

Chiliaditi Sendromu; Bir Olgu Nedeniyle

Chiliaditi Syndrome; For One Case

Uzm. Dr. Suat KONUK¹,
Yrd. Doç. Dr. Cahit BİLGİN²
¹ Göğüs Hastalıkları Uzmanı Özel Dal
Merkezi. Düzce
² Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları

**Yazışma Adresleri /Address for
Correspondence:**
Uz. Dr. Suat KONUK
Göğüs Hastalıkları Uzmanı, Özel Dal
Merkezi. Kültür mahallesi
Akçam Sokak daire 1-2
Düzce-Merkez

Tel/phone: +90 507 341 0126
E-mail: suatkonukk@windowslive.com

Anahtar Kelimeler:

Chiliaditi
sendromu, KOAH, nadir
sendrom

Keywords:

Chiliaditi
syndrome, COPD, rare
syndrome

Öz

Chiliaditi sendromu nadir görülen bir durum olup genellikle asemptomatiktir. Kolonun tek başına veya ince barsaklarla birlikte karaciğer ile diafragma arasına sıkışması sonucu oluşur. Asemptomatik olabileceği gibi bazen karın ağrısı, bulantı, kusma ve kabızlık gibi tipik semptomların yanı sıra; nefes darlığı ve göğüs ağrısı gibi atipik şikayetlere de neden olabilir. Fizik muayene incelemeleri KOAH tanısını doğrulamamasına rağmen, klinik ve laboratuvar bulgularının KOAH'la uyumlu olması nedeniyle KOAH gibi tedavi alan, 57 yaşındaki erkek hasta Chiliaditi sendromunun nadiren rastlanılır klinik özellikleri nedeniyle sunuldu.

Abstract

Chiliaditi syndrome is a rare syndrome, which is generally asymptomatic. This syndrome is interposition of the colon only or with the small intestine in hepatodiaphragmatic area. Generally it may be without symptoms, but sometimes, there may be the typical symptoms such as a abdominal pain, nausea, vomiting and constipation; however, atypical symptoms such as dyspnea and chest pain may also exist. Although the diagnosis of COPD were not verified by the physical examinations, 57 years old, male patient having the concordant clinical findings for COPD and treated as COPD was presented due to the rare clinical characters and laboratory findings of Chiliaditi syndrome.

Giriş

Chiliaditi sendromu semptomatik veya asemptomatik olarak karşımıza çıkabilir. Semptomatik olgularda bulantı, kusma, karın ağrısı, kabızlık sık olarak saptanan klinik bulgularıdır (1). Kolon veya ince barsağın hepatodiyafragmatik interpozisyonu sonucu nadir bir sendrom olarak oluştuğu bilinen chiliaditi sendromu, genellikle asemptomatik olarak seyretmekte, kalıcı veya geçici konumda gelişebilmektedir (7, 10). Chiliaditi sendromunun genel popülasyonda görülme sıklığı %0,003 ile 0,025 arasında değişmektedir (10). Seyrek de olsa değişken semptomlarla birçok klinik tabloyu taklit edebilir. Bazen solunum zorluğu, göğüs ağrısı, göğüste sıkışma hissi gibi semptomlara da neden olabilir ve kardiyak aritmilere yol açabilir. Yakınmalara yönelik yapılan radyolojik incelemeler sonucu tanısal doğrulama mümkün olabilmektedir (2, 3, 10).

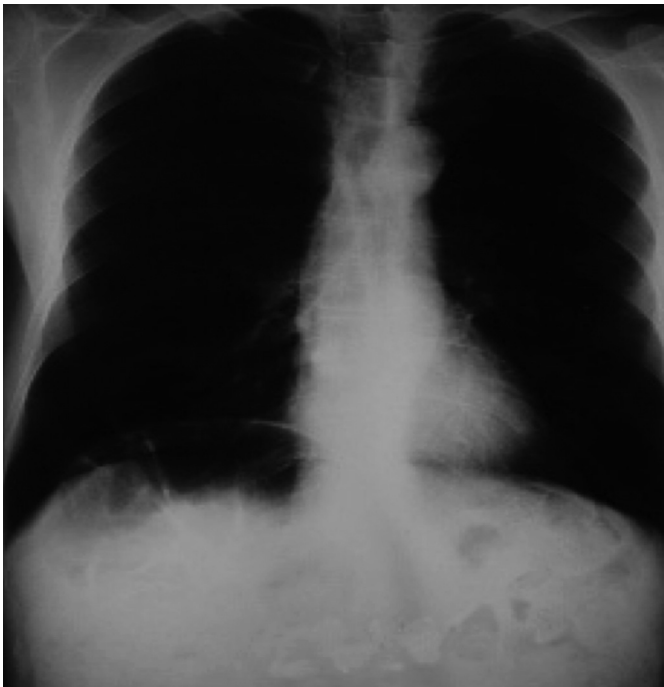
Olgu

Erkek hasta, emekli memur, 57 yaşında. Sigara 15 paket/yıl. şikayeti mevcut ve yaklaşık 2 yıldır süren, gece yatınca artan, ayrıca zorlu egzersiz kapasitesini kısıtladığını ifa-

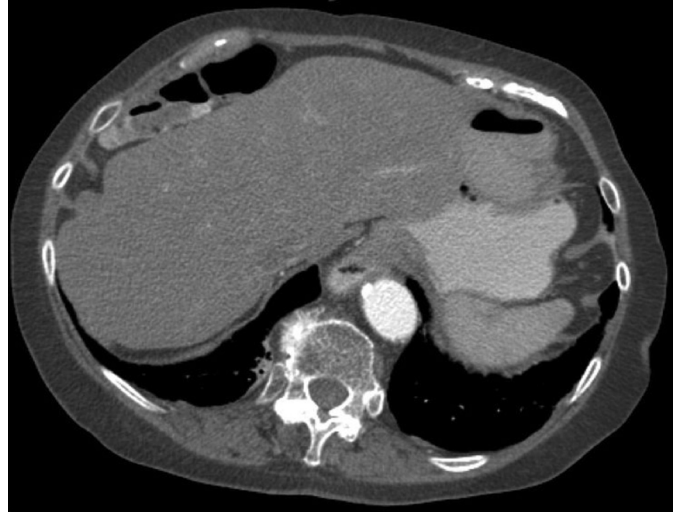
de ettiği nefes darlığı şikayetleri mevcut olan hasta, son iki yıldır da belirginleşen karın ağrısı ve sık tekrarlayan kabızlık yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Karın ağrısı özellikle yemeklerden sonra belirginleşmekte idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, solunum sisteminde KOAH düşündürecek belirgin patolojik bulgu saptanamadı. Bununla birlikte sağ hemitoraksın bazalinde solunum seslerinde hafif azalma ve bağırsak seslerinde artma saptandı. Batın muayenesinde sağ hipokondriak bölgede palpasyonla hassasiyeti mevcut idi. Diğer sistemlerin muayenesinde anormal bulgu saptanmadı. Laboratuvar bulgularında; WBC: 6740/mm³ Sedimantasyon: 25/sa Hb: 13.7gr/dl Hct: %40.1 olup diğer kan rutin biyokimya, incelemelerinde özellik saptanmadı. Hastanın solunum fonksiyon testi normal sınırlarda idi. PA akciğer grafisinde; Her iki akciğerde havalanmada artış, sağ diyafragma yüksekliği ve sağ diyafragma altında hava ile dolu muhtemel barsak ansları (haustrasyon) görüntüsü veren gölgeler mevcuttu (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisi; diyafram ile karaciğer arasına giren kolon segmenti izlenmektedir (Resim 2). Göğüs hastalıkları kliniğimizce chiliaditi sendromu tanısı konup genel cerrahi bölümüne konsülte edildi. Hastaya medikal tedavi ve yatak istirahati önerildi. Konservatif tedavi ile hastanın yakınmalarında önemli ölçüde azalma oldu.

Tartışma

Chiliaditi sendromunda kolon ve/veya ince bağırsaklar karaciğer arasına yer değiştirmektedir (1, 7). Kolon veya ince bağırsağın bu interpozisyonu ilk defa 1910 yılında 3 olgusunu ile tarif edilmiştir (10). Genellikle gençlerde ve de



Resim 1. PA Akciğer grafide sağ diyafragma altında haustrasyon izlenimi veren içi hava dolu alan izlenmektedir



Resim 2. Toraks BT'de diyafram ile karaciğer arasına giren kolon segmenti izlenmektedir.

erkeklerde gözlenen bu sendromun, konjenital bir bozukluğa bağlanabilmesi mümkün olamamıştır(1, 7).

Chiliaditi sendromu oluşumunda; diyafragmatik faktörler, hepatik faktörler, abdominal nedenler, travma ve buna bağlı oluşan yapışıklıklar, aerofaji ve buna bağlı distansiyon gibi faktörler suçlanmıştır (6). Semptomlu ya da semptomsuz oluşu yukarıda belirtilen etken patolojilerin çeşidine ve belirti verecek düzeye ulaşip ulaşmamasıyla açıklanabilmektedir (9). Semptomatik olgularda karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık sık olarak saptanan klinik bulgulardır (10, 13). Seyrek de olsa değişken semptomlarla birçok klinik tabloyu taklit edebilir. Bazen solunum zorluğu, göğüs ağrısı, göğüste sıkışma hissi gibi semptomlara da neden olabilir ve kardiyak aritmilere yol açabilir, bazen beraberinde abdominal bölgede asit saptanabilir (5, 7, 10, 13).

Bizim olgumuz da Chiliaditi sendromunun az rastlanan klinik özelliklerine sahip idi. Olgumuzda, ara ara olan ve gece yatınca artan öksürük şikayeti ve yaklaşık 2 yıldır süren, gece yatış pozisyonuna bağlı gelişen nefes darlığı şikâyeti mevcuttu. PA akciğer grafisinde sağ diyafragma altında kolon haustrasyonlarıyla uyumlu havalı alan görünümüne rağmen sadece KOAH tedavisi planlanan hasta için, dört haftalık KOAH tedavisi sonrası kontrolü önerildi. Bir aylık KOAH tedavisi ile mevcut şikayetlerinde değişiklik olmayan ve tedaviden yarar görmediğini ifade eden hastadan chiliaditi ön tanısı düşünülerek tarafımızdan genel cerrahi konsültasyonu istendi. Chiliaditi sendromuna yönelik konservatif tedavi uygulandı. Bu tedavi sonrası kontrol edilen hastanın yakınmalarında belirgin iyileşme olduğu saptandı. Ancak sağ diyafragma altında ki havalı gölge azalmakla birlikte sebat ediyordu. Diyafragma altında havalı gölge içinde haustrasyonların fark edilmesi, bu sendromun diğerlerinden ayırmada önemli bir faktördür. Chiliaditi sendromu özel olmayan semptomlarla birlikte olsa da, torsiyon, volvulus ve malignite ile beraber bulunmak durumu dışında cerrahi girişim ge-

rektirmez. Konservatif tedavi ile yakınma ve bulgular kaybolabilir (1, 7, 10). Olgumuzda son iki yıldır belirginleşen karın ağrısı ve sık tekrarlayan kabızlık yakınmaları bulunuyordu. Karın ağrısı özellikle yemeklerden sonra belirginleşip yayılım göstermeyen kramp tarzında bir karaktere sahipti. Konservatif tedavi olgumuzun bu yakınmalarında da belirgin yarar sağladı. Bishop ve arkadaşları yaygın karın ağrısı ile hastaneye kabul ettikleri 68 yaşındaki bir hastada, karında gerginlik, hassasiyet, barsak seslerinde kaybolma saptanması ve ayakta çekilen toraks filminde pnömoperitonium görülmesi sonucu karın içi organ perforasyonu tanısı ile laparotomiye karar verildiğini, ancak hastanın operasyonu kabul etmemesi üzerine konservatif tedavi uygulandığını, hastanın iyileştiğini ve daha sonra yapılan kontrastlı kolon grafisi ile Chiliaditi sendromu tanısının açıklık kazandığını bildirmişlerdir (12). Tanı genellikle rutin akciğer grafisi ve ayakta direkt batın grafisi ile tesadüfen konur. Sağ diyafragma altında radyolüseni gösteren (hava bulunan) bir alan bulunduğu ayırıcı tanıda subdiyafragmatik abse, retroperitoneal kitleler, karaciğer abse ve posterior lezyonları ile Chiliaditi sendromu ilk olarak düşünülmelidir (2, 3, 7, 10). Ayırıcı tanı için tomografi ve/veya ultrasonografi de gereklidir (1, 2). Tedavi konservatiftir. Yatak istirahati, sulu gıda, sıvı replasmanı ve lavmanla klinik ve radyolojik düzelme gözlenebilir (8, 10). Cerrahi gerektiren ve subtotal kolektomi ile iyileşen olgular da bildirilmiştir (4, 8, 11). Sonuç olarak Chiliaditi Sendromu gastrointestinal şikayetler dışında, atipik bir şekilde göğüs hastalıkları şikayeti ile de karşımıza çıkabilir.

Toraks Derneği 19.yıllık kongresinde poster olarak sunulmuştur (2016).

Kaynaklar

1. Chan SC, Law S, Chu KM. Iatrogenic Chilaiiditi's syndrome. *Gastrointest Endosc* 2002;56:447-9.
2. *Pediatric Radiology*. In: Morgulis AR, Burhenne HJ editors. *Alimentary Tract Radiology*, 4 th ed. Toronto 1989; 1717-57.
3. Karaman C, Özek T, Urhan MK et al. Agenesis of the right lobe of the liver. *Case report. Acta Radiologica* 1997; 38: 428-30.
4. Orangio GR, Fazio VW, Winkelman E. The Chilaiiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon: an indication for surgical therapy. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 653-6.
5. Bhattacharya PC, Bhattacharya AK, Dutta S et al. Chilaiiditi syndrome with ascites. *JAPL* 2002; 50: 860-1.
6. Matsuo T, Kotsubo D, Ichiki S et al. Chilaiiditi's syndrome in schizophrenic patients. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology* 1987; 41:71-5.
7. Dogu F, Reisli İ, İkinciöğulları A, Fitöz S, Babacan E. Unusual cause of respiratory distress: Chilaiiditi syndrome. *Pediatr Int* 2004; 46: 188- 190.
8. Risaliti A, Anna DD, Terrosu G et al. Chilaiiditi's syndrome as a surgical and nonsurgical problem. *Surgery* 1993; 176: 55-8.
9. Fukuchi Y, Hirano A, Aoki T. Rare case of internal hernia with a new type of hepatodiaphragmatic interposition of the stomach and colon. *Am J Gastroenterol* 1989; 84: 1322-4.
10. Kayaçetin E, Gök M, Karaaslan H. Chilaiiditi sendromu olgusu. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2004; 3: 110-1.
11. Kaymakçioğlu N, Yakut M, TanA, et al. Hypoganglionic megacolon associated Chilaiiditi's syndrome treated by subtotal colectomy: a case report. *Int Surg* 2000; 85: 48-50.
12. Bishop CC, Whitenhead SM, Jackson BT. Misdiagnosis of the Chilaiiditi syndrome. *Br Med J* 1987;295 (6613):1655
13. Ferguson HR, An elderly man with chest pain,shortness of breath and constipation *Postgrad Med*. 2003;79: 183-4.