

İkiz Gebelikte Doğum Aralığının Uzaması

Delayed Interval Delivery in Twin Pregnancy: Case Report

Dr. Mesut A. ÜNSAL,^a
Dr. Süleyman GÜVEN,^a
Dr. Bakiye OKUMUŞ,^a
Dr. Hasan BOZKAYA^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum AD,
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi, TRABZON

Geliş Tarihi/Received: 01.09.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 18.09.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Süleyman GÜVEN
Karadeniz Teknik Üniversitesi
Tıp Fakültesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum AD,
TRABZON
dr.suleymanguven@yahoo.com

ÖZET Erken doğum, çoğul gebeliklerin en önemli komplikasyonudur ve prematür membran rüptürü, intrauterin gelişme geriliği ve intrauterin fetal ölümlerle birlikte. İlk fetusun doğumunu genellikle diğer fetus veya fetusların doğumu takip eder. Bazı vakalarda ise ilk fetusun doğumunu takiben uterin kontraksiyonlar durur ve ikinci fetusun doğumu gecikir. 18 yaşında, gravida 2, para 2, son adet tarihine göre 24 hafta 2 günlük spontan ikiz gebeliği (dikoryonik diamniotik) olan olgu prematür eylem yüzünden spontan vaginal yol ile 700 gram bir adet kız bebek doğurmuş. Olgumuzda ilk fetusun doğumunu takiben uterus kontraksiyonlarının durması ve ikinci fetusun doğumunun gerçekleşmemesi nedeni ile onuncu güne kadar hastanede izlemede preterm eylem ve erken membran rüptürü sebebiyle 600 gram canlı kız bebek doğurtuldu. Hastanın postpartum dönemde problemi olmadı. Her iki bebek de yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematürite ve respiratuar distress sendromu tanıları ile izleme alındı. Fetal ve maternal durumu yakın takibi ile doğum aralığının uzatılması ikinci fetusun morbidite ve mortalitesinin azaltılmasına katkıda bulunabilir ve plasenta retansiyonuna rağmen maternal açıdan da nispeten güvenli bir yaklaşım olabilir.

Anahtar Kelimeler: Çoğul gebelik; doğum aralığı

ABSTRACT Preterm delivery remains the most important complication of multiple gestation, besides the risks of preterm premature rupture of membranes, intrauterin growth restriction and intrauterin fetal death. The birth of the first twin is usually followed by the unavoidable delivery of the following child or children. In some cases, uterin contractions stop once the first foetus is expelled and the delivery of second fetus is delayed. An 18-year-old, gravida 2, para 2 woman at 24 week 2 days spontaneous twin gestation (dichorionic diamniotic) had the history of spontaneous vaginal delivery of 700 g female fetus two days ago and was referred for further evaluation of undelivered second twin. Following delivery of first one twin, the uterine contractions have ended and the delivery of second has delayed. On the tenth day of follow-up, the second one twin (600 g live female fetus) was delivered via vaginal route because of uneventful preterm labor and preterm premature rupture of membranes. The postpartum period was unremarkable. Both fetuses were followed in newborn intensive care unit because of prematurity and respiratuar distress syndrome. The delayed interval delivery of second twin in combination with close monitoring of fetal and maternal well-being may contribute to the decrease in perinatal mortality and morbidity of second one twin, and this management may be safe for also mother even in the presense of placental retention of first fetus.

Key Words: Pregnancy, multiple; birth intervals

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008, 18:193-196

Yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanımının bir sonucu olarak son yıllarda çoğul gebelik sayısı artmıştır. Bu gebeliklerin çoğu (%66) multikoryonik, multiamniotiktir. Çoğul gebeliklerin en önemli komplikasyonu erken doğumdur ve ayrıca prematür membran rüptürü (PMR), intrauterin büyüme kısıtlılığı (IUBK) ve intrauterin fe-

tal ölümle birlikteliği de sıktır.¹ Çoğul gebeliklerde ilk fetusun doğumunu genellikle diğer fetus veya fetusların doğumu takip eder. İmmatür doğum vakalarında, çoğu yenidoğan doğumdan kısa süre sonra ölür. Bazı vakalarda ise ilk fetusun doğumunu takiben uterin kontraksiyonlar durur ve diğer fetusun doğumu gecikir. Perinatal mortalite ve morbidite primer olarak gestasyonel yaşa bağımlı olduğundan erken doğumun önlenmesi, bu anlamda kritik önem taşır. Son yıllarda; ilk fetusun doğumunu takiben doğum aralığının uzatılmasına yönelik araştırmalar yayınlanmıştır. Bu çalışmalarda; tokoliz, antibiyotikler ve serklaj kullanılarak ikinci fetusun doğumunun geciktirilmesi denenmiş ve başarılı sonuçlar elde edilmiştir. Ancak yayınların çoğu olgu sunumu bazında olduğu için bu tür olgularda temel yaklaşımın ne olması gerektiği çok açık değildir.²⁻⁴

Bu olgu raporunda ilk fetusun doğurtulmasını takiben uterin kontraksiyonların durması ve ikinci fetusun doğumunun gerçekleşmemesi nedeniyle kliniğimize sevk edilmiş 24 hafta 2 günlük bir ikiz gebelik olgusu sunulmakta ve konu ile ilgili tedavi yaklaşımları tartışılmaktadır.

OLGU SUNUMU

18 yaşında, gravida 2, para 2, son adet tarihine göre 24 hafta 2 günlük spontan ikiz gebeliği (dikoryonik diamniotik) olan olgu 2 gün önce düzenli etkin kontraksiyonlarının başlaması nedeni ile bulunduğu ilçede hastaneye başvurmuş, prematür eylem tanısı almış ve hastanede spontan vaginal yol ile 700 gram kız bebek doğurmuştur. Bebek fakültemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesine sevk edilmiş, yeni doğan respiratuar distres sendromu, prematürite tanıları ile mekanik ventilatörde izlem amacı ile yatırılmıştır. Anne ise ilk fetusun doğumunu takiben 2. günde uterus kontraksiyonlarının durması ve ikinci fetusun doğumunun gerçekleşmemesi nedeni ile antibiotik tedavisi başlanarak kliniğimize sevk edildi.

Hastanın özgeçmişinde prematür eylem hikayesi yoktu, öyküsünden anlaşıldığı üzere gebeliğinde rutin antenatal takibe gitmemiş. Hastanın kliniğimize kabulünde nabız 108/dk, ateş 37.7 °C,

tansiyon 110/70 idi, pelvik muayenesinde ise servikal açıklık 4 cm, silinme %50 olarak saptandı. Spekulum muayenesinde amnion mayisi göllenmesi yoktu, birinci bebeğin kordonu klempli olarak serviksten sarkıyordu, aktif kanaması yoktu. Turnusol testi pozitif. Yapılan obstetrik ultrasonografide; intrauterin tek fetus, FKA pozitif, amnion mayisi normal, BPD: 24 hafta 5 gün, FL: 23 hf 6 gün ile uyumlu, her iki plasenta anteriorda grade 2 olarak izlendi ve retroplasental patoloji saptanmadı.

İlk başvuruda laboratuvar değerleri; tam kan sayım: Hb: 10.9 g/dl, Htc: 30.8, BK: 13200 / ml, sedimentasyon 25 mm/sa. CRP: 0.6 idi. Serviks ve idrar kültürleri alındı. Sulbaktam Ampisillin 2x1 gram İV ilk 24 saat verildi, sonra oral yol ile tedaviye devam edildi. Fetal akciğer maturasyonu için 24 saat ara ile iki doz 12 mg İ.M. betametazon yapıldı. Hasta mevcut durumu ile tekrar değerlendirildi ve hastanede izleme alındı. Mikrobiyolojik değerlendirme için alınan maternal idrar ve servikal örnekte üreme olmadı.

Hasta yatışının sekizinci (ilk fetusun doğumunun onuncu gününde) gününde, son adetine göre 25 hafta 5 gün iken tekrar etkin düzenli uterin kontraksiyonları başladı ve aniden suyu geldi. Erken membran rüptürü, preterm eylem tanısı ile hastanın izlenmesine karar verildi. Kontraksiyonlarının başlamasını takiben 2. saatte vaginal yol ile 1. dakika apgarı: 3, 5. dakika apgarı: 5 olan, 600 gram canlı kız bebek doğurtuldu. Doğum sonrası antibiyoterapiye devam edildi. Hastanın postpartum 2. günden itibaren genel durumu iyi, vital bulguları stabil seyretti. Ateşi olmadı, uterin hassasiyeti ve kötü kokulu akıntı şikayeti olmadı ve postpartum 7. günde taburcu edildi. Her iki fetusun plasentasının histopatolojik incelemesinde de koryoamnionitis bulgusuna rastlanmadı. Her iki bebek de yenidoğan yoğun bakım ünitesinde prematürite ve respiratuar distres sendromu tanıları ile izlendi. Birinci bebek 10. günde, ikinci bebek ise 24. günde eksitus oldu.

TARTIŞMA

Çoğul gebelikli kadınlar yüksek perinatal mortalite ve morbiditesi olan prematür eylem ve pre-

matür doğum riski altındadır. Bir ikiz gebelikte bir kesenin spontan rüptürünü takiben bir fetusun doğumu genellikle gebeliğin sonlanması ile sonuçlanır.² İlk olarak Carson 1880'de ilk ikizin doğumunu takiben 44 günlük bir interval yayınlamıştır.⁵ Yatak istirahati, servikal serklaj, tokoliz, profilaktik antibiotik ve kortikosteroidler, çoğul gebeliklerde ikinci fetusun doğumunun geciktirilmesinde kullanılan temel tedavi yöntemleridir. 1994'de Kalchbrenner ve ark. doğumun geciktirilmesi amacıyla olgu seçiminde kullanılacak kriterleri tanımlamış ve buna ait bir protokol yayınlamışlardır.⁶

Aşağıdaki kriterleri karşılayan hastalarda doğumun geciktirilmesi düşünülmelidir:⁶ (1) 18-28 haftalar arasında ilk fetusun doğduğu çoğul gebelik, (2) Diamniotik gebelik, (3) Geride kalan gestasyonel kese veya keselerin membranlarının intakt olması, (4) Doğumu gerektirecek; fetal distress, ablasyo plasenta, intraamniotik enfeksiyon yokluğu veya doğum için tıbbi bir endikasyon olmadığı durumda ikinci fetusun doğumu geciktirilebilir.

Bizim olgumuzda membranlar intakttı. Başlangıçta koryoamniotik bulguları yoktu ve fetal iyilik hali belirteçleri normal sınırlarda olması nedeni ile izlem kararı alınmıştı.

Bu tür olgularda profilaktik antibiotik kullanımı tartışmalıdır çünkü yararını gösteren veriler yetersizdir. Long ve ark. ve Arias ilk fetusun membranları rüptüre olduktan sonra koryoamniotik gelişimini azaltarak ikinci fetusun sağkalımını artırdığını bildirmişlerdir.^{7,8} Buna karşın Bakos ve ark., profilaktik antibiotik kullanımını tavsiye etmemektedir.⁹ Bizim olgumuzda hasta kliniğimiz dışında bir yerde acil şartlarda doğum yapmıştı ve doğumu sırasında asepsinin ne kadar sağlandığı konusunda yeterli bilgimiz yoktu. Bu nedenle profilaktik amaçla antibiotik tedavisi verildi.

Bu gibi vakalarda servikal serklaj kullanımı da tartışmalıdır. Çünkü erken membran rüptüründe

serklaj uygulaması da yüksek enfeksiyon riski taşır.^{7,10,11} Bazı yazarlar servikal serklajın fetal membranları vaginal bakteri ve asiditeye karşı koruduğunu ileri sürmüşlerdir. Konu ile ilgili derlemelerde benzer sayıdaki hasta grubunda takip veya serklaj uygulanmış ve sonuçların benzer olduğu görülmüştür.^{2,3}

Profilaktik veya terapötik tokoliz uygulaması da tartışmalıdır. Abboud ve ark.nın⁴ görüşüne göre profilaktik tokoliz 25 gebenin 23 ünde (%92), ilacın çeşidine bağlı olarak farklı sürelerde doğumu geciktirmiştir. Wittmann ve ark.¹² göre ise ilk fetusun doğumunu takiben doğum spontan olarak durmaktadır ve bu nedenle tokolizi tavsiye etmemektedirler. Bizim olgumuzda da kontraksiyonların kendiliğinden durması nedeni ile tokoliz uygulanmamıştır.

Gebelik ürünlerinin uterin kavite içinde kalması halinde maternal koagülasyon durumunun monitörizasyonu gereklidir.¹⁰ Bizim vakamızda fetus çıktıktan sonra plasenta doğurtulamamıştı ve amniotik membranlar intakttı. Biz enfeksiyon yönünden de takip amacı ile nabız, ateş, Hb, BK, sedim, CRP, idrar kültürü, vagen kültürü ve doğum sonrası plasenta kültürü, takibi yaptık. Takipte anormallik tespit edilmedi. Bizim vakamızda 8 günlük bir doğum aralığı vardı ve bu süre zarfında 3 gün ara ile 2 kez bakılan PT, PTT, platelet sayımı, fibrinojen, fibrinojen yıkım ürünleri takibi normal sınırlarda idi.

Sonuç olarak, ikiz gebeliklerde birinci fetusun doğumunu takiben ikinci fetusun doğmaması durumunda ikinci fetusa yaklaşım konusu hala tartışmalı olmakla beraber, bu olgudan da anlaşıldığı üzere fetal ve maternal durumun yakın takibi ile doğum aralığının uzatılması ikinci fetusun morbidite ve mortalitesinin azaltılmasına katkıda bulunabilir ve plasenta retansiyonuna rağmen maternal açıdan da nispeten güvenli bir yaklaşım olabilir.

KAYNAKLAR

1. Powers WF, Kiely JL. The risks confronting twins: a national perspective. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:456-61.
2. Clerici, G, Cutuli A, Renzo GC. Delayed interval delivery of a second twin. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;96:121-2.
3. Rosbergen M, Vagt HP, Baerst W, van Eyck J, Arabin B, van Nimwegen-Hamberg JM, et al. Long-term and short-term outcome after delayed-interval delivery in multi-fetal pregnancies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;122:66-72.
4. Abboud P, Gallais A, Janky E. Intentional delayed delivery in twin pregnancy. Two additional cases and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997;75:139-43.
5. Carson J. Twins born with an interval of forty-four days. *BMJ* 1880;1:242.
6. Kalchbrenner MA, Weisenborn EJ, Chyu JK, Kaufman HK, Losure TA. Delayed delivery of multiple gestations: maternal and neonatal outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:1145-9.
7. Long MG, Gibb DM, Kempley S, Cardozo LD, Nicolaides K, Gamsu H. Retention of the second twin: a viable option? Case reports. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98:1295-9.
8. Arias F. Delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:1233-7.
9. Bakos O, Cederholm M, Kieler H. Very prolonged membrane rupture and delayed delivery of the second twin. *Fetal Diagn Ther* 1998;13:147-9.
10. Skelly H, Marivate M, Norman R, Kenoyer G, Martin R. Consumptive coagulopathy following fetal death in a triplet pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:595-6.
11. Woolfson J, Fay T, Bates A. Twins with 54 days between deliveries. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1983;90:685-6.
12. Wittmann BK, Farquharsan 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;79:260-3.