

Araştırma

Karaciğer Sirozu Olan Hastalarda Chilaiditi Sendromu Sıklığı*

Vedat GÖRAL, Derya TOPAL CİZRELİ, Derya DEMİRTAŞ

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, DİYARBAKIR

*Bu araştırma 5th APASL Single Topic Conference, 17-20 Mayıs 2009, İstanbul'da poster olarak sunulmuştur.

ÖZET

Chilaiditi sendromu, kolonun hepatodiafragmatik interpozisyonu olup, normal populasyonda sık görülen bir radyolojik bulgu değildir. Genelde yetişkinlerde, kronik akciğer hastalıkları, astenik kişiler ve multipar bayanlarda sık görülmektedir. Karaciğer sirozunda da görülen Chilaiditi sendromunun gerçek sıklığı net olarak bilinmemektedir. Bu tablonun görülmesinde muhtemel faktörler a) postnekrotik karaciğer sirozunda karaciğer atrofisi b) asitten dolayı c) artmış intrakolonik basınçtır. Çalışmamızda 89 dekompanse karaciğer sirozlu hasta (79 HBV, 10 HCV, 58 erkek, 31 bayan, ortalama yaş 41.2 yıl) ve 67 sağlıklı (44 erkek, 25 bayan, ortalama yaş 43.2 yıl) kişi mevcuttu. Chilaiditi sendromu tanısı abdominal X-ray, abdominal ultrasonografi ve abdominal kompüterize tomografi (CT) ile kondu. Çalışmamızda Chilaiditi sendromu sıklığı siroz grubunda %3.2 olarak saptanırken, normal sağlıklı kişilerde bu sendroma rastlanmadı. Bu sonuçlara göre, Chilaiditi sendromu dekompanse karaciğer sirozunda da görülebilmektedir.

Anahtar kelimeler: Karaciğer sirozu, Chilaiditi sendromu.

SUMMARY

The prevalence of Chilaiditi's syndrome in patients with liver cirrhosis

Chilaiditi's syndrome, which is interposition of colon between liver and right hemidiaphragm, is not a common radiological finding in the normal population. It is frequently observed in patients with chronic lung disease, asthenic syndrome and in multipar females. The real prevalence of Chilaiditi's syndrome in patients with liver cirrhosis is unknown. Probable contributing factors are: (a) liver atrophy in patients with post-necrotic cirrhosis, (b) an enlarged lower thoracic outlet because of ascites, and (c) increased intracolonic pressure. This study includes 89 patients with liver cirrhosis with ascites (of whom 79 had HBV and 10 had HCV; 58 men, 31 women; mean age :41.2 years) and 67 healthy individuals (44 men, 25 women; mean age: 43.2 years). The diagnosis of Chilaiditi's syndrome was performed by plain abdominal X-Ray, abdominal ultrasonography and abdominal CT. While the prevalence of Chilaiditi's syndrome was established to be 3.2% in patients with liver cirrhosis with ascites, it was found to be 0% in the healthy individuals. In conclusion, Chilaiditi's syndrome can be observed in patients with liver cirrhosis.

Keywords: Liver cirrhosis, Chilaiditi's syndrome

MATERYAL ve METOT

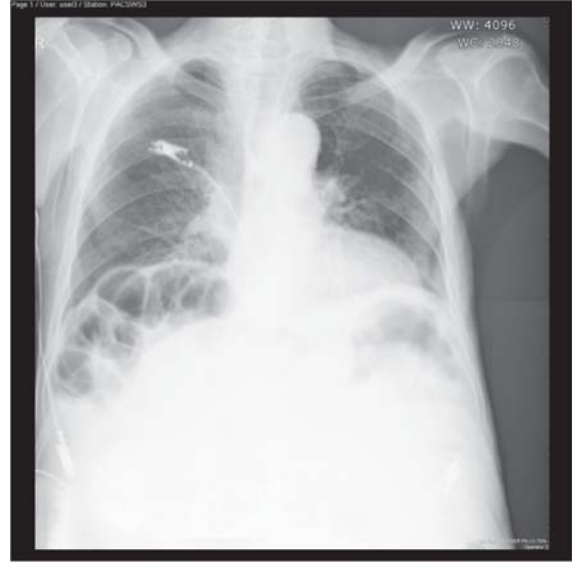
Çalışmaya, Gastroenteroloji polikliniğine başvuru sonrası yatan veya ayakta takip edilen dekompanse karaciğer sirozlu hastalar alındı. Çalışmamızda, 95 dekompanse karaciğer sirozlu hasta ve sağlıklı kişi mevcuttu. Karaciğer sirozu tanısı, anamnez, fizik muayene, laboratuvar tetkikleri, batın ultrasonografisi ve etiyolojik tanı için viral, otoimmün ve metabolik parametrelerin araştırılması ile kondu. *Chilaiditi* sendromu tanısı ise, direkt batın grafisi (abdominal X-ray, tüm hastalara), abdominal ultrasonografi (tüm hastalarda) ve abdominal CT (11 vakada) ile kondu. Vakaların tümü dekompanse karaciğer sirozu olduğundan, karaciğer biyopsisi yapılmadı.

BULGULAR

Çalışmamızda, 95 dekompanse karaciğer sirozlu hasta (79 HBV, 10 HCV, 2 Wilson, 3 kriptojenik, 1 PBS, 64 erkek, 31 bayan, ortalama yaş 41.2 yıl) ve 67 sağlıklı (44 erkek, 25 bayan, ortalama yaş 43.2 yıl) kişi mevcuttu. Çalışmamızda *Chilaiditi* sendromu sıklığı %3.2 olarak saptanırken, normal sağlıklı kişilerde %0 olarak saptandı. Resim-1'de HCV pozitif dekompanse karaciğer sirozlu bir hastada, *Chilaiditi* sendromuna ait direkt batın grafisindeki görünümü yer almaktadır. Hastaların tümü, Child-Pugh skoru yüksek vakalar (*Child-Pugh* evre C) idi. Bu özellik, hastaların yaş ve cinsiyetiyle, karaciğer sirozunun etiyolojisi ile *Chilaiditi* sendromu görülme sıklığı açısından bir ilişkisi yoktu ($p=0.29$). Bu sendrom ile hastalığın seyri arasında bir ilişki yoktu ve karaciğer sirozunun klinik tablosunda bir değişikliğe neden olmamakta idi.

TARTIŞMA

İlk defa 1910 yılında, *Demetrius Chilaiditi* tarafından tanımlanan *Chilaiditi* sendromu, genelde yetişkinlerde, kronik akciğer hastalıkları, astenik kişiler ve multipar bayanlarda sık görülmektedir (1). Bu sendrom, karaciğer ile sağ diafragma arasına sağ kolonun hepatik fleksura bölgesinin girmesi şeklinde tanımlanır (2-8). Toplumda sağlıklı normal kişilerde rutin akciğer grafilerinde görülme sıklığı, %0.14-0.25 oranında değişmektedir. Batı ülkelerinde sıklığı daha azdır. Erkek/Kadın oranı 4/1'dir. Erkeklerde daha sık görülmesinin sebebi, karaciğer sirozunun erkeklerde daha sık olmasından kaynaklanabilir. İnsidansı yaşla artar. Özellikle 65 yaş ve üzerinde insidansı artmaktadır. Geriatrik popülasyonlu bir çalışmada sıklığının



Resim 1: HCV'na bağlı dekompanse karaciğer sirozlu bir hastada PA akciğer grafisinde *Chilaiditi*'s sendromu görünümü (sağ diafragma altında kolona ait hastrasyonlar)

%1'e ulaştığı gösterilmiştir (6-8). Çeşitli çalışmalarda terne yakın gebeliklerde ve postnekrotik sirozlu hasta grubunda riskin arttığı saptanmıştır. Yaşlılık, kronik akciğer hastalığı, çok doğum yapma, amfizem, siroz ve hamilelik, predispozisyonu artıran faktörlerdir. Kolonun interpozisyonuna neden olan faktörler, kolonun uzaması, sarkması, konjenital interpozisyon ve malpozisyonudur. Diyafram kaslarında zayıflama ve dejenerasyon, frenik sinir paralizi gibi diyaframa ait nedenler; tüberküloz ve amfizeme bağlı intratorasik basıncıdaki değişiklikler ile megakolon veya konjenital nedenlerle, kolonun anormal mobilizasyonu gibi etkenler sorumlu olabilir. Sendrom, kalıcı veya geçici olabilir. Farklı anatomik tiplerde kolonun hepatodiyagrafatik interpozisyonu tarif edilmiştir. En sık anterior interpozisyon iken, posterior subfrenik alanda lokalizasyon daha nadir olup, kombine anterior ve posterior yerleşimli kolon dislokasyonu da bildirilmiştir (8). Literatürde daha çok vaka sunumları şeklinde örneklere rastlanmıştır (2-8).

Genellikle asemptomatik kalan bu hastalarda tesadüf olarak saptanan radyolojik görüntüye '*Chilaiditi* Görünümü' adı verilmesi semptomatik olgularda ise '*Chilaiditi* Sendromu' kullanımı önerilmektedir. Semptomlar sıklıkla karın ağrısı, konstipasyon, bulantı, kusma gibi gastrointestinal sisteme ait bulgulardır. Çok nadir görülen akut intermitan barsak obstrüksiyonuna kadar geniş bir

gastrointestinal sistem semptom spektrumu oluşturabilir. İntestinal yapışıklıklar, mekanik obstrüksiyon ve volvulus gibi komplikasyonlar gelişebilir. Ayrıca literatürde nefes darlığı nedeniyle KOAH olarak tedavi alan, kardiyak aritmilerle sunulan *Chilaiditi* sendromu vakası da bulunmaktadır (7). Özellikle nefes darlığının ayırıcı tanısına nadir bir sebep olarak girmektedir.

Karaciğer sirozunda da görülen *Chilaiditi* sendromunun gerçek sıklığı net olarak bilinmemektedir. Karaciğer volümünün azalması ve atrofisi, hepatik suspensuar ligamentin gevşemesi (kronik hastalık, malnütrisyon, vb.), gibi multifaktörler sonucu oluşur. Genelde bu sendrom asemptomatik olup, bazen akut intestinal obstrüksiyon, kolonik volvulus, subfrenik apandisit, internal herni gibi durumlara neden olabilir. Semptomatik vakalarda da tedavi çoğunlukla konservatiftir. Bol sıvı, lifli gıda, yatak istirahati, nazogastrik dekompanzasyon, sıvı replasmanı, lavmanla semptomlar giderilebilir. Genellikle tüm hastalar bu tedbirlerle rahatlarlar. Ancak nadir ileri olgularda yakınmaların artışı, komplikasyonların geliştiği durumlarda cerrahi bir seçenek olarak düşünülmelidir. Bu nedenle bazen istenmeyen olaylara ve cerrahi girişimlere neden olmaktadır.

KAYNAKLAR

1. *Chilaiditi D. Zur frage der hapatoptose und ptose in allemeinen im ausschluss an drei falle von temporaerer partiellaer leberverlagerung. Fortschr Gebiete Roentgenstrahlen 1910; 11: 173-208.*

2. *Wong VW, Yuk-Wah Liu S, Wai-Yan Chiu P, Kin-Hung Wong S, Kwok-Wai Ng E. Chilaiditi's syndrome: a nonemergent cause of "free gas under diaphragm". Am J Surg. 2009; 198: e25-6.*
3. *Van Moerkercke W. A man with abdominal bloating: Chilaiditi's syndrome. Acta Gastroenterol Belg 2007; 70: 310-1.*
4. *Peake ST, Kaba R, Dubrey SW. Chilaiditi's syndrome. Br J Hosp Med (Lond) 2007; 68: 271.*
5. *Matsushima K, Suzuki Y. Transverse colon volvulus and associated Chilaiditi's syndrome. Am J Surg. 2006; 192: 203-4.*
6. *Flores N, Ingar C, Sánchez J, Fernández J, Lazarte C, Málaga J, Medina M, Herrera R, Morales C. The Chilaiditi syndrome and associated volvulus of the transverse colon. Rev Gastroenterol Peru 2005; 25: 279-84.*
7. *Vessal K, Borhanmanesh F. Hepatodiaphragmatic interposition of the intestine (Chilaiditi's syndrome). Clin Radiol 1976; 27: 113-6.*
8. *Gök Dalbeler A, Gider Kaya Ş. Chilaiditi Sendromu: Karın Ağrısının Nadir Sebeplerinden Birisi. Ümraniye Tıp Dergisi 2008; 1: 13-15.*

YAZIŞMAADRESİ

Dr. Vedat GÖRAL
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi
Gastroenteroloji Bilim Dalı
DİYARBAKIR
e-mail: vegoral@hotmail.com