

# Tekrarlayan Solunum Sıkıntısı Atakları ile Başvuran Bir Chilaiditi Sendromu

Yasin BULUT \*, Nuh YILMAZ \*, Şeyma MEMUR \*, Serdar ALTINÖZ \*, Aysel ÖZTÜRK \*

## *Tekrarlayan Solunum Sıkıntısı Atakları ile Başvuran Chilaiditi Bir Sendromu*

*Chilaiditi Sendromu ilk kez 1910 yılında Demetrius Chilaiditi tarafından radyolojik olarak karaciğer ile diyafragma arasına kolonun girmesiyle karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır. Genelde hastalar asemptomatik olup bazı hastalarda gastrointestinal ve solunumsal belirtilerle birlikte bulunabilir. Öyküsünde, yineleyen solunum sıkıntısı yakınmaları bulunan 5 yaşında kız hasta hastaneye yatırıldı. Çekilen akciğer grafisinde dilate kalın barsağın alttan basısı sonucu sağ diyafragmanın yükselmiş olduğu gözlemlendi. Sonuç olarak yineleyen solunum sıkıntısı tanımlayan çocukluk yaş grubundaki hastalarda bile Chilaiditi sendromunun akıldaki bulundurulması gerekir.*

**Anahtar kelimeler:** Çocuk, chilaiditi sendromu, tekrarlayan solunum sıkıntısı

## *A Case with Recurrent Respiratory Distress: Chilaiditi Syndrome*

*Chilaiditi syndrome was first described in 1910 by Demetrius Chilaiditi as a radiological evidence of colonic interposition between the liver and diaphragm. In general, patients are asymptomatic, but some have gastrointestinal and respiratory symptoms. A 5-years old female patient was admitted to the hospital with a history of recurrent respiratory distress. The chest x-ray revealed an elevation of the right hemidiaphragm caused by the presence of a dilated colonic loop below. This rare syndrome should be kept in mind even in pediatric patients with recurrent respiratory distress.*

**Key words:** Child, chilaiditi syndrome, relapsing respiratory distress

## GİRİŞ

Hepatodiyafragmatik interpozisyon oldukça ender görülen bir durum olup, genel toplumda % 0.02-0.08 oranında gözlenmektedir. Kolonun kalıcı veya geçici hepatodiyafragmatik interpozisyonu olup, ileum veya mide içerikli interpozisyonlar daha da enderdir. 1911 yılında Viyanalı bir radyolog olan Demetrius Chilaiditi tarafından üç asemptomatik hasta rapor edilmiştir. Asemptomatik hastalarda “Chilaiditi görünümü”, semptomatik hastalarda ise “Chilaiditi sendromu” terminolojisinin kullanılması önerilmektedir<sup>(1,2)</sup>. Sendromun ender görülmesi, ayrıca literatürde bildirilmiş solunum sıkıntısı ile başvuran çocuk hastaların çok az olması nedeni ile hasta sunulmuştur.

## VAKA SUNUMU

Dört buçuk yaşında kız hasta, öksürük ve solunum sıkıntısı nedeni ile başvurdu. Özgeçmişinde; miya-

dında normal spontan doğum ile 3,500 g doğduğu, nöromotor gelişiminin, aşılarının ve büyümesinin normal olduğu ifade edildi. Sekiz ay önce bronkopnömoni, dört ay önce de bronşiyolit tanısıyla tedavi aldığı öğrenildi. Soygeçmişinde özellik tanımlanmadı.

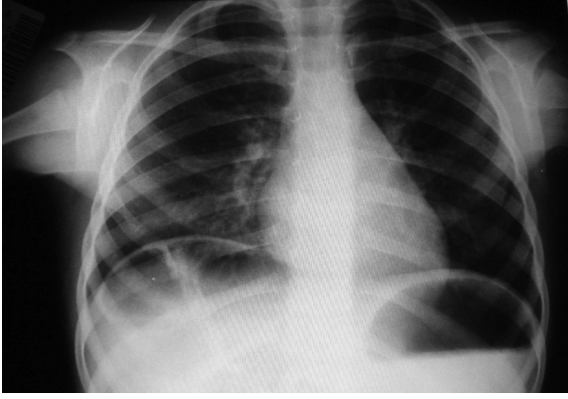
Fizik muayenesinde; ağırlık ve boy 50-75 persantilde, solunum sayısı: 50/dk, akciğerde dinlemekle sağda belirgin olmak üzere bilateral sibilan ronküs ayrıca, sağ bazalde barsak sesleri duyuldu. Karaciğer kot altında 3 cm ele geliyordu. Diğer sistem muayeneleri olağan idi.

Hastanın akciğer grafisinde diyafragma ile karaciğer arasında hava görüntüsü saptandı (Resim 1, 2). Organ perforasyonu açısından çekilen batin ultrasonografisinde; karaciğer ile sağ diyafragma arasında kolona ait olan gaz görünümü vardı (Resim 3). Hemogramında lökosit: 8,210/mm<sup>3</sup>, hemoglobin: 12 g/dL, hematokrit: % 38, trombosit: 351,000/mm<sup>3</sup>, sedimentasyon: 10 mm/saat, biyokimyasal parametreleri normal idi.

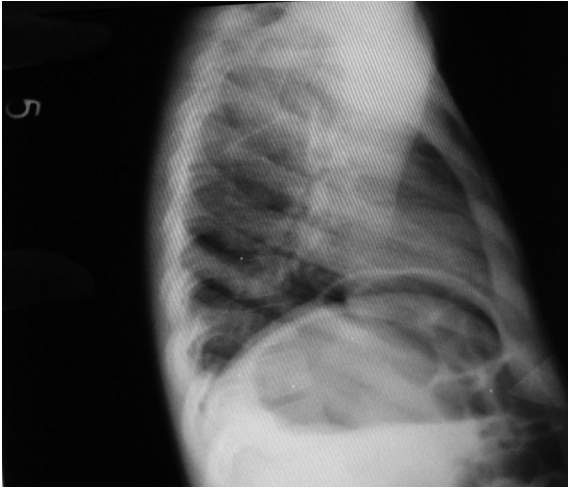
**Alındığı tarih:** 15.01.08

**Kabul tarihi:** 27.02.08

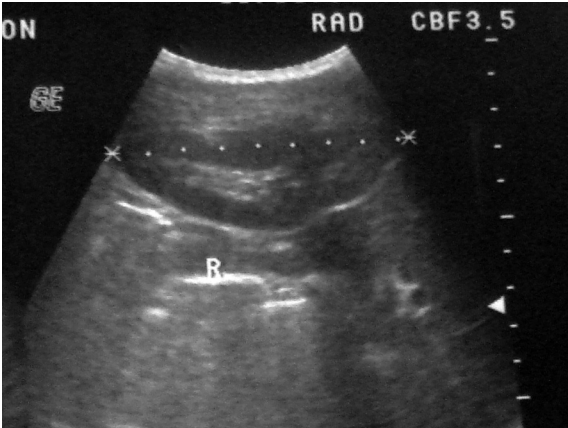
\* Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi



Resim 1. PA AC grafisinde sağ diyafragma ile karaciğer arasında hava görüntüsü.



Resim 2. Lateral AC grafisi.



Resim 3. Batın USG'de karaciğer ile diyafragma arasında kolon gazı görülmekte.

Hastaya bu bulgular ile kolonun hepatodiyafragmatik interpozisyonu ile prezente olan Chilaiditi sendromu tanısı konularak geçirmekte olduğu bronşiyolit atağına



Resim 4. Kontrol PA AC grafisinde hava görüntüsü kaybolmuş.

yönelik tedavi başlandı ve kolonun hepatodiyafragmatik interpozisyonu açısından çocuk cerrahisi ile konsülte edildi. Operasyona gerek olmadığı, konservatif yaklaşım ile izlemi önerildi.

Hastanın yedi gün sonra çekilen kontrol akciğer grafisinde sağ diyafragma altındaki hava görüntüsünün kaybolduğu gözlemlendi (Resim 4). Batın ultrasonografisinde diyafragma altında hava gözlenmedi. Etiyolojiye yaklaşım ve ek patolojiler açısından toraks tomografisi ve batın manyetik rezonans görüntülemesi düşünüldü, ancak sağlık güvencesi olmayan hasta bu tetkikleri yaptıramadı.

Chilaiditi sendromu tanısı konularak ayaktan takibe alınan hasta izleminin altıncı ayında olup, solunum sıkıntısı atağı veya kabızlık gibi ek bir sorun geliştirmedi.

## TARTIŞMA

Kolonun hepatodiyafragmatik interpozisyonu asemptomatik olduğunda sıklıkla önemi olmadığı düşünülen bir görünümdür. Semptomatik hastalar için "Chilaiditi sendromu" terminolojisi kullanılır <sup>(1,2)</sup>. Sendrom insidansı batı ülkelerinde daha ender olup, erkek kadın oranı 4:1'dir. Özellikle 65 yaşın üzerinde insidans artmakta olup, geriatric popülasyonu içeren bir çalışmada insidansının % 1'e ulaştığı gösterilmiştir <sup>(1)</sup>. Bir başka çalışmada normal toplumda insidans % 0.22, termine yakın gebeliği olan kadınlarda % 2 olarak bulunmuştur. Postnecrotik sirozlu hasta grubunda ise risk % 22'ye ulaşmaktadır <sup>(2,4)</sup>. Hastaların çoğu asemptomatik olup, rastlantısal çekilen akciğer grafileri ile saptanır. Klinik olarak semptomatik olan

hastalarda gastrointestinal yakınmalar ön plandadır. Sunulan hastada ise başvuru yakınması solunum sıkıntısı ve öksürük olmuştur. Hasta daha öncesinde de iki kez bronşiyolit ve bronkopnömoni tanısıyla tedavi almıştır. Hastada gastrointestinal sistem yakınması (kabızlık, karın ağrısı vb.) hiç tanımlanmamaktadır.

Normal koşullarda karaciğer ve diyafragmanın anatomik yapısı kolonun interpozisyonuna izin vermez. Sendromun patofizyolojisi multifaktöriyel olup, hepatik, diyafragmatik ve intestinal bazı faktörler suçlanmıştır. Karaciğerde pitozis, subfrenik boşluğun geniş olması, konjenital veya akkiz olarak kolonun uzun olması veya malrotasyonu, hepatik asıcı ligamentlerdeki gevşeklik, tüberküloz ve amfizeme bağlı intratorasik basınçtaki değişiklikler, karaciğer volümünde küçülme ve innervasyona veya kas yapısına bağlı olarak diyafragmanın gevşekliği hazırlayıcı nedenlerdir. Chilaiditi, karaciğerin aşırı mobil olmasını sorumlu tutarken diğer yayınlarda kolonun aşırı mobil olması temel patofizyolojik neden olarak gösterilmiştir<sup>(5)</sup>. Kolonun, farklı anatomik tiplerde, hepatodiyafragmatik interpozisyonu tarif edilmiştir. Sunulan hastada da görüldüğü gibi, en sık görülen form kolonun diyafragmanın anteriorunda ve karaciğer sağ lobunun üzerinde lokalize olduğu şekildedir. Posterior subfrenik alanda lokalizasyon daha ender olup, kombine anterior ve posteriorda yerleşmiş kolon dislokasyonu da bildirilmiştir<sup>(6)</sup>.

Yaşlılık, kronik akciğer hastalığı, amfizem, siroz ve hamilelik predispozisyonu artıran faktörlerdir. Kolonun hepatodiyafragmatik interpozisyonu, transvers ve sigmoid kolon volvulusu, abdominal travma, obezite, konjenital hipotiroidi, salmonellozis, skleroderma, gastrointestinal maligniteler, asit, postnekrotik siroz, hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları ve kronik akciğer hastalıklarına eşlik edebilir<sup>(7-9)</sup>. Yine mental yetersizliği olanların % 8,8'inde Chilaiditi sendromu görülmüştür. Matsuo ve ark.'nın<sup>(10)</sup> bildirdiği üç şizofrenik hastada, aşırı hava yutma ve buna bağlı distansiyon olası neden olarak suçlanmıştır. İbister ve ark.<sup>(11)</sup> travma sonucu oluşan kosta kırıklarına bağlı olarak diyafragma ile karaciğer arasındaki yapışıklıkların neden olduğu, ileus tablosu ile seyreden Chilaiditi sendromlu bir hasta bildirmiştir. Sunulan hastanın öz ve soygeçmişinde bu duruma yol açabilecek herhangi bir predispozan faktör bulu-

namamıştır.

Ana semptom karın ağrısı, distansiyon, bulantı, kusma ve konstipasyondur. Karın ağrısı oldukça şiddetli olup, akut batın sendromu ile karışabilir. Bazen solunum zorluğu ve kardiyak aritmilere neden olabilir. Ülkemizden sunulan ve cerrahi uygulanan erişkin bir hastanın yakınmaları kabızlık, göğüs ağrısı ve nefes darlığı idi<sup>(12)</sup>. Temel yakınması solunum sıkıntısı olan hastamızın gastrointestinal sistem yakınmaları yoktu.

Tanı genelde akciğer grafisi ve direkt batın grafisi ile rastlantı sonucu konur. Ayırıcı tanı için tomografi ve ultrasonografi de gereklidir<sup>(13)</sup>. Ayırıcı tanıda subdiyafragmatik apse, karaciğerin posterior lezyonları ve retroperitoneal kitleler göz önüne alınmalıdır.

Tedavi genelde konservatif olup, sıvı ve lifli besin alımını arttırmayı içerir. Ancak, kronik yakınmaları olan hastalarda, oluşabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla cerrahi uygulanır. Cerrahi olarak laparotomi ile kolon serbestleştirilir, gevşek olan diyafragma plikasyon uygulanır ve inferior-posteriora yer değiştirmiş olan karaciğer anatomik pozisyonuna getirilir. Hepatopeksi yapılarak genişlemiş olan subfrenik bölge daraltılabilir<sup>(14)</sup>. Kaymakçıoğlu ve ark.<sup>(15)</sup> megakolon ve Chilaiditi sendromlu bir hastada subtotal kolektomi uyguladıklarını bildirmiştir.

İntestinal yapışıklıklar, mekanik obstrüksiyon ve volvulus, gelişebilecek komplikasyonlar arasında yer almaktadır<sup>(16)</sup>. Hastanın altı aylık izleminde herhangi bir yakınması olmamıştır.

Sonuç olarak, yineleyen solunum sıkıntısı ve öksürük atakları ve/veya tekrarlayan gastrointestinal sistem yakınmaları olan hastalarda diyafragma ve karaciğer arasında hava görüntüsü saptandığında "Chilaiditi sendromu" da düşünülmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Haddad CJ, Lacle J. Chilaiditi's syndrome. A diagnostic challenge. Postgrad Med 1991; 89:249-50.
2. Fisher AA, Davis MW. Self assessment answer: an elderly man with chest pain, shortness of breath, and constipation. Postgrad Med 2003; 79:183-4.
3. Walsh SD, Cruikshank JG. Chilaiditi syndrome. Age Ageing 1977; 6:51-7.
4. Vessal K, Borhanmanesh F. Hepatodiaphragmatic interposition of the intestine (Chilaiditi's syndrome). Clin Radiol 1976; 27:113-6.

5. **Lekkas CN, Lentino W.** Symptom-producing interposition of the colon. Clinical syndrome in mentally deficient adults. *JAMA* 1978; 240:747-50.
6. **Oubenaissa A, Perrault LP, Ridoux G.** Hepatodiaphragmatic interposition of the colon-an unusual case of combined anterior and posterior types treated with an original operative technique: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:278-80.
7. **Karaman C, Özek T, Urhan MK, et al.** Agenesis of the right lobe of the liver. Case report. *Acta Radiologica* 1997; 38:428-30.
8. **Orangio GR, Fazio VW, Winkelman E.** The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon: an indication for surgical therapy. *Dis Colon Rectum* 1986; 29:653-6.
9. **Bhattacharya PC, Bhattacharya AK, Dutta S, et al.** Chilaiditi syndrome with ascites. *JAPL* 2002; 50:860-1.
10. **Matsuo T, Kotsubo D, Ichiki S, et al.** Chilaiditi's syndrome in schizophrenic patients. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology* 1987; 41:71-75.
11. **Isbister WH, Bellamy P.** Hepato-diaphragmatic interposition of the intestine (Chilaiditi's syndrome): A case report. *Aust N Z J Surg* 1991; 61:462-4.
12. **Koşar A, Tezel Ç, Örki A, Kiral H, Ürek Ş, Dudu C.** Hepatodiyafragmatik interpozisyon: Chilaiditi sendromu: hasta sunumu. *Göğüs Hastanesi Dergisi*, 2004; 18:133-5.
13. **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.
14. **Risaliti A, Anna DD, Terrosu G, et al.** Chilaiditi's syndrome as a surgical and nonsurgical problem. *Surgery* 1993; 176:55-8.
15. **Kaymakçioğlu N, Yakut M, Tan A, et al.** Hypoganglionic megacolon associated Chilaiditi's syndrome treated by subtotal colectomy: a case report. *Int Surg* 2000; 85:48-50.
16. **Melester T, Burt ME.** Chilaiditi's syndrome. Report of three cases. *JAMA* 1985; 254:944-5.