

2000-2003 YILLARI ARASINDAKİ ÇOĞUL GEBELİKLERDE OBSTETRİK VE PERİNATAL SONUÇLARIMIZ

İlknur AKÖZ¹, Dilek BENK¹, Selçuk AYAS¹, Yasemin YAKUT¹

Bu çalışmanın amacı, Zeynep Kamil Hastanesinde 2000-2003 yılları arasındaki ikiz gebeliklerin obstetrik ve perinatal sonuçlarının değerlendirilmesidir. Ocak 2000–Ocak 2003 yılları arasında doğumları gerçekleştirilen 834 ikiz, 23 üçüz gebelik olgusu retrospektif olarak değerlendirildi. Ortalama anne yaşı 30.4 (17-42) idi. Nulliparite %49, multiparite %51 olarak belirlendi. Tarama yaptığımız dönemde çoğul gebelik oranı %2.5 (857 / 33571) olarak saptandı. Bu olguların %7.9'u tedavi gebeliği, %92.1'i spontan çoğul gebelikti. Spontan ikiz gebeliklerde olguların %72.8'nin 37. haftadan önce doğum yaptığı, %39.2'sinin de 33-36 hafta arasında olduğu saptandı. Üçüzlerin %78.3'nün 32. haftadan önce doğduğu saptandı. Tedavi ile oluşan ikiz gebeliklerin, %20.5'inde doğum 37. haftadan sonra gerçekleşirken bu oran spontan ikizlerde ise %27.2'dir. Bizim olgu grubumuzda travay sırasında ikizlerde prezantasyon durumuna göre değerlendirildiğinde en sık vertex-vertex %40.4 tesbit edildi. Olguların doğum şekilleri incelendiğinde; sezaryen (%52.5) ve vaginal yolla doğum (%47.5) oranları ile birbirine yakın olarak bulundu. Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında; en sık birinci bebeğin nonvertex olması, ardından da preeklampsi gelmekte olduğu onları erken doğum eylemi ve tedavi gebeliğinin izlediği saptandı. Çoğul gebeliklerde görülen maternal morbidite değerlendirildiğinde en sık görülen obstetrik problemler; erken doğum eylemi (EDE) %35.8, anemi %20.77 ve erken membran rüptürü (EMR) %20.53 olarak tesbit edildi. Apgar skorlarının doğum haftası ve doğum şekilleri göz önüne alınarak yapılan karşılaştırmasında ise gebelik haftasının ilerlemesiyle neonatal sonuçların daha iyiye gittiği saptandı. Fetal problemler içinde en sık, intrauterin gelişme geriliği (IUGG) %4.9 oranında saptandı. Onu sırasıyla %3.6 ile konjenital anomali, %1.28 ile intrauterin eksitus izlemektedir. Ayrıca literatürde nadir görülen ikizden ikize transfüzyon sendromlu 11 vaka ve torakopaguslu 2 olgu tesbit edildi. Multifetal gebelikler yüksek riskli gebelikler olup hem antenatal takibi hem de intrapartum yönetiminde dikkatli olunmalıdır.

Anahtar kelimeler: Çoğul gebelik, perinatal, maternal, sonuç

OUR OBSTETRIC AND PERINATAL OUTCOMES FOR MULTIFETAL PREGNANCIES BETWEEN 2000-2003

Our purpose was to evaluate obstetric and perinatal outcomes of multifetal pregnancies in Zeynep Kamil Maternity and Child Hospital. The files of 834 twin and 23 triple deliveries between 2000-2002 were evaluated retrospectively. Mean maternal age was 30.4 (17-42). Multiparity was 51%, nulliparity was 49%. The rate of multiple gestations was found 2.5% in this period. 7.9% of multiple gestations was due to the use of fertility-stimulating therapy, 92.1% of them was spontaneously. Gestational age was before 37. weeks, 72.8% of spontaneously twin pregnancies. Gestational age was before 32. weeks, 78.3% of triple pregnancies. Fetal presentations of twins at labor were noted as vertex-vertex 40.4%. Cesarean sections were 52.5% of deliveries and vaginal deliveries were 47.5%. Cesarean section were due to non-vertex presentation at first fetus, preeclampsia, preterm labor respectively. Maternal morbidity was due to preterm labor 35.8%, anemia 20.7%, preterm ruptured membranes 20.5%. Fetal morbidity was due to IUGR 4.9%, congenital malformations 3.6%, intrauterin exitus 1.2% respectively. In addition we determined two conjoined twins and 11 twin -to-twin transfusion syndrome. Multifetal pregnancies are high risk pregnancies which necessity prenatal care and intapartum management.

Keywords: Multifetal pregnancy, prenatal, maternal, outcome

Klasik bilgilerimize göre; ikiz gebelikler tüm gebeliklerin % 1-2'sini oluşturmaktadır¹. Ancak son yıllarda ovulasyon induksiyonu ve yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması nedeniyle çoğul gebelik insidansında belirgin bir artış olmuştur^{2,3}. İkiz gebelikler maternal ve perinatal morbidite oranlarının yüksek olması nedeniyle riskli gebelikler olarak değerlendirilir. Perinatal mortalite ikizlerde tekiz gebeliklere oranla 5-6 kat fazladır⁴. Prematür doğum, intrauterin gelişme geriliği (İUGG), düşük apgar skorları ve respiratuar distress sendromu (RDS), artmış perinatal mortalitenin ana sebepleridir. Maternal komplikasyonlar olarak hiperemesis gravidarum, abortus, anemi, preeklampsi, polihidramnios, preterm doğum, erken membran rüptürü, postpartum atoni sayılabilir⁵.

Bu çalışmada; 2000-2003 yılları arasında hastanemizde takip edilen çoğul gebeliklerin obstetrik ve neonatal sonuçları değerlendirildi.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışmada 2000-2003 yılları arasında Zeynep Kamil Hastanesinde doğumu gerçekleştirilen 834 ikiz, 23 üçüz toplam 857 çoğul gebelik vakası, retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların anne yaşı, paritesi, tedavi gebeliği olup olmadığı, fetusların prezantasyonları, doğum anındaki gebelik haftası, zigosite ve koryonisite durumu, doğum ağırlıkları, doğum yöntemleri, perinatal mortalite ve morbidite oranları tesbit edildi.

BULGULAR

Değerlendirmeye alınan 857 gebenin ortalama yaşları 30.4 (17-42) idi. Nulliparite %49, multiparite %51 olarak belirlendi. Tarama yaptığımız dönemde çoğul gebelik oranı %2.5 (857 / 33571) olarak saptandı. Bu olguların %7.9'u (68/857) tedavi gebeliği (ovulasyon induksiyonu ve yardımcı üreme teknikleri ile sağlanmış gebelik), %92.1'i spontan çoğul gebelikti. Spontan ikiz gebeliklerde olguların %72.8'nin 37. haftadan önce doğum yaptığı,

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi



%39.2'sinde doğumun 33-36 hafta arasında olduğu saptandı (Tablo I). Üçüzlerin %78.3'nün 32. haftadan önce doğduğu saptandı (Tablo II). Tedavi ile oluşan ikiz gebeliklerin, %20.5'inde doğum 37. haftadan sonra gerçekleşirken bu oran spontan ikizlerde ise %27.2'dir (Tablo III).

Tablo I. İkiz gebeliklerde doğum anındaki ortalama gebelik haftası

Hafta	Gebe sayısı	Oranı (%)
≤28	80	9,59
29-32	200	23,98
33-36	327	39,21
37-41	227	27,22
Toplam	834	100

Tablo II. Üçüz gebeliklerde doğum anındaki ortalama gebelik haftası

Hafta	Gebe sayısı	Oranı (%)
≤28	9	39,13
29-32	9	39,13
33-36	5	21,74
Toplam	23	100

Tablo III. Tedavi ile oluşan gebeliklerde doğum anındaki ortalama gebelik haftası

Hafta	Gebe sayısı	Oranı (%)
≤28	6	8,82
29-32	23	33,83
33-36	25	36,77
36-41	14	20,58
Toplam	68*	100

* : 60 IVF+8 Ovulasyon induksiyonu uygulanmış hasta

Bizim olgu grubumuzda travay sırasında ikizlerde prezantasyon durumuna göre değerlendirildiğinde en sık verteks-verteks %40.4 tesbit edildi (Tablo IV). Olguların doğum şekilleri incelendiğinde; sezaryen (%52.5) ve vaginal yolla doğum (%47.5) oranları ile birbirine yakın olarak bulundu. (Tablo V). Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında; en sık birinci bebeğin nonverteks olması, ardından da preeklampsinin gelmekte olduğu, onları erken doğum eylemi ve tedavi gebeliğinin izlediği saptandı (Tablo VI).

Tablo IV. Travay sırasında ikiz gebeliklerin prezantasyon şekilleri

Prezantasyon şekli	Hafta	Hafta				Toplam	Oran (%)
		≤28	29-33	33-36	37-41		
Vertex-Vertex		31	71	137	98	337	40,41
Vertex-Nonvertex		34	63	85	51	233	27,94
Nonvertex-Vertex/nonvertex		23	71	99	71	264	31,65
Toplam		88	205	321	220	834	100

Tablo V. Fetal prezantasyon ve seçilen doğum yöntemi

Fetal prezantasyon	Doğum yöntemi	NSD	C/S	Toplam
Vertex-Vertex		249	108	357
Vertex-Nonvertex		117	129	246
Nonvertex-Vertex/nonvertex		41	213	254
Toplam		407	450	857

Tablo VI. İkizlerde sezeryan endikasyonları

Endikasyonlar	Gebe sayısı
Elektif	37
EDE	42
Tedavi gebeliği	42
1. bebek nonvertex	199
Preeklampsi	62
HELLP	8
IUGR	11
Mükerrer C/S-eski C/S	22
CPD	5
Fetal distres	14
İlerlemeyen travay	8
Geçirilmiş myomektomi	3
Yapışık ikiz	2
Tüp ligasyon istemi	3
Uterin anomali	8
Not: Bazı hastalara birden fazla endikasyon verilmiştir.	

Çoğul gebeliklerde görülen maternal morbidite değerlendirildiğinde en sık görülen obstetrik problemler; erken doğum eylemi (EDE) %35.8, anemi %20.77 ve erken membran rüptürü (EMR) %20.53 olarak tesbit edildi (Tablo VII). Apgar skorlarının doğum haftası ve doğum şekilleri göz önüne alınarak yapılan karşılaştırmasında ise gebelik haftasının ilerlemesiyle neonatal sonuçların daha iyiye gittiği saptandı (Tablo VIII) Fetal problemler içinde en sık intrauterin gelişme geriliği (IUGG) %4,9 oranında saptandı. Onu sırasıyla %3.6 ile konjenital anomali, %1.28 ile intrauterin eksitus izlemektedir Ayrıca literatürde nadir görülen ikizden ikize transfüzyon sendromlu 11 vaka ve torakofaguslu 2 olgu tesbit edildi (Tablo IX).

Tablo VII. Çoğul gebeliklerde görülen obstetrik problemler

Endikasyonlar	Gebe sayısı	Oranı (%)*
EDE	307	35,82
Anemi	178	20,77
EMR	176	20,53
Plasenta previa	8	0,93
Dekolman	11	1,28
Preeklampsi	94	10,96
Eklampsi+HELLP	34	3,96
Gestasyonel diabet	34	3,96
Postpartum hemoraji	17	1,98
Korioamnionit	22	2,56
Retansio plasenta	3	0,35
Hidronefroz + İYE	105	12,25
Postop. pulmoner emboli	1	0,11
DVT	8	0,93
Gebelikte hipertroidi	4	0,46
* : Çoğul gebelikler arasında görülme oranı		

**Tablo VIII.** Doğum haftası ile neonatal sonuçların doğum şekli göz önüne alınarak karşılaştırılması

Prezentasyon şekli	Hafta ▶	≤28		29-32		33-36		37-41	
		NSD	C/S	NSD	C/S	NSD	C/S	NSD	C/S
Düşük Apgar		34	25	25	60	6	45	11	14
Oranı (%)*		66,29		40,66		15,36		11,01	

* : Haftalara göre düşük Apgar'la doğum oranı

Tablo IX. Çoğul gebeliklerde görülen fetal problemler

Fetal problemler ▼	Bebek sayısı	Oranı (%)*
Intrauterin eksitus	11	1,28
Konjenital anomali	31	3,61
IUGR	42	4,90
Fetofetal sendrom	11	1,28
Torakofagus (yapışık ikiz)	2	0,23

* : Çoğul gebelikler arasında görülme oranı

TARTIŞMA

Tüm gebeliklerin %1-2'sini oluşturan çoğul gebelikler, artmış maternal ve fetal morbidite ve mortalite nedeniyle yüksek riskli gebeliklerdir. Son yıllarda ovulasyon induksiyonu ve yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılmasıyla çoğul gebelik insidansı %3'lere ulaşmıştır¹⁻³. Bizim hastanemizde tarama yaptığımız dönemde çoğul gebelik oranı %2.5 olarak saptandı. Bu olguların %7.9'u tedavi gebeliği, %92.1'i ise spontan çoğul gebelikti.

Çoğul gebeliklerde kötü neonatal sonuçların esas sebebi EDE'dir. EDE'ne tekil gebeliklere kıyasla 7-10 kat fazla rastlanmaktadır. Uterusun gergin olması, az kanlanması, serviks mekanik bası, erken membran rüptürü gibi faktörlerle açıklanmaya çalışılmıştır⁵. Yıllar içerisinde perinatal mortalite oranı azalmasına rağmen çoğul gebeliklerdeki prematürite riski son 20-30 yıl içerisinde değişmemiştir⁶. İkiz gebelikler 37. haftada, üçüz gebelikler 31-33. haftada, dördüz gebelikler 29. haftada term olurlar. İkiz gebeliklerde akciğer matürasyonu 31-32. haftada gerçekleşir, bu nedenle 32. gebelik haftasından önceki doğumlarda perinatal morbidite ve mortalite oranı yüksektir. 32-34. haftadan sonra prematürite ile ilgili komplikasyonlar azalmaktadır⁷. Yaptığımız çalışmada spontan ikiz gebeliklerde olguların %72.8'nin 37. haftadan önce, %39.2'sinin de 33-36 hafta arasında doğum yaptığı saptandı. Üçüzlerin %78.3'nün 32. haftadan önce doğduğu saptandı. Tedavi ile oluşan ikiz gebeliklerin, %20.5'inde doğum 37. haftadan sonra gerçekleşirken bu oran spontan ikizlerde ise %27.2'dir. Tedaviyle olan ikiz gebeliklerin daha kısa sürede sonlandığını tesbit ettik.

İkizlerde en sık verteks-verteks prezentasyonu görülmektedir⁸. Bizim çalışmamızda da bu oran %40.4 tesbit edildi. Verteks-verteks olguların doğum şekilleri

incelendiğinde; genel yaklaşım vaginal yolla doğum olup sezaryen endikasyonları tekil gebeliklerle aynıdır.

İkiz gebeliklerde doğum şeklini belirlemede göz önüne alınması gereken birçok maternal ve fetal faktörler öne sürülmüştür⁹. Parite, daha önceki doğum şekli, eşlik eden hastalıklar, gebelik haftası, IUGG, fetal distres vb. İkiz gebeliklerde sıklıkla malprezentasyon ve prematüritenin varlığı nedeniyle sezaryenin doğum travmasını azaltacağı ve ikiz doğumların tüm doğumların yaklaşık %1'ini oluşturması nedeniyle sezaryen hızında belirgin bir artma yapmayacağını savunan yazarlara karşın; sezaryende maternal mortalite ve morbiditenin artması, hastanede kalış süresinin uzaması, ilerde mükerrer sezaryenlerin artacağı ve uygun vakalarda vaginal doğumla fetal morbidite ve mortalitenin fazla olmayacağını savunan yazarlar da vardır¹⁰. Bizim çalışmamızda sezaryen (%52.5) ve vaginal yolla doğum (%47.5) oranları birbirine yakın olarak bulundu. Hastanemizin bir referans hastanesi olması, infertilite sonrası gebeliklerde elektif sezaryenin sık tercih edilmesi gibi sebeplerle bu oranın arttığı düşünülmektedir. Sezaryen endikasyonlarına bakıldığında; en sık birinci bebeğin nonverteks olması, ardından da preeklampsi gelmekte olduğu onları erken doğum eylemi ve tedavi gebeliğinin izlediği saptandı.

Nonverteks-verteks prezentasyonunda sezaryen tercih edilmelidir. Birinci fetusun nonverteks ikinci fetusun verteks olduğu durumlarda %0.1 oranında fetusların kilitlenme riski olup bunun da mortalite oranı %31 civarındadır¹¹.

Çoğul gebeliklerde maternal morbidite belirgin olarak artmıştır. En sık görülen obstetrik problemler; EDE ve EMR, preeklampsi, plasenta dekolmanı, anemi, postpartum hemoraji, piyelitis gravidarum şeklinde sayılabilir¹². Bizim olgu grubumuzda erken doğum eylemi (EDE) %35.8, anemi %20.77 ve erken membran rüptürü (EMR) %20.53 olarak tesbit edildi.

Çoğul gebeliklerde fetal büyüme geriliği tekil gebeliklere göre 10 kat artmıştır¹³. Bizim serimizde de fetal problemler içinde en sık, intrauterin gelişme geriliği (IUGG) olduğu saptandı. Onu sırasıyla %3.6 ile konjenital anomali, %1.28 ile intrauterin eksitus izlemektedir.

İkizden ikize transfüzyon sendromu (TTTS), monokoryonik ikiz gebeliklerin %10-30'unda görülen yüksek perinatal morbidite ve mortalite ile ilişkili bir komplikasyonu olup bizim olgu grubumuzda 11 vakada saptanmıştır.

Monozigotik ikizlerde embriyonik bölünme fertilizasyonu izleyen 12. günden sonra olursa yapışık ikizler oluşur¹⁴. Bizim serimizde de iki adet torakofagus saptandı.



Sonuç olarak; multifetal gebelikler yüksek riskli gebelikler olup hem antenatal takibi hem de intrapartum yönetiminde dikkatli olunmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Jones JM, Sbarra AJ, Cetrulo CL. Antepartum management of twin gestation. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 32-41.
2. Imaizumi Y. A comparative study of twinning and triplet rates in 17 countries 1992-1996. *Acta Genet Med Gemellol* 1998; 47: 10-14.
3. Pugliese A, Arsieri R, Patriarca Y, Spogrolo A. Incidence and neonatal mortality of twins. Italy 1981-90. *Acta Genet Med Gemellol* 1994; 43: 139-44.
4. Naeye RL, Tafari N, Judge D. Causes of perinatal death in 12 United State cities and one African city. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131: 267.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Special problem of multiple gestation. *Int Gynecol Obstet* 1999; 64: 323-33.
6. Chitkara U. Multiple Gestations In: Gabbe SG (ed). *Obstetrics normal and problem pregnancies*. 3rd ed, Churchill Livingstone Inc, 1996; 24: 821-55.

7. Brecht JL, Tomich PG. The maternal and neonatal outcome of triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1551-6.
8. Jakobovits AA. The abnormalities of the presentation in the twin pregnancy and perinatal mortality. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1993; 52: 181-5.
9. Veccicina M, Major C, Morgan MA. Labor and delivery management of the multiple gestations. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1995; 22: 235-46.
10. Trofatter KF. Twin pregnancy: Management of delivery. *Clinics in perinatology* 1988; 15: 93-106.
11. Warenski JC, Kochenour NK. Intrapartum management of twin gestation. *Clinics in Perinatology* 1989; 16: 889-97.
12. Chavna SP, Roberts WE, Mc Lara RA. Delivery of the nonvertex second twin: Breech extraction versus extend cephalic version. *Am J Obstet* 1995; 173: 1015-20.
13. Sherer DM, Divon MY. Fetal growth in multifetal gestation. *Clin Obstet Gynecol* 1997; 40: 764-70.
14. Bajoria R, Kingdom J. The case for routine determination of chorionicity and zygosity in multiple pregnancy. *Prenat Diagn* 1999; 17: 1207.