

BİR "PARIETAL THİNNES,, OLGUSU NEDENİYLE KAFATASININ KONJİENTAL DİSPLAZİLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Dr.Sinan KAZANCIOĞLU (x)

Dr. Ahmet YILDIZ (xx)

ÖZET

Yazımızda konu ile ilgili literatür taraması yapıldığında, oldukça düşük insidansta olduğu anlaşılan ve rastlantı sonucu saptanan parietal thinness li bir olgu nedeni ile, kafa tasının diğer konjenital displazileri kısaca anımsatılmaya çalışıldı.

GİRİŞ

Bilindiği gibi parietal kemiğin konjenital displazileri oldukça az görülmektedir. Bu tip malformasyonlar çoğu kez başka nedenlerle istenen kranium radyogramlarında rastlantı sonucu saptanırlar. Literatürde bu konu ile ilgili çok az çalışma yapılmıştır. Mevcut çalışmalar incelendiğinde toplumlarda bu malformasyonun oldukça düşük düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. (1)

Kafatasını oluşturan kemikler embriyonal bağ dokusundan direkt olarak meydana gelirler. Bu kemikleşme şekline "intermembranöz ossifikasyon" adı verilmektedir. Bu ossifikasyon esnasında

parietal kemiğin lokal olarak bir bölümünün bilinmeyen bir nedenle yeterince mineralize olamaması sonucu parietal kemik malformasyonları oluşmaktadır. Aynı şekilde kafatasının diğer bölümlerinde de konjenital olarak benzer malformasyonlar oluşabilmekte ve kafatasının konjenital displazileri başlığı altında sınıflandırılmaktadırlar. Caffey'e göre bu sınıflandırma şöylece yapılmıştır (2):

1- Kranium bifidum

Kafatasındaki bu defektler genellikle median-sagittal plânadadırlar. Defektlerin altındaki beyin dokusu da çoğun-

(x) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Kürsüsü Uzmanı

(xx) Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Kliniği Uzmanı

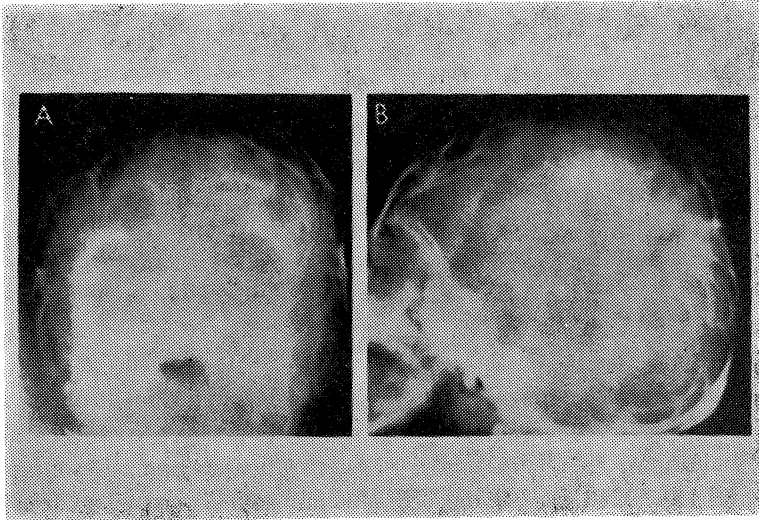
lukla dışarıya herniye olup "meningosele" adını almaktadır. Kranium bifidumdaki herni kesesi deri ile kaplıdır ve yalnız meninx ihtiva eder.

Kranial defekt küçük olduğunda buradan herniasyon olmayabilir. Bu duruma "Kranium bifidum occultum" adı verilir

Bu oluşumların ayırıcı tanısında pnömoansefalogram ve serebral anjiogramlardan yararlanılır.

2- Laküner kafa

Bu anomalide kafatasında mineralizasyon yetersizliği gösteren geniş ve çok sayıda sahalar vardır. Bu sahalar birbirlerinden normal kemik bantları ile ayrılmışlardır. Radyolojik olarak kafa kubbesinde dar kemik bantları ile sınırlı geniş ve yuvarlak erime alanları görülür. Bu görünüm (soap bubble) sabun köpüğüne benzer (Resim1)



Resim : 1

3- Simetrik parietal defektler

Nashold ve Netsky'e göre parietal kemiklerde konjenital olarak üç tip kemik defekti oluşabilir (3).

a- Parietal foramenler: yaklaşık olarak kafa taslarının % 10 unda parietal kemiklerin üst arka açıları hizasında kalvaryumu delip geçen "Emissary" özel venlere ait iki küçük delik bulunur. Bu küçük delikler parietal foramenlerdir.

Bu foramenler 4 mm den küçüktürler. Genellikle orta hatta veya orta hattın 16 mm lateralinde dirler. Lambdoid suturenden uzaklıkları ortalama 30 mm dir. koronar suturenden uzaklıkları ise 51-104 mm arasında değişebilir (Şekil 2).

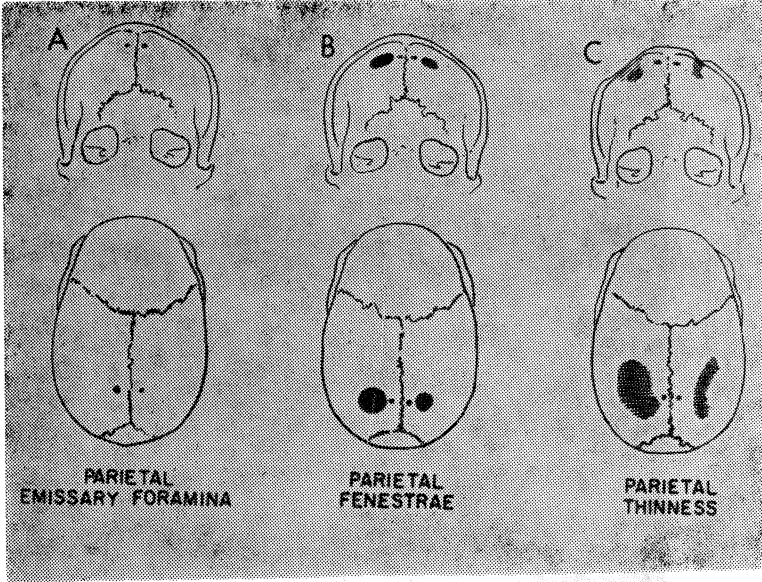
b- Parietal fenestra veya geniş parietal foramenler: Bazan parietal kemiklerin bu bölümlerinde ayrıca iki büyük kemik defekti oluşabilir. Bunlar parietal

fenestra veya geniş parietal foramenler olarak adlandırılırlar. Geniş parietal foramen terimi yanlıştır. Çünkü fenestra içinden geçen özel bir ven yoktur (Şekil 2).

c- Parietal thinness : Parietal fenestra-
lardan daha büyükçe ve asimetrik defekt-

lerdir. Görülme sıklıkları %0,4 dür. Orta hattın her iki yanında yassı trian-
gular veya guadrangular veya sulkus şek-
linde görülebirlirler. (şekil 2)

Yukarıda saydığımız parietal kemik
defektleri diğer iskelet anormaliteleri



Resim : 2

ile birlikte değildir. Klinik olarak semp-
tom vermezler. Rektikülozis, Neoplazm,
Epidermoidoma, Eozinofilik granüloma,
Sifiliz ve Meningosel gibi kalvar yumda
defekt yapan antitelerle karıştırılmama-
lıdır.

4- Konjenital oksipital displazi

Burada foramen magnum küçük ve
asimetriktir. Erken cerrahi müdahale
yapılmazsa sipinal kordun hasarı önlene-
mez.

5- Prematüre kraniostenozis

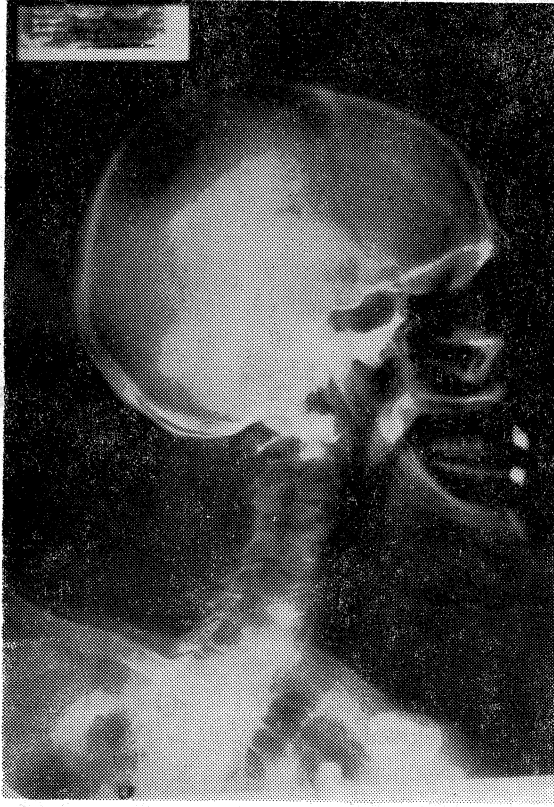
Kafa tasının bu grup malformas-
yon larında iki veya daha fazla kemiğin
ve bunlar arasındaki sütürlerin obliteras-
yonu söz konusudur.

Rikets ve hipofosfatazya vakalarının
1/3'ünde prematüre kraniostenosis ge-
lişir. Burada kraniostenosis in şiddeti
rikets ve hipofosfatazya nın şiddeti ile
orantılıdır. Hakiki sinostoz doğumdan
önce gelişebildiği gibi doğumdan aylarca
sonrada gelişebilir.

OLGU SUNUMU

M.G. 65 y. Başağrısı semptomları ile müracaat ettiği klinik tarafından tetkik için kafa grafileri çekirilen ve bu grafilerinde kranial fraktür düşünülerek aynı

klinik tarafından ikinci kez kafa grafileri çekilmesi için bölümümüze gönderilen erkek bir hasta. (Resim.3-4)



Resim : 3

Hastanın ikinci kez çekilen ön arka ve yan kafa grafilerinde Resim 4 de görüldüğü gibi parietal kemiklerin üst arka açıları hizasında 3x5 cm çapında

dörtgen şeklinde radyolüsent bir alan mevcuttur. Ön arka grafide her iki parietal kemikte asimetrik inceltme ve yassılaşma dikkati çekmektedir.



Resim : 4

SONUÇ

Yazıda da belirtildiği gibi oldukça nadir görülen ve raslantı sonucu saptanan bu tür parietal kemik defektleri kafa ta-

sında defekt yapan diğer önemli antitelerle çoğu kez karıştırılmakta ve yanlış tanıya neden olabilmektedirler.

SUMMARY

A CASE OF PARIETAL THINNESS AND THE REVIEW OF RELAVANT LİTERATÜRE ON CONGENİTAL DYSPLASİAS OF SKULL

In this paper, a rare case of " parietal thinness,, is presented and the formation of congenital skull dyplasias and some of

their clinical and radiological features has been discussed.

KAYNAKLAR

1- Meschan, I., Meschan, F.: Analysis of roentgen signs. W.B. Saunders. Co. 1973, Vol:1, pp: 499-501

2- Caffey, J.: Pediatric X-Ray Diagnosis. Yearbook Med. Publishers 1973,

Vol 1. pp. 35-51.

3- Nashold, B.S., Jr., and Netsky, M.G.: Foramina, Fenestrae and thinness of parietal bone. J. Neurophthology. Exp. neurology, 1959, 18:432-441.