



Amniyotik katlantı ve amniyotik bant sendromu: Birbirine karışabilen iki durum

Özge Kızılkale, Canan Yılmaz Torun, Mert Yeşiladalı, Pinar Cenksoy,
Gazi Yıldırım, Cem Fıçıoğlu, Oluş Api

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: Amniyotik katlantı tanısı alan iki olgunun prenatal tanısı ve fetal sonucunu değerlendirmek ve amniyotik bant sendromu ile amniyotik katlantının ayırıcı tanısının önemini vurgulamak amacıyla, prenatal dönemde amniyotik katlantı tespit edilen iki olguyu sunmayı planladık.

Olgu: Yirmi yedi yaşında 22. gebelik haftasında ve otuz beş yaşında 18. gebelik haftasındaki 2 olgu amniyotik bant sendromu ön tanısıyla perinatoloji kliniğimize refere edildi.

Sonuç: Amniyotik katlantı ile ciddi fetal malformasyonlar ve kötü obstetrik sonuçlarla ilişkili amniyotik bant sendromunun ayırıcı tanısının önemli olduğu, amniyotik katlantının genellikle benign bir durum olmakla birlikte bazı kötü prognostik kriterler eşliğinde perinatal morbidite ve mortalite için predispozan bir faktör olabileceği akıld tutulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Amniyotik bant, amniyotik katlantı.

Amniotic sheet and amniotic band syndrome: pitfalls in distinguishing two cases

Objective: We aimed to present two cases who were found to have amniotic sheet at prenatal in order to highlight the significance of differential diagnosis of amniotic band syndrome and amniotic sheet and to evaluate prenatal diagnosis and fetal outcome of two cases diagnosed with amniotic sheet.

Case: Twenty-seven-year-old pregnant woman at 22 weeks of gestation and 35-year-old pregnant woman at 18 weeks of gestation were referred to our clinic with the pre-diagnosis of amniotic band syndrome.

Conclusion: It should be remembered that the differential diagnosis of amniotic band syndrome associated with poor obstetric outcomes and severe fetal malformations and amniotic sheet is of great importance, and that the amniotic sheet is benign but may be a predisposing factor for perinatal morbidity and mortality accompanying with some poor prognostic criteria.

Key words: Amniotic band, amniotic sheet.

Giriş

Amniyotik katlantı, fetal hareketlerde kısıtlanma ve fetal deformiteye neden olmayan, serbest uçlu anormal katlantı olup, ilk kez 1985'te Mahony ve ark. tarafından tanımlanmıştır.^[1] Koryonun iki yaprağı ve amniyon ile çevrelenen amniyotik katlantının oluşma nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen, özellikle dilatasyon ve küretaj olmak üzere geçirilmiş uterin cerrahi, sezaryen ya da endometrite sekonder gelişen uterin sineşinin predispozan bir faktör olduğu düşünülmektedir.^[2]

Genellikle rutin obstetrik ultrason incelemesi sırasında tesadüfen tespit edilirler. Tüm gebeliklerin %0.45-0.60'ında görülen amniyotik katlantılar genellikle fetal anomali ve kötü obstetrik sonuçlara neden olmayan, benign yapılar olarak kabul edilse de bazı yayınlarda malpresentasyondan dolayı sezaryen doğum insidansında, erken doğum riskinde ve hatta normal popülasyonla karşılaştırıldığında intrauterin fetal ölüm riskinde artışa neden olabildiği belirtilmiştir.^[3-5]

Ayrıcı tanıda en önemli anomalite, tüm gebeliklerin %0.08'inde görülen, konjenital anomalilere ve kötü obs-

Yazışma adresi: Dr. Özge Kızılkale, Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul.
e-posta: drkizilkale@gmail.com

Geliş tarihi: Ağustos 16, 2013; **Kabul tarihi:** Kasım 2, 2013

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü:
www.perinataljournal.com/20140221009
doi:10.2399/prn.14.0221009
Karekod (Quick Response) Code:



tetrik sonuçlara neden olmasından dolayı malign karakterde olan amniyotik bant sendromudur.^[6] Aileye verilecek danışmanlık ve gebeliğin takibi açısından bu iki antitenin prenatal dönemde ayırıcı tanısının yapılması büyük önem kazanmaktadır.

Biz amniyotik katlantının prenatal tanısı ve fetal sonucunu değerlendirmek ve amniyotik bant sendromu ile amniyotik katlantının ayırıcı tanısının önemini vurgulamak amacıyla, prenatal dönemde amniyotik katlantı tespit edilen iki olguyu sunmayı planladık.

Olgu Sunumu

Olgu 1

Yirmi yedi yaşında Gravite 1, Parite 0 hasta 22. gebelik haftasında amniyotik bant sendromu ön tanısıyla perinatoloji kliniğimize refere edildi. Geçirilmiş dilatasyon ve küretaj öyküsü olan hastanın küretaj sonrası menstruasyon kanamaları normal seyretmiş. Yapılan ultrasonografik incelemede uterusu internal osun 2 cm yukarisından başlayarak 1/3 alt uterin segmentten lokalize, sağa doğru uzanan transvers seyirli bir komplet septum benzeri yapı izlendi (Şekil 1). Septumun, yapı-

sı başlangıç düzeyinde nispeten daha kalın görünümdeyken, laterale doğru gidildikçe inceliyor bir zar halini aldığı ve uterus sağ yan duvarına yapıştığı gözlemlendi. Septum ile fetüs arasında direkt bir bağlantı olmadığı ve septumun her iki tarafında fetal hareketlerin normal olduğu izlendi. Ultrasonografik incelemede ek fetal anomaliye rastlanmadı. Bu bulgularla amniyotik bant sendromu dışlanarak görünüm amniyotik katlantı olarak düşünüldü. Hastaya 34. gebelik haftasında yapılan ultrasonografide amniyotik katlantının sebat ettiği ve fetal gelişimde bir problem olmadığı izlendi. Hasta 39. gebelik haftasında makat prezentasyon nedeni ile sezaryen ile doğum yaptı, 3117 g, 9/10 Apgarla sağlıklı erkek bebek dünyaya getirdi.

Olgu 2

Otuz beş yaşında G5P1A5 hasta 18. gebelik haftasında amniyotik bant sendromu ön tanısıyla perinatoloji kliniğimize refere edildi. Geçirilmiş sezaryen öyküsü olan hastanın yapılan ultrasonografik incelemesinde 1/3 alt uterin segmentte sol uterin duvardan başlayan, komplet septum benzeri yapı izlendi. Septum ile fetüs arasında direkt bir bağlantı olmadığı ve septumun her iki tarafın-



Şekil 1. Amniyotik katlantı. [Bu şekil, derginin www.perinatolodergisi.com adresindeki çevrimiçi sürümünde renkli görülebilir.]

da fetal hareketlerin normal olduğu izlendi. Ultrasonografik incelemede ek fetal anomaliye rastlanmadı. Bu bulgularla amniyotik bant sendromu dışlanarak görünüm amniyotik katlantı olarak düşünüldü. Hastanın 32. gebelik haftasında yapılan ultrasonografisinde amniyotik katlantının sebat ettiği, fetal gelişimde bir problem olmadığı izlendi. Hasta 39. gebelik haftasında eski sezaryen endikasyonu ile sezaryen doğum yaptı, 3215 g, 9/9 Apgar-la sağlıklı erkek bebek dünyaya getirdi.

Tartışma

Literatürde genellikle amniyotik katlantı perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkili olmayan benign membran patolojisi olarak tanımlanmasına rağmen, bazı tiplerinin plasenta dekolmanı, preterm doğum ve erken membran rüptürü gibi kötü obstetrik sonuçlara, düşük doğum ağırlığı ve prematürite gibi kötü neonatal sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir.^[3-5] Bu kötü perinatal ve neonatal sonuçlar amniyotik katlantının önemini arttırmaktadır. Tan ve ark. amniyotik katlantıları komplet ve inkomplet olarak ikiye ayırmışlardır. Komplet olanlar genellikle ultrasonografik olarak tespit edilemeyen küçük bir perforasyon alanına sahipken, inkomplet katlantının serbest yüzer halde bulunan bir ucu bulunur. Bu nedenle, inkomplet katlantılar benign, daha nadir olarak görülen komplet katlantılar ise kord prolapsu ve intra-uterin ölüme neden olabileceğinden malign olarak kabul edilebilir.^[7] Dolayısıyla, komplet olması ve özellikle alt 1/3 uterin segmentte lokalize olması, amniyotik katlantıda perinatal mortalite açısından kötü prognostik faktör olarak kabul edilebilir.^[7,8] Bu anlamda, prenatal dönemde amniyotik katlantının ultrasonografik olarak tanısının konulması ve dikkatli değerlendirilip, sınıflandırılması perinatal mortalite ve morbidite açısından yol gösterici olacaktır. Ayrıca plasenta amniyotik katlantı üzerinde yerleşebilir. Korbin ve ark. olguların %26.1'inde plasentanın amniyotik katlantıya implante olabileceğini fakat

bu plasental implantasyonun gebeliğin seyrinde herhangi bir değişikliğe yol açmadığını gözlemlemişlerdir.^[3]

Diğer önemli nokta ise, amniyotik katlantının amniyotik bant sendromu ile ayırıcı tanısının yapılmasıdır (Tablo 1). Amniyotik bant sendromu sıklığı 1/1200 ile 1/15.000 arasında değişmekle birlikte, spontan abortuslarda 1/56'ya kadar çıkabilir.^[9] Amniyotik bant sendromunda gözlenen amniyotik bantlar bir taneden birkaç taneye kadar değişebilir, fetal hareketlerle sallanan ya da fetusa ilişerek fetal hareketleri kısıtlayan yapılardır^[1] ve ekstremitelerde, gövdede, vertebrada, kraniumda, yüzde ve abdomende ciddi fetal malformasyonlara yol açabilir. Oysa çoklu amniyotik katlantılara rastlanmış olsa da, amniyotik katlantı genelde tek başına bulunur ve fetusa ya da umbilikal korda yapışmaz, fetüs rahat ve bağımsızca hareket eder.^[10] Amniyotik katlantılara eşlik eden majör fetal anomaliler gözlenmez çünkü amniyotik katlantı 2 kat koryon ve amniyondan oluşur ve bu sayede amniyotik katlantılar dikoryonik diamniyotik ikizler arasındaki zara benzer ve amniyotik banttan daha kalın gözlenirler, oysa amniyotik bant tek kat amniyondan oluşur.^[11] Amniyotik katlantının diğer bir ultrasonografik bulgusu ise uterus duvardaki orijin bölgesinin üçgen şekilli geniş tabanlı olması ve serbest yuvarlak bir uca sahip olmasıdır.^[1-3,11] Serbest yuvarlak ucun gözlenmesi için birkaç düzlemde değerlendirilmesi gerekebileceği akılda tutulmalıdır.

Amniyotik katlantıyı taklit edebilecek diğer durumlar ise koryoamniyotik separasyon, vanished twin, uterin septum ve plasenta sirkumvallatadır.^[2,5] Amniyotik katlantının rotası izlenerek uterin septumdan ayrılabilir. Uterin septum tabanında geniş miyometrial doku bulunması ve hastanın daha önceki ultrasonları bu ayırımı yaralı olabilir ancak her zaman septum ile amniyotik katlantının ayırımı yapılamayabilir.

Bizim iki olgumuzda da katlantı ile fetüs arasında direk bağlantının ve eşlik eden ek fetal anomalinin olma-

Tablo 1. Amniyotik bant ve amniyotik katlantı arasındaki ultrasonografik farklar.

Amniyotik bant	Amniyotik katlantı
Fetal hareketleri kısıtlayabilir.	Fetüse yapışmaz, fetüs bağımsızca hareket eder.
Ciddi fetal malformasyonlara yol açabilir.	Ciddi fetal malformasyonlara genelde yol açmaz.
Birden çok amniyotik katlantıya rastlanabilir.	Genelde amniyotik katlantı tek başınadır.
Tek kat amniyondan oluşur.	İki kat koryon ve amniyon zarından oluşur.
İncedir.	Daha kalın izlenir.
	Serbest yuvarlak bir uca sahiptir.
	Uterus duvarındaki orijin bölgesi üçgen şekilli, geniş tabanlıdır.

ması ve ultrasonografik özellikleri amniyotik katlantı tanısını düşünmemizi yol açtı. Fetal hareketlerde kısıtlanma olmadı ve gebelik takibi boyunca fetal gelişimler olumsuz yönde etkilenmedi. Bu bulgularla amniyotik katlantı tanısı alan hastalara konuyla ilgili danışmanlık verilerek, uygun prenatal izlem yapıldı. Bizim olgularda amniyotik katlantı ile ilgili geçirilmiş sezaryen ve küretaj olmak üzere risk faktörü bulunmakla birlikte, uterusun alt 1/3'ünde ve komplet olmasına rağmen, gebelikle ilgili ilk olguda makat prezantasyon nedeni ile hastanın sezaryen ile doğum yapmak zorunda kalması dışında problem yaşanmadı. Ayırıcı tanı yapılamayıp hastaya amniyotik bant sendromu ön tanısı koymak hem aileyi hem hekimi gereksiz büyük bir kaygı içine sokarak olumsuz sonuçlar doğmasına sebebiyet verebilir. Tam aksine tanının yanlış konulması da uygun takibin yapılamamasına ve kötü sonuçlarla karşı karşıya kalınmasına neden olabilir. Biz bu olgumuzla beraber benzer bir durumla karşılaştığımızda ayırıcı tanının dikkatli yapılması ve ultrasonografik incelemenin önemini vurgulamaya çalıştık.

Sonuç

Sonuçta, amniyotik katlantı ile ciddi fetal malformasyonlar ve kötü obstetrik sonuçlara neden olabilen amniyotik bant sendromunun ayırıcı tanısının önemli olduğu, amniyotik katlantının genellikle benign bir durum olmakla birlikte bazı kötü prognostik kriterler eşliğinde perinatal morbidite ve mortalite için predispozan bir faktör olabileceği akılda tutulmalıdır.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Mahony BS, Filly RA, Callen PW, Golbus MS. The amniotic band syndrome: antenatal sonographic diagnosis and potential pitfalls. *Am J Obstet Gynecol* 1985;152:63-8.
2. Randel SB, Filly RA, Callen PW, Anderson RL, Golbus MS. Amniotic sheets. *Radiology* 1988;166:633-6.
3. Korbin CD, Benson CB, Doubilet PM. Placental implantation on the amniotic sheet: effect on pregnancy outcome. *Radiology* 1998;206:773-5.
4. Lazebnik N, Hill LM, Many A, Martin JG. The effect of amniotic sheet orientation on subsequent maternal and fetal complications. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1996;8:267-71.
5. Sistrom CL, Ferguson JE. Abnormal membranes in obstetrical ultrasound: incidence and significance of amniotic sheets and circumvallate placenta. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1993;3:249-55.
6. de Pablo A, Calb I, Jaimovich L. Congenital constriction bands: amniotic band syndrome. *J Am Acad Dermatol* 1995;32:528-9.
7. Tan KB, Tan TY, Tan JV, Yan YL, Yeo GS. The amniotic sheet: a truly benign condition? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2005;26:639-43.
8. Özkavukcu E, Haliloğlu N. Gray-scale and color Doppler US findings of amniotic sheets. *Diagn Interv Radiol* 2012;18:298-302.
9. Bodamer OA, Popek EJ, Bacino C. Atypical presentation of amniotic band sequence. *Am J Med Genet* 2001;100:100-2.
10. Brown DL, Felker RE, Emerson DS. Intrauterine shelves in pregnancy: sonographic observations. *AJR Am J Roentgenol* 1989;153:821-4.
11. Finberg HJ. Uterine synechiae in pregnancy: expanded criteria for recognition and clinical significance in 28 cases. *J Ultrasound Med* 1991;10:547-55.