

## **CHILAITITI'S SYNDROME; IT SHOULD NOT BE REASONED OF UNNECESSARY SURGERY IN THE PATIENTS WITH TRAUMA**

### **Chilaiditi sendromu; Travmalı hastada gereksiz cerrahi nedeni olmamalı. Olgu sunumu**

Muharrem Öztaş<sup>1</sup>, Ersoy Esen<sup>1</sup>, Nurettin Yiyit<sup>2</sup>

Şırnak Asker Hastanesi, Genel Cerrahi Servisi<sup>1</sup> Şırnak/Türkiye  
GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Göğüs Cerrahisi Servisi<sup>2</sup>, İstanbul  
Yazışma adresi: Dr. Muharrem Öztaş [mmoztas@hotmail.com](mailto:mmoztas@hotmail.com)

Cer San D (J Surg Arts), 2014;7(1):30-32. <http://dx.doi.org/10.14717/jsurgarts.2014.114>

#### **ABSTRACT**

Chilaiditi's syndrome is rare and usually incidentally diagnosed and the interposed colon and small intestine are located between liver and right diaphragm. A 25-year-old man had admitted to another hospital after blunt trauma caused by explosion. He transferred to our hospital with the diagnosis of traumatic diaphragmatic rupture for surgical treatment. As a result of clinical and radiological evaluation Chilaiditi's syndrome was diagnosed. Surgical treatment is not occasionally required in cases without complication. Clinicians should keep in mind Chilaiditi's syndrome in order to avoid unnecessary surgery in the differential diagnosis of patients with abnormality of the diaphragm after blunt trauma.

**Key words:** Chilaiditi's syndrome; diaphragmatic rupture; blunt trauma.

#### **ÖZET**

Chilaiditi sendromu kolon ve ince barsakların interpozisyonu sonucu karaciğerle sağ hemidiyafragma arasında yerleştiği, nadir görülen ve genellikle tesadüfen saptanan bir anomolidir. 25 yaşında erkek hasta araç içerisinde patlayıcıya bağlı künt travma nedeniyle başka bir merkeze başvurmuş. Diyafragma rüptürü tanısı ile cerrahi tedavi amacıyla hastanemize gönderildi. Hastanın kliniği ve radyolojik tetkikleri birlikte değerlendirildiğinde Chilaiditi sendromu tanısı konuldu. Komplikasyon gelişmediği sürece genellikle ameliyat gerektirmeyen bu anomali tanısı yanılığlara neden olabilmektedir. Künt travma sonrası diyafragma anormalliği izlenen hastalarda, gereksiz cerrahiden kaçınmak için Chilaiditi sendromu ayırıcı tanıda aklıda bulundurulmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Chiladiti sendromu, diyafragma rüptürü, künt travma.

#### **GİRİŞ**

Chilaiditi sendromu ismini 1910 yılında tesadüfen saptadığı 3 kolonik interpozisyon olgusunu bildiren radyolog Demetrius Chilaiditi'den almıştır. Chilaiditi sendromu kolon ve ince barsakların interpozisyonu sonucu karaciğerle sağ hemidiyafragma arasında yerleştiği, nadir görülen ve genellikle tesadüfen saptanan bir anomolidir (1-3). Sendromun prevalansı %0.025 ile %0.28 arasında olup erkeklerde daha sıklıkla izlenmekte ve yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır (1-4).

#### **OLGU**

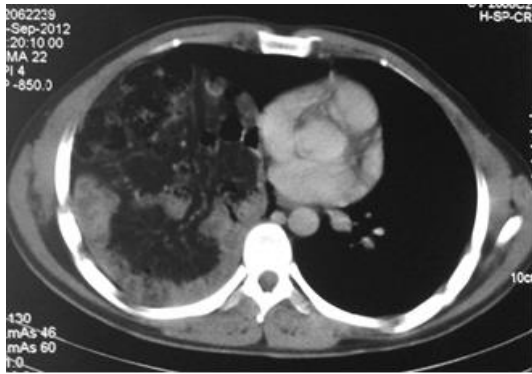
25 yaşında erkek hasta araç içerisinde seyir halinde iken patlayıcı maddeye bağlı araç içerisinde

künt travmaya maruz kalmıştır. İlk müdahalesi başka bir merkezde yapılan hasta diyafragma rüptürü tanısı konularak cerrahi tedavi amacıyla hastanemize gönderildi. Hastanın yapılan muayenesinde genel durumu iyi ve vital bulguları stabildi. Belirgin bir yakınması yoktu. Sağ akciğer alt lob lokalizasyonunda solunum sesleri alınamıyordu. Hastanın direkt grafisinde belirgin şekilde diyafragma elevasyonu mevcuttu (Resim 1).

Bilgisayarlı tomografide barsak anslarının karaciğer ile sağ hemidiyafragma arasında yerleştiği, karaciğerin sağ lobunun hipoplazik olduğu ve diyafragmanın belirgin düzeyde yüksek yerleşimli olduğu izlendi (Resim 2,3). Diyafragma konturları normaldi.



**Resim 1:** Akciğer grafisi.



**Resim 2:** Bilgisayarlı toraks tomografisi.



**Resim 3:** Bilgisayarlı toraks tomografisi (Hipoplazik sağ karaciğer lobu).

Hastanın geçmişi sorgulandığında daha önce akciğer grafilerinde tespit edilmiş diyafragma yüksekliği olduğu bilgisine ulaşıldı. Herhangi bir yakınması olmayan hastanın kliniği ve tomografisi birlikte değerlendirildiğinde Chilaiditi sendromu olarak değerlendirildi.

### TARTIŞMA

Chilaiditi sendromunda karaciğer, sağ hemidiyafragma ve karın ön duvarı arasında sıklıkla hepatic fleksura ve transvers kolon olmakla birlikte

daha az sıklıkla ince barsaklar yerleşmektedir (1). Sendromun oluşmasında, karaciğerle ilgili (siroz veya sağ hepatic lobun segmental agenezisi gibi karaciğerin boyutunun azaldığı durumlar, karaciğerin asıcı bağlarının gevşek ve uzun olması), barsaklarla ilgili (kolonun gereğinden fazla uzun ve mobil olması) ve diyafragma ile ilgili çeşitli (musküler dejenerasyon veya frenik sinir hasarına bağlı diyafragma yüksekliği) predispozan faktörler tanımlanmaktadır (1,2,4). Bazen de predispozan faktörlerin etkisiyle sonradan eklenen başka bir patoloji de sendroma neden olabilmektedir. Yin ve ark. yaşlı bir hastada kolonoskopinin indüklediği bir Chilaiditi sendromunu olgusu bildirmişlerdir (4). Hastalar çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte dönem dönem intestinal obstrüksiyon bulguları (karın ağrısı, bulantı, kusma gibi), solunum sıkıntısı ve kardiyak aritmiler de görülebilmektedir (1). Semptomatik olan hastaların çoğu barsak istirahati ve dekompresyonu, sıvı tedavisi, laksatif kullanımı ve lifli diyet gibi konservatif yöntemlerle tedavi edilebilmektedir ve genellikle cerrahi gerektirmez (1,2). Nadiren de kolonik volvulus, barsak obstrüksiyonu ve/veya iskemisi ve devamlı karın ağrısı nedeniyle cerrahi girişim gerekebilmektedir (1,2,5). Devamlı karın ağrısı, persistan ileus, barsak iskemisi gibi cerrahi gerektiren koşullarda, kolonik fiksasyon, hepatopeksi, detorsiyon, subtotal kolektomi gibi cerrahi seçenekler hastaya ve hastanın kliniğine göre seçilebilecek cerrahi tedavi yöntemleridir (3). De Acosta Andino ve ark. interpoze ileal segmentte gelişmiş bir kapalı lup obstrüksiyonunu sunmuşlardır. Bu hastada tanının zamanında konulması ile rezeksiyon gerekmemiştir (1). Chilaiditi sendromu bazen tanısız yanlıgulara neden olabilmekte ve hastalara gereksiz operasyonlar yapılabilmektedir. Literatürde yanlışlıkla pneumoperitoneum, subdiyafragmatik apse, diyafragmatik herni olarak değerlendirilen vakalar bildirilmiştir (1,2,5). Kamiyoshihara ve ark. Chilaiditi sendromu olan bir hastayı, trafik kazası sonrası travmatik diyafragmatik herni olarak değerlendirerek ameliyat etmişlerdir (6). İntraoperatif olarak diyafragmanın intact olduğunu ve kolonik interpozisyon ve diyafragma yüksekliği nedeniyle böyle bir yanlıgiya düştüklerini bildirmişler (6). Bu hastanın bilgisayarlı tomografisinde karaciğerin hipoplazik olduğu ve interpozisyona bu anomalinin neden olmuş olabileceği vurgulanmıştır (6). Bizim hastamızda da benzer olarak karaciğer sağ lobu hipoplazik olarak tespit edilmiştir. Özellikle sirotik ve ciddi karaciğer volüm kaybı olan hastalar bu sendroma yatkınlık göstermektedirler. Literatürde bu hastalara uygulanacak perkütan hepatic girişimlerde gelişebilecek intestinal perforasyonlara dikkat çekilmektedir (2,4). Sendromun tanısında radyolojik olarak sağ hemidiyafragma elevasyonu, diyafragma altı intraluminal hava ve karaciğerin alçak yerleşimli olduğunun görülmesi önemlidir. Direkt grafideki bu bulgular ve ultrasonografik olarak intestinal ansların gösterilmesi ile

desteklenebilir. Bilgisayarlı tomografi kesin tanının konulmasını sağlayacaktır (2).

Sonuç olarak kolon ve ince barsakların interpozisyonu, künt travmalı bir hastada yanlışlıkla diyafragma rüptürü olarak değerlendirilebilir. Gereksiz ameliyatlardan kaçınılması için, bu hastalar iyi sorgulanmalı ve radyolojik tetkikleri dikkatlice değerlendirilerek yapısal/edinilmiş bir anomali olan Chilaiditi sendromu ekarte edilmelidir.

#### **KAYNAKLAR**

1. Mateo de Acosta Andino DA, Aberle CM, Ragauskaite L ve ark. Chilaiditi syndrome complicated by a closed-loop small bowel obstruction. *Gastroenterol Hepatol (NY)* 2012;8(3):274-6.
2. Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi Syndrome: A rare entity with important differential diagnoses. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* 2012;8(3):276-8.
3. Özer C, Zenger S. Chilaiditi syndrome in a patient with urological problems: Incidental diagnosis on computed tomography. *Can Urol Assoc J* 2012; 6(1):e75-6.
4. Yin AX, Park GH, Garnett GM, Balfour JF. Chilaiditi syndrome precipitated by colonoscopy: A case report and review of the literature. *Hawaii J Med Public Health.* 2012;71(2):158-62.
5. Gurbuz S, Yıldız M, Bozdemir MN ve ark. Chilaiditi sendromu. *JAEMCR* 2011;2(1):48-50.
6. Kamiyoshihara M, Ibe T, Takeyoshi I. Chilaiditi's sign mimicking a traumatic diaphragmatic hernia. *Ann Thorac Surg* 2009;87(10):959-61.