



Chilaiditi Syndrome in a Young Patient

Genç Bir Hastada Chilaiditi Sendromu

Halil Kaya¹, Mehmet Tahir Gökdemir¹, Özgür Söğüt¹, Alpaslan Terzi², Mehmet Akif Dokuzoğlu¹

¹Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

²Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye

ABSTRACT

Chilaiditi syndrome, an hepatodiaphragmatic interposition of the colon, is a rare radiological finding in the normal population. Chilaiditi syndrome is more frequently seen in adults, people with chronic lung disease, multiparous women and asthenic people. Bowel loops are located between the diaphragm and liver and most of the cases are diagnosed incidentally. Clinically, mild abdominal pain, intestinal obstruction, chest pain, symptoms such as shortness of breath may occur. In this study we aimed to present a 26 year old woman with abdominal pain of two months duration. The patient's complaint was relieved with symptomatic treatment, and assessed as Chilaiditi syndrome. Because of the rarity of this syndrome, and the typical radiological findings, we aimed to present this case.

Keywords: Chilaiditi syndrome, radiological finding, abdominal pain

Received: 06.01.2012 **Accepted:** 05.03.2012

ÖZET

Chilaiditi sendromu, kolonun hepatodiafragmatik interpozisyonu olup, normal popülasyonda nadir görülen bir radyolojik bulgudur. Genellikle de yetişkin, kronik akciğer hastası, astenik kişiler ile multipar bayanlarda daha sık görülmektedir. Barsak ansları diafram ve karaciğer arasında yerleşmiş olup vakaların çoğuna tesadüfen tanı konmaktadır. Klinik olarak hafif abdominal ağrı, intestinal obstrüksiyon, göğüs ağrısı, nefes darlığı gibi semptomlarla ortaya çıkabilir. Çalışmamızda 26 yaşında iki aydır karın ağrısı bulunan kadın bir olguyu sunmayı amaçladık. Semptomatik tedavi ile şikayetleri geçen olgu Chilaiditi sendromu olarak değerlendirildi. Bu sendromun nadir görülmesi ve tipik radyolojik bulgular nedeniyle vakayı sunmayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Chilaiditi sendromu, radyolojik bulgu, karın ağrısı

Geliş Tarihi: 06.01.2012 **Kabul Tarihi:** 05.03.2012

Giriş

Chilaiditi sendromu kolonun kalıcı veya geçici hepatodiafragmatik interpozisyonu olup, ileum veya mide içerikli interpozisyonlar daha da enderdir. İlk olarak 1911 yılında Demetrius Chilaiditi adında bir radyolog tarafından üç asemptomatik hasta rapor edilmiştir. Hepatodiafragmatik interpozisyon oldukça ender görülen ve radyolojik olarak tespit edilen bir durumdur. Genel popülasyonda tesadüfen, %0.003-0.025 arasında görülür (1). Yaşla birlikte insidansı artar, erkek/kadın oranı 4/1'dir. Çoğunlukla asemptomatik kalırlar, hafif karın ağrısından akut intermittan barsak obstrüksiyonuna kadar bir dizi semptomla neden olabilirler (2). Asemptomatik hastalarda "Chilaiditi görünümü", semptomatik hastalarda ise "Chilaiditi sendromu" terminolojisinin kullanılması önerilmektedir (3, 4). Acil tıp hekimlerinin gastrointestinal sistem (GİS) perforasyonu ile Chilaiditi sendromu arasındaki ayırıcı tanıyı yapması hastalara gereksiz tetkikler yapılmasını ve hastaların boş yere cerrahi operasyon geçirmesini önleyecektir.

Olgu Sunumu

Acil servise iki aydır karın ağrısı şikayeti olan ancak son 2 gündür şikayetleri artıp bulantı kusmaları da başlayan 26 yaşında bayan hasta getirildi. Hastanın disüri, pollaküri, poliüri gibi herhangi bir üriner sistem yakınması yoktu. Hastanın genel durumu iyi, bilinci açık, koopere, oryante olup oksijen saturasyonu (SO₂) %98, tansiyon arteryel (TA) 120/70 mmHg, nabızı 80/dakika olarak ölçüldü. Fizik muayenesinde sağda akciğer sesleri duyulamadı, karın sol alt kadranda perküsyonda timpanik ses alındı. Karın muayenesinde yaygın hassasiyet mevcut olup, defans ve rebound yoktu. Hastanın hemogramı ve biyokimyasal parametreleri normal olarak bulundu. Çekilen ayakta direkt karın grafisinde inen kolon ve transvers kolonda yoğun gaz imajı ve sağ hemitoraksta kolona ait

Address for Correspondence/Yazışma Adresi:

Dr. Halil Kaya, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Şanlıurfa, Türkiye
Phone: +90 505 443 19 73 E-mail: drhalilkaya@gmail.com

©Copyright 2013 by Emergency Physicians Association of Turkey - Available on-line at www.jaemcr.com
©Telif Hakkı 2013 Acil Tıp Uzmanları Derneği - Makale metnine www.jaemcr.com web sayfasından ulaşılabilir.



gaz imajı tespit edildi. Hastanın çekilen akciğer grafisinde diyafragma ile karaciğer arasında hava görüntüsü saptandı (Resim 1). Organ perforasyonu açısından çekilen batin ultrasonografisinde; karaciğer ile sağ diyafragma arasında kolona ait olan gaz görünümü tespit edildi. Diyafragma hernisinin ekarte edilmesi amacıyla toraks ve batin tomografisi çekildi. Hastada Chilaiditi sendromu olabileceği düşünüldü. Chilaiditi Sendromu tanısıyla iki gün süreyle takip edilen hasta oral gıdaları tolere etmesi ve gaz- gaita çıkışının normal olması üzerine taburcu edildi.

Tartışma

Asemptomatik olduğunda kolonun hepatodiyafragmatik interpozisyonu sıklıkla önemsiz olarak düşünülür. Semptomatik hastalar için "Chilaiditi sendromu" terminolojisinin kullanılması önerilmektedir (3, 4).

İlk defa 1910 yılında tanımlanan Chilaiditi sendromu, genelde yetişkinlerde sıklıkla da kronik akciğer hastalıkları, astenik kişiler ve multipar bayanlarda görülmektedir. Bu sendrom, karaciğer ile sağ diyafragma arasına sağ kolonun hepatik fleksura bölgesinin girmesi şeklinde tanımlanır (5, 6). Farklı anatomik tiplerde kolonun hepatodiyafragmatik interpozisyonu tarif edilmiştir. En sık anterior interpozisyon görülmekte iken, posterior subfrenik alanda lokalizasyon daha nadirdir. Ayrıca kombine anterior ve posterior yerleşimli kolon dislokasyonu vakaları da bildirilmiştir (6).

Chilaiditi sendromu batı ülkelerinde daha nadir olup, erkeklerde daha sık görülmektedir. Özellikle 65 yaş üzerinde insidans artmakta olup, geriatric popülasyonu içeren bir çalışmada insidansının %1'lere



Resim 1. Sağ diyafragma ile karaciğer arasında hava görüntüsü

ulaştığı gösterilmiştir (3). Yapılan başka bir çalışmada ise Chilaiditi sendromu insidansı normal toplumda %0.22, terme yakın gebeliği olan kadınlarda %2 olarak bulunmuştur. Postnektrotik sirozlu hasta grubunda ise risk %22'lere kadar ulaşmaktadır (4, 7).

Subfrenik boşluğun geniş olması, konjenital veya akkiz olarak kolonun uzun olması veya malrotasyonu, hepatik asıcı ligamentlerdeki gevşeme, karaciğer volümünde küçülme ve innervasyona veya kas yapışmasına bağlı olarak diyafragmanın gevşekliği hazırlayıcı sebeplerdir. Bazı yayınlarda karaciğerin aşırı mobil olması sorumlu tutulurken bazı yayınlarda ise kolonun aşırı mobil olması temel patofizyolojik neden olarak gösterilmiştir (8).

Normalde anatomik yapısından dolayı karaciğer ve diyafragma kolonun interpozisyonuna izin vermez. Sendromun patofizyolojisi multifaktöryeldir. Chilaiditi sendromu; transvers ve sigmoid kolon volvulusu, abdominal travma, obezite, konjenital hipotiroidi, salmonellosis, skleroderma, gastrointestinal maligniteler, assit, postnektrotik siroz, hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları ve kronik akciğer hastalıkları ile beraber olabilir (9, 10).

Çoğu olgu asemptomatik olup başka amaçlarla çekilen akciğer grafileri ile tanıdan şüphelenilmektedir. Klinik olarak semptomatik olgularda ise gastrointestinal yakınmalar ön plandadır. Olgumuzun da 2 aydır karın ağrısı şikayetine olduğu öğrenildi. Şikayetlerine bulantı ve kusmanın da eklenmesiyle acil servisimize başvurmuştur. GİS semptomlarıyla birlikte radyolojik görüntüleme de dikkate alındığında olgumuz Chilaiditi sendromu olarak değerlendirildi.

Hepatodiyafragmatik boşlukta haustaların veya valvulaların varlığı, intraluminal gaz ile serbest hava ayırımını yapmaya yardımcı olur (11). Çekilen akciğer grafisinde diyafragma altında haustrasyon izlendiği için olgumuzda perforasyona bağlı serbest hava varlığı düşünülmüştür. Ayrıca akut abdomen tablosunu düşündürecek muayene bulguları saptanmamıştır. Tanıyı doğrulamak için sol dekübit pozisyonunda ultrasonografik değerlendirme yapılabilir. Sağ diyafragma altında fikse kalan gaz, serbest hava yerine intraluminal bir gaz olduğunu işaret eder.

Çekilen abdominal tomografide karaciğer ve diyafragma arasında kolonun izlenmesi Chilaiditi belirtisini doğrular. İntestinal yapışıklıklar, mekanik obstrüksiyon ve volvulus; Chilaiditi sendromunun komplikasyonları olarak görülebilir (12). Chilaiditi sendromu, genelde asemptomatik olmasına rağmen ciddi komplikasyonlara neden olup değişik intratorasik ve intraabdominal durumlarla da karışabilir. Yapılan bir çalışmada beraberinde solunum sıkıntısı ve akut koroner sendrom bulunan bir Chilaiditi sendromlu olgu görülmüştür (13). Bir çalışmada tesadüfen tanı konan ve konservatif tedavi ile iyileşen herhangi bir komplikasyon gelişmeyen Chilaiditi sendromlu bir vakadan bahsedilmiştir (14). Başka bir çalışmada ise Chilaiditi sendromlu bir hastaya cerrahi müdahale yapılmış ve 18 aylık takip boyunca herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir (15).

Takipler sırasında olgumuzda da herhangi bir komplikasyon gelişmemiş olup hasta önerilerle taburcu edilmiştir.

Bir çalışmada mental yetersizliği olan hastaların %8.8'inde Chilaiditi sendromu görülmüştür. Matsuo ve ark.'ları (16) muhtemelen aşırı hava yutma ve buna bağlı distansiyonun neden olduğu 3 şizofrenik hastada bu sendromu bildirmiştir. Isbister ve ark.'ları (17) travma sonucu oluşan kosta kırıklarına bağlı olarak diyafragma ile karaciğer arasındaki yapışıklıkların neden olduğu, ileus tablosu ile seyreden chilaiditi sendromlu bir olgu bildirmiştir.

Chilaiditi sendromunda tedavi konservatiftir, semptomlar yatak istirahatı, nazogastrik dekompresyon, yumuşak sulu gıda, sıvı replasmanı ve lavmanla düzelir, nadiren cerrahi müdahale gerekir. Hepatopeksi yapılarak genişlemiş olan subfrenik bölge daraltılabilir (18).

Sonuç

Chilaiditi sendromu genelde asemptomatiktir. Kolon distansiyonu sonucu hastada karın ağrısı, kusma, nefes darlığı şikayetlerine sebep olabilir. Tanı genellikle başka bir nedenle çekilen AC grafisi ile konur. Ayırıcı tanı için USG ve BT gerekebilir. Tedavisi konservatiftir. Acil hekiminin çekilen grafileri doğru yorumlayabilmesi hastayı gereksiz tetkikten de kurtaracaktır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Pediatric radiology. In: Morgulis AR, Burhenne HJ editors. Alimentary Tract Radiology, 4 th ed. Toronto 1989; 1717-57.
2. Pritchard GA, Price-Thomas JM. Internal hernia of the transverse colon. Dis Colon Rectum 1986; 29: 657-8. [CrossRef]
3. Haddad CJ, Lacle J. Chilaiditi's syndrome. A diagnostic challenge. Postgrad Med 1991; 89: 249-50.
4. Fisher AA, Davis MW. Self assessment answer: an elderly man with chest pain, shortness of breath, and constipation. Postgrad Med 2003; 79: 183-4. [CrossRef]
5. Wong VW, Yuk-Wah Liu S, Wai-Yan Chiu P, Kin-Hung Wong S, Kwok-Wai Ng E. Chilaiditi's syndrome: a nonemergent cause of "free gas under diaphragm". Am J Surg 2009; 198: 25-6. [CrossRef]
6. Gök Dalbeler A, Gider Kaya Ş. Chilaiditi sendromu: Karın ağrısının nadir sebeplerinden birisi. Ümraniye Tıp Dergisi 2008; 1: 13-5.
7. Vessal K, Borhanmanesh F. Hepatodiaphragmatic interposition of the intestine (Chilaiditi's syndrome). Clin Radiol 1976; 27: 113-6. [CrossRef]
8. Lekkas CN, Lentino W. Symptom-producing interposition of the colon. Clinical syndrome in mentally deficient adults. JAMA 1978; 240: 747-50. [CrossRef]
9. Karaman C, Özek T, Urhan MK, Topgul K. Agenesis of the right lobe of the liver. Case report. Acta Radiologica 1997; 38: 428-30. [CrossRef]
10. Bhattacharya PC, Bhattacharya AK, Dutta S, Mahanta N, Talukdar R. Chilaiditi syndrome with ascites. JAPL 2002; 50: 860-1.
11. Younes N, Sbeih M. Unusual association between renal tubular acidosis and chilaiditi syndrome. East Mediterr Health J 2006; 12: 246-8.
12. Melester T, Burt ME. Chilaiditi's syndrome. Report of three cases. JAMA 1985; 254: 944-5. [CrossRef]
13. Elçin CN, Erdem G, Taşçı İ, Doğru T, Sönmez A, Naharcı İ, ve ark. Respiratory Distress, constipation and acute myocardial infarction in association with Chilaiditi's syndrome: A case report. Anatol J Clin Investig 2008; 2: 167-70.
14. Yetkin Ö, Karabyıkoğlu G. Chilaiditi syndrome: a case report. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2006; 13: 179-80.
15. Koşar A, Tezel Ç, Orkı A, Kırıl H, Ürek Ş, Dudu C. Hepatodiyafrağmatik interpozisyon : Chilaiditi sendromu: Olgu sunumu. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2004; 3: 133-5.
16. Matsuo T, Kotsubo D, Ichiki S, Tagawa K, Kitazono T, Nakao Y, et al. Chilaiditi's syndrome in schizophrenic patients. Jpn J Psychiatry Neurol 1987; 41: 71-5.
17. 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. [CrossRef]
18. Risaliti A, Anna DD, Terrosu G, Uzzau A, Carcaforo P, Bresadda F. Chilaiditi's syndrome as a surgical and nonsurgical problem. Surgery 1993; 176: 55-8.