

گزارش تشخیص یک مورد سندرم کیلادیتی در حین عمل جراحی کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی

دکتر سراج مهاجری*، دکتر رامین گسیلی**، دکتر امید مصفائی راد***، دکتر نسترن خوشنویس****

چکیده:

قرار گرفتن کولون بین کبد و دیافراگم سندرم کیلادیتی گفته می‌شود که معمولاً این وضعیت در بالغین بدون علامت بوده اما در کودکان می‌تواند علامت‌دار باشد، به صورت درد شکم، استفراغ، بی‌اشتهایی، یبوست و آنزوفازی باشد. علائم بالینی در معاینه دیستانسیون شکم و عدم ماتیته کبد در دق می‌باشد. در این مقاله به معرفی خانم ۳۹ ساله‌ای می‌پردازیم که به علت کوله سیستیت سنگی تحت عمل جراحی لاپاراسکوپی کوله سیستکتومی قرار گرفته است و در حین عمل و اکسپلوراسیون شکم قسمتی از کولون عرضی در بالای لوب چپ کبد قرار داشت. هدف از این گزارش بیان اهمیت و ارزش لاپاراسکوپی در تشخیص این نشانگان می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: کوله سیستیت، سندرم کیلادیتی، کوله سیستکتومی لاپاراسکوپی

زمینه و هدف

بروز تقریبی آن بین ۰/۲۵٪ تا ۰/۲۸٪ در کل جمعیت گزارش شده است. درمان این سندرم بر حسب علائم و فرد به فرد متفاوت است و از درمان حمایتی تا اقدام جراحی ترمیمی می‌تواند انجام شود.^{۱،۶،۷}

هدف از گزارش این مورد، یادآوری سندرم کیلادیتی در تشخیص افتراقی درد شکم همراه با هوای زیر دیافراگم بوده که لاپاراسکوپی می‌تواند در تشخیص قطعی آن نقش کلیدی داشته و از اعمال جراحی غیر ضروری پیشگیری کند.

سندرم کیلادیتی یک نقص آناتومیک نادر و جالب می‌باشد و توسط دیمیتریوس کیلادیتی رادیولوژیست (۱۹۷۵-۱۸۸۳) گزارش شده است.^۱ علائم بالینی سندرم کیلادیتی از فردی به فرد دیگر فرق می‌کند به طوری که در برخی از آنها بدون علامت بوده و در برخی دیگر درد شکم متناوب دیده می‌شود.^{۲،۹ و ۱۲} علت اصلی این پدیده ناشناخته است، ولی در افرادی که آسیب مزمن یا سیروز کبدی و یا بیماری مزمن تنفسی دارند، ممکن است اتفاق بیافتد.^{۱۵ و ۲۰}

نویسنده پاسخگو: دکتر سراج مهاجری

تلفن: ۰۴۵۳۳۲۴۷۹۷۵

E-mail: Mohajriseraj@yahoo.com

* استادیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، بیمارستان سبلان تأمین اجتماعی اردبیل

** متخصص اطفال، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، بیمارستان سبلان تأمین اجتماعی اردبیل

*** دستیار گروه جراحی عمومی، دانشگاه علوم پزشکی مازندران

**** پزشک عمومی، بیمارستان آرنا

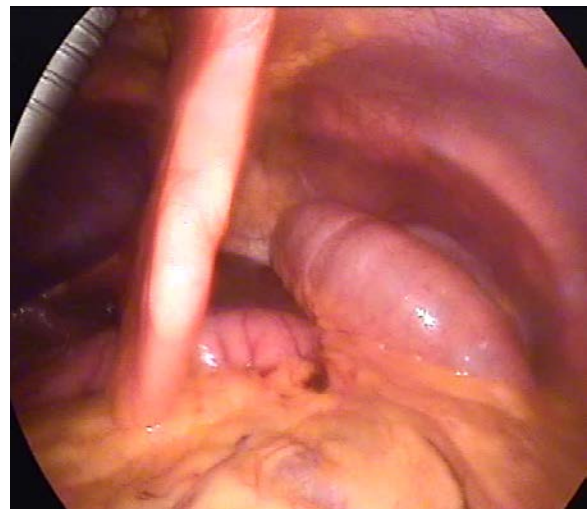
تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۰۶/۳۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۹/۱۶

معرفی بیمار

بیمار خانم ۳۹ ساله‌ای با وزن ۸۲ کیلوگرم و قد متوسط که با شکایت درد شکم در ناحیه ربع فوقانی راست از چندین هفته قبل مراجعه کرده بود. درد ماهیت کولیکی با انتشار به کتف راست و بین دو کتف داشته و بعد از خوردن مواد غذایی تشدید پیدا می‌کرده است. درد بیمار حدود ۳ ساعت طول می‌کشید و با تهوع و استفراغ همراه بوده است. در تاریخچه طبی قبلی سابقه یک بار سزارین و یک بار زایمان طبیعی داشته و داروی خاصی مصرف نمی‌کرده است. در تاریخچه خانوادگی برادر و خواهر، بیماری دیابت دارند. در معاینه فیزیکی حساسیت در لمس ربع فوقانی راست و علامت مورفی مثبت تنها نکات مثبت بودند.

در آزمایشات انجام شده لکوسیتوز با شیفت به چپ و بیلی روبین تام ۲/۵ و مستقیم ۰/۴ دیده شد. سونوگرافی پارانشیم کبد اکوژنیسته نرمال داشته، دیامتر پورت ۱۲ میلی‌متر و مجاری مشترک صفراوی نرمال و ۷ میلی‌متر بود. کیسه صفرا با جدار صاف و حاوی سنگ‌های متعدد بیش از ۲۰ عدد به قطر کمتر از ۱۰ میلی‌متر گزارش گردید. بیمار تحت عمل کوله‌سیستکتومی لاپاراسکوپی قرار گرفت که در حین عمل پس از گذاشتن تروکارها اکسیلوراسیون داخل شکم انجام شد که کولون عرضی تغییر وضعیت داشته و قسمتی از آن بین لوب چپ کبد و دیافراگم قرار داشت که تشخیص سندرم کیلادیتی داده شد (تصویر ۱).



تصویر ۱ - عبور قسمتی از کولون از بالای لوب چپ کبد کاملاً مشهود است

بیمار روز اول عمل بعد از توضیح این سندرم به بیمار و همراهان و قید در خلاصه پرونده بیمار با حال عمومی خوب مرخص گردید و در مراجعات بعدی حدود ۲-۳ سال بعد از عمل هیچگونه شکایتی نداشت.

بحث

دیمیتریوس کیلادیتی ترکیه‌ای الاصل متولد اطریش وقتی که در وین مشغول کار بود به طور تصادفی با این وضعیت پزشکی برخورد کرد.^۱

زمانی که علائم وجود دارد این وضعیت سندرم کیلادیتی نامیده می‌شود و گاهی به این حالت آنومالی کیلادیتی گفته می‌شود.^{۱،۵،۶} علت تحقق نشانگان کیلادیتی همچنان ناشناخته است، ولی علل احتمالی که برای این وضعیت مطرح شده عبارتند از: عدم وجود یا ضعف لیگامان‌های نگهدارنده کولون عرضی، عدم لیگامان داسی شکل، کولون بلند، دراز و متحرک «دولیکوکولون».^{۱،۶}

تظاهرات بالینی سندرم کیلادیتی معمولاً متفاوت است. بسیاری از مبتلایان ممکن است درد شکمی داشته باشند و اتساع شکم، بی‌اشتهایی، ولولوس کولون، یبوست، تهوع، استفراغ و زجر تنفسی علائمی هستند که ممکن است در مبتلایان به این سندرم دیده شود.^{۱-۱۰، ۱۵}

مطالعه‌ای که در یونان روی ۱۴۴۰ بیمار مبتلا به نشانه کیلادیتی در سی تی اسکن شکم و قفسه سینه انجام شد، افزایش چربی داخل شکمی را فراوان‌ترین عامل مرتبط با نشانه کیلادیتی گزارش کرده‌اند.^۶ برای تشخیص، علائم کمک کننده است و در صورت عدم وجود علائم، مطالعات تصویربرداری نقش جدی در تشخیص این سندرم دارند. شیوع سندرم کیلادیتی ۰/۳٪ در گرافی قفسه سینه تا ۲/۴٪ در سی تی اسکن‌های شکم و قفسه سینه با نسبت جنسی ۴ برابری مردان به زنان برآورد شده است و شیوع آن با افزایش سن بالا می‌رود.^{۷،۸}

نتیجه‌گیری

نشانه کیلادیتی نادر بوده و اهمیت این نشانه در آن است که می‌تواند با پنوموپریتوئن اشتباه شود و سبب گمراه کردن جراحان و اشتباه در تشخیص موارد جدی مثل آبسه‌های ساب فرنیک، احشاء سوراخ شده، تجمع هوا در حفره صفاق، ضایعه خلف کبدی و فتق مورگانی شده و در

قرار گیرد و لاپاراسکوپی می‌تواند به عنوان یک وسیله با ارزش و مستند در تشخیص این نشانه مطرح باشد. پیشنهاد می‌گردد، همکاران در حین لاپاراسکوپی اکسپلوراسیون کامل انجام داده و در برخورد با این نشانه ضمن توضیح به بیمار و همراهان به فرم مستند گزارش نمایند.

نهایت منجر به اقدامات جراحی غیر ضروری گردد. این مورد نادر باید در بیماران با درد شکم و استفراغ و وجود هوای آزاد در زیر نیمه راست دیافراگم در گرافی ساده قفسه سینه و سی تی اسکن شکم و سینه در کنار یافته‌های آزمایشگاهی و بالینی کاملاً طبیعی و عدم شکم حاد جراحی باید مورد شک

Abstract:

**A Case Report of Chilaiditi's Syndrome Diagnosis during
a Cholecystectomy Laparoscopic Surgery**

Mohajeri S. MD^{}, Goseily R. MD^{**}, Mosaffayee Rad O. MD^{***}, Khoshnevis N. MD^{****}*

(Received: 21 Sep 2011

Accepted: 7 Dec 2015)

Interposition of the colon between the Liver and diaphragm has been called chilaiditi syndrome. Usually the condition is asymptomatic in adults, but symptoms are evident in children and include vomiting, abdominal pain, anorexia, constipation, aerophagia. In examination, clinical sings were, abdominal distention and absence of liver dullness. In this article a 39-year old woman with cholelithiasis has been introduced that has undergone cholecystectomy Laparoscopic surgery. During the surgery, the interposition of portion of the transvers colone between diaphragm and Liver was observed. The main goal of this report is the importance and value of laparoscopic method in the diagnosis of chilaiditi syndrome.

Key Words: Cholecystitis, Chilaiditi's Syndrome, Laparoscopic Cholecystectomy

* *Assistant Professor of General Surgery, Ardabil Islamic Azad University, Sabalan Hospital, Ardabil, Iran*

** *Pediatrics, Ardabil Islamic Azad University, Sabalan Hospital, Ardabil, Iran*

*** *Resident of General Surgery, Mazandarn University, Mazandarn, Iran*

**** *General Practitioner, Arta Hospital, Ardabil, Iran*

References:

1. Dorland's Medical Dictionary, 2014.
2. Schubert S Chilaiditi's syndrome: an unusual cause of chest or abdominal pain. *Geriatrics* 1998; 53: 85-8.
3. Matthews J, Beck GW, Bowley DM, Kingsnorth AN. Chilaiditi syndrome and recurrent colonic volvulus: a case report *J R Nav Med Serv* 2001; 87: 111-2.
4. Murphy J.M., Maibaum A., Alexander G., Dixon A.K. Chilaiaditi's Syndrome and obesity. *Clinical Anatomy*. 2000; 13: 181-4.
5. Sanyal K, Sabanathan K. Air below the right diaphragm: Chilaiditi sign. *Emerg Med J* 2008; 25: 300.
6. Chang TY, Tiu CM, Chou YH, Huang LL, Yu C. Hepatodiaphragmatic interposition of the intestine:Chilaiditi's Syndrome. *Chin J Radiol* 1999; 24: 101-5
7. Risaliti A, De Anna D, Terrosu G, Uzzau A, Carcoforo P, Bresadola F. Chilaiditi's Syndrome as a surgical and nonsurgical problem. *Surg J Gynecol Obstet* 1993; 176: 1540-1542.
8. Farkas R, et al. Chilaiditi's sign in a blunt trauma patient: a case report and review of the literature. *J Trauma*. 2008; 65: 1540-1542.
9. Risaliti A, et al. Chilaiditi's syndrome as a surgical and nonsurgical problem. *Surg Gynecol Obstet*. 1993; 176(1): 55-58.
10. Aldoss IT, et al. Chilaiditi syndrome complicated by cecal perforation. *South Med J*. 2009 Aug; 102(8): 841-843.
11. Keles S, et al. Chilaiditi syndrome as a cause of respiratory distree. *Eur J Pediatr*. 2006 Jun; 165(6): 367-369. Epub 2006 Feb 18.
12. Kurt Y, et al. Colonic volvulus associated with Chilaiditi's syndrome: report of a case. *Surg Today*. 2004; 34: 613-615.
13. Gurvits GE, et al. Air under the right diaphragm: colonoscopy in the setting of Chilaiditi syndrome. *Gastrointest Endosc*. 2009 Mar; 69(3):758-759.
14. Saber AA, et al. Chilaiditi's syndrome: what should every surgeon know? *Am Surg*. 2005 Mar; 71(3): 261-263.
15. Antonacci N, et al. Dyspnea and large bowel obstruction: a misleading Chilaiditi syndrome. *Am J Surg*. 2011 Nov; 202(5): e45-e47.
16. Rosa F, et al. Chilaiditi's syndrome. *Surgery*. 2011 Jul; 150(1): 133-134.