

Sıradışı Semptomları Nedeniyle KOAH Tanısı ile İzlenen Nadir Bir Sendrom: Chiliaditi Sendromu; Bir Olgu Nedeniyle

A Rare Syndrome Diagnosed and Treated As COPD Due to Extra-Ordinary Symptoms: Chiliaditi Syndrome; For One Case

Suat Konuk, Tuncer Tuğ, Fahrettin Talay, Bahar Kurt, Murat Bölük, Çiğdem Gökay*
Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları ve *Radyoloji Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Özet

Chiliaditi sendromu nadir görülen ve transvers kolonun yalnız başına veya ince bağırsakla birlikte hepatodiyafragmatik aralığa sıkışması sonucu gelişen bir sendromdur. Asemptomatik olabileceği gibi bazen karın ağrısı, bulantı, kusma ve kabızlık gibi tipik semptomların yanı sıra; nefes darlığı ve göğüs ağrısı gibi atipik şikayetlere de neden olabilir. Fizik muayene incelemelerimiz KOAH tanısını doğrulamamasına rağmen, klinik ve laboratuvar bulgularının KOAH'la uyumlu olması nedeniyle KOAH gibi tedavi edilen, 63 yaşındaki erkek hasta Chiliaditi sendromunun nadir rastlanılır klinik özellikleri nedeniyle sunuldu. (*Akciğer Arşivi 2007; 8: 140-2*)

Anahtar Kelimeler: Chiliaditi sendromu, atipik semptom, KOAH

Summary

Chiliaditi syndrome is a rare syndrome, which is a position abnormality of the transverse colon lonely or with the small intestine interposing in hepatodiaphragmatic gap. Generally it may be without symptoms, but sometimes, there may be the typical symptoms such as a abdominal pain, nausea, vomiting and constipation; however, atypical symptoms such as dyspnea and chest pain may also exist. Although the diagnosis of COPD were not verified by the physical examinations, 63 years old, male patient having the concordant clinical findings for COPD and treated as COPD was presented due to the rare clinical characters and laboratory findings of Chiliaditi syndrome. (*The Archives of Lung 2007; 8: 140-2*)

Key words: Chiliaditi syndrome, atypical symptom, COPD

Giriş

Kolon veya ince barsağın hepatodiyafragmatik interpozisyonu sonucu nadir bir sendrom olarak olduğu bilinen chiliaditi sendromu, genellikle asemptomatik olarak seyretmekte, kalıcı veya geçici konumda gelişebilmektedir (7, 10). Chiliaditi sendromun genel popülasyonda görülme sıklığı %0,003 ile 0,025 arasında değişmektedir (10). Semptomatik olgularda karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık sık olarak saptanan klinik bulgulardır (1, 7, 10). Seyrek de olsa değişik

ken semptomlarla birçok klinik tabloyu taklit edebilir. Bazen solunum zorluğu, göğüs ağrısı, göğüste sıkışma hissi gibi semptomlara da neden olabilir ve kardiyak aritmilere yol açabilir. Yakınmalara yönelik yapılan radyolojik incelemeler sonucu tanısal doğrulama mümkün olabilmektedir (2, 3, 10).

Olgu

H.K. Dosya no: 40183 63 yaşında erkek hasta. Çiftçilik yapıyor. Sigara 25 paket/yıl. Kış aylarında zaman zaman art-

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Tuncer Tuğ, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, İzzet Baysal Tıp Fakültesi
Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, Bolu, Türkiye

Tel.: 0374 253 46 56/4367 Gsm: 0 532 605 65 67 E-posta: tugtuncer@hotmail.com

ma gösteren öksürük şikayeti mevcut ve yaklaşık 30 yıldır süren, gece yatış pozisyonuna bağlı olarak özellikle yüksek yastıkta yatınca oluşan ve ayrıca zorlu egzersiz kapasitesini kısıtladığını ifade ettiği nefes darlığı şikâyetleri mevcut olan hasta, son iki yıldır da belirginleşen karın ağrısı ve sık tekrarlayan kabızlık yakınmaları ile kliniğimize başvurdu. Karın ağrısı özellikle yemeklerden sonra belirginleşip yayılım göstermeyen kramp tarzında bir karaktere sahip idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde, solunum sisteminde obstruktif hava yolu hastalığını düşündürecek belirgin patolojik bulgu saptanamadı. Bununla birlikte sağ hemitoraksın kaidesinde solunum seslerinde azalmave bağırsak seslerinde artma saptandı. Batın muayenesinde sağ hipokondriak bölgede palpasyonla hassasiyeti mevcut idi. Diğer sistemlerin muayenesinde kayda değer bulgu yoktu. Hasta kardiyoloji kliniği konsultan hekimliğince de konsülte edildi. Konsultan raporu ile, kardiyak bir bozukluk saptanmadığı bildirildi.

Laboratuar bulgularında; WBC: 5260, Sedimantasyon: 29, Hb: 14,1, Hct: %40,8 olup diğer kan, rutin biyokimya, rutin idrar ve romatolojik ölçümleride özellik göstermiyordu. Hastanın solunum fonksiyon testi uyumlu olmadığı için yapılamadı. PA toraks radyogramı; "Her iki akciğerde havalanmada artış dışında, sağ diyafragma yüksekliği ve sağ diyafragma altında içi hava ile dolu muhtemel barsak ansları (hastrasyon) görüntüsü veren gölgeler mevcuttur." şeklinde rapor edildi (Resim 1). Bilgisayarlı toraks tomografisi; diyafram ile karaciğer arasına giren kolon segmenti izlenmektedir (Resim 3).

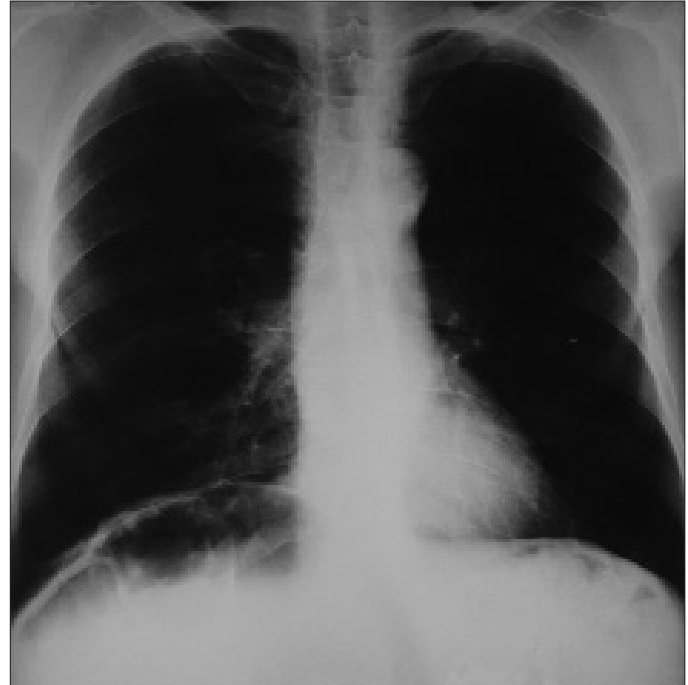


Resim 1. PA Akciğer grafide sağ diyafragma altında hastrasyon izlenimi veren havalı alan izlenmektedir

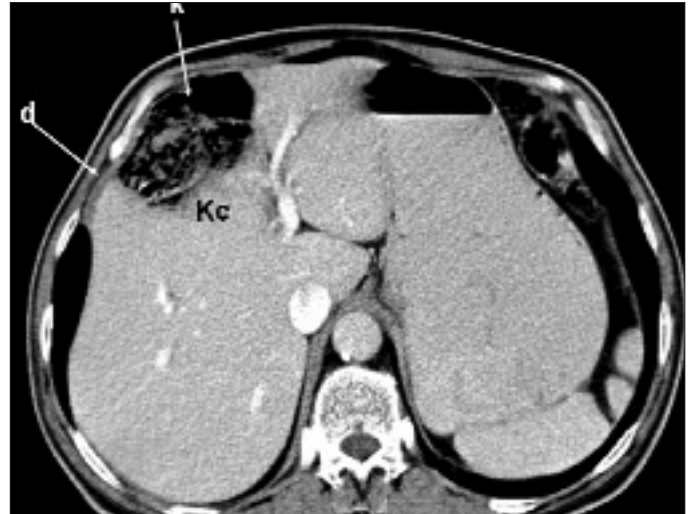
Konservatif tedavi ile hastanın yakınmalarında önemli ölçüde azalma oldu. Bununla birlikte radyolojik görüntüde belirgin gerileme olmadı (Resim 2).

Tartışma

Chiliaditi sendromunda kolon ve/veya ince bağırsaklar karaciğer arasına yer değiştirmektedir (1, 7) . Kolon veya ince bağırsağın bu interpozisyonu ilk defa 1910 yılında 3 olgu sunumu ile tarif edilmiştir (10). Genellikle gençlerde ve de erkeklerde gözlenen bu sendromun, konjenital bir bozukluğa bağlanabilmesi mümkün olamamıştır (1, 7).



Resim 2. Yaklaşık üç aylık konservatif tedavi sonrası diyafragma altında havalı alanın sebat etmesiyle birlikte azalmış olduğu görünümde



Resim 3. Toraks BT'de diyafram (di) ile karaciğer (Kc) arasına giren kolon (k) segmenti izlenmektedir

Bu sendromun oluşumunda;

1-Diyafragmatik faktörler: Diyafragma evantrasyonu ya da hernisi, frenik sinir paralizi, amfizem gibi akciğer hastalıklarına (KOAH) bağlı intratorasik basınçta değişimler,

2-Hepatik faktörler: Karaciğerde pitozis, asıcı bağlarda gevşeklik, küçük ya da atrofik karaciğer (siroz),

3-Abdominal nedenler: Mezenter gevşekliği ile aşırı ölçüde barsak motilitesi, megakolon, konjenital nedenler ile anormal yerleşim ve mobilizasyon, çekal fiksasyon yetersizliği, abdominotorasik basınç gradientinin artması (gebelik, KOAH).

4-Travma ve buna bağlı oluşan yapışıklıklar,

5- Aerofaji (aşırı hava yutma) ve buna bağlı distansiyon gelişimi gibi faktörler suçlanmıştır (6).

Semptomlu ya da semptomsuz oluşu yukarıda belirtilen etken patolojilerin çeşidine ve belirti verecek düzeye ulaşımıyla açıklanabilmektedir (9). Semptomatik olgularda karın ağrısı, bulantı, kusma, kabızlık sık olarak saptanan klinik bulgulardır (10, 13). Seyrek de olsa değişken semptomlarla birçok klinik tabloyu taklit edebilir. Bazen solunum zorluğu, göğüs ağrısı, göğüste sıkışma hissi gibi semptomlara da neden olabilir ve kardiyak aritmilere yol açabilir, bazen beraberinde abdominal bölgede asit saptanabilir (5, 7, 10, 13).

Bizim olgumuz da Chiliaditi sendromunun seyrek rastlanılan klinik özelliklerine sahipti. Olgumuzda, kış aylarında zaman zaman olan öksürük şikayeti ve yaklaşık 30 yıldır süren, gece yatış pozisyonuna bağlı olarak özellikle yüksek yastıkta yatınca oluşan ve ayrıca zorlu egzersiz kapasitesini de kısıtladığını ifade ettiği nefes darlığı şikayeti mevcuttu. PA akciğer grafisinde sağ diyafragma altında kolon hastrasyonlarıyla uyumlu havalı alan görünümüne rağmen sadece KOAH tedavisi planlanan hasta için, toraks BT incelenmesi istenerek bir aylık KOAH tedavisi sonrası kontrolü önerildi. Bir aylık KOAH tedavisi ile mevcut şikayetlerinde değişiklik olmayan ve tedaviden yarar görmediğini ifade eden hastaya Chiliaditi sendromuna yönelik konservatif tedavi uygulandı. Bu tedavi sonrası kontrol edilen hastanın yakınmalarında belirgin iyileşme olduğu saptandı. Ancak sağ diyafragma altında ki havalı gölge azalmakla birlikte sebat ediyordu. Olgumuzun gece yüksek pozisyonda yatışı ile gelişen nefes darlığı şikayetinin, lomber vertebra'nın öne konkavitesindeki artış sonucu gelişen intraabdominal basınç artışı ile ilişkili olabileceğini düşündük.

Nadir de olsa şiddetli karın ağrıları, diyafragma altında havalı görüntü, karın içi organ perforasyonu düşündürüp yanlış ameliyat kararı alılabileceğinden, bu sendromun hatırlanması yararlı olacaktır. Diyafragma altında havalı gölge içinde hastrasyonların fark edilmesi, bu sendromun diğerlerinden ayırmada önemli bir faktördür. Chiliaditi sendromu özel olmayan semptomlarla birlikte olsa da, torsiyon, volvulus ve malignite ile beraber bulunmak durumu dışında cerrahi girişim gerektirmez. Konservatif tedavi ile yakınma ve bulgular kaybolabilir (1, 7, 10).

Olgumuzda son iki yıldır belirginleşen karın ağrısı ve sık tekrarlayan kabızlık yakınmaları bulunuyordu. Karın ağrısı özellikle yemeklerden sonra belirginleşip yayılım göstermeyen kramp tarzında bir karaktere sahip idi. Konservatif

tedavi olgumuzun bu yakınmalarında da belirgin yarar sağladı.

Bishop ve ark., yaygın karın ağrısı ile hastaneye kabul ettikleri 68 yaşındaki bir hastada, karında gerginlik, hassasiyet, barsak seslerinde kaybolma saptanması ve ayakta çekilen toraks filminde gross pnömoperitonium görülmesi sonucu karın içi organ perforasyonu tanısı ile laparotomiye karar verildiğini, ancak hastanın operasyonu kabul etmemesi üzerine konservatif tedavi uygulandığını, hastanın iyileştiğini ve daha sonra yapılan kontrastlı kolon grafisi ile Chiliaditi sendromu tanısının açıklık kazandığını bildirmişlerdir (12).

Tanı genellikle rutin akciğer grafisi ve ayakta direkt batin grafisi ile tesadüfen konur. Sağ diyafragma altında radyolüseni gösteren (hava bulunan) bir alan bulunduğu ayırıcı tanıda subdiyafragmatik abse, retroperitoneal kitleler, karaciğer abse ve posterior lezyonları ile Chiliaditi sendromu ilk olarak düşünülmelidir (2, 3, 7, 10). Ayırt edici tanı için tomografi ve/veya ultrasonografi de gereklidir (1, 2). Tedavi konservatiftir. Yatak istirahati, sulu gıda, sıvı replasmanı ve lavmanla klinik ve radyolojik düzelme gözlemlenir (8, 10). Cerrahi gerektiren ve subtotal kolektomi ile iyileşen olgular da bildirilmiştir (4, 8, 11).

Sonuç olarak karın ağrısı, konstipasyon, bulantı ve kusma gibi tipik şikâyetler yanında göğüs ağrısı, pozisyonel gece dispneleri, efor kapasitesini kısıtlayan dispne, öksürük gibi daha farklı fakat bu sendrom için sık rastlanılmayan şikâyetlerle başvuran hastalarda Chiliaditi sendromu da ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Pritchard GA, Price-Thomas JM. Internal hernia of the transverse colon. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 657-8.
2. Pediatric radiology. In: Morgulis AR, Burhenne HJ editors. *Alimentary Tract Radiology*, 4 th ed. Toronto 1989; 1717-57.
3. Karaman C, Özek T, Urhan MK et al. Agenesis of the right lobe of the liver. Case report. *Acta Radiologica* 1997; 38: 428-30.
4. Orangio GR, Fazio VW, Winkelman E. The Chiliaditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon: an indication for surgical therapy. *Dis Colon Rectum* 1986; 29: 653-6.
5. Bhattacharya PC, Bhattacharya AK, Dutta S et al. Chiliaditi syndrome with ascites. *JAPL* 2002; 50: 860-1.
6. Matsuo T, Kotsubo D, Ichiki S et al. Chiliaditi's syndrome in schizophrenic patients. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology* 1987; 41:71-5.
7. Isbister WH, Bellamy P. Hepato-diaphragmatic interposition of the intestine (Chiliaditi's syndrome): A case report. *Aust N Z J Surg* 1991; 61: 462-4.
8. Risaliti A, Anna DD, Terrosu G et al. Chiliaditi's syndrome as a surgical and nonsurgical problem. *Surgery* 1993; 176: 55-8.
9. 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.
10. Ertugrul kayaçetin, Mehmet Gök, Hayri Karaaslan. Chiliaditi sendromu olgu sunumu. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2004; 3: 110-1.
11. Kaymakçioğlu N, Yakut M, TanA, et al. Hypoganglionic megacolon associated Chiliaditi's syndrome treated by subtotal colectomy: a case report. *Int Surg* 2000; 85: 48-50.
12. Bishop CC, Whitenhead SM, Jackson BT. Misdiagnosis of the Chiliaditi syndrome. *Br Med J* 1987;295 (6613):1655
13. An elderly man with chest pain,shortness of breath and constipation *Postgrad Med*. 2003;79: 183-4.