Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Acil Servis Kliniği, Balıkesir
4- Ordu Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ordu,

Öz

Chilaiditi sendromu kolon veya ince bağırsağın sağ diyafram ile karaciğer arasında interpoze olması sonucu görülen nadir bir durumdur. Genellikle tekrarlayan karın ağrısı, solunum sıkıntısı, kabızlık ve kusma şikayetleriyle seyreden veya insidental saptanan bir hastalıktır. Akciğer grafisi veya ayakta direk batin grafisinde pnömoperitoneum ile karışabilen tipik görüntüsü acil servislerde hekimler için tanıda zorluklar yaratmaktadır. Bu makalede Chilaiditi sendromu tanısı koyduğumuz iki vakayı sunmayı amaçladık. Bunlardan ilki dış merkezden akut batin ön tanısıyla sevk edilen bir hastayı diğeri ise insidental olarak yakaladığımız bir travma olgusuydu.

Anahtar Kelimeler: Chilaiditi sendromu, akut batin, pnömoperitoneum,

Abstract

Chilaiditi syndrome is a rare condition caused by interposing of colon or small bowel between right diaphragm and liver. It is usually a disease with recurrent abdominal pain, respiratory distress, constipation and vomiting or incidentally determined. Typical appearance that can be confused with pneumoperitoneum on chest X-ray or standing abdominal X-ray creates difficulties in diagnosis for physicians in emergency departments. In this article, we aimed to present two cases diagnosed as Chilaiditi syndrome. The first was a patient referred from the external center with a prediagnosis of acute abdomen the other was a case of trauma that we caught incidentally.

Key Words: Chilaiditi's syndrome, acute abdomen, pneumoperitoneum

Gönderilme Tarihi: 12-06-2019
Kabul Tarihi: 23-07-2019

Atif İçin: Salih Kocaoğlu, Osman Okur, Adnan Karadaş, Atakan Savrun, Karın Ağrısının Nadir Sebeplerinden Birisi: Chilaiditi Sendromu, 2 Olgu Sunumu, Balıkesir Medical Journal, 2019 3(2);102-107

Sorumlu Yazar: Salih Kocaoğlu
Balıkesir Üniversitesi, Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı,
Balıkesir, Türkiye, Tel: 05077410349,
E-mail: salihkocaoğlu1986@gmail.com

DOI: 10.33716/bmedj.577029

Giriş

Chilaiditi sendromu genellikle transvers kolon veya hepatik fleksura olmak üzere bazen de ince bağırsakların karaciğer ve diyafragma arasına yer değiştirmesiyle tesadüfen görülen bir durumdur. Bu durum, yakınmasız olduğunda Chilaiditi bulgusu, yakınmayla beraber olduğunda ise Chilaiditi sendromu olarak adlandırılır (1). Hepatodiyafragmatik interpozisyon, oldukça nadir bir durum olup, genel toplumda %0,025 ile %0,28 arasında değişen sıklıkta görülür (2). İnsidansı yaşla artar, erkek/kadın oranı 4/1'dir. Çoğunlukla asemptomatik kalırlar, hafif karın ağrısından akut intermitan barsak obstrüksiyonuna kadar bir dizi semptom oluşturabilirler (3). Bu makalede chilaiditi sendromu tanısı koyduğumuz 2 hastayı sunduk. Bunlardan biri ayakta direk batın grafisinde şüpheli serbest hava görülmesi nedeniyle akut batın ön tanısıyla acil servisimize sevk edilmişti, diğeri ise darp şikayetiyle gelen direk grafisinde insidental olarak yakaladığımız bir vakaydı.

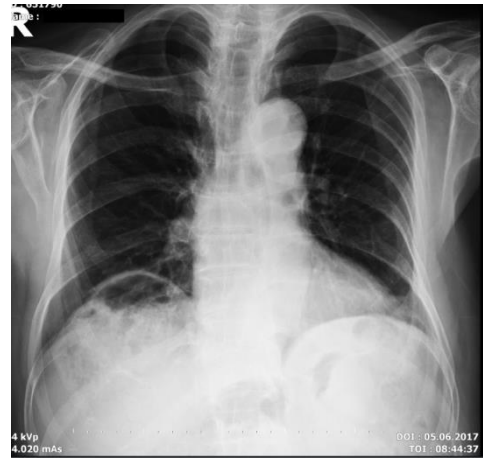
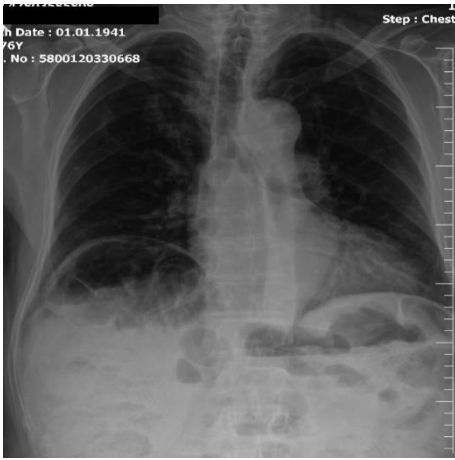
Olgu 1

75 yaşında erkek hasta dış merkezde çekilen akciğer grafisinde sağ diyafragma altında serbest hava saptanması üzerine ambulans ile acil servisimize akut batın ön tanısıyla sevk edildi. Hastanın fizik muayenesinde palpasyonla yaygın hassasiyet ve distansiyonu mevcuttu. Bulantı, kusma ve kabızlık tariflemiyordu. Ateş 37 C, tansiyon 140/90 mmHg nabız 105 atım/dk ve solunum hızı 18/dk'ydı. Hemogram incelemesinde hemoglobin 12.6 g/dl, lökosit 5.600/mm³, trombosit 190.000/mm³; biyokimya incelemesi doğaldı. Ayrıntılı alınan anamnezinde hastanın şişkinlik, karın ağrısı ve kabızlık şikayetlerinin çok sık olduğu ve benzer ağrıların uzun zamandır ara ara rahatsız ettiğini öğrendik. Acil serviste çekilen akciğer grafisinde sağ diyafragma altında serbest hava ile uyumlu olabilecek şüpheli bir görüntü saptandı (Şekil 1). Bunun üzerine batın bilgisayarlı tomografisi (BT) çekilen hastanın tomografisinde sağ hemidiyafragmada eventrasyon ile uyumlu görünüm saptandı ve kalın bağırsak anslarının karaciğer ile sağ diyafragma arasında interpoze olduğu görüldü (Şekil 2, Şekil 3). Hasta Chilaiditi Sendromu ön tanısıyla genel cerrahi ile konsülte edildi. IV ıvı replasmanı ve lavman uygulaması ile rahatlayan hasta mevcut haliyle acil cerrahi operasyon gerektirmediğinden dolayı poliklinik kontrollerine çağırılarak şifa ile taburcu edildi.

Olgu 2

77 yaşında erkek hasta acil servise darp edilme şikayetiyle başvurdu. Hasta sağ kostovertebral bölgede ve karında sağ üst kadranda ağrı tariflemekteydi. İnceleme ile

değerlendirmede herhangi bir lezyonu veya ekimozu yoktu. Genel durum iyi, bilinç açık, tansiyon 150/90 mmhg, nabız 80 atım/dk, ateş 36,5 C ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın hemogram incelemesinde hemoglobin 13.1gr/dl, lökosit 4.900 mm³, trombosit 157.000 mm³; biyokimya incelemesinde ise anormal bir bulgu yoktu. Acil serviste çekilen akciğer grafisinde sağ diyafragma altında bağırsak ansları ile uyumlu hava gölgesi tespit edildi. (Şekil 1). Bunun üzerine hastaya ileri tetkik amaçlı batın BT çekildi. Batın BT’de sağ hepatic fleksura ve barsak ansları karaciğer anteriorunda izlendi (Şekil 2, Şekil 3). Genel durumu iyi olan, ek şikayeti olmayan hasta Chilaiditi bulgusu ön tanısıyla genel cerrahi poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.



(Olgu 1)

(Olgu 2)

Şekil 1. PA akciğer grafisinde sağ diyafragma altında haustraların belirgin olduğu kolona ait gaz görülmekte



(Olgu 1)

(Olgu 2)

Şekil 2. Batın BT’de kolona ait hepatic fleksuranın karaciğerin anteriorunda sıkıştığı gözlenmekte



(Olgu1)



(Olgu 2)

Şekil 3. Batın BT sagittal kesitte yine karaciğerin anteriorunda sağ karaciğer lobu ve diyafragma arasında interpoze olmuş bağırsak ansları görülmekte

Tartışma

Chilaiditi Sendromu ,ilk olarak 1910 yılında Viyana'lı bir radyolog olan Demetrius Chilaiditi tarafından tanımlanmıştır (4,5). Bu sendromda olgular genel olarak yakınmasız seyrederek ve tesadüfen radyolojik incelemeler sırasında saptanır. Klinik olarak en yaygın semptomlar bulantı, kusma, iştahsızlık, kabızlık, karında şişkinlik, nefes darlığı, sağ üst kadran ağrısı veya epigastrik ağrıdır. Nadiren de olsa volvulus, inkarserasyon ve perforasyon gibi acil cerrahi girişime ihtiyaç duyulan tablolara da yol açabilmektedir (6-8). Bizim olgularımızdan birisi asemptomatik seyrederken diğeri, yer yer kabızlık, şişkinlik, bulantı gibi dispeptik şikayetleri olduğunu belirtmekteydi.

Chilaiditi sendromunun oluşmasında, karaciğer pitozisi, küçük karaciğer, karaciğerin asıcı bağlarının relaksasyonu gibi karaciğer ile ilgili faktörler; diyafram kaslarında zayıflama ve dejenerasyon, frenik sinir paralizisi, tüberküloz ve amfizeme bağlı intratorasik basınçta değişikliklere neden olan diyafragmatik faktörler; megakolon, konjenital nedenlerle kolonun anormal mobilizasyonu, mezenter gevşekliği ile aşırı ölçüde barsak motilitesi, çekal fiksasyon yetersizliği, intraabdominal basınç gradientinin artması (gebelik) gibi intestinal faktörler; travma ve buna bağlı oluşan yapışıklıklar ve aşırı hava yutma ve buna bağlı distansiyon gelişimi gibi faktörler sorumlu tutulmuştur (9,10). Mental yetersizliği olan hastaların %8.8'inde Chilaiditi sendromu görülebilmektedir. Matsuo T ve arkadaşları 3 şizofrenik hastada bu sendromu bildirmiş ve nedeninin aşırı hava yutma sonucu gelişen distansiyona bağlı olduğunu belirtmişlerdir (11).

Radyolojik bulgulara göre Chilaiditi bulgusu tanısı koymak için 3 kriter mutlaka olmalıdır. Bunlar; sağ hemidiyafram araya giren barsak segmentleri tarafından karaciğerin üzerinden yukarı doğru eleve edilmiş olması, barsak segmentinin içi hava ile şişmiş olması (pseudopneumoperitoneum) ve karaciğerin üst kenarı sol hemidiyaframın seviyesinin altına itilmiş olmasıdır(12). Diyafram altındaki gaz görünümü olan tipik radyolojik görüntüsü nedeniyle pnömoperitoneum ile karıştırılmaması önemlidir. Özellikle acil serviste AAA (Ailesel Akdeniz Ateşi) atağı geçiren hastalarda rastlanırsa yanlış tanıya neden olabilir (13). Diyafram altında kolona ait normal “plicae circulares” veya haustral görünümünün olması Chilaiditi bulgusu ile diğer batın içi serbest hava olan hastalıkların ayırıcı tanısında yardımcı olur. Chilaiditi bulgusu olan hastalarda pozisyonun değiştirilmesi ile batın içinde serbest hava olan hastaların aksine gaz gölgesi yer değiştirmez (14). Subdiyafragmatik havanın perforasyona bağlı serbest havaya ait görünüm mü, yoksa Chilaiditi bulgusu/sendromuna ait barsak içindeki hava mı olduğunun, röntgen ve ultrasonografi ile ayırt edilemediği olgularda ayırıcı tanı için bilgisayarlı tomografi çekilebilir (9).

Chilaiditi sendromunun tedavisi genel olarak intravenöz sıvı replasmanı, barsak dekompresyonu, enema, laksatifler ve diyet önerisidir. Ancak konservatif tedaviye yanıt vermeyen olgularda ya da bağırsak obstruksiyonu, kolonik volvulus, perforasyon saptanan hastalarda cerrahi tedavi düşünülmelidir. Literatürde volvulus, inkarserasyon, perforasyon ve akut karın nedeniyle opere edilen, kolektomi ya da kolopeksi yapılan hastalar bildirilmiştir(7,8)

Sonuç

Chilaiditi sendromu genelde asemptomatik hastalarda direkt grafide rastlantısal olarak karşımıza çıkan nadir bir durum olsa da, acil servise karın ağrısıyla başvuran bir hastada saptanıldığında batın içi serbest hava ile karışabileceği ve tanı için ileri görüntüleme yöntemleri kullanılması gerekebileceği unutulmamalıdır. Acil tıp hekimlerinin bu sendromu tanıyabilmesi gereksiz hasta sevklerinin, gereksiz konsültasyonların ve en önemlisi yanlış operasyonların önüne geçecektir.

KAYNAKLAR

- 1-Plorde JJ, Raker EJ. Transverse colon volvulus and associated Chilaiditi's syndrome: Case report and literature review. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 2613-6.
- 2-Orangio GR, Fazio VW, Winkelman E, et al. The Chilaiditi's syndrome and associated volvulus of the transverse colon: an indication for surgical therapy. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 653-6.
- 3-Pritchard GA, Price-Thomas JM. Internal hernia of the transverse colon. *Dis Colon Rectum* 1986;29:657-8.
- 4-Chilaiditi D. Zur frage der hepatoptose und ptose im allgemeinen imanschluss an drei falle von temporarer, partieller leberverlagerung. *Fortschr Geb Rontgenstr* 1910; 16: 173-208.
- 5-Moraliođlu S, Chilaiditi's syndrome: A case report, *Turk Arch Ped* 2011; 46: 261-3.
- 6-Keles S, Artac H, Reisli I, et al. Chilaiditi syndrome as a cause of respiratory distress. *Eur J Pediatr* 2006; 165 : 367-9.
- 7-Huang WC, Teng CS, Tseng MH, et al. Chilaiditi's syndrome in children. *Acta Paediatr Taiwan* 2007; 48: 77-83.
- 8-Barroso Jornet JM, Balaguer A, Escribano J, et al. Chilaiditi syndrome associated with transverse colon volvulus: first report in a paediatric patient and review of the literature. *Eur J Pediatr Surg* 2003; 13: 425-8.
- 9-Demir S, Őenel E, Chilaiditi Syndrome in a child patient: a case report, *Turkish Journal of Clinics and Laboratory*, 2015;6:133-6
- 10-Blevins WA, Cafasso DE, Fernandez M, Edwards MJ. Minimally invasive colopexy for pediatric Chilaiditi syndrome. *J Ped Surg* 2011; 46; e33–e35.
- 11-Matsuo T, Kotsubo D, Ichiki S et al. Chilaiditi's syndrome in schizophrenic patients. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology* ,1987; 41:71-5.
- 12- Lekkas CN, Lentino W. Symptom-producing interposition of the colon. Clinical syndrome in mentally deficient adults. *JAMA*. 1978; 240: 747-50.
- 13- Avcıkurt AS, Balıkesir Bölgesinde Ailesel Akdeniz Ateşi Öntanıısı Alan Hastalarda MEFV Mutasyon Sıklığı, *Balıkesir Medical Journal*, 2017, 1(2): 47-51
- 14-Sato M, Ishida H, Konno K, et al. Chilaiditi syndrome: sonographic findings. *Abdom Imaging*. 2000; 25: 397-9.