

İkiz Gebelikte Geç İntervalli Doğum Delayed Interval Delivery in Twin Pregnancy: Case Report

Dr. Ebru ÇÖĞENDEZ,^a
Dr. Erdal ESKİÇIRAK,^a
Dr. Kemal ALTINKAŞ,^a
Dr. Akif ALKAN,^a
Dr. Sadiye EREN^a

^aKadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
Zeynep Kamil Kadın ve
Çocuk Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, İSTANBUL

Geliş Tarihi/Received: 28.10.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 25.12.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Dr. Ebru ÇÖĞENDEZ
Zeynep Kamil Kadın ve
Çocuk Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi,
Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,
İSTANBUL
ebrucogendez@gmail.com

ÖZET Son yıllarda yardımcı üreme tekniklerinin başarısından dolayı çoğul gebeliklerin görülme sıklığında artış olmuştur. Bunun sonucu olarak çoğul gebelikler ile ilgili komplikasyonlara daha fazla rastlanmaktadır. Çoğul gebeliklerin başlıca komplikasyonları artmış neonatal morbidite ve mortalite sıklığı ile birlikte olan erken doğum tehdidi, erken membran rüptürü ve erken doğum eylemini içermektedir. 33 yaşında, 18 yıllık primer infertil olan olgumuz in vitro fertilizasyon yöntemi ile gebe kaldıktan sonra 18. gebelik haftasında ikiz gebelik ve erken membran rüptürü ön tanısı ile kliniğimize yatırıldı. Hastaneye geldikten yarım saat sonra ilk fetüsü abort yapan hasta 38 gün sonra ikinci fetüsü vajinal yolla doğurdu. Bu olgu vesilesiyle ikiz gebeliklerde tokoliz, antibiyoterapi ve serklajın ikinci fetüsün doğumunu geciktirmedeki rolünü tartıştık.

Anahtar Kelimeler: Çoğul gebelik; doğum

ABSTRACT In recent years the prevalence of multiple gestations has increased due to the success of assisted reproductive technology. As a result, complications associated with multiple gestations are seen more frequently. Major complications of multiple pregnancies include preterm labor, preterm premature rupture of the membranes and preterm delivery, with an increased incidence of neonatal morbidity and mortality. A 33-year-old woman who's primary infertile for eighteen years, conceived with in vitro fertilization and hospitalized at our clinic at 18 weeks of pregnancy diagnosed with twin pregnancy and premature rupture of membranes. The our case, aborted first fetus half an hour after hospitalization and delivered second fetus vaginally 38 days later. We discussed the role of tocolysis, antibiotherapy and cerclage in delayed delivery of second fetus in twin pregnancies.

Key Words: Pregnancy, multiple; delivery, obstetric

Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst 2008, 18:210-212

Son yıllarda ovulasyon indüksiyonu ve yardımla üreme tekniklerindeki gelişmeler pek çok ülkede çoğul gebelik sayısında belirgin bir artışa neden olmuştur.¹ Bu gebelikler çoğu zaman erken doğum ile sonuçlanmakta ve perinatal morbidite ve mortalite üzerine olumsuz etkide bulunmaktadır.² İkizlerden birinin doğumunu takiben, doğmamış fetüsün gebelik süresinin uzatılması konusunda neler yapılabileceğine ilişkin herhangi bir görüş birliği yoktur. Biz bu raporda diamniyotik dikoryonik ikiz gebeliği olan ve ilk fetüs doğduktan 38 gün sonra gerçekleşen intervalli doğum olgusunu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU

33 yaşında gravida 1 para 0 abortus 0, 18 yıllık primer infertil olan olgu in vitro fertilizasyon yöntemi ile gebe kalmış. 18 haftalık ikiz gebe iken suyunun gelmesi, kasık ağrısı ve vajinal kanama olması üzerine hastanemize başvurdu. Yapılan pelvik muayenede serviks efase, 3 cm dilate, poche var ve prolabe olarak saptandı. Spekulum muayenesinde sularının geldiği ve kötü kokulu vajinal akıntısının olduğu izlendi. İstenen gebelik olduğu için acilen intravenöz hidrasyon uygulandı. Takibe alınan hasta başvurduktan yarım saat sonra 125 gram erkek fetüs doğurdu. Bu esnada birinci bebeğin kordonu klampe edilip kesilirken kordonun plasenta insersiyon yerinden koptuğu fark edildi. Ultrasonografi incelemesinde plasentanın yaklaşık 70 cc kadar uterin kaviteden kanama boşalması sonrası küçüldüğü görüldü. İkinci bebeğin kalp atımının değişmediği ve amniotik sıvı miktarının normal olduğu izlendi. Uterin kontraksiyonları devam eden hastanın yaşı ve çocuk isteği dikkate alınarak 36 saat ritodrin ile intravenöz tokoliz uygulandı. 4x1 g IV alfasilin tedavisine başlandı. Hasta ateş, nabız, tansiyon arterial takibine alındı. Takiplerinde lökosit sayısı normal sınırlarda olan hastanın CRP düzeyleri yüksek (8.03 mg/L) seyretti. Servikal kültürde *E.coli* üremesi üzerine servikal enfeksiyon nedeniyle hastaya serklaj yapılmadı. 15 gün gözlem ve tedavi altında kalan hasta kendi isteği üzerine taburcu edildi. Hasta ilk fetüs doğduktan 38 gün sonra ağrı ve vajinal kanama ile tekrar kliniğimize başvurdu. Yapılan pelvik muayenede serviks tam efase, 4 cm dilate, poche prolabe olarak saptandı. Ultrasonografide 23 haftalık canlı gebelik izlendi. Ancak membranların prolabe olması, serviksin tam silinmesi ve 4 cm açılması nedeniyle serklaj uygulanmadı. Hastanın kontraksiyonları olması üzerine ritodrin ile intravenöz tokoliz tedavisi başlandı. 12 saat IV tokoliz alan hasta kontraksiyonlarının devam etmesi neticesinde aynı gün vajinal yolla 830 gram ağırlığında 2-5 apgarlı bir kız bebek doğurdu. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınan bebek 36 saat sonra RDS nedeniyle ex oldu.

TARTIŞMA

Son yıllarda artan sayıda geç intervallı doğum olguları bildirilmektedir. Kalchbrenner ve ark. 1998 yılında çoğul gebeliklerde doğumun geciktirilmesi ve seçilecek olgulara ilişkin bir protokol geliştirmişti.³ Buna göre çoğul gebelik 18 ile 28 hafta arasında olmalı, gebelik diamiyotik olmalı, korunacak gebelik kesesi sağlam olmalı, fetal sıkıntı, dekolman plasenta, intraamniyotik enfeksiyon ve anne için doğum endikasyonu bulunmamalıdır.

İlk fetüs 22-23. gebelik haftasında doğup ikinci fetüsün doğumu 3 haftaya kadar geciktirildiğinde ikinci fetüs için perinatal sonuçların düzeldiği; ilk fetüs 24-28. gebelik haftaları arasında doğduğunda ise ikinci fetüs için perinatal mortalitenin azaldığı bildirilmektedir.⁴

İntervalli doğumlarda klasik yaklaşım birinci fetüs doğduktan sonra kordonun mümkün olduğunca proksimalden ligasyonudur. Biz bu olguda kordonun plasental insersiyon yerinden kendiliğinden kopması ve plasental yataktaki besi ortamı oluşturabilecek kanın dışarı akması sonrası muhtemel bir assendan enfeksiyon riskinin azalmış olabileceğini düşünmekteyiz. Ayrıca intervallı doğum olgularında assendan enfeksiyon riskine karşı profilaktik antibiyotik tedavisi rutin olarak önerilmektedir.⁵

Çoğul gebelikler erken membran rüptürü ile komplike olduklarında enfeksiyon, kordon prolapsusu ve dekolman plasenta açısından yüksek risk taşırlar. Özellikle intervallı doğum planlanan olgularda maternal ve fetal morbidite ve mortalite riski daha fazla artmaktadır. Farkouh ve ark. nın 24 intervallı doğum olgusunu kapsayan retrospektif bir çalışmada, 2 olguda dekolman plasenta ve 1 olguda septik şok ve multiorgan yetmezliği ile sonuçlanan maternal morbidite saptanmıştır.⁶ Livingston ve ark. nın ikinci trimester intervallı doğum olgularını kapsayan bir çalışmada, bu olgularda maternal risk açısından dekolman plasenta ve puerperal enfeksiyon riskinin arttığına dikkat çekilmiştir.⁷

Servikal serklajın intervallı doğumdaki rolünü araştırırken Jenkins ve ark. 1997 yılında yaptıkları

bir çalışmada; serklajın ikinci fetüsün doğum süresini ortalama 26 gün uzattığını, serklaj yapılmayan gebelerde ise bu sürecin 23 gün olduğunu bildirmişlerdir. Dolayısıyla intervalli doğum takibinde bütün hastalara serklaj gerekemeyebileceği sonucuna varmışlardır.⁸ Ancak daha sonra yapılan çalışmalarda servikal serklajın, özellikle acil serklajın ikinci fetüsün doğumunu geciktirebileceği bildirilmiştir.^{9,10}

Biz bu olguda, ilk fetüs doğduktan sonra aile tarafından şiddetle arzulanan gebelik olduğu için ritodrin ile intravenöz tokoliz tedavisi yaptık. Kötü kokulu akıntısının olması ve suyunun gelmesi nedeniyle de intravenöz antibiotik tedavisine başladık. Ancak hastada kötü kokulu vajinal akıntının olması, CRP yüksekliği ve servikal kültürde *E.coli* üremesi nedeniyle servikal enfeksiyon düşündüğümüzden serklaj yapmadık. 36 saatin sonunda uterin kontraksiyonlar tamamen kayboldu. Gebelik haftası <23 olduğu için fetal

akciğer matürasyonu amacıyla kortikosteroid tedavisi uygulamadık.

Çoğul gebeliklerde interval doğum takibinde agresif tokoliz ve proflaktik antibioterapi standart tedavi yöntemi olma eğilimindedir. Buna ilaveten 23. gebelik haftasından itibaren ikinci fetüsün akciğer matürasyonu için kortikosteroid önerilmektedir.^{9,11,12}

Serklaj planlanan olgularda acil serklajın potansiyel faydalarından bahsederken artmış koryoamnionit riski, dolayısıyla bununla bağlantılı olarak fetüste artmış inflamatuvar beyin hasarı riski, ciddi prematürite sorunları olabileceği mutlaka hasta ile tartışılmalıdır.¹³

Biz bu olguda tokolizin ve antibioterapinin ikinci fetüsün doğumunu geciktirdiğini ancak bu tedaviye ek olarak seçilmiş olgularda yapılacak acil servikal serklajın interval doğum süresini daha fazla uzatabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Jazayeri A, Mamlok V, Dorsett MM, Porter KB. Prolonged-interval delivery between the first and second twin. A Case Report. J Reprod Med 2002;47:167-9.
2. Gardner MO, Goldenberg RL, Cliver SP, Tucker JM, Nelson KG, Copper RL. The origin and outcome of preterm twin pregnancies. Obstet Gynecol 1995;85:553-7.
3. 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.
4. Oyelese Y, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. Delayed interval delivery in twin pregnancies in the United States: Impact on perinatal mortality and morbidity. Am J Obstet Gynecol 2005;192:439-44.
5. 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;79:260-3.
6. Farkouh LJ, Sabin ED, Heyborne KD, Lindsay LG, Porreco RP. Delayed-interval delivery: extended series from a single maternal-fetal medicine practice. Am J Obstet Gynecol 2000;183:1499-503.
7. Livingston JC, Livingston LW, Ramsey R, Sibai BM. Second-trimester asynchronous multifetal delivery results in poor perinatal outcome. Obstet Gynecol 2004;103:77-81.
8. Jenkins CB, Ghidini A, Eglinton GS. Delayed delivery of the second twin: Watchful waiting or rescue cerclage? Contemp Ob Gyn 1997;134-48.
9. Hamersley SL, Coleman SK, Bergauer NK, Bartholomew LM, Pinckert TL. Delayed interval delivery in twin pregnancies. J Reprod Med 2002;47:125-30.
10. Zhang J, Johnson CD, Hoffman M. Cervical cerclage in delayed interval delivery in a multifetal pregnancy: a review of seven case series. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;108:126-30.
11. Zhang J, Hamilton B, Martin J, Trumble A. Delayed interval delivery and infant survival: A population-based study. Am J Obstet Gynecol 2004;191:470-6.
12. Platt JS, Rosa C. Delayed interval delivery in multiple gestations. Obstet Gynecol Surv 1999;54:343-8.
13. Cockwell HA, Smith GN. Cervical incompetence and the role of emergency cerclage. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:123-9.