

Chilaiditi Sendromu: Olgu Sunumu

CHILAITITI'S SYNDROME: CASE REPORT

Dr.Ergun ÇETİNKAYA*, Dr.Cem Hasan RAZİ**, Dr.Mehmet GÜNDÜZ**

* Uz., Pediatrik Endokrinolog, SSK Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi,

** Pediatri Uz., SSK Ankara Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi, ANKARA

Özet

Kolonun karaciğer ile sağ hemidiafragma arasına girmesi olarak tanımlanan Chilaiditi sendromu, genellikle asemptomatik olmasına karşın önemli komplikasyonlara yol açabilmesi ve ciddi tedavi gerektiren önemli hastalıklarla kolayca karışabilmesi nedeniyle gereksiz cerrahi müdahalelere neden olabilen bir durumdur. Onbeş aylık erkek hasta iştahsızlık, beslenme güçlüğü, karın şişliği ve kabızlık yakınmaları ile kliniğe getirildi. Bir aylıktan beri serebral palsi ve mental retardasyon tanıları ile hastanemizde takip edildiği ve beş aylıktan beri kabızlığının olduğu öğrenildi. Çekilen posteroanterior akciğer grafisi sonucunda Chilaiditi sendromu tanısı kondu. Mental retardasyona bağlı aerofajinin ve kronik konstipasyonun bu sendroma neden olduğu düşünüldü. Konservatif olarak tedavi edilen hastanın bir yıllık izlemi sonucunda radyolojik bulguları devam etmesine rağmen, klinik yakınmaları düzeldi.

Anahtar Kelimeler: Chilaiditi sendromu, Çocukluk çağı

T Klin Pediatri 2004, 13:33-36

Abstract

Chilaiditi's syndrome which is the term used for colonic interposition between the liver and right hemidiafragma is an important syndrome, because this syndrome is generally asymptomatic and may easily confused with more serious diseases all of which require much more aggressive intervention and may lead to unnecessary surgical intervention. A fifteen-month male child admitted to the hospital with nutritional difficulty, anorexia, abdominal distention and constipation. He has been followed in our hospital with cerebral palsy and mental retardation since he was one month old and he has constipation since he was five months old. Radiological evaluation revealed Chilaiditi syndrome. The causes of Chilaiditi syndrome were thought to be due to aerophagia and constipation. Following up one year under conservative treatment, symptoms were disappeared although radiological findings were persisted.

Key Words: Chilaiditi's syndrome, Childhood

T Klin J Pediatr 2004, 13:33-36

İlk defa 1911 de tanımlanan Chilaiditi belirtisi KC ile sağ hemidiafragma arasına sağ kolonun asemptomatik interpozisyonunu tanımlamak için kullanılır (1). Chilaiditi sendromu ise tipik radyolojik bulgularla beraber semptomları olan hastaları tanımlamak için kullanılır (1-3). Chilaiditi sendromu sıklıkla asemptomatiktir, fakat kolonik volvulus, internal herni, subfrenik apandisit ve akut intestinal obstrüksiyon gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir (2,4). Bu makalede nonspesifik yakınmalarla kliniğimize başvuran ve Chilaiditi sendromu tanısı konan bir vaka nedeni ile önemli komplikasyonlara yol açabilen ve ciddi hastalıklarla kolayca karışabilen fakat tanısı kolay olan bu sendroma dikkat çekilmek istenmiştir.

Olgu Sunumu

Onbeş aylık erkek hasta iştahsızlık, beslenme güçlüğü, karın ağrısı ve kabızlık yakınmaları ile kliniğe getirildi. Hastanın miyadında, normal

spontan vajinal yol ile 4300 gram olarak ve yüz gelişi ile doğduğu, doğum sonrası onbeş gün perinatal asfiksi tanısı ile hospitalize edildiği öğrenildi. Bir aylıktan beri serebral palsi (spastik tetraparezi) ve mental retardasyon (MR) tanıları ile Pediatrik Nöroloji bölümüne takip edilen hastanın ilk beş ay sadece anne sütü aldığı ve beş aydan sonra ağırlıklı olarak inek sütü, ek olarak yemek suları, bisküvi ve az olarak da diğer ek gıdalarla beslendiği öğrenildi. Üç aylıktan beri iştahsız olduğu ve dört aylığa kadar günde iki-üç kez normal kıvamda dışkılması olan hastanın dört aylıktan itibaren dört-beş günde bir az miktarda ve sert gaita yaptığı, bazen ailenin laksatif kullanarak hastanın gaita yapmasını sağladığı öğrenildi.

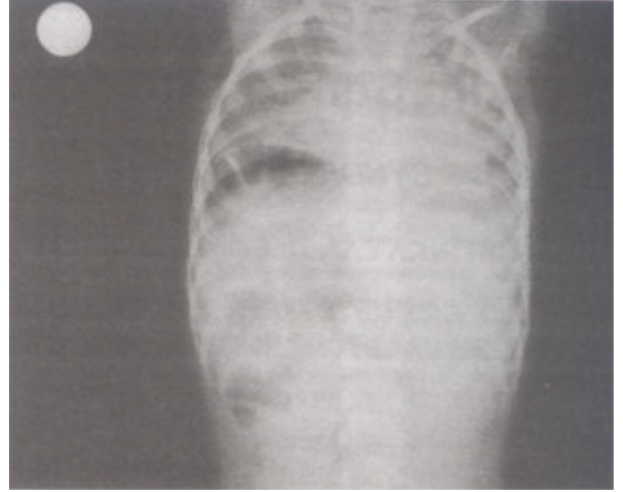
Hastanın fizik muayenesinde genel durum orta, apatik ve kaşektik görünümde, baş çevresi 47 cm (10-25. persantil), boy 76 cm (25. persantil), ağırlık 7400gr (<3 persantil) ve relatif vücut kitle indeksi (RBMI) %65 idi. Hasta Gomez

sınıflamasına göre 2. Derece (orta) malnütrisyon olarak değerlendirildi (yaşına göre standart ağırlığının % 69.8'ini taşıyor). Nörolojik muayenesinde; konuşamıyor, destekli oturabiliyor, desteksiz oturamıyor, her iki alt ve üst ekstremitede spastisite mevcuttu ve derin tendon refleksleri her iki alt ve üst ekstremitede artmış olarak bulundu. Diğer sistem muayenelerinde batında distansiyon dışında patolojik bulgu yoktu. Anal muayene normal ve rektal tuşede rektum sert gaita ile dolu idi. Tam kan sayımında hemoglobin 11.6 g/dl, hematokrit %33.5, lökosit 6500/mm³ trombosit 275000/mm³ idi. Tam kan biyokimyasında kan şekeri 85 mg/dl, sodyum 140 mEq/L, potasyum 4.5 mEq/L, kalsiyum 9.9 mg/dl, fosfor 5.6 mg/dl, alkalen fosfataz 283 IU/L, AST 35 IU/L, ALT 21 IU/L, ürik asit 3,6 mg/dl, total protein 6.4 g/dl, albumin 3.8 g/dl, BUN 16 mg/dl ve kreatinin 0.4 mg/dl bulundu. Tam idrar tahlilinde renk berrak, dansite 1020, pH 5.5, şeker (-), protein (-), bilirubin (-), mikroskopide 1-2 lökosit, 2-3 eritrosit saptandı. Çekilen posteroanterior akciğer grafisinde sağ hemidiafragmada elevasyon ve sağ hemidiafragma ile karaciğer (KC) arasında kolonik haustral bandlarla kesilen hava görünümü saptandı (Şekil 1). Lateral göğüs grafisinin incelenmesi hava görünümünün kolona ait olduğunu destekledi (Şekil 2). Abdominal ultrasonografide kolonun hepatik fleksurasının karaciğer ile sağ diafragma arasına yerleştiği saptandı ve hastaya Chilaiditi sendromu tanısı kondu.

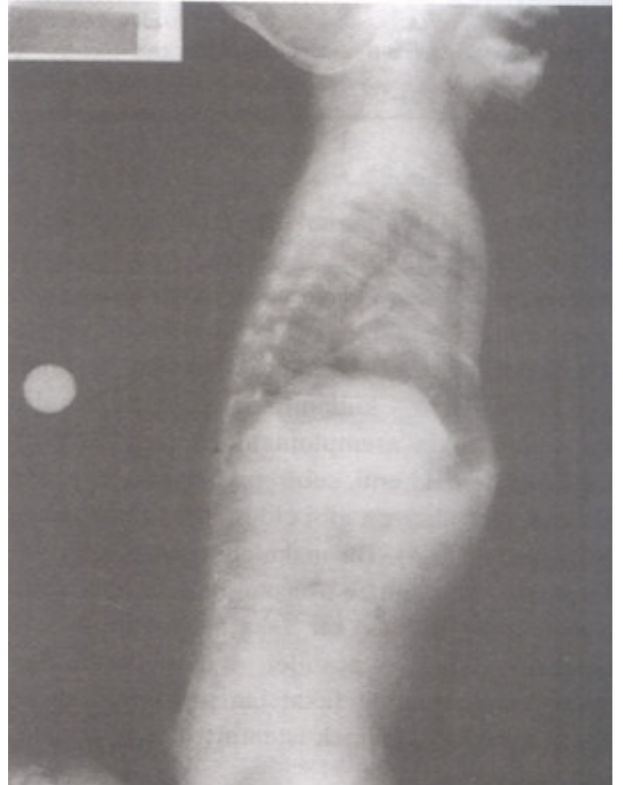
Hastaya yaşına uygun beslenme önerileri verildi, sıvı alımı artırıldı, yüksek kalorili ve lifden zengin diyet ile gaita yumuşatıcı olarak laktuloz başlandı. Bir yıllık izlem sonucunda iştahsızlığı ve beslenme güçlüğü kısmen, konstipasyonu tamamen düzeldi ve batın distansiyonu kayboldu. Gomez sınıflamasına göre malnütrisyonu 2. dereceden, 1. dereceye geriledi ve RBMI'i %65'den, %82'ye yükseldi. Ayrıca bir yıllık izlemde hastamızda Chilaiditi sendromu'nun herhangi bir komplikasyonu gelişmedi.

Tartışma

Kolonun hepatodiafragmatik interpozisyonu nadir ve normal bir varyanttır ve %0.14-0.25



Şekil 1. Posteroanterior akciğer grafisinde, sağ hemidiafragma ile karaciğer arasında hava ve buna bağlı sağ hemidiafragmada elevasyon izlenmektedir. Sağ hemidiafragma altındaki hava görünümünün haustral bandlarla kesilmesi, bunun kolona ait olduğunu göstermektedir.



Şekil 2. Lateral göğüs grafisinde, gaz paternini kesen haustral bandlarla tanınan kolonun, sağ hemidiafragma ile karaciğer arasına interpoze olduğu görülmektedir.

oranında rutin göğüs grafilerinde tesadüfen saptanabilir (4). Bizim hastamızda da olduğu gibi erkeklerde (erkek/kız: 4/1) ve mental retarde (MR) hastalarda (%8.8) daha sık rastlanır (4,5).

Kolonun interpozisyonuna neden olan anomaliler kolonun uzaması, sarkması, konjenital malrotasyon ve malpozisyonudur (6). Kronik konstipasyon kolonun uzama ve sarkmasına neden olarak kolonik motiliteyi artıran ve özellikle ileri yaşlardaki en önemli nedendir (1,4). MR hastalarda yüksek oranda görülmesinin nedeninin aerofajiye bağlı kolon distansiyonu olduğu ileri sürülmektedir (4,6). Aerofaji aynı zamanda çocuklarda da en önemli nedendir (4).

Chilaiditi sendromunda kolon, bizim hastamızda da olduğu gibi KC'in ön ve üst kısmına yerleşir ve KC'in kaudal yer değiştirmesi ile beraber sağ hemidiafragma yükselir (3,4) (Şekil 1). KC volümünün azalması (siroz), hepatik suspensuar ligamentin konjenital gevşekliği nedeniyle KC'in aşağı yerleşimi, sağ diafragma elevasyonu (frenik sinir hasarı, diafragma eventrasyonu) ve alt toraks çapının genişlemesi (obstrüktif akciğer hastalığı, gebelik) supra hepatik alanın genişlemesine neden olarak interpozisyonu kolaylaştırır (3). Neden çoğunlukla multifaktöryeldir (1). Hastamızdaki Chilaiditi sendromu'nun nedeninin öncelikli olarak hastamızın MR olması nedeniyle aerofajiye bağlı kolon distansiyonu olduğu düşünülmüştür. Hastamızın daha önce çekilen akciğer grafilerinde sağ hemidiafragma elevasyonu ve sağ hemidiafragma altında gaz görünümünün olmaması, altı aylıkken konstipasyon nedeniyle yapılan batin ultrasonografisinde doğumsal bir anomalinin saptanmaması ve hastamızın kronik konstipasyonunun olması nedeniyle literatür bilgileri ile uyumlu olarak uzun süreli konstipasyonun, hastamızdaki Chilaiditi sendromu'nun gelişmesine katkıda bulunduğu düşünülmüştür.

Hastaların genelde asemptomatik olması nedeniyle görüntüleme yöntemleri sırasında tesadüfen tanı konabildiği gibi (7), bizim hastamızda da olduğu gibi bazı hastalarda semptomatik olabilir (2-4). En sık rastlanan semptomlar iştahsızlık, bulantı, kusma,

konstipasyon ve epigastrik veya sağ üst kadranda ağrıdır (2,4). Nadiren internal herni, kolon volvulusu, akut intestinal obstrüksiyon ve subfrenik apandisit gibi şiddetli komplikasyonlarla ilişkili olabilir (2,4). Hastamızda bu semptomlardan sadece iştahsızlık ve konstipasyon vardı ve konstipasyon bir semptomdan çok bir neden olarak düşünülmüştür.

Klinisyenlerin Chilaiditi sendromu'nun radyolojik bulgularını iyi bilmesi gerekir (3,4). Çünkü başta pnömoperitoneum ve subfrenik abse olmak üzere, içi boş organ rüptürü ve retroperitoneal kitleler gibi ciddi tedavi gerektiren durumlarla kolayca karışarak, gereksiz cerrahi müdahalelere neden olabilir (4). Öztürk ve arkadaşları, prostat kansinomu tanısı alan bir hastada karaciğerde metastaz taraması nedeniyle yaptıkları karaciğer-dalak sintigrafisinde yanlışlıkla yer kaplayan lezyon şeklinde görüntü elde etmişler ve doğru tanıyı abdominal tomografi ile koymuşlardır (2). Ayırımı en önemli nokta, lateral göğüs grafisinde gaz paternini kesen kolonik haustral bandların görülmesidir (3,4).

Tedavi bizim hastamızda da olduğu gibi sadece semptomatik olan hastalarda uygulanır ve konservatiftir. Tedavi supin pozisyonunda istirahat, sıvı alımının artırılması, nazogastrik dekompresyon, enema, liflerden zengin diyet ve gaita yumuşatıcılarıdır (2,4). Kolonik valvulus gelişen çok nadir vakalarda cerrahi müdahale gerekebilir³. Hastamıza tedavi olarak sıvı alımı artırıldı, liften zengin konstipasyon diyeti ve gaita yumuşatıcı olarak laktuloz başlandı. Bu tedavi ile hastamızın iştahsızlığı ve konstipasyonu düzelmiş fakat Chilaiditi sendromu'nun radyolojik bulguları devam etmektedir. Bu nedenle Chilaiditi sendromu'nun gelişebilecek komplikasyonları açısından hastamızın izlemi aralıklı olarak devam etmektedir.

Sonuç olarak; kolonun hepatodiaframatik interpozisyonu nadir görülen, fakat sıklıkla asemptomatik olması yanında, bazı vakalarda semptomatik olması ve ciddi cerrahi tedavi gerektiren önemli hastalıklarla kolayca karışabilmesi nedeniyle önemli bir durumdur. Şüphelenilen hastalarda lateral göğüs grafisi ile

kolayca tanınabilir.

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. Sato M, Ishida H, Konno K, Hamashima Y, Naganuma H, Komatsuda T, Ishida J, Watanabe S. Chilaiditi syndrome: sonographic findings. *Abdom Imaging* 2000; 25: 397-9.
3. Fitzgerald JF, Tronconi R, Morris LD, Nowicki MJ. Anorexia in normal infants: clinical quiz. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 30(4): 425,471.
4. Haddad CJ, Lacle J. Chilaiditi's syndrome: a diagnostic challenge. *Postgrad Med* 1991; 89:249-52.
5. Havenstrite KA, Harris JA, Rivera DE. Splenic flexura volvulus in association with Chilaiditi syndrome: report of a case. *Am Surg* 1999; 65: 874-6.
6. Risalti A, De Anna D, Terrosa G, Uzzan A, Carcoforo P, Bresadola F. Chilaiditi's syndrome as a surgical or nonsurgical problem. *Surg J Gyn Obst* 1993; 176: 55-8.
7. Öztürk E, Narın Y, Pabuççu Y, Özgüven M, Günalp B, Bayhan H. A False positive space-occupying lesion appearance in colloid liver scintigraphy due to Chilaiditi's syndrome. *Clin Nucl Med* 1993; 18: 159-60.

Geliş Tarihi: 08.04.2002

Yazışma Adresi: Dr. Cem Hasan RAZI
SSK Ankara Çocuk Hastalıkları
Eğitim Hastanesi, ANKARA
cemrazi@superonline.com