

*Prikaz slučaja /  
Case report*

*CHILAITIDI-JEV SINDROM - Prikaz slučaja  
CHILAITIDI SYNDROME - Case Report*

**Correspondence to:**

**Branislav Tušek,**

Doža Đerđa 11/a, Novi Sad

tel: 064/3070688,

e-mail: branislav.tusek@mf.uns.ac.rs

Branislav Tušek<sup>1,2</sup>, Mirna Đurić<sup>1,2</sup>, Dušan Škrbić<sup>1</sup>,  
Dunja Šijačić<sup>1</sup>, Dijana Bjelajac<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut za plućne bolesti Vojvodine u Sremskoj Kamenici

<sup>2</sup> Medicinski fakultet Univerziteta u Novom Sadu

**Ključne reči**

*Chilaiditi-jev znak, Chilaiditi-jev sindrom; kompjuterizovana tomografija (CT), diferencijalna dijagnoza.*

**Key words**

*Chilaiditi's sign, Chilaiditi syndrome, computerized tomography (CT), differential diagnosis*

**Sažetak**

**Uvod** *Chilaiditi-jev znak* predstavlja pozicioniranje vijuga creva u prostoru između jetre i desne hemidijafragme, uz odsustvo simptoma. *Chilaiditi-jev sindrom* je benigno stanje u sklopu kojeg se javljaju različiti gastrointestinalni simptomi, uz prisutan *Chilaiditi-jev znak*. Prema dostupnim literaturnim podacima radi se o retkom sindromu koji se u populaciji javlja u svim starosnim grupama, sa većom frekvencijom kod muškaraca. **Prikaz slučaja** Prikazan je slučaj pacijentkinje kod koje je dijagnoza *Chilaiditi-jevog sindroma* postavljena u toku hospitalnog lečenja, u sklopu diferencijalno-dijagnostičkog postupka povodom suspektnog plućnog apscesa / desnostranog parcijalnog pneumotoraksa / plućne tromboembolije. *Chilaiditi-jev znak* potvrđen je kompjuterizovanom tomografijom grudnog koša načinjenim u sklopu hitnog dijagnostičkog postupka. **Zaključak** Svrha ovog prikaza slučaja je podsećanje kliničara na mogućnost postojanja tog retkog sindroma, koje može rezultirati pogrešnim tumačenjem simptoma i znakova, dijagnostičkim postupkom neadekvatnog reda hitnosti, neadekvatnim lečenjem i različitim komplikacijama.

**UVOD**

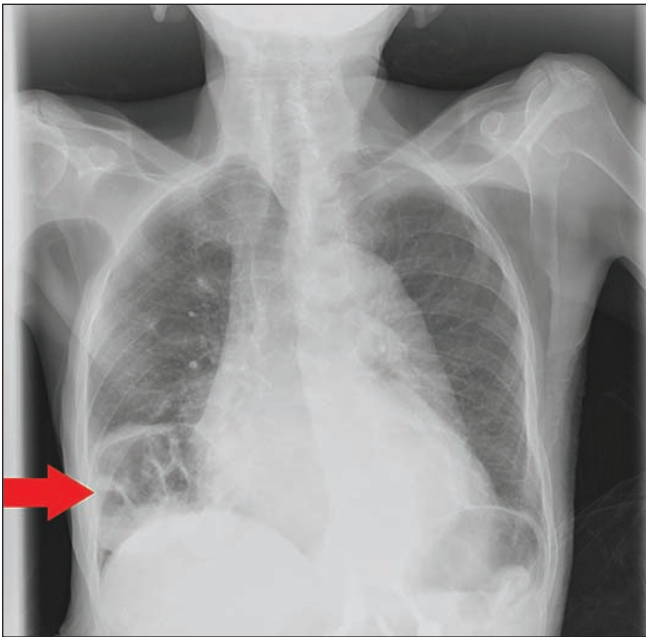
*Chilaiditi-jev znak* predstavlja radiološki verifikovano pozicioniranje vijuga creva u prostoru između jetre i desne hemidijafragme, uz odsustvo simptoma. *Chilaiditi-jev sindrom* je retko stanje benigno u sklopu kojeg se javljaju različiti gastrointestinalni simptomi, uz prisutan *Chilaiditi-jev znak* (1,2,3,4). Prema literaturnim podacima radi se o retkom sindromu koji se u populaciji javlja u 0,025% do 0,28% u svim starosnim grupama, sa većom frekvencijom kod muškaraca, u odnosu na žene u razmeri 4:1 (5,6). Takođe, prevalencija ovog sindroma raste sa starosnom dobi (7), što bi moglo da se poveže sa patofiziologijom nastanka.

**PRIKAZ SLUČAJA**

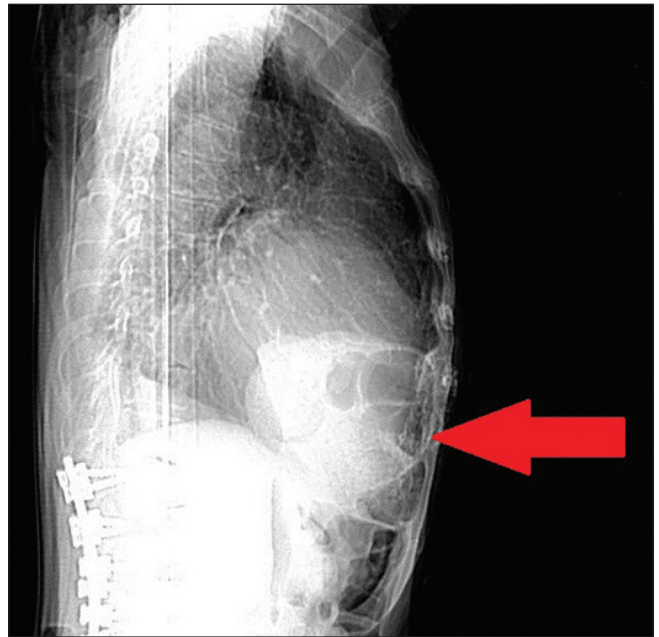
Pacijentkinja starosti 78 godina bila je hospitalizovana na Klinici za opstruktivne bolesti pluća i akutne pneumopatije Instituta za plućne bolesti Vojvodine u Sremskoj Kamenici (IPBV) pod radnim dijagnozama plućnog apscesa, diferencijalno dijagnostički desnostranog parcijalnog pneumotoraksa. Prethodno je hospitalno lečena u regionalnoj ustanovi zbog tegoba u vidu osećaja nedostatka vazduha, kašlja sa iskašljavanjem manje količine beličasto prebojenog sputuma i povremenih bolova u stomaku. Na radiogramu (RTG) grudnog koša opisana je kavitacija prečnika 4,5 mm debelog zida u projekciji donjeg desnog plućnog polja koja bi mogla odgovarati ekskaviranoj

apscesnoj šupljini, te je radi dalje dijagnostike i lečenja upućena u IPBV. Od pridruženih bolesti pacijentkinja je imala arterijsku hipertenziju i atrijalnu fibrilaciju zbog koje je koristila oralnu antikoagulantnu terapiju. Deset godina pred prijem imala je operaciju kičme i levog kolena sa implantacijom totalne proteze, a tri godine pred prijem urađena joj je artroplastika sa implantacijom totalne proteze u desni zglob kolena. Pri prijemu pacijentkinja je bila svesna, orijentisana, teže komunikativna zbog nagluposti i demencije, slabije uhranjenosti i osteomuskularne građe, afebrilna, u mirovanju eupnoična, kardijalno kompenzovana. Auskultatorno se nad bazalnim partijama desnog hemitoraksa registrovao oslabljen disajni zvuk bez prapratnih fenomena. Na radiogramu grudnog koša uočavala se elevirana desna hemidijafragma uz ovalno rasvetljenje suprabazalno desno i mrljasta nehomogena zasenčenja infraklavikularno desno uz proširenu srčanu senku (**Slike 1 i 2**). Pulmonalna gasna razmena pri prijemu bila je očuvana. U kompletnoj krvnoj slici registrovala se leukocitoza, vrednosti D-dimera bile su povišene, dok su markeri inflamacije bili u referentnom opsegu vrednosti. Ultrazvučni pregled gornjeg abdomena bio je delimično limitiran zbog otežane saradnje sa pacijentkinjom, a u desnom pleuralnom prostoru uočena je manja količina izliva. Urađena je hitna kompjuterizovana tomografija (CT) grudnog koša. Nalaz je ukazivao na manji desnostrani pleuralni izliv uz atelektazu naležućeg

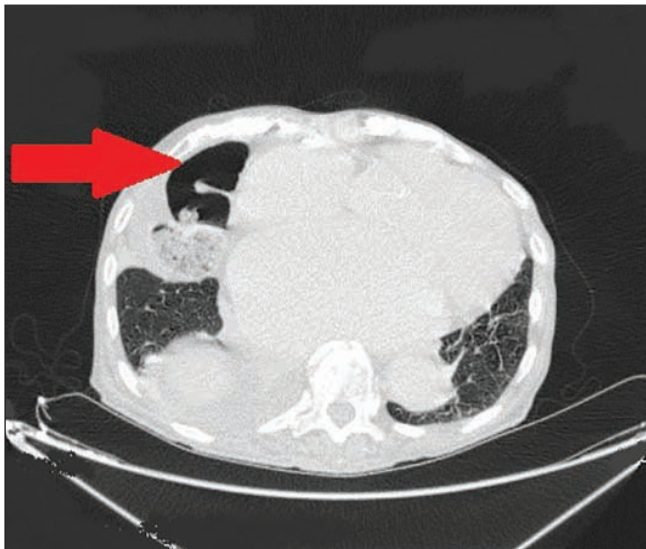
plućnog parenhima, manju konsolidaciju plućnog parenhima u S3 desno i kardiomegaliju. Uz lateralnu i gornju ivicu jetre opisane su crevne vijuge - kolon u sklopu sindroma *Chilaiditi* (Slike 3, 4 i 5). Pregledom perfuzione scintigrafije pluća bili su detektabilni subsegmentni ispadi perfuzije u



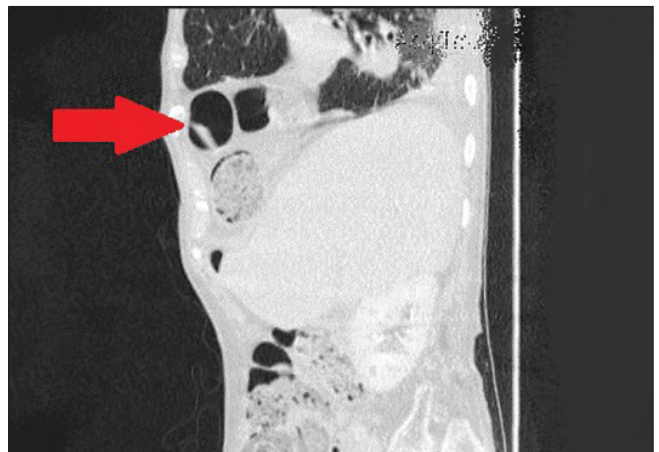
Slika 1. Radiogram grudnog koša (postero-anteriorna projekcija)



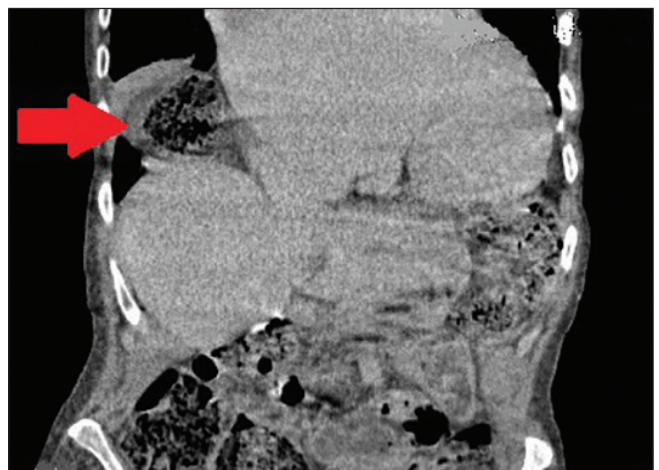
Slika 2. Radiogram grudnog koša (desni profil)



Slika 3. Kompjuterizovana tomografija grudnog koša (aksijalni presek)



Slika 4. Kompjuterizovana tomografija grudnog koša (sagitalni presek)



Slika 5. Kompjuterizovana tomografija grudnog koša (koronarni presek)

srednjem i donjem režnju desno i donjem režnju levo. U korelaciji sa RTG snimkom grudnog koša nalaz je ukazivao na malu verovatnoću postojanja tromboembolijske bolesti pluća. Tokom hospitalizacije primenjivana je kontinuirana kiseonična terapija, antibiotik uz eubiotik, antikoagulantna i antihipertenzivna terapija, hidracija fiziološkim rastvorima uz diuretsku i analgetsku terapiju. Na primenjenu konzervativnu terapiju došlo je do poboljšanja opšteg stanja pacijentkinje i povlačenja tegoba prisutnih pri prijemu. Kontrolni RTG grudnog koša i dalje je ukazivao na eleviranu desnu hemidijafragmu uz ovalno rasvetljenje desno suprabazalno. Kontrolne vrednosti biohemijskih parametara i kompletne krvne slike bili su u referentnim granicama.

Došlo je do pada vrednosti D-dimera, a nalazi koagulacionog statusa bili su u terapijskom opsegu. Pacijentkinja je asimptomatična otpuštena na dalje kućno lečenje.



## DISKUSIJA

*Chilaiditi*-jev sindrom je benigno stanje koje retko zahteva hiruršku intervenciju, a klinički značaj se ogleda u adekvatnom diferencijalno-dijagnostičkom pristupu i zbrinjavanju mogućih ozbiljnih komplikacija na vreme (8). Prema literaturnim podacima radi se o retkom sindromu koji se u populaciji javlja u 0,025% do 0,28% u svim starosnim grupama, sa većom frekvencijom kod muškaraca, u odnosu na žene u razmeri 4:1 (5,6). Takođe, prevalencija ovog sindroma raste sa starosnom dobi (7), što bi moglo da se dovede u vezu sa patofiziologijom nastanka. Postoji klinička korekcija sa komorbiditetima kao što je hronična opstruktivna bolest pluća (HOBP) kod koje se javlja proširenje donjeg torakalnog dijametra (7,9). Takođe, korelacija se javlja i sa drugim podležućim uzrocima kao što su ekstremna gojaznost, pothranjenost, ciroza jetre i drugi. *Kathawa* i saradnici su u svom radu opisali slučaj pacijentkinje starije životne dobi kojoj je zbog RTG nalaza grudnog koša bila postavljena sumnja na pneumoperitoneum zbog čega joj je urađen CT pregled. Nalaz je opisivao značajno distendiran kolon između desne hemidijafra gme i jetre, ali eksplorativnom laparotomijom nije bila utvrđena perforacija creva već vol-

vulus kolona u toj regiji (4). Za hemodinamski stabilne pacijente zlatni standard dijagnostike predstavlja CT (9,10). Dostupnost ove radiološke dijagnostičke metode često varira i može biti razlog upućivanja bolesnika u sekundarni ili tercijarni nivo zdravstvene zaštite, što utiče na troškove lečenja. Prema *Moaven*-u i *Hodin*-u kod asimptomatskog pacijenta sa *Chilaiditi* znakom nije potrebna intervencija, dok bi kod simptomatskog pacijenta sa opstrukcijom tankog creva najpre trebalo isključiti ozbiljnije stanje pneumoperitoneuma (3). S druge strane, pogrešna dijagnoza perforacije creva može rezultirati nepotrebnom hirurškom intervencijom (4).

## ZAKLJUČAK

Svrha ovog prikaza slučaja je podsećanje kliničara na mogućnost postojanja tog retkog sindroma, koji može rezultirati pogrešnim tumačenjem simptoma i znakova bolesti, dijagnostičkim postupkom neadekvatnog, preveličanog, reda hitnosti, neadekvatnim lečenjem i različitim komplikacijama.

## Abstract

**Introduction** Chilaiditi's sign represents the bowel interpositioning between the liver and the right hemidiaphragm, in the absence of symptoms. Chilaiditi's syndrome is a benign condition in which various gastrointestinal symptoms occur, with Chilaiditi's sign present. According to literature, it is a rare syndrome that occurs in all age groups, with higher frequency in men. **Case report** This is the case of a female patient who has diagnosed with Chilaiditi's syndrome during inpatient treatment as part of a differential diagnostic procedure for suspected pulmonary abscess, right-sided partial pneumothorax or pulmonary thromboembolism. Chilaiditi's sign was confirmed by computerized tomography of the chest as part of an emergency diagnostic procedure. **Conclusion** Recognition of Chilaiditi syndrome is important as this rare entity can lead to misinterpretation of symptoms and signs, the diagnostic procedure of inadequate emergency and inadequate treatment.

## LITERATURA

1. Chilaiditi D. Zur frage der hepatoptose und ptose im allgemeinen im anschluss an drei fälle von temporärer, partieller leberverlagerung. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen 1910;16(1): 173–208. (German)
2. Lekkas CN, Lentino W. Symptom-producing interposition of the colon. JAMA 1978; 240:747–750.
3. Moaven O, Hodin RA. Chilaiditi syndrome: a rare entity with important differential diagnoses. Gastroenterol Hepatol (NY) 2012; 8(4):276-8.
4. Kathawa J et al. Chilaiditi Syndrome Is a Rare Disease With Features That Resemble Pneumoperitoneum. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2019; Volume 17, Issue 3, A30.

5. Farkas R, Moalem J, Hammond J. Chilaiditi's sign in a blunt trauma patient: a case report and review of the literature. J Trauma 2008; 65:1540-2.
6. Kang D, Pan AS, Lopez MA, Buicko JL, Lopez Viego M. Case report: acute abdominal pain secondary to Chilaiditi syndrome. Case Reports in Surgery, vol. 2013, ArticleID 756590, 3 pages, 2013.
7. Weng WH, Liu DR, Feng CC, Que RS. Colonic interposition between the liver and left diaphragm—management of Chilaiditi syndrome: a case report and literature review. Oncol Lett 2014; 7:1657–1660.
8. Zvezdin B, Savić N, Hromiš S, Kolarov V, Taušan Đ, Krnjaić B. Chilaiditi-jev znak i sindrom. Vojnosanitetski pregled 2016; 73(3):277-9.

9. Uygungul E, Uygungul D, Ayrik C, Narci H, Bozkurt S, Kose A. Chilaiditi sign: why are clinical findings more important in ED? Am J Emerg Med 2015; 33:733e1–733e2.
10. Tzimas T, Baxevanos G, Akritidis N. Chilaiditi's sign. Lancet 2009; 373:836.

■ The paper was received / Rad primljen: 18.11.2019.  
Accepted / Rad prihvaćen: 21.11.2019.