

İkinci Trimester Multifetal Gebeliklerde Kalan Fetusun Doğumunun Geciktirilmesi

DELAYED DELIVERY OF THE REMAINING FETUS IN SECOND TRIMESTER MULTIFETAL GESTATIONS

Berna ÖZBEY DİLBAZ*, Eray ÇALIŞKAN**, Yasemin TAŞCI**, Ali HABERAL*

* Doç.Dr., SSK Ankara Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Hastanesi,

** Asist.Dr., SSK Ankara Kadın Hastalıkları ve Doğum Eğitim Hastanesi, ANKARA

Özet

Amaç: İkinci trimesterde birinci fetusun preterm doğumunun gerçekleştiği multifetal gestasyonlarda kalan fetusun doğumunun geciktirilmesi.

Çalışmanın Yapıldığı Yer: SSK Ankara Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi.

Materyel ve Metod: İlk fetusun ikinci trimesterde preterm doğumunun gerçekleştiği dört multifetal gestasyon olgusunda kalan fetusun doğumu geciktirmeye çalışıldı. Olgulara IV tokoliz, antibiyotik ve kortikosteroid uygulandı. İkinci fetusun doğum tarihi, iki fetusun doğumu arasındaki süre ve ikinci fetusa ait neonatal sonuçlar incelendi.

Bulgular: İlk fetuslar gebeliğin 15-26. haftalarında doğarken kalan fetuslar gebeliğin 18-29. haftalarında doğdu. Toplam dokuz fetustan ilk doğan dördü immaturite nedeniyle ölürlen kalan beş fetustan birisi (%20) yaşatılabildi. İkinci fetusun doğumu 4-50 gün arasında geciktirilebildi.

Sonuç: İkinci trimesterde bir fetusun doğduğu multifetal gestasyonlarda kalan fetusun doğumunun geciktirilmesi ve canlı bir doğum elde edilmesi mümkündür.

Anahtar Kelimeler: Multifetal gestasyon, İkinci trimester, Geciktirilmiş doğum

T Klin Jinekolo Obst 2002, 12:236-239

Summary

Objective: Intentional delay of the birth of the remaining fetus in multifetal gestations after preterm delivery of the first fetus during the second trimester.

Institution: SSK Ankara Maternity and Women's Health Teaching Hospital.

Materials and Method: We intended to delay the birth of the remaining fetus in four multifetal gestations whose first fetus was delivered during the second trimester; three twins and one triplet. Corticosteroids, tocolytics and antibiotics were administered to the cases. Date of the delivery of the second fetus, time elapsed from the first to the second delivery, the outcome of the second fetus were analysed.

Results: First fetuses were delivered at 15-26 gestational weeks. Remaining fetuses were delivered at 18-29 weeks of gestations. A delay of 4-50 days were achieved. The first born four fetuses died out of nine total fetuses. One out of five remaining fetuses survived (%40).

Conclusions: It is possible to delay the birth of the remaining fetus and maintain a viable birth in multifetal gestations after delivering first fetus in the second trimester.

Key Words: Multifetal gestations, Second trimester, Delayed delivery

T Klin J Gynecol Obst 2002, 12:236-239

Asiste reproduktif teknikler ve ovulasyon indüksiyonunda görülen gelişmeler sonucunda multifetal gestasyonların sıklığı artmıştır. Multifetal gebeliği olan olgularda preterm eylem ve preterm doğum, yüksek perinatal mortalite ve morbidite ile ilişkilidir (1). Nadiren eylem ilk bebeğin doğumundan sonra durur ve gebelik ikinci bebek viable oluncaya kadar devam eder, ancak bu olgularda assendan enfeksiyon ve korioamnionit riski yüksektir (2).

Bu çalışmada hastanemizde takip edilen plasentasyon tipi benzer, uterusda anatomik anormalliği olmayan, ilk doğumunu gebeliğin ikinci trimesterinde yapan, geniş spekturumlu antibiyotik veya tokolitik ajanlar uygulanan, servikal serklaj yapılan ve 25. gebelik haftasında

kortikosteroid tedavisi başlanan üçü ikiz, biri üçüz gebelik olmak üzere toplam dört multifetal gebelik olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumları

Olgu 1

40 yaşında, gravida 5, para 1, abortus 3 olan, son adet tarihi ve ultrasonografiye göre 15 haftalık dikoryonik diamniotik ikiz gebelik olgusunda spontan membran ruptürü gelişti. Olgunun dört yıl önce uterus didelfis nedeniyle metroplasti operasyonu geçirdiği öğrenildi. Olguya uterin aktiviteyi baskılamak amacı ile yatak istirahati, sedasyon amaçlı Diazem 10 mg IM ve hidrasyon uygulandı, ancak birkaç saat içinde inkomplet abortus gelişti.

Yüzseksen gram erkek fetusun abortunu takiben vajen %10 iyot solüsyonu ile yıkandı ve umbilikal kordon servikal internal osa yakın şekilde bağlandı, servikal açıklık ultrasonografide iki cm olarak ölçülen olguya polyster sutur materyali ile McDonald yöntemi ile servikal serklaj ve proflaktik olarak 3 gr/gün amoksisilin+ klavulonik asit 15 gün süre ile uygulandı. Olgu üç hafta boyunca hastanede enfeksiyon bulguları ve uterin aktivite yönünden takip edildi. Seri ultrasonografik incelemeler, kültür, C-reaktif protein ve koagülasyon testleri normal sınırlarda idi. Üç hafta sonunda ikinci bebekte spontan membran ruptürü gelişti. İlk bebeğin doğumundan 21 gün sonra 160 gr erkek fetusu abort eden olguya revizyon küretaj ve proflaktik antibiyotik uygulandı.

Olgu 2

29 yaşında, gravida 6, abortus 3, ektopik gebelik sayısı 2 olan ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) tekniği kullanılarak üçüz gebelik gelişen olguda son adet tarihi ve ultrasonografiye göre 26 haftalık canlı üçüz gebelik mevcut idi. Uterin kontraksiyonlarının başlaması üzerine yapılan spekulum muayenesinde nitrazin testi negatifdi, vaginal kültür alındı, servikal efasman minimaldi ve iki cm servikal dilatasyon olduğu saptanarak olguya yatak istirahati ve IV ritodrin ile tokoliz uygulanarak uterus kontraksiyonları durduruldu, 12 mg betamethason 24 saat arayla iki doz IM olarak yapıldı. Tedavinin üçüncü gününde kontraksiyonları tekrar başlayan ve vaginal kanaması olan olguya yapılan vaginal muayenede birinci bebek vagende saptandı, 850 gr ölü erkek bebeğin doğumunu takiben vajen %10'luk povidon iyot ile yıkandı ve umbilikal kordon servikal internal osa yakın şekilde ligate edildi. Ultrasonografi ile servikal açıklık altı cm olarak saptanan olguya birinci bebeğin doğumunu takiben tekrar yatak istirahati ve IV ritodrin ile tokoliz uygulanarak uterus kontraksiyonları durduruldu, enfeksiyon yönünden klinik ve laboratuvar tetkikleri ile takip edildi, fetal kalp atım sayısı izlendi. Vajen kültüründe E.coli üremesi üzerine 3 gr/gün amoksisilin+ klavulanik asit IV ve gentamisin 240 mg/gün IV şeklinde enfeksiyon tedavisi başlandı. Koagülasyon testleri normal sınırlarda idi. Dördüncü gününde tokolize rağmen uterin kontraksiyonları ve kanaması tekrar başlayan olgu bir saat ara ile 850 gr canlı erkek ve 700 gr canlı kız bebeği vaginal yolla doğurdu. Plasentasyonun trikoryonik triamniotik olduğu izlendi. Kız bebek immaturite nedeniyle 6.saatde eksitus olurken erkek bebek sekizinci gününde sepsis nedeniyle eksitus oldu.

Olgu 3

21 yaşında, gravida 1 olan, son adet tarihi ve ultrasona göre 18 haftalık dikoryonik diamniotik ikiz gebeliği olan olguda spontan membran ruptürü gelişmesi üzerine yatak istirahati ve IV ritodrin ile tokoliz başlandı. Olgu enfeksiyon bulguları yönünden klinik ve laboratuvar tetkikleri ile takip edildi, proflaktik olarak 3 gr/gün amoksisilin+

klavulonik asit tedavisi uygulandı. Ultrasonografi ile servikal açıklığın üç cm olduğu tespit edildi. Dört gün sonra vaginal kanama ve kontraksiyonları tekrar başlayan olguda 450 gr erkek bebeğin doğumunu takiben umbilikal kordon servikal internal osa yakın şekilde kleplendi ve polyster sutur materyali ile McDonald yöntemi ile servikal serklaj uygulandı. Seri ultrasonografik ölçümlerde serviksin uzunluk ve genişliği normal idi. Koagülasyon testleri normal sınırlarda idi. Enfeksiyon bulguları olmayan olgunun antibiyotiği 10.günde kesildi. Olgu son adet tarihi ve ultrasona göre 25. gebelik haftasında iken, ilk bebeğin kaybindan 50 gün sonra, spontan membran ruptürü ve uterin kontraksiyonlar gelişti. Ritodrin ile tokoliz ve betamethason 12 mg 24 saat ara ile iki doz şeklinde tekrarlanan olguda servikal açıklık ve efasmandaki progresif ilerleme ve durdurulamayan uterin kontraksiyonlar neticesinde membran ruptüründen 24 saat sonra 900 gr canlı erkek bebek normal spontan yolla doğdu. Histopatolojik incelemede amnionit bulguları saptandı. Fetus postpartum 30. günde respiratuar distress sendromu nedeniyle eksitus oldu.

Olgu 4

32 yaşında laparoskopik tuboplasti operasyonu geçiren ve intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) tekniği ile gebelik gelişen, gravida 3, D/c 1, abortus 1 olan dikoryonik diamniotik ikiz gebelik olgusu gebeliğinin 23. haftasında düzenli uterin kontraksiyonları olduğu için hastaneye yatırıldı. Yapılan spekulum muayenesinde nitrazin testi pozitifdi, vajen kültürü alındı. Serviksin dört cm dilate olduğu izlendi. Olguya yatak istirahati önerildi, IV ritodrin tokolizi başlandı ve proflaktik olarak 3 gr/gün amoksisilin+ klavulanik asit IV başlandı. Klinik ve laboratuvar olarak enfeksiyon bulguları yönünden takip edildi. Tedaviye rağmen 24.saatde doğan 650 gr erkek fetus doğumdan sonraki birinci saatde eksitus oldu. Doğum sırasında ve sonrasında ritodrin tokolizine devam edildi. Vajen %10 iyot solüsyonu ile yıkanarak aseptik koşullarda umbilikal kord serviks internal os hizasından ipek sutur ile bağlanarak kesildi. Takipte ultrasonografi ile servikal açıklığın iki cm, uzunluğun ise üç cm olduğu izlendi. Kesin yatak istirahati önerilen olgu günlük hemoglobin düzeyi ve ateş ölçümü, 3 gr/gün p.o. amoksisilin+ klavulanik asit, ritodrin tokolizi ve fetal kalp atımı ile takip edildi. Haftada bir 12 mg betamethason 24 saat ara ile uygulandı. Vajen kültüründe üreme olmayan olgunun antibiyotik proflaksisine rağmen tedavinin 24. gününde beyaz küre düzeyleri 18000/mm³e ve ateşi 38.5°C'ye kadar yükseldi, tedaviye gentamisin 240 mg/gün eklenerek devam edildi. Otuzdördüncü günde olgunun beyaz küre değeri 11000/mm³ olduğunda tedavi sadece 3gr/gün amoksisilin+ klavulonik asit ile sürdürüldü. Kırksekizinci günde servikal açıklığı 6 cm olan ve 29 hafta beş günlük gebeliği olan olgudan abdominal yolla 1850 gr fetus 1. dakika Apgar

skoru 8 olarak doğurtuldu. Yoğun bakımda sepsis açısından 14 gün tedavi gören fetus 21 günlük iken 2100 gr olarak taburcu edildi.

Tartışma

Multifetal gestasyonlarda ilk bebeğin doğumunu takiben ikinci bebeğin gecikmiş doğumu nadir izlenen bir durumdur ve bu durumda gebeliğin devamı için çaba gösterme kararı gestasyonel yaş ve intrauterin enfeksiyonun olmaması durumunda verilmelidir (3). Geleneksel olarak ikinci bebeğin de durumunun umutsuz olduğu görüşü ile doğumu durduracak önlemlerin alınması bir yana indüksiyon ile doğum hızlandırılmaktadır (4).

Son dönemde literatürde artan sayıda yayında yatak istirahati, servikal serklaj, tokolitik tedavi, proflaktik antibiyotik ve kortikosteroidlerin değişik şekillerde kombinasyonu ile ikinci fetusun doğumunun 5-131 gün (ortalama 50.3 gün) geciktirilebildiği belirtilmektedir (4-10). Bizim çalışmamızda bu süre 4-50 gün (median 35 gün) olarak bulunmuştur.

Bizim serimizde üç olguda spontan membran ruptürünü takiben ikisinde ilk 24 saatde, birinde üçüncü günde ilk fetus doğdu. Yapılan çalışmalarda ikiz gebeliklerin %1.37'sinde 26. gebelik haftasından önce spontan membran ruptürü geliştiği (11) ve diğer multifetal gebeliklerde de insidansın benzer olduğu belirtilmektedir (12). Yine bu çalışmaların sonuçları, bizim serimizle uyumlu olarak, ortalama 1.1 günlük bir latent periodu takiben membranları ruptüre olan fetusun doğduğunu ve bunu da çoğunlukla diğer fetusun doğumunun izlediğini ortaya koymaktadır (12).

Yapılan tüm çalışmalardaki ortak tavır ilk bebeğin doğumunu izleyen dönemde yatak istirahati, indometasin (13), oral yoldan kalsiyum kanal blokörleri (4) ve çoğunlukla da terbutalin veya ritodrin (4-12) gibi tokolitik ajanların kullanımı, vajenin iyotlu solüsyonlarla yıkanmasını takiben umbilikal kordu servikse olabildiğince yakın bağlamak ve antibiyotik tedavisi uygulamak şeklindedir (11-14). Bizim serimizde üç olguya proflaktik ve terapotik amaçlı tokoliz uygulanmıştır. Çalışmamızda vajinal kültür sonucunda patolojik mikroorganizma üremeyen üç olguya servikal serklaj yapılırken E.coli üreyen bir olguda antibiyotik tedavisi uygulandı. Literatürde yer alan üç çalışmada vajinal kültürde E.coli, beta hemolitik streptokok ve Klebsiella izolasyonuna rağmen tedaviye devam edildiği izlenmektedir (2, 5, 8).

Servikal serklaj ve kortikosteroid uygulanması tedavinin en çok tartışılan bölümüdür. Bazı yazarlar korioamnionit ve erken membran ruptürüne yol açması nedeniyle serklaj uygulamasına karşı çıkarken (5, 15) diğer çalışmalarda servikal serklaj yapılması gerekliliği belirtilmektedir (1, 3, 4, 6-14). Bir çalışmada servikal serklaj yedi vakada uygulanmış ve bunların bir tanesinde korioamnionit

gelişmiştir (17). Literatürde yer alan bir derlemede ise doğumu bir aydan daha fazla süre geciktirilebilmiş olgularla bir aydan önce doğum yapan olgular arasında servikal serklaj oranları benzer olarak izlenmektedir (4). Diğer çalışmalarda servikal serklaj uygulanan grupta ortalama interval 68.3 gün iken (7, 9) uygulanmayan grupta 53.9 gün olarak belirtilmiştir (10, 17).

Çalışmamızda 25. gebelik haftasından itibaren tüm olgulara haftalık kortikosteroid uygulanmıştır. Kortikosteroid uygulanmasının 24. gebelik haftasından küçük fetuslarda ve multifetal gestasyon olgularında yararı kesin kanıtlanamamış olmakla birlikte (4) literatürde erken membran ruptürü olan fetuslarda (16) ve multifetal gestasyon olgularında 24. gebelik haftasından sonra ikinci fetusun doğumunun geciktirildiği hallerde uygulanmasına ait örnekler mevcuttur (2, 5).

Tüm çabamıza rağmen uterusu kalan beş fetustan ancak biri yenidoğan dönemini sağlıklı geçirmiştir. Başarı şansımız %20 olmakla birlikte doğumun geciktirilmesinde median süremiz 35 gündür. Sunulan olgulardaki fetal ölümlerin ana sebebi prematüredir. Ayrıca uzatılmış doğum başarısını etkileyen ve yenidoğan sepsisine yol açabilen korioamnionit açısından olguların yakın takip edilmesi gerektiği de çeşitli çalışmalarda belirtilmektedir (14). Çalışmamızda geciktirilmesi en kısa süren ve yenidoğanda sepsis izlenen olgu, vajinal enfeksiyonu olan olgudur.

Daha önce yapılan çalışmalarda ortalama geciktirilme süresi 50.3 (range 5-131), başarı şansı %79 olarak sunulmaktadır (5-10, 4). Ancak bu olgu sunumlarında çoğunlukla başarılı olgular yayımlandığından derlemelerdeki sonuçlar taraflıdır. Bu savı destekleyen bir bulgu Porreco ve ark. tarafından yayınlanmıştır (14). Yaptıkları çalışmada ilk fetusu 19-29. haftalar arasında doğan 59 ikiz gebelik olgusundan yalnızca 16 tanesinin (%27) doğumun geciktirilmesine uygun olduğu ve bunların da %43'ünde obstetrisyenin çaba gösterdiğini bulmuşlardır (14). Uygun tüm ikiz gebelik olgularında ikinci fetusun doğumunun geciktirilmeye çalışıldığı bir başka çalışmada ise başarı şansı %37.5 olarak bildirilmektedir (16).

Sonuç olarak, vajinal enfeksiyonu olmayan, tokolizi tolere edebilecek durumda olan multifetal gebeliklerde ilk bebeğin doğumunu takiben diğer bebeklerin doğumunun geciktirilmeye çalışılması, yaşayabilirlik sınırında olan olgularda sağlıklı gebelik ve sağlıklı bebek doğumu ile sonuçlanabilir.

KAYNAKLAR

1. Minakami H, Honma Y, Izumi A. Emergency cervical cerclage after the first delivery in a twin pregnancy with dichorionic placenta. Am J Obstet Gynecol 1995 July; 345-6.
2. Wittmann BK, Farquharson D, Wong GP. Delayed delivery of second twin. Report of four cases and review of the literature. Obstet Gynecol 1992; 79: 260-3.

3. Beinder E, Lang N. Delayed interval delivery in a twin pregnancy with monochorionic placenta. *Am J Obstet Gynecol* 1997 Jan; 254.
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. De Jong MW, Pinas IM, Van Eijck J. Delayed interval delivery after intrauterine infection and immature birth of twin: A case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1995; 63: 91-4.
6. Paine JM, Paine BM, Washington J. Intentional delay of after coming siblings: A report of two cases. *J Reprod Med* 1994; 39: 733-7.
7. Simpson CW, Olatunbosun OA, Baldwin VJ. Delayed interval delivery in triplet pregnancy: Report of a single case and review of the literature. *Obstet Gynecol* 1984; 64: 8-11.
8. Kurzel RB, Ott H. Cerclage, tocolysis and antibiotics for premature rupture of the membranes in previable twins: A case report. *J Reprod Med* 1992; 37: 288-90.
8. Cardwell MS, Caple P, Baker CL. Triplet pregnancy with delivery on three separate days. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 448-9.
10. Sakala EP, Branson B. Prolonged delivery –abortion interval in twins and triplet pregnancies. *J Reprod Med* 1987; 32: 79-81.
11. Mercer BM, Crocker LG, Pierce F. Clinical characteristics and outcome of twin gestation complicated by preterm premature rupture of membranes. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1467-73.
12. Arias F. Delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 1233-7.
13. Berghella V, Davis GH, Macones GA. Prolongation of pregnancy and survival of remaining fetuses after operative evacuation of one triplet at 18 weeks gestation. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 665-6.
14. Porreco RP, Sabin ED, Heyborne KD. Delayed-interval delivery in multifetal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 20-3.
15. Long MG, Gibb DMF, Kempley S. Retention of the second twin: A viable option. *Br J Obstet Gynecol* 1991; 98: 1295-9.
16. Kurzel RB, Kovacs BW, Goodwin JM. Delivery of previable twins: when to attempt delay of delivery of the second twin. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 413.
17. Brion L, Alexander S, Clerex A. Fetal ureaplasma infection in second twin born 60 days after delivery of the first in a patient with recurrent spontaneous abortion- a case report. *J Perinat Med* 1986; 14: 201-4.

Geliş Tarihi: 15.06.2001

Yazışma Adresi: Dr.Eray ÇALIŞKAN
SSK Ankara Kadın Hastalıkları ve
Doğum Eğitim Hastanesi, ANKARA
E-Posta: eray68@hotmail.com