

Chiliaditi Sendromu: İki Olgu Sunumu

Kasım Çağlayan¹, Halil Doğan², Atilla Çelik³

¹Genel Cerrahi Servisi, ²Acil Servisi, Kars Devlet Hastanesi, Kars

³Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Genel Cerrahi Kliniği, İstanbul

ÖZET

Chiliaditi sendromu: İki olgu sunumu

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 karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık veya nefes darlığı ile de seyredebilir. Tanı direk grafi veya bilgisayarlı tomografisi ile konulur. Biz direk grafi ve tomografi ile tanı konulan hepatodiafragmatik kolonik interpozisyon olan iki olguyu sunduk. Her iki olgu da konservatif tedavi edildi.

Anahtar kelimeler: Chiliaditi sendromu, karın ağrısı

ABSTRACT

Chiliaditi syndrome: two case reports

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 asymptomatic, but sometimes, it may present with abdominal pain, nausea, vomiting, constipation and respiratory distress. It is diagnosed by X-ray roentgenograms or computed tomography. We presented two case with hepatodiaphragmatic interposition of the colon, diagnosed by tomography and x-ray roentgenograms. Two patients were managed by conservative treatment.

Key words: Chiliaditi syndrome, abdominal pain

Bakırköy Tıp Dergisi 2010;6:78-80

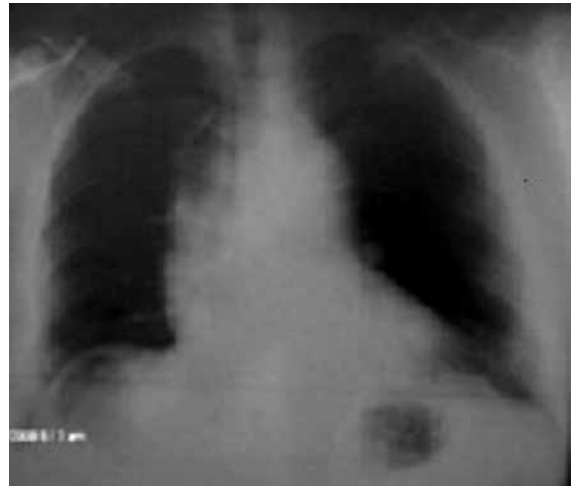
GİRİŞ

Chiliaditi sendromu anatomik bir anomali olarak kolon veya ince barsağın hepatodiafragmatik interpozisyonu sonucu nadiren görülür ve genellikle asemptomatik seyreder (1,2). 1910 yılında Viyanalı bir radyolog olan Demetrius Chialiditi tarafından üç asemptomatik olgu rapor edilmiştir (3). Asemptomatik olgularda 'Chialiditi görünümü' sempptomatik olgularda ise 'Chialiditi sendromu' terminolojisinin kullanılması önerilmektedir (3). Sıklıkla radyolojik muayene esnasında saptanır. Genel popülasyonda tesadüfen %0.0003-0.025 arasında görülür (1,2). İnsidansı yaşla artar, erkek/kadın oranı 4/1'dir. Çoğunlukla asemptomatik kalırlar, hafif karın ağrısından akut intermitan barsak obstrüksiyonuna kadar bir dizi semptom oluşturabilirler (2).

Chiliaditi sendromunun nadir görülmesi nedeniyle iki olgumuzu literatür eşliğinde sunmayı amaçladık.

OLGU 1

Yaklaşık dört yıldır kronik böbrek yetmezliği nedeniyle hemodializ tedavisi görmekte olan 45 yaşında erkek hastaiki günlük karın ağrısı, bulantı ve kusma şikayeti ile acil servise başvurdu. Fizik muayenede sağ üst kadranda ağrı mevcut. Defans, rebound yok, barsak sesleri artmış, gaz, gaita çıkışı mevcut.Laboratuar tetkiklerinde hemogram normal, biyokimyasal tetkiklerinde BUN: 58



Resim 1: PA Akciğer grafisinde sağ diafragma altında gaz gölgesi

Yazışma adresi / Address reprint requests to: Kasım Çağlayan, Kars Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisi, Kars

Telefon / Phone: +90-505-546-9732

Elektronik posta adresi / E-mail address: kasimcaglayan@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt: 28 Mayıs 2009 / May 28, 2009

Kabul tarihi / Date of acceptance: 18 Haziran 2009 / June 18, 2009



Resim 2: Bilgisayarlı karın tomografisinde hepatodiaframatik alanda kolon gazı görülmektedir

(N: 17-56), kreatinin: 4.54 (N: 0.7-1.3). Postero-anterior akciğer grafisinde sağ subdiaframatik alanda kolon gazı mevcut (Resim 1). Bilgisayarlı karın tomografisinde karaciğer ile diafragma arasında kolon interpozisyonu tespit edildi (Resim 2). Hastanın oral alımı kesildi. Sıvı replasmanı ile rektal lavman yapıldı ve hastanın şikayetleri geriledi.

OLGU 2

Yaklaşık üç gündür karın ağrısı, bulantı şikayetleri mevcut olan 53 yaşında bayan hastanın fizik muayene- de, batında hassasiyet var. Defans veya rebound olmayan hastanın barsak sesleri normaldi. Gaz ve gaita çıkışı



Resim 3: Ayakta direkt karın grafisinde sağ diafragma altında kolonik gaz gölgenmesi



Resim 4: Bilgisayarlı karın tomografisinde hepatodiaframatik alanda kolon gazı görülmektedir

mevcut, laboratuvar tetkikleri hemogram ve biyokimya normal. Ayakta direkt karın grafisinde sağ subdiaframatik alanda kolon gazı mevcut (Resim 3). Batın BT'de karaciğer ile diafragma arasında kolon interpozisyonu tespit edildi (Resim 4). Hastanın oral alımı kesildi. Sıvı replasmanı ile rektal lavman yapıldı ve hastanın şikayetleri geriledi.

TARTIŞMA

Chiliaditi sendromu ilk olarak 1910 yılında üç olgu ile tarif edilmiştir. Transvers kolon, hepatik fleksura, veya ince barsaklar suprafrenik bölgeye yer değiştirmiştir (2). Asemptomatik olgularda 'Chiliaditi görünümü' semptomatik olgularda ise 'Chiliaditi sendromu' olarak adlandırılması önerilmektedir (3). Sendrom insidansı batı ülkelerinde daha nadir olup genel popülasyonda görülme oranı %0.0003-0.025 arasında görülür (1,2). Bu durum abdominal travma, obezite, konjenital hipotiroidi, salmonellosis, skleroderma, gastrointestinal maligniteler, asit, postnekrotik siroz, hipertansiyon, iskemik kalp hastalıkları ve kronik akciğer hastalıkları ile beraber olabilir (2).

Bu sendromun oluşmasında bazı faktörler suçlanmıştır: Karaciğerde pitozis, küçük karaciğer, süspansör ligamentin relaksasyonu gibi hepatik faktörler, diafragma kaslarında zayıflama ve dejenerasyon, frenik sinir paralizisi, tüberküloz ve amfizeme bağlı intratorasik basınçta değişikliklere neden olan diaframatik faktörler, megakolon, konjenital nedenlerle kolonun anormal mobilizasyonu, mezenter gevşekliği ile aşırı ölçüde barsak motilitesi, çekal fiksasyon yetersizliği, intraabdo-

minal basınç gradientinin artması (gebelik) gibi intestinal faktörler; travma ve buna bağlı oluşan yapışıklıklar, aşırı hava yutma ve buna bağlı distansiyon gelişimi gibi faktörler sorumlu olabilir (1,2).

Bu sendrom genellikle asemptomatiktir, rastlantısal olarak göğüs veya karın filmlerinde veya nadiren farklı klinik bulgularla saptanır (4). Klinik olarak en yaygın semptomlar bulantı, kusma, iştahsızlık, kabızlık, karında şişkinlik ve sağ üst kadran veya epigastrik ağrıdır. Daha az olmak üzere nefes darlığı, kardiyak aritmi ve akut intestinal obstrüksiyon ve kolonun volvulusu gibi ciddi komplikasyonlar ile birlikte olabilir (4,5). Bizim her iki olgumuzda da intestinal obstrüksiyon bulguları mevcuttu.

Tanı genellikle rutin akciğer grafisi veya ayakta direkt karın grafisi ile tesadüfen konulur (1). Sağ diafragma altında hava bulunan bir alan bulunduğu ayırıcı tanıda subdiafragmatik abse, retroperitoneal kitleler, karaciğer abse ve posterior lezyonlar ile chiliaditi sendromu düşünülmelidir (1). Ayırıcı tanı için tomografi ve/veya

ultrasonografi de gereklidir (1). Diafragma altındaki hava alanında haustraların veya valvula continenslerin varlığı ayırıcı tanıda yardımcı olabilir (5).

Tedavi genellikle konservatiftir (4,5). Tedavide yatak istirahati, nazogastrik dekompresyon, sıvı replasmanı, yüksek lifli yiyecekler önerilmektedir (4,5). Biz her iki olguya da yatak istirahati, nazogastrik dekompresyon ve sıvı replasmanı ile birlikte rektal lavman uygulaması yaptık hastanın şikayetlerinde gerileme gözlemlendi. Cerrahi tedavi konservatif tedavi ile düzelmeyen akut intestinal obstrüksiyon olgularında gerekebilir (4,5). Bu durumda subtotal kolektomi, kolonun umblikus düzeyinde peritonea fiksasyonu veya subfrenik lalanı daraltmak için hepatopeksi gibi cerrahi işlemler uygulanabilir (4,5).

Sonuç olarak karın ağrısı, bulantı, kusma kronik kabızlık gibi şikayeti olan ve direkt grafilerde sağ subdiafragmatik alanda gaz gölgesi tespit edilen olgularda Chiliaditi sendromu düşünülmeli ve ayırıcı tanıya gidilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Konuk S, Tuğ T, Talay F, Kurt B, Bölük M, Gökay Ç. Sıradışı semptomları nedeniyle KOAH tanısı ile izlenen nadir bir sendrom: Chiliaditi sendromu; Bir olgu nedeniyle-olgu sunumu. Akciğer Arşivi 2002; 8: 140-142.
2. Kayaçetin E, Gök M, Karaaslan H. Karın ağrılarının nadir sebeplerinden birisi: Chiliaditi sendromu, 2 olgu sunumu. Akademik Gastroenteroloji Dergisi 2004; 3: 110-112.
3. Koşar A, Tezel Ç, Örkü A, Kırıl H, Ürek Ş, Duda C. Hepatodiyafragmatik interpozisyon: Chiliaditi sendromu. olgu Sunumu. İzmir Göğüs Hastanesi dergisi, 2004;18:133-135.
4. Dogu F, Reisli İ, İkinçioğulları A, Fitöz S, Babacan E. Unusual cause of respiratory distress: Chiliaditi syndrome. Pediatr Int 2004; 46: 188-190.
5. Murphy JM, Maibaum A, Alexander G, Dixon AK. Chiliaditi's Syndrome and obesity. Clin Anat 2000; 13: 181-184.