

Sindrome di Chilaiditi

Caso clinico



Ann. Ital. Chir., 2012 83: 153-156

Stefano Candela*, Giancarlo Candela**, Lorenzo Di Libero***, Francesco Argano°, Ornella Romano°, Iolanda Iannella*

*Unità Operativa Complessa di Chirurgia Generale e Laparoscopia chirurgica (Direttore: Prof. C. Romano), Ospedale "S.M.d.p. Incurabili", Napoli, Italy

**Ricercatore confermato, Prof. aggregato VII Chirurgia Generale S.U.N.

***Dirigente medico Divisione di Chirurgia generale, Clinica "Sanatrix", Napoli, Italy

°U.O.C. Radiodiagnostica (Direttore ff. Dr.: F. Argan), Ospedale "S.M.d.p. Incurabili", Napoli, Italy

°°Laureanda in Medicina e Chirurgia S.U.N. Napoli, Italy

Chilaidity syndrom. Case report

Chilaidity syndrome is a mal position by bowel mal rotation o malfissation. It is more common in right side especially in obese people. If asymptomatic, the syndrome is an occasional comparison by radiology, surgical exploration by laparoscopy or autopsy, otherwise, if symptomatic, there are obstructive symptoms, abdominal pain, nausea, vomiting, abdominal distension, flatulence, breath, constipation and anorexia. Diagnosis is radiological. We present a rare case of this syndrome in a man with serious obstructive symptoms.

KEY WORDS: Chilaiditi syndrome, Colic interposition syndrome.

Introduzione

Individuata per la prima volta nel 1910 dal medico Demetrius Chilaiditi¹ (greco di nazionalità ottomana nato a Vienna) come interposizione "destra", Poppel e Herstone nel 1942² osservano anche l'interposizione "sinistra", descrivendola come "retroposizione" del colon, ma non viene confermata da studi al bario. Nell'era della tomografia computerizzata, Oldfield individua e descrive la variante sinistra. È probabilmente dovuta a malposizione per malrotazione o malfissazione intestinale. Può essere più frequente a destra soprattutto in obesi e

in caso di cirrosi senza ascite. Può essere transitoria e ridicibile in un terzo dei casi³.

Se asintomatica (se a destra, è detta "segno di Chilaiditi") è un riscontro occasionale in corso di indagini radiologiche, laparoscopia, autopsia, altrimenti, se sintomatica, (se a destra, si parlerà di sindrome di Chilaiditi) può presentarsi con sintomatologia ostruttiva, dolore addominale, nausea, vomito, distensione addominale, flatulenza, respiro corto, costipazione, anoressia⁴. Molto più frequente nei maschi adulti, spesso presente in pz. con aerofagia, pazienti con epatopatia cronica.

I fattori che contribuiscono alla sua insorgenza sono l'assenza dei legamenti sospensori del colon trasverso, l'anomalia o assenza del legamento falciforme⁵. I sintomi sono più frequenti quando l'interposizione interessa il piccolo intestino e nei pazienti con deficit mentali. La diagnosi è radiologica: la presenza di haustrae o di valvole conniventi escluderanno un possibile pneumoperitoneo. La terapia è conservativa⁶. La prevalenza varia a

Pervenuto in Redazione Ottobre 2010. Accettato per la pubblicazione Febbraio 2011.

Per corrispondenza: Dott.ssa Iolanda Iannella, Largo De Luca 5, 83100 Avellino (e-mail: eutukia@yahoo.it)

seconda del gruppo studiato. Quest'ultima, per quanto riguarda l'interposizione destra, nelle donne tra i 15 e i 65 anni è dello 0,006%, negli uomini tra i 15 e i 65 anni è dello 0,02%, al di sopra dei 65 sale a 0,28%. Negli obesi la prevalenza sia aggira intorno all'1,18%, al 2% nella tarda gravidanza, mentre nei cirrotici senza ascite è del 22%. Per quanto riguarda invece l'interposizione non epatodiaframmatica alcuni studi riportano una prevalenza che va dallo 0,03 allo 0,3%. Queste percentuali propendono per una patogenesi secondaria ⁷.

Caso clinico

Un uomo di 55 anni nel novembre 2009 viene ricoverato presso la *U.O. di Endoscopia e Laparoscopia chirurgica dell'Ospedale S.M.d.p. Incurabili di Napoli* lamentando i segni ed i sintomi di una pseudo-ostruzione intestinale;

vale a dire colica addominale, vomito, anoressia, stipsi, distress respiratorio, condizione che aveva reso necessario il ricovero ospedaliero già in diverse occasioni.

Gli esami di laboratorio effettuati al ricovero si rivelano negativi tranne un aumento della bilirubinemia diretta e indiretta e degli indici epatici. Il paziente viene sottoposto a diverse indagini strumentali: ecografia, RX diretta addome, RX torace. TC torace ed addome con e senza mezzo di contrasto. L'ecografia addominale non mette in evidenza nulla di patologico tranne una litiasi colecistica. L'RX diretta addome (Figg. 1 e 2) non evidenzia alcun livello idroaereo, ma sono presenti un disordinato meteorismo colico e segni di ristagno fecale nei quadranti di sinistra. L'RX torace (Figg. 3, 4, 5) mostra una risalita dell'emidiaframma dx con visibilità di interposizio-colici e aria sottodiaframmatica (segno di Chilaiditi), congestione degli ili polmonari, modica accentuazione del disegno polmonare ed ectasia del bottone aortico.



Fig. 1



Fig. 2

Figg. 1 e 2: RX diretta addome: disordinato meteorismo colico e segni di ristagno fecale nei quadranti di sinistra.



Fig. 3

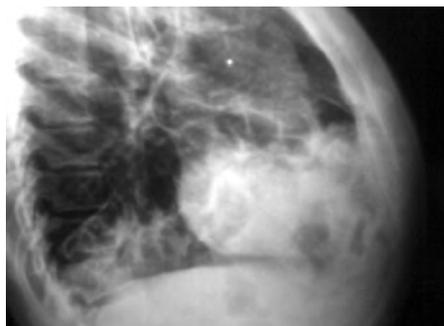


Fig. 4



Fig. 5

Figg. 3, 4, 5: RX torace: risalita dell'emidiaframma dx con visibilità di interposizio-colici e aria sottodiaframmatica (segno di Chilaiditi).

La TAC addome (Figg. 6, 7) conferma il quadro radiografico sopra riportato e permette di porre la diagnosi preoperatoria di Sindrome di Chilaiditi.

A causa del fallimento della terapia medica e per l'esacerbarsi della sintomatologia si decide per l'intervento chirurgico. Il paziente viene sottoposto nel gennaio 2010 ad emicolectomia dx allargata al trasverso, sezione di briglia di LADD, plastica diaframmatica dx e colecistectomia (Figg. 8, 9). All'apertura del cavo addominale si evidenzia una grossa sacca diaframmatica contenente quasi tutto il piccolo intestino, tutto il colon destro e metà del trasverso che risultano ancorati insieme al legamento rotondo da briglia di Ladd. Si riposizionano i visceri nella loggia sottomesocolica. Tutto il colon destro per la lassità del ventaglio mesenterico e delle pareti, dopo la sezione della briglia di LADD, appare ad alto rischio di torsione vascolare o intestinale e si decide pertanto di procedere ad emicolectomia dx allargata al trasverso (Figg. 10, 11). La continuità intestinale viene ristabilita con anastomosi termino-laterale meccanica. L'intervento

termina con la sospensione del colon sx e della flessura al peritoneo parietale, la plastica della cupola diaframmatica con la colecistectomia. L'esame istologico finale è risultato negativo per patologia sia benigna che maligna.

Il decorso post-operatorio è del tutto regolare, il paziente viene dimesso dopo cinque giorni in via di completa guarigione. La diagnosi definitiva alla dimissione è di sindrome di Chilaiditi complicata da dimagrimento progressivo e crisi sub occlusive ripetute e severe.

A distanza di un mese il paziente riprende una regolare dieta alimentare, con aumento di peso ed assenza di ogni tipo di sintomo presente prima dell'intervento chirurgico.

Conclusioni

La sindrome di Chilaiditi è probabilmente dovuta a malposizione o interposizione colica per malrotazione o mal-fissazione intestinale.



Fig. 6



Fig. 7

Figg. 6 e 7: TC torace: mostra una risalita dell'emidiaframma dx con visibilità di interpositio-coli e aria sottodiaframmatica (segno di Chilaiditi).

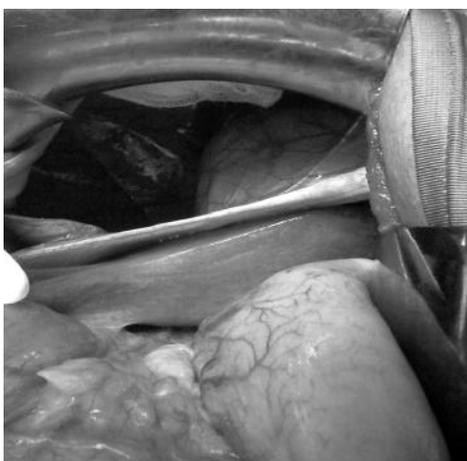


Fig. 8



Fig. 9

Figg. 8 e 9: Briglia di LADD.



Fig. 10



Fig. 11

Figg. 10 e 11: Immagine intraoperatoria mostrante la lassità dei mesi e dei legamenti.

Può risultare asintomatica. Se sintomatica può presentarsi con sintomatologia ostruttiva, dolore addominale, nausea, vomito, distensione addominale, flatulenza, respiro corto, costipazione, anoressia.

Nel caso trattato il paziente riportava reiterate manifestazioni di sub occlusione intestinale mai risolte con terapia medica. È stato necessario ricorrere ad intervento chirurgico in seguito al quale il paziente è ritornato in buone condizioni e con risoluzione della sintomatologia preesistente. Sarà necessario, naturalmente, un'attenta valutazione per ogni caso clinico simile al fine di distinguere la Sindrome di Chilaiditi da altri fenomeni di interposizione colica.

Riassunto

La sindrome di Chilaiditi è probabilmente dovuta a malposizione per malrotazione o malfissazione intestinale. Può essere più frequente a destra soprattutto in obesi. Se asintomatica è un riscontro occasionale in corso di indagini radiologiche, laparoscopia, autopsia, altrimenti, se sintomatica può presentarsi con sintomatologia ostruttiva, dolore addominale, nausea, vomito, distensione addominale, flatulenza, respiro corto, costipazione, ano-

ressia. La diagnosi è radiologica. Presentiamo il caso clinico di un uomo con severa sintomatologia ostruttiva.

Bibliografia

1. Aldoss IT, Abuzetun JY, Nusair M, Suker M, Porter J: *Chilaiditi syndrome complicated by cecal perforation*. South Med J, 2009; 102(8):841-43.
2. Gurvits GE, Lau N, Gualtieri N, Robilotti JG: *Air under the right diaphragm: colonoscopy in the setting of Chilaiditi syndrome*. Gastrointest Endosc, 2009; 69(3 Pt 2):758-89; discussion 759.
3. Mathur S, Lakhani OJ, Hathila VP, Duttaroy DD, Vohra AS, Chauhan HR: *Acute colonic pseudo-obstruction (Ogilvie syndrome) with Chilaiditi syndrome*. Med J Aust, 2008; 189(1):42.
4. Sanyal K, Sabanathan K: *Air below the right diaphragm: Chilaiditi sign*. Emerg Med J, 2008; 25(5):300.
5. Bassan MS, Thomson A: *Education and imaging. Gastrointestinal: Chilaiditi syndrome*. J Gastroenterol Hepatol, 2008; 23(3):499.
6. Messina M, Paolucci E, Casoni G, Gurioli C, Poletti V: *A case of severe dyspnea and an unusual bronchoscopy: The Chilaiditi syndrome*. Respiration, 2008; 76(2):216-17. Epub 2006 May 11.
7. Saber AA, Boros MJ: *Chilaiditi's syndrome: What should every surgeon know?* Am Surg, 2005; 71(3):261-63. Review.