

Çoğul Gebeliklerde Geçikmiş Aralıkla Doğum

Seyfettin ULUDAĞ¹, Altay GEZER¹, İrem KOŞCAĞIZ CANSEVER¹, Banu DURU SUIÇMEZ¹

¹ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

Özet

Çoğul gebeliklerde gebeliğin ikinci trimesterinde, fetuslardan birinin doğumunu takiben uygulanacak yaklaşımın tartışılması. 16 gebelik haftasında üçüz gebeliği olan olgu erken membran rüptürü ile başvurdu. 18 gebelik haftasında önde gelen fetus doğurtuldu. Enfeksiyon bulgusu olmayan olguya tokolitik tedavi yapılarak 21 gebelik haftasında Shirodkar usulü servikal serklaj uygulandı. 34 gebelik haftasına kadar takip edilerek sezaryen ile doğurtuldu. Özellikle önde gelen fetusun doğumu sonrası kalan fetus ya da fetusların doğumunun geciktirilmesi diğer fetusların sağkalımını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle diğer fetusların gebelik süresinin uzatılması amacıyla değişik yaklaşımlar denenebilir. Yatak istirahati, devamlı veya aralıklı hastaneye yatırılma, tokolitik tedavi, antibiyotik tedavisi, 26 gebelik haftası üstünde kortikosteroid uygulanması ve serklaj uygulanması uygulanabilecek başlıca seçeneklerdir.

Anahtar Kelimeler: Gecikmiş aralıkla doğum, çoğul gebelik, acil serklaj

Cerrahpaşa Tıp Derg 2007; 38: 62 - 64

Delayed interval delivery in multiple gestation

Abstract

Triplet pregnancy at 16 weeks gestational age referred to outpatient clinic with the complaint of premature rupture of membranes. At 18 weeks of pregnancy, the presenting fetus was delivered vaginally and parenteral ritodrin tocolysis was initiated. At 21 weeks of gestation, cervical cerclage procedure (Shirodkar) was performed. Followed by parenteral tocolysis up to 34 weeks of pregnancy, the birth of remaining twins was accomplished by cesarean section. Delayed interval delivery certainly improves fetal well-being and outcome. Different therapy strategies could be utilized for this purpose. Bed rest, continuous or intermittent hospitalization, tocolysis, antibiotic therapy, corticosteroid administration over 26 weeks and cervical cerclage are the main alternatives in the management.

KeyWords: Delayed interval delivery, multiple gestation, emergency cerclage

Cerrahpaşa J Med 2007; 38: 62 - 64

Özellikle son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesiyle birlikte çoğul gebeliklerin görülme sıklığı belirgin olarak artmıştır. Çoğul gebelikler, tekiz olanlara oranla maternal ve fetal morbidite ve mortalite artışına neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde perinatal mortalite oranları ikizler için her 1000 doğumda 47-120 arasında ve üçüzler için her 1000 doğumda 93-203 arasındadır [1]. Yüksek mortalite oranları çoğul gebeliklerin en sık görülen komplikasyonu olan erken doğum ve beraberinde erken membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliğiyle ilişkilendirilebilir.

Çoğul gebeliklerde erken membran rüptürü ve bunu takip ederek fetuslardan birinin erken doğumu gerçekleşebilir. Böyle bir durumda, genellikle diğer fetus veya fetuslar kısa bir süre içinde doğarlar. Ancak, diğer fetusların doğumlarının günler hatta haftalarca gecikebildiğini bildiren bir çok olgu sunumu bulunmaktadır [2, 3, 4]. Bu durum 'geçikmiş aralıkla doğum' olarak isimlendirilmek-

tedir. Olgularından bazıları diğer fetus veya fetusların doğumlarının geciktirilmesinin başarılabileceğini gösterse de bu hastalara yaklaşımla ilgili belirlenmiş standart bir protokol bulunmamaktadır.

Kliniğimizde, intrastoplazmik sperm injeksiyonu (ICSI) yöntemi ile üçüz gebeliği olan ancak gebeliğin 2. trimesterinde erken membran rüptürü sonucu üçüzlerden birinin immatür doğumu gerçekleşen bir olgu takip ve tedavi edilerek geriye kalan 2 fetusun 34 gebelik haftasında "geçikmiş aralıkla doğumu" yapılmıştır.

Bu sunumda, tarafımızdan takip edilerek doğurtulan böyle bir olgu nedeniyle 'geçikmiş aralıkla doğum' yöntemi ile güncel bilimsel veriler gözden geçirilerek, benzer olgularda tıbbi yaklaşım biçimi açıklanmıştır.

OLGU SUNUMU

27 yaşında, 7 yıllık evli, G1 P0, 16 haftalık üçüz gebeliği olan olgu, 19.06.2005 tarihinde kliniğimize "su gelmesi" yakınmasıyla başvurmuştur. Olgunun gebeliğinin ICSI yöntemi ile elde edildiği öğrenilmiştir. Yapılan vaginal muayenesinde serviks; kapalı, silinmesi minimal, posterior

Alındığı Tarih: 02 Nisan 2007

Yazışma Adresi (Address): Prof. Dr. Seyfettin ULUDAĞ
İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul

yerleşimli ve orta sert kıvamda saptanmıştır. Spekulum muayenesinde servikal kanaldan amnios sıvısı kaçırsı izlenmiş ve servikal kanal içerisinde turnusol testi pozitif bulunmuştur. Transabdominal obstetrik ultrasonografide uterus içerisinde gebelik haftası ile uyumlu canlı üç fetus izlenmiş, iki fetusun amnios miktarları normal sınırlarda olup servikal kanala yakın yerleşimli fetusta oligohidramnios saptanmıştır. Ultrasonografi ile serviks uzunluğu 30 mm ölçülmüştür. Ardından hasta antenatal servisine alınıp takip ve antibiyotik tedavisi (Ampisilin 4 gr/gün PO) başlanmıştır.

Takep sırasında koryoamniyonit klinik belirtisi ve laboratuvar bulgusu gelişmeyen hasta 23.06.2005 tarihinde tekrar ultrasonografi ile değerlendirilmiş ve önde gelen fetusta anhidramnios geliştiği gözlenmiştir. 25.06.2005'de önde gelen fetusun kordon sarkması olmuş ve 2 gün sonra fetal ekstremiteler serviks dışında, vaginada palpe edilmiştir. 29.06.2005'de 18 gebelik haftasında önde gelen fetus vaginal yoldan doğurtulmuştur. İşlemi izleyerek hastanın takibine devam edilmiştir. Koryoamniyonit bulgusu gelişmeyen hastaya doğumu izleyen 5. günde preterm doğum profilaksisi için parenteral tokolitik tedavi (Ritodrin 0.05-0.1mg/dk iv infüzyon) başlanmıştır. Yirmi günlük takip süresince koryoamniyonite ilişkin klinik ve laboratuvar bulgusu gelişmemiş ve ultrasonografik kollum serviks uzunluğu 43 mm olarak ölçülmüştür. Bu süre içerisinde her iki fetusun 2. düzey anatomik değerlendirmesi ve gelişiminin normal olduğu saptanmış ve bu sonuçlar doğurtusunda hastaya 19.07.2005 tarihinde 21. gebelik haftasında, genel anestezi altında Shirodkar usulü servikal serklaj uygulanmıştır. Yirmisekiz gebelik haftasına kadar parenteral tokoliz alan hastaya 26. gebelik haftasında fetal akciğer maturasyonu için parenteral kortikosteroid (Beta-metazon 12 mg im) uygulanmıştır. Yirmisekiz - otuzdört gebelik haftaları arasında yine preterm doğum profilaksisi için oral tokolitik tedavi (Ritodrin 10 mg/gün PO) uygulanan hastanın, uterus kontraksiyonlarının şiddetinin artması ve beraberinde servikal dilatasyonunun gelişmesi üzerine 34. gebelik haftasında sezaryen uygulanmış ve 5.dakika Apgar skorları sırasıyla 7-8 olan 2030 ve 2190 gr. ağırlığında sağlıklı iki kız bebek doğurtulmuştur. Postoperatif takibi sorunsuz olan anne bebekleriyle birlikte postoperatif 4. gününde taburcu edilmiştir.

TARTIŞMA

Çoğul gebelikler, erken doğum ve bunun sonucu olarak yüksek perinatal mortalite ve morbidite riski taşımaktadırlar [5]. Erken doğumun önlenmesi günümüz antenatal gebelik yönetiminin önemli bir bileşeni olmuştur. Öncelikle çoğul gebeliklerin oluşmasının engellenmesi birincil basamak yaklaşım olmalıdır. Yardımlı üreme teknikleri sırasında ovulasyon indüksiyonu dikkatli yapılmalı ve embriyo transferinde sayı kısıtlanması uygulanmalıdır. Çoğul gebelik gelişmiş ise aileye mutlaka fetal redüksiyon seçeneği hak-

kında bilgi verilmelidir. Erken doğumun önlenmesinde ikincil basamak olası erken doğum eyleminin önceden belirlenmesi ve üçüncül basamak gerektiğinde ise tokolitik tedavi, antibiyotik tedavisi, akciğer maturasyonu için kortikosteroid uygulanması ve halen tartışmalı olmakla beraber profilaktik serklaj işlemidir [6].

Çoğul gebeliklerde ikinci trimesterde erken membran rüptürü gerçekleştiğinde beklenen, genellikle fetüslerin kısa aralıklarla doğmasıdır. Ancak bazı durumlarda önde gelen fetusun doğumu sonrası uterus kontraksiyonları durmakta ve diğer fetüslerin doğumu gecikmektedir. Bu durum "geçikmiş aralıkla doğum" olarak isimlendirilmektedir. Bu olgularda diğer fetüslerin gebelik süresini uzatmak amacıyla tokoliz ve/veya serklaj denenebilecek yöntemler arasındadır.

Doğumu geciktirmek amacıyla seçilecek olgular için 1994 yılında bir protokol belirlenmiştir [7]. Bunlar:

- 1- Çoğul gebelik 18 ile 24 hafta arasında olmalı,
- 2- Gebelik diamniyotik olmalı,
- 3- Korunacak gebelik kesesi sağlam olmalı,
- 4- Fetusta distress, dekolman plasenta ve intra-amniyotik infeksiyon olmamalıdır.

Bizim olgumuzda önde gelen fetus doğduğunda 18 gebelik haftasında, geride kalan fetüslerin amnios kesesi sağlam ve fetüslerin gelişimi normaldi. Bu vakada PE tokolizin en önemli nedeni oral yoldan daha etkili olmasıdır. Olgunun geride kalan çocukları şiddetle istemesi (infertilite sonrası IVF gebeliği) tokolizin PE ve uzun süreyle yapılmasına neden olmuştur.

Günümüzde birinci fetusun doğumu sonrası diğer fetüslerin doğumunun geçiktirilmesinin uygun olup olmadığı ve doğum geçiktirilirken hangi yöntemin uygulanacağı tartışmalı olan konulardır. Literatürde bu konuda yapılmış birçok olgu sunumu ve retrospektif olgu serileri olmasına rağmen, tamamlanmış randomize kontrollü çalışma bulunmamaktadır. Özellikle serklaj uygulamasını serklaj uygulanmadan yatak istirahati ve tokolitik tedavi ile karşılaştıran kontrollü bir çalışma bulunmamaktadır.

İki veya daha fazla gün geciktirilmiş doğumu olan 200 ikiz gebelik olgusu ile aynı gün veya 1 gün sonra doğumu gerçekleşen 374 ikiz gebelik olgusunun fetüslerin sağkalımı açısından karşılaştırıldığı retrospektif bir çalışmada, doğumu 2 veya daha fazla gün gecikmiş fetüslerin istatistiksel olarak anlamlı bir oranda sağkalım oranlarının arttığı belirlenmiştir [8]. Ayrıca Rosbergen ve ark. [9]'nın yaptığı 29 olguyu içeren çalışmada, ikinci ve/veya üçüncü fetusun ardışık doğumunun engellenmesinin yenidoğanın kısa dönem sağkalımı üzerine olumlu etki gösterdiği bildirilmiştir. Ek olarak, uzun dönem sağkalım oranları ise aynı gebelik haftasında doğan tekiz olgularla karşılaştırılabilir düzeydedir.

İkinci ve/veya üçüncü fetusun doğumunun geciktirilmesi amacıyla servikal serklaj uygulanması, tartışılmalı konulardan birisidir. 1980-2002 yılları arasındaki literatür araştırmasında elde edilen sonuçlar birinci fetusun doğumu

sonrası uygulanan servikal serklajın intrauterin infeksiyon riskini artırmadan gebelik süresini uzattığını göstermektedir [10]. Önde gelen fetusun doğumunu takiben infeksiyon bulguları gelişmediğinde, sunduğumuz olguda olduğu gibi, serklaj uygulanması yararlı olabilir.

Doğumda gebelik yaşının perinatal mortalite ve morbidite üzerindeki etkisi gözönüne alındığında erken doğumu önleyici yaklaşımlar fetal sağkalımın artırılması açısından son derece değerlidir. Doğumun ertelenmesi ile gebeliğin devamı sağlanarak fetusların sağkalım şansı artırılabilir; bu durumda uygulanan yöntem ne olursa olsun iyi fetal sonuçlar elde edilmesi için uygun olacaktır. Burada vurgulanması gereken, olası bir koryoamniyonitin fetuslardan başka teorik olarak uterus ve hatta annenin kaybına neden olabilecek klinik tablolara neden olabileceğinin de göz önünde tutulmasının gerektiğidir. Doğumun ertelenmesi ile elde edilebilecek fetal kazançlar ve olası uterus infeksiyonu riski ile oluşabilecek maternal zararlar iyice irdelenmeli ve her olgu kendi özel şartları dikkate alınmalı ve olgunun özelliklerine göre bir tedavi yöntemi seçilmelidir.

SONUÇ

Önde gelen fetusun doğumu sonrası kalan fetus ya da fetusların doğumunun geciktirilmesi arkada kalan fetusların sağkalımını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu nedenle diğer fetusların gebelik süresinin uzatılması amacıyla değişik yaklaşımlar denenebilir. Yatak istirahati, devamlı veya aralıklı hastaneye yatırılma, tokolitik tedavi, antibiyotik tedavisi, 26 hafta üstünde kortikosteroid başlanması ve serklaj uygulanması istenen sonucun elde edilmesi için uygulanabilecek başlıca yöntemlerdir. Olguya uygulanacak yaklaşımın belirlenmesi aşamasında infeksiyon düşündürebilecek herhangi bir bulgunun olmadığından emin olunmalıdır. Çünkü koryoamniyonite bağlı olası maternal komplikasyonlar önemli morbidite ve mortaliteyle seyredebilmektedir. Böyle bir durumda gebelik sonlandırılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Platt J, Rosa C. Delayed interval delivery in multiple gestations. *Obstet Gynecol Surv* 1999; 54: 343-348.
2. Benden D, Miller M, Hatoum N. 39- day delay in delivery of twins. A case report. *J Reprod Med* 2001; 46: 1071-1077.
3. Livingston JC, Livingston LW, Ramsey R, Sibai BM. Second trimester asynchronous multifetal delivery results in poor perinatal outcome. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 77-81.
4. Wittmann BK, Farquharson D, Wong GP, Baldwin V, Wadsworth LD, Elit L. Delayed delivery of second twin: Report of four cases and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 260-263.
5. Mercer BM, Crocker LG, Pierce F, Sibai BM. Clinical characteristics and outcome of twin gestation complicated by preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1467-1473.
6. Straeten F, Ketelaere K, Temmerman M. Delayed interval delivery in multiple pregnancies. *Obstet Gynecol* 2001; 99: 85-89.
7. Kalchbrenner MA, Weisenborn EJ, Chyu JK, Kaufman HK, Losure TA. Delayed delivery of multiple gestation: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1145-1149.
8. Zhang J, Hamilton B, Martin J, Trumble A. Delayed interval delivery and infant survival: A population-based study. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 470-476.
9. Rosbergen M, Vogt T, Baerts W, Eyck J, Arabin B, Hamberg M, Lingen R. Long-term and short-term outcome after delayed interval delivery in multifetal pregnancies. *Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005; 122: 66-72.
10. Zhang J, Johnson C, Hoffman M. Cervical cerclage in delayed interval delivery in multifetal pregnancy: a review of seven case series. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003; 108: 126-130.