

si 13 hafta ile uyumlu olup, sol üst ekstremitte humerus distalinden itibaren ampute ve çevresinde amniyotik doku bandı izlenmiştir. Hastaya terminasyon seçeneği sunulmuştur. Terminasyon isteği olan hastanın gebeliği vaginal yolla termine edilmiştir. Bulguları postmortem doğrulanmış, abort materyalinin makroskopik incelemesinde asimetrik ekstremitte hipoplazisi ve amputasyon seviyesinde ince bir amniyotik zarın kolu sıkı bir şekilde sardığı görülmüştür. Başka gross anomali izlenmemiştir. Vital bulguları stabil olan hasta postpartum 1. gün şifa ile taburcu edilmiştir.

Sonuç: Antenatal sonografide fetusa yapışık aberran doku bandı ile birlikte karakteristik deformiteler ve hareket kısıtlılığı gözlenmesi amniyotik band sendromu tanısının konulmasını sağlar. Bu vakada erken haftada gelişen asimetrik ekstremitte hipoplazisi ve amniyotik doku bandı ile tanı konulmuştur. Ancak band görülmesi bile, asimetrik ensefeloel ve distraktif kalvaryum defekti ile gastropleroşizis gibi karakteristik anomalilerin varlığı amniyotik band sendromunun göstergesi olabilir. Teratojenik ve genetik kökenli ekstremitte amputasyonları simetrik ve bilateraldir. Amniyotik band sendromuna bağlı amputasyonlar ise genellikle asimetriktir. Bu vaka da bu durumun bir örneğidir. Rutin ultrason muayenesinde amniyotik band sendromunun minör defektlerini içeren olguların atlanabildiği ve prenatal tanının koyulamadığı bilinmektedir. Amniyotik bandın görülmesi kesin tanı için gerekmediği gibi sadece amniyotik bandın görülmesi de tanı koydurucu değildir. Normal olarak 16. gestasyonel haftaya kadar koryon ile birleşmemiş amniyotik band gözlenebilir. Ancak bu vakada amniyotik band ile birlikte hipoplazik sol üst ekstremitte mevcudiyeti tanıyı koydurmuş, terminasyon sonrası görüntüler de tanıyı doğrulamıştır.

PB-079

İzole korpus kallozum agenezisi:

Olgu sunumu

Hicran Acar, Sevcan Arzu Arınkan, Kaan Pakay, Oya Pekin, Gökhan Göynümer

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Perinatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Korpus kallozum; iki serebral hemsiferi bağlayan geniş miyelinize fiberlerden oluşur ve agenezisi toplumda %2–3 oranında görülür. Kromozom anomalileriyle birlikte ilği yüksektir. Tanı, ultrasonografik muayene ile konulur ancak standart aksiyal planlar tanı koymak için yeterli olmaz, ek olarak koronal ve sagittal planların da incelenmesi gerekir.

Bulgular: 26 yaşında Gravida 4, Parite 1, Abortus 2 olan hasta dış merkezden kliniğimize ventrikülomegali ön tanısıyla yönlendirilmiştir. Son adet tarihine göre 28 haftalık gebeliği olan hastanın tıbbi özgeçmişinde bir özellik bulunmamakta,

obstetrik özgeçmişinde ise iki tane sezaryen ile doğum öyküsü vardır. Akraba evliliği, alkol ve ilaç kullanım öyküsü yoktur. Hastanın anamnezinden, 1. trimester tarama testini yaptırmadığı ve dış merkezde yapılan 2. düzey detaylı ultrason muayenesinin normal olduğu öğrenilmiştir. Hastanemizdeki yapılan ultrason muayenesi 29 hafta ile uyumlu olan hastada ventrikülomegali izlenmiş ve perinatoloji polikliniğine yönlendirilmiştir. Perinatoloji polikliniğinde yapılan ultrason muayenesinde fetal kranial incelemede ventrikül posterior çapları 19.8 mm, gözyaşı bulgusu, interhemisferik kist mevcuttur. Sagittal planda kallosal arter paterni anormal olarak görünmüş ve korpus kallozum izlenmemiştir. Hastaya, genetik danışma, sitogenetik analiz ve kranial magnetik rezonans (MR) görüntüleme önerilmiştir. Hasta karyotip analizini kabul etmemiştir. MR görüntüleme ile korpus kallozum agenezisi doğrulanmıştır. Hasta 37 hafta gebe iken ağrı şikayetiyle doğum acile başvurmış ve aynı gün ağırlı eski sezaryen endikasyonu ile sezaryene alınmıştır. 3020 g 7/8 Apgarlı tek canlı kız bebek doğurtulmuştur. Hasta postop 2. gün şifa ile taburcu edilmiştir. Bebeğin doğum sonrası fizik ve nörolojik muayenesi normal olup postnatal 3. ve 6. aylardaki nörolojik muayeneleri de normaldir.

Sonuç: Korpus kallozum agenezisi tanısı, ultrasonografik muayene ile konulur ancak standart aksiyal planlar tanı koymak için yeterli olmaz ve koronal, sagittal planların da incelenmesi gerekir. Aksiyal planda cavum septum pellucidumun görülmemesi, lateral ventriküllerde atrium kısmında genişleme ve göz yaşı görünümü ile yine aynı kesitte hemsiferlerin birbirinden ve lateral ventriküllerden ayrılması ve orta hatta üç çizgi şeklinde görünüm korpus kallozum agenezisinden şüphelenmemize yol açan indirek işaretlerdir. Bu vakada hastanın 2. düzey ayrıntılı ultrason muayenesi dış merkezde yapılarak normal olarak değerlendirilmiş ve 29. haftada ventrikülomegali tespitiyle kliniğimize yönlendirilmiş, korpus kallozum agenezisi tanısı 29. haftada konulmuştur. Bu nedenle doğru gerekli kesitlerle korpus kallozum görüntülenmesi ve indirek işaretlere dikkat edilmesi önerilir. İndirek işaretler kesin tanı koydurtmaz ancak korpus kallozum agenezisinden şüphelenilerek direkt işaretlerin aranmasına yol açar. Midsagittal ve midkoronal kesitte korpus kallozumun gösterilmesi ve perikallosal arterin anormal seyri ile tanı konulur. Günümüzde şizofreni ile ilişkisi tartışılmakta olan ve postnatal %20–30 oranlarda ciddi nörogelişimsel gecikmeye yol açan korpus kallozum agenezisi özellikle post natal dönemde yine ciddi nörogelişimsel gecikmeye yol açan metabolik hastalıklarla da karışabilir. İlerleyen gelişimsel dönemde bildirilmiş sinsi bilişsel kusurlara da yol açabilir. Bu nedenle prenatal dönemde ventrikülomegali gibi sık karşılaşılan durumlarda aklımıza ayırıcı tanıda korpus kallozum agenezisi gelmelidir.