

OLGU SUNUMU / CASE REPORT

Solunum Güçlüğü Semptomları İle Gelen İki Olguda: Chilaiditi Sendromu

Chilaiditi Syndrome in Two Cases Presented with Respiratory Distress Symptoms

Semiha Bahçeci Erdem¹, Hikmet Tekin Nacaroğlu¹, Canan Şule Ünsal Karkiner¹, Hüdaver Alper², Demet Can¹

¹Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Özet

Abstract

Chilaiditi sendromu kolon ya da ince bağırsağın hepatodiyafragmatik interpozisyonu olarak bilinir. Genellikle asemptomatik olduğu için erişkin dönemde tesadüfen saptanan bu patoloji çocuklarda nadiren bildirilmiştir. Bu yazıda solunum güçlüğü nedeniyle başvuran ve bu nedenle istenen akciğer grafisi ile Chilaiditi sendromu tanısı konan 2 çocuk olgu sunulmuştur.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Chilaiditi sendromu, çocuk, solunum sıkıntısı

Chilaiditi syndrome is a rare syndrome known hepatodiaphragmatic interposition of as colon or small intestine. As this pathology is usually asymptomatic, it is incidentally identified in adults and rarely reported in children. Herein, two children cases are presented with respiratory distress, who were diagnosed as Chilaiditi syndrome by chest radiography.

KEY WORDS: Chilaiditi syndrome, child, respiratory distress

Geliş Tarihi/Received: 21.11.2013

Kabul Tarihi/Accepted: 23.01.2014

Çevrimiçi Yayın Tarihi/Available Online Date: 11.07.2014

GİRİŞ

Chilaiditi sendromu kolon ya da ince bağırsağın hepatodiyafragmatik interpozisyonu olarak tanımlanmıştır [1]. Asemptomatik olgularda "Chilaiditi sign", semptomatik olgularda ise "Chilaiditi sendromu" terminolojisinin kullanımı önerilmektedir [1-3]. İnsidansı yaşla artmaktadır. Erkeklerde daha fazla görülür ve çoğu yaşlı mental retarde hastalardır [3]. Erkek/kadın oranı 4/1'dir [1]. Klinik olarak asemptomatik olabileceği gibi karın ağrısı, kusma, kabızlık, iştahsızlık, karında şişkinlik gibi gastrointestinal sistem bulgularıyla ve/veya solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı gibi solunum sistemi bulgularıyla daha az oranda da kardiyovasküler bulgularla kendini göstermektedir [1-6]. Aşağıda solunum güçlüğü ile başvuran Chilaiditi sendromlu iki olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMLARI

Yazılı hasta onamı bu çalışmaya katılan hastaların ailelerinden alınmıştır.

Olgu 1

On yaşında erkek hasta; hırıltılı solunum ve nefes darlığı şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde sekiz yaşından beri sık sık solunum güçlüğü nedeni ile sağlık merkezine başvurduğu ve tekrarlayan alt enfeksiyonu nedeni ile nebülize salbutamol tedavisi uygulandığı bilinen olgunun son yakınmalarının 3-4 gün önce başladığı öğrenildi. Fizik muayenede vücut ağırlığı: 10-25p, boy: 10p idi. Solunum sistemi muayenesinde; bilateral solunum sesleri eşit alınmakla birlikte bilateral ronküsleri mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımı ve kan biyokimyası sonuçları normaldi. Akciğer grafisinde sağ diyafragma altında gaz görüntüsü dikkati çekiyordu (Şekil 1). Hastanın yapılan batın ultrasonunda kolonik ansın karaciğer sağ ön lob bölümünde izlendiği rapor edildi. Chilaiditi Sendromu ile diyafragma hernisinin ayırıcı tanısı için batın manyetik rezonans (MR) inceleme yapıldı ve Chilaiditi sendromu tanısı doğrulandı (Şekil 2a, b). Hastamızın öyküsünde gastrointestinal sistem ile ilgili bir yakınması yoktu. Hastanın Chilaiditi Sendromu ile birlikte astım öyküsünün olması nedeniyle yapılan solunum fonksiyon testinde reversibilite saptanmadı. İnhal steroid, oksijen, laksatif tedavi ile solunum sıkıntısı gerileyen olgu taburcu edildi. Hastanın solunum sistemi ve olası sindirim sistemi komplikasyonları açısından izlemi devam etmektedir.

Olgu 2

Yedi yaşında erkek olgu; gastroözofageal reflüye sekonder kronik akciğer hastalığı nedeniyle izlenen hasta öksürük, hırıltı ve nefes darlığı şikayeti ile geldi. Olgunun özgeçmişinde; trakeoözofageal fistül nedeni ile operasyon geçirdiği, akondroplazi tanısı ile hastanemiz Endokrin Kliniği'nde izlendiği ve akciğer enfeksiyonları nedeni ile mükerrer kez has-

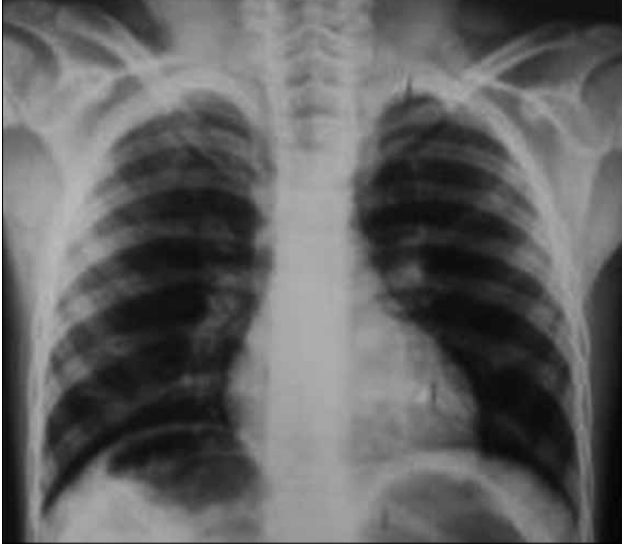
Bu olgu, 2-6 Kasım 2013 tarihleri arasındaki Antalya'da gerçekleştirilen XX. Ulusal Allerji ve Klinik İmmünoloji Kongresi'nde poster olarak sunulmuş ve özet kitabında yayınlanmıştır.

This case had been presented as a poster at 20th National Allergy and Clinical Immunology Congress in Antalya between 2 and 6 November 2013.

Yazışma Adresi / Address for Correspondence: Hikmet Tekin Nacaroğlu, Dr. Behçet Uz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Kliniği, İzmir, Türkiye Tel/Phone: +90 505 649 29 17 E-posta/E-mail: tekin212@gmail.com

©Telif Hakkı 2015 Türk Toraks Derneği - Makale metnine www.toraks.dergisi.org web sayfasından ulaşılabilir.

©Copyright 2015 by Turkish Thoracic Society - Available online at www.toraks.dergisi.org



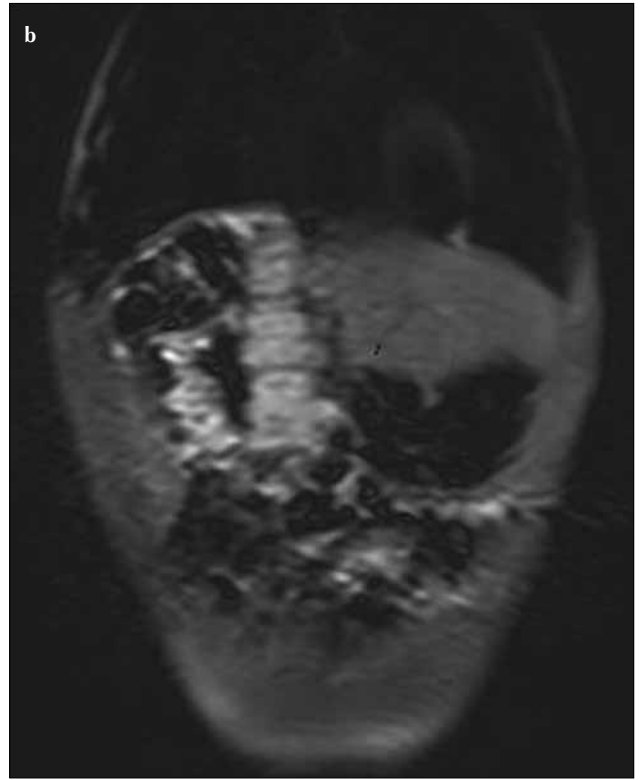
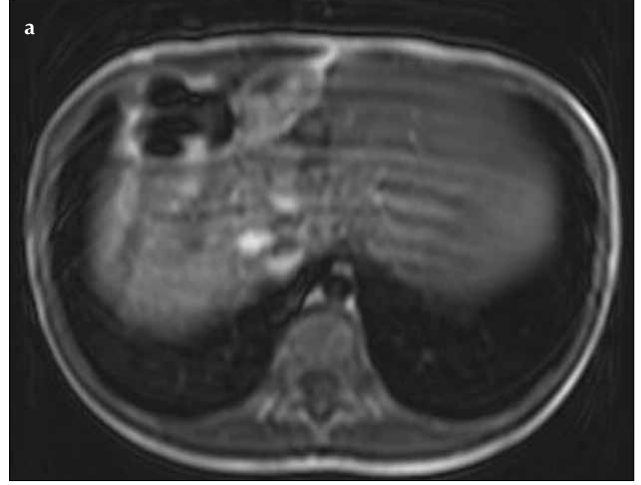
Şekil 1. İlk olgunun akciğer grafisinde sağ diyafragma altında gaz görüntüsü

tane yatışı olduğu öğrenildi. Hastanın ek olarak son bir yıldır karın şişliği vardı, bunun dışında gastrointestinal semptomu yoktu. Fizik muayenede vücut ağırlık ve boyu <3p'in altında idi. Solunum sistemi muayenesinde; her iki akciğerde krepi-tan raller, sibilan ronküsler mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu olarak; baş brakisefalik görünümde, ekstremiteler kısa, el ve ayak parmakları kısa ve geniş, karın distandü görünümde idi. Hastanın laboratuvar incelemesinde; tam kan sayımında lökositoz ve sola kayması mevcut, rutin biyokimya tetkikleri normaldi. Eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein normal olarak saptandı. Hastanın çekilen akciğer grafisinde bilateral yaygın pnömonik infiltrasyon alanları, atelektatik değişiklikler ve sağ diyafragma altında gaz görüntüsü dikkati çekiyordu (Şekil 3). Ayırıcı tanısı için batın MR incelemesi yapıldı ve Chilaiditi sendromu tanısı doğrulandı (Şekil 4). Hasta antibiyotik ve antireflü tedavisi ile izlendi. Karın şişliği nedeni ile lifli diyet önerildi. Semptomları gerileyen hasta taburcu edildi, olası komplikasyonlar açısından izlemi planlandı.

TARTIŞMA

Chilaiditi sendromu ilk olarak 1910 yılında Demetrius Chilaiditi tarafından yakınıması olmayan üç vakada tanımlanmıştır. Görülme sıklığı %0,25-%0,28 arasında değişmekte ve yaşla birlikte artmaktadır [1-3]. Vakaların birçoğu asemptomatik olup tesadüfen saptanmakta iken bir kısmında solunum sıkıntısı ve göğüs ağrısı gibi solunum sistemi semptomları, bir kısmında kusma, karın ağrısı, kabızlık, şişkinlik, iştahsızlık gibi sindirim sistemi semptomları, bir kısmında da taşikardi, aritmi, anjina benzeri göğüs ağrıları gibi kardiyovasküler bulgular olabilmektedir [1-7]. Nitekim ilk olgumuzda sadece solunum bulguları varken ikinci olguda hem gastrointestinal hem de solunum bulguları gözlenmiştir. Nadir vakalarda multiorgan bulguları olabilir [1-7].

Gastrointestinal semptomlar hafif, tekrarlayıcı, kronik ve şiddetli olabilir. İkinci olguda gözlediğimiz karın şişliği bir yıldır devam ettiği öğrenilmiştir. Bazın volvulus [çekum, splenik fleksura, transvers kolonda] inkarserasyon ve perforasyon gibi acil cerrahi girişim gerektiren tablolara yol açabilir [1,4-7].



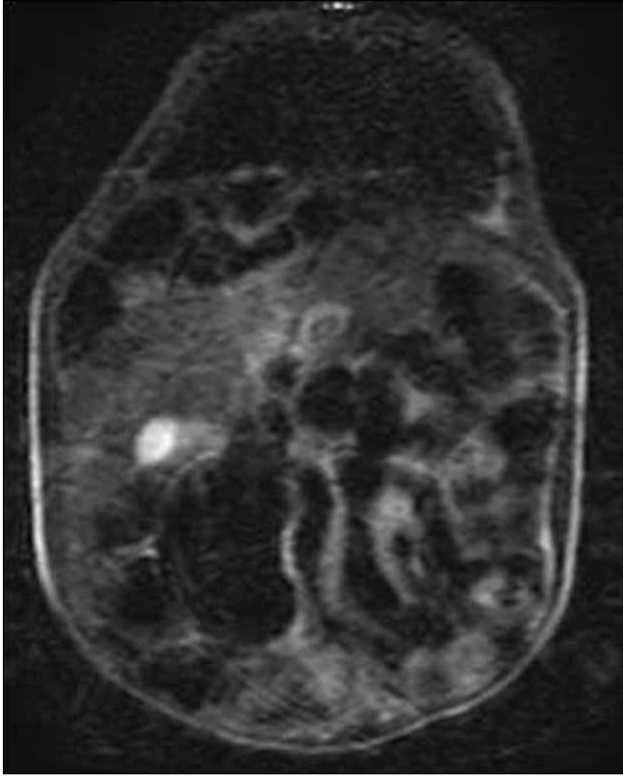
Şekil 2. a, b. İlk olgunun batın MR incelemesinde; hepatik fleksura anteriorıda diafragma ile karaciğer arasında interpoze olarak izlenmektedir MR: manyetik rezonans

Kolonda psödoobstrüksiyon gözlenebilmektedir (Ogilvie Sendromu). Ek olarak pulmoner ve gastrointestinal malignansiler (kolon, rektum, mide) ile birlikteliği bildirilmektedir [1,7]. Literatürde multipl endokrin neoplazi tip 2B tanısı alan 15 yaşında bir kız hastada Chilaiditi sign bildirilmiştir [7]. On sekiz yaşındaki bir vakada direkt hiperbilirubinemi ve transaminaz yüksekliği ile gelen bir Chilaiditi sendromu bildirilmiş, destekleyici tedavi ile vakanın sarılığı giderek azalmıştır [5].

Chilaiditi sendromu konjenital ya da edinsel olabilir. Bu sendromun oluşmasında karaciğer pitozisi, küçük karaciğer (siroz, hepatektomi vb. sebeplere bağlı), süspensör ligamentin relaksasyonu gibi hepatik faktörler, diafragma kaslarında zayıflama ve dejenerasyon, frenik sinir paralizi, tüberküloz veya amfizeme bağlı intratorasik basınçta değişikliklere yol



Şekil 3. İkinci olgunun akciğer grafisinde bilateral yaygın pnömonik infiltrasyon alanları, atelektatik değişiklikler ve sağ diyafragma altında gaz görüntüsü



Şekil 4. İkinci olgunun batin MR incelemesinde; hepatokolonik interpozisyon ve intestinal segmentlerde dilatasyon izlenmektedir

MR: manyetik rezonans

açan diafragmatik faktörler, megakolon, konjenital nedenlerle kolonun anormal mobilizasyonu, mezenter gevşekliliği ile aşırı ölçüde bağırsak motilitesi, çekal fiksasyon yetersizliği, intraabdominal basınç gradientinin artması [gebelik, obesite, asit], travma ve buna bağlı yapışıklıklar, aşırı hava yutmaya bağlı distansiyon gelişimi gibi faktörler sorumlu olabilir [1-3,6]. Huang ve ark. [8] 1990-2005 yılları arasında bildirdikleri 3 çocuk vaka ve literatürde bu yıllar arasında bildiri-

len 10 çocuk vakanın değerlendirmesinde %46,2 oranında aerofaji, %23,1 oranında diyafram eventrasyonu, %23,1 oranında konstipasyon, %7,7 oranında da karın travmasının predispozan faktör olduğu bildirilmiştir. İlk hastamızın öz ve soy geçmişinde bu duruma yol açabilecek bir predispozan faktör yok iken ikinci olguda akondroplazi olması ve trakeo-özofagial fistül operasyonu geçirmesi risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Tanı genellikle akciğer grafisi veya ayakta direkt batin grafisi ile tesadüfen konur. Ayırıcı tanıda subdiyafragmatik apse, retroperitoneal kitleler, karaciğer apsesi düşünülmelidir [1,2]. Hastalarımızda ayırıcı tanıda yer alan bu patolojiler MR ile ekarte edilmiştir. Bunların dışında ayırıcı tanıda volvulus, invajinasyon, bağırsak obstrüksiyonu, bağırsağın iskemik ve inflamatuvar hastalıkları (apandisit, divertikülit vb.) da düşünülmelidir. Bazen diyafram hernisi gibi yanlış tanı alabilir, literatürde Bochdalek hernisine eşlik eden bir bağırsak interpozisyonu bildirilmiştir [1].

Chilaiditi sign olgularında tedavi gerekmez. Semptomatik olgularda ise klinisyen acil durumları ekarte etmelidir. Sirozlu hastalarda yatkinlik arttığından karaciğer biyopsisi sırasında oluşabilecek komplikasyonları engellemek için Chilaiditi sign tesbiti önemlidir. Chilaiditi sign saptanan hastalara kolonoskopi yapmak da zordur ve işlem sırasında kolon perforasyonu riski artmıştır [1,2]. Başlangıç tedavisi yatak istirahati, parenteral sıvı tedavisi, dekompresyon ve laksatifleri içerir [1-3,7]. Dekompresyon sonrası bazen bağırsaklar normal pozisyonuna dönebilir [1]. Eğer intestinal obstrüksiyon bulguları düzelmezse, bağırsakta iskemi bulguları varsa tedavi cerrahidir [1-5]. Rekürren semptom varlığında da cerrahi tedavi önerilmektedir [8]. Bu durumda subtotal kolektomi, kolonun umblikus düzeyinde peritona fiksasyonu veya subfrenik alanı daraltmak için hepatopeksi gibi cerrahi işlemler uygulanabilir. Transvers kolonun volvulusunda kolonoskopik redüksiyon önerilmez çünkü %16 oranında gangren görülebilmektedir [1,2]. Huang ve ark.[8] 1990-2005 yılları arasında bildirdikleri 6 ay-11 yaş arasındaki 13 vakanın %23,1'inde solunum semptomu olduğu ve vakaların çoğunun konservatif tedavi ile düzeldiği bildirilmiştir. Literatürde bildirilen en küçük vaka respiratuar distres ve abdominal distansiyon ile gelen 1 günlük bir yenidoğandır. Bu vakada da semptomların konservatif tedavi ile gerilediği bildirilmektedir [9]. Keles ve ark.[10] bildirdiği respiratuar distres ile gelen 5 aylık bebekte de konservatif tedavi ile semptomların düzeldiği bildirilmektedir. Hastalarımızda laksatif tedavisi yeterli olmuş ve dekompresyon gerekmemiştir.

Chilaiditi sendromu genellikle tesadüfen saptanan bazen de semptomatik olabilen bir sendromdur. Hastalar gastrointestinal sistem, solunum ve kardiyovasküler sistem semptomları ile bazen de multiorgan semptomu ile gelebilmektedir. Eşlik eden solunum yolu hastalıkları nedeni ile kolayca gözden kaçabilecek bu iki olgu akciğer grafisi değerlendirirken akciğer dışındaki alanlara da dikkat edilmesi gerektiğini bir kez daha düşündürmüştür.

Hasta Onamı: Yazılı hasta onamı bu olguya katılan hastaların ailelerinden alınmıştır.

Hakem değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Yazar Katkıları: Fikir - S.B.E., D.C.; Tasarım - H.T.N., S.B.E.; Denetleme - D.C., H.A.; Kaynaklar - H.T.N., S.B.E.; Malzemeler - H.T.N., S.B.E.; Veri toplanması ve/veya işlemesi - H.T.N., S.B.E.; Analiz ve/veya yorum - H.T.N., S.B.E., D.C., C.Ş.Ü.K.; Literatür taraması - S.B.E., H.T.N., D.C., C.Ş.Ü.K.; Yazıyı yazan - S.B.E., H.T.N.; Eleştirel inceleme - D.C., H.A.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Informed Consent: Written informed consent was obtained from the parents of the patients who participated in this case report.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Author Contributions: Concept - S.B.E., D.C.; Design - H.T.N., S.B.E.; Supervision - D.C., H.A.; Funding - H.T.N., S.B.E.; Materials - H.T.N., S.B.E.; Data Collection and/or Processing - H.T.N., S.B.E.; Analysis and/or Interpretation - H.T.N., S.B.E., D.C., C.Ş.Ü.K.; Literature Review - S.B.E., H.T.N., D.C., C.Ş.Ü.K.; Writer - S.B.E., H.T.N.; Critical Review - D.C., H.A.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

KAYNAKLAR

1. Kang D, Pan AS, Lopez MA, et al. Acute abdominal pain secondary to chilaiditi syndrome. *Case Rep Surg* 2013;2013:756590. [\[CrossRef\]](#)
2. Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi syndrome: a rare entity with important differential diagnoses. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2012;8:276-8.
3. Joo YE. Chilaiditi's sign. *Korean J Gastroenterol* 2012;59:260-1. [\[CrossRef\]](#)
4. Alansari M. Chilaiditi Syndrome: a case of missed diagnosis. *BMJ Case Rep* 2013;2013.pii: bcr2012008459.
5. Hitendra KD, Prakash VC, Bharat CR, et al. Isolated case of Chilaiditi Syndrome. *National Journal of Medical Research* 2013;3:83-4.
6. Belkouch A, Htit A, Zidouh S, Belyamani L. Dyspnoea caused by a Chilaiditi Syndrome: contribution of the non-invasive ventilation. *BMJ Case Rep* 2013;2013.pii: bcr2013010421.
7. Çetin D, Ünübol M, Soyder A, et al. Coexistence of Multiple Endocrine Neoplasia Type 2B and Chilaiditi Sign: A Case Report. *Case Rep Endocrinol* 2012;2012:360328. [\[CrossRef\]](#)
8. Huang WC, Teng CS, Tseng MH, et al. Chilaiditi's syndrome in children. *Acta Pediatr Taiwan* 2007;48:77-83.
9. Dutt R, Dutt C. Chilaiditi Syndrome: a rare manifestation in newborn. *J Clin Neonatol* 2013;2:50-1. [\[CrossRef\]](#)
10. Keles S, Artac H, Reisli I, et al. Chilaiditi Syndrome as a cause of respiratory distress. *Eur J Pediatr* 2006;165:367-9. [\[CrossRef\]](#)