

ÇOĞUL GEBELİKLER

Mehmet ÇELİK¹

GİRİŞ

Son yıllarda, ilerleyen anne yaşı ve üreme tekniklerinin kullanımının artması nedeniyle çoğul gebelik insidansında belirgin artış gözlenmektedir. İkiz gebeliklerin yaklaşık %50'si; üçüz ya da daha fazla sayıda olanların ise çoğu erken ya da düşük doğum ağırlıklı dünyaya gelmektedir. İkizlerde perinatal ölüm oranı tekil gebeliklerden 5-10 kat daha fazladır. Çoğul gebelikler aynı zamanda artmış düşük insidansının yanı sıra çeşitli fetal ve maternal komplikasyonlar açısından da artmış risk taşırlar. Çoğul gebelikler antepartum dönemde daha fazla gözetim gerektiren yüksek riskli gebelikler olup ileri merkezlerde doğum planlanmalıdır (1).

İkiz Gebelik Tipleri

İkiz gebelikler iki ayrı ovumun döllenmesiyle (dizigotik) veya tek bir ovumun bölünmesiyle (monozigotik) oluşabilir. Koryonisite, plasantanın özelliğini; zigosite ise gebeliğin oluşumundaki zigot sayısını tanımlar. İkiz gebelikler zigosite açısından monozigotik veya dizigotik olabilir ve yaklaşık 2/3'ü dizigotik, 1/3'ü monozigotiktir. Koryonisite açısından ise dikoryonik-diamniyotik, monokoryonik-diamniyotik veya mono-

koryonik-monoamniyotik olabilirler. Dizigotik ikizlerin tamamı, dikoryonik-diamniyotiktir. Dikoryonik ikiz gebeliklerde plasentalar farklı yerlerde yerleşebileceği gibi füzyone tek plasenta şeklinde de görülebilir.

Genel olarak her 250 canlı doğumda 1 monozigot ikiz gebelik görülmekte ve dünya üzerinde farklı coğrafyalarda bu oran anlamlı değişiklik göstermemektedir. Tüm ikiz gebeliklerin %70'i dizigotik, %30'u monozigotiktir. Monozigotiklerin ise yaklaşık %33'ü dikoryonik-diamniyotik, %66'sı monokoryonik-diamniyotik ve %1 kadarı da monokoryonik-monoamniyotiktir (2).

İkiz Oluşumunu Etkileyen Faktörler

Dizigotik gebeliklerin sıklığı monozigotiklerden farklı olarak değişik popülasyonlara ve aşağıda belirtilen birtakım faktörlere göre değişiklik gösterebilmektedir :

Maternal yaş ve gebelik sayısı: Artmış anne yaşı ve yedi üzeri gebelikte ihtimal artar (3).

Etnik orjin: Kuzey Amerika'da beyazlarda bu oran 1000 canlı doğumda 7,1 iken; siyahlarda bu oran 11,1 /1000 olarak saptanmıştır. Örneğin Nijerya'da 49/1000, Japonya'da yaklaşık 1,3/1000'dir (4). Ülkemizde ise bu oranın yaklaşık 11/1000 olduğu tahmin edilmektedir.

¹ Uzm. Dr. Mehmet ÇELİK, Mersin Şehir Hastanesi Perinatoloji Bölümü mdmehmetcelik@hotmail.com



planlı vajinal doğum ve planlı sezaryen arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu nedenle obstetrisyenin tecrübeli olması halinde bu gebeliklerde planlı vajinal doğum düşünülebilir (17). Daha önce tek bir aşağı transvers insizyonlu sezaryen öyküsü olan ve bunun haricinde vajinal doğum için kontraendikasyon olmayan ikiz gebeliklerde vajinal doğum eylemi denenebilir (17). Doğum

sırasında internal fetal manipulasyon veya acil sezaryen gerekebilir. Çoğul gebeliği olan kadınlar atoni, postpartum kanama ve acil histerektomi açısından risk altındadır. Noroaksiyel analjezi uygulanması çoğul gebeliklerde operatif vajinal doğumu, eksternal veya internal sefalik versiyonu ve total makat ekstraksiyonunu kolaylaştırır (17).

BİLİNMESİ GEREKEN ÖNEMLİ NOKTALAR

1. Monozigotik ikiz frekansı 1/250 evrensel olarak sabittir.
2. Dizigotik ikizler: İkizlerin %70 ini oluştururlar, ferkansları; ırk, heredite, maternal yaş, parite, beslenmeye bağlı olarak değişir.
3. Gebelik başına düşen fetüs sayısı arttıkça erkek fetüs yüzdesi azalır.
4. Yapışık ikizler en sık görüleni torakopagustur.
5. Vasküler anastomozlar monokoryonik ikiz plasentasında olur.
6. Vasküler anastomozların en sık görüleni arter-arter, en önemlisi arter-ven anastomozlardır.
7. Karşıt cinsiyetteki ikizler neredeyse her zaman dizigotiktir.
8. TTTS Quintero evreleme sistemiyle sınıflandırılır.
9. Somatik mutasyonlar ve kromozom aberasyonlarına bağlı olarak monozigotik bir ikiz gebeliğin karyotip ve fenotipi farklı olabilir.
10. Koryonisitenin sonografik olarak en iyi tespit edileceği zaman, dikoryonik ikizlerin koryonik keseleri arasında kalın bir septumun görüldüğü gestasyonun 6-10. haftalarıdır.vw

KAYNAKLAR

1. Sherer DM. Adverse perinatal outcome of twin pregnancies according to chorionicity: review of the literature. Am J Perinatol 2001; 18: 23-37.
2. Moore KL: The placenta and fetal membranes. In Moore KL: The developing Human: Clinically Oriented Embryology, 4 th ed. Philadelphia, WB saunders, 1988, pp. 104-130.
3. Martin JA, Park MM. Trends in twin and triplet births: 1980-1997. National Vital Statistics Reports 1999; 47: 1-15.
4. Crane JP. Sonographic evaluation of multiple pregnancy. Seminars in US CT MR 1984; 5: 144-56.
5. White C, Wyshak G. Inheritance In Human Dizygotic Twinning. N Engl J Med 1964; 271: 1003-5.
6. Rothman KJ. Fetal loss, twinning and birth weight after oral-contraceptive use. N Engl J Med 1977; 297: 468-71.
7. Chow JS, Benson JB, Racowsky C, Doubilet PM, Ginsburg E. Frequency of a monochorionic pair in multiple gestations: Relationship to mode of conception. J Ultrasound Med 2001; 20: 757-60.
8. Victoria A, Mora G, Arias F. Perinatal outcome, placental pathology, and severity of discordance in monochorionic and dichorionic twins. Obstet Gynecol 2001; 97: 310-5.
9. Stenhouse E, Hardwick C, Maharaj S, Webb J, Kelly T, Mackenzie FM. Chorionicity determination in twin pregnancies: how accurate are we? Ultrasound Obstet Gynecol 2002; 19: 350-2.
10. Bromley B, Benacerraf B. Using the number of yolk sacs to determine amniocity in the early first trimester monochorionic twins J Ultrasound med 1995; 14: 415-9.
11. Conde-Agudelo A, Belizan JM, Lindmark G. Maternal morbidity and mortality associated with multiple gestations. Obstet Gynecol 2000;95:899-904.
12. Lynch A, McDuffie R Jr, Murphy J, Faber K, Orleans



- M. Preeclampsia in multiple gestation: the role of assisted reproductive technologies. *Obstet Gynecol* 2002;99:445–51
13. Sibai BM, Hauth J, Caritis S, Lindheimer MD, MacPherson C, Klebanoff M, et al. Hypertensive disorders in twin versus singleton gestations. National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:938–42.
 14. Martin JA, Hamilton BE, Ventura SJ, Osterman MJ, Kirmeyer S, Mathews TJ, et al. Births: final data for 2009. *Natl Vital Rep* 2011;60:1–70.
 15. Dodd JM, Crowther CA. Reduction of the number of fetuses for women with a multiple pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD003932. DOI: 10.1002/14651858.CD003932.pub2.
 16. Eddleman KA, Stone JL, Lynch L, Berkowitz RL. Selective termination of anomalous fetuses in multifetal pregnancies: two hundred cases at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187:1168–72.
 17. ACOG 2015. Practice bulletin No 144: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and High-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol* 2014;123:1118–28.
 18. Ness A, Visintine J, Ricci E, Berghella V. Does knowledge of cervical length and fetal fibronectin affect management of women with threatened preterm labor? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:426.e1–7.
 19. Sebire NJ, D'Ercole C, Hughes K, Carvalho M, Nicolaides KH. Increased nuchal translucency thickness at 10–14 weeks of gestation as a predictor of severe twin-to-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 1997;10:86–9.
 20. Agarwal K, Alfirevic Z. Pregnancy loss after chorionic villus sampling and genetic amniocentesis in twin pregnancies: a systematic review. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;40:128–34.
 21. Talbot GT, Goldstein RF, Nesbitt T, Johnson JL, Kay HH. Is size discordancy an indication for delivery of preterm twins? *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1050–4.
 22. Yinon Y, Mazkereth R, Rosentzweig N, Jarus-Hakak A, Schiff E, Simchen MJ. Growth restriction as a determinant of outcome in preterm discordant twins. *Obstet Gynecol* 2005;105:80–4.
 23. Alexander GR, Kogan M, Martin J, Papiernik E. What are the fetal growth patterns of singletons, twins, and triplets in the United States? *Clin Obstet Gynecol* 1998;41:114–25.
 24. Stamilio DM, Fraser WD, Moore TR. Twin-twin transfusion syndrome: an ethics-based and evidence-based argument for clinical research. *Am J Obstet Gynecol* 2010;203:3–16.
 25. Van Gemert MJ, Umur A, van den Wijngaard JP, Van Bavel E, Vandenbussche FP, Nikkels PG. Increasing cardiac output and decreasing oxygenation sequence in pump twins of acardiac twin pregnancies. *Phys Med Biol* 2005;50:N33–42.
 26. Mackenzie TC, Crombleholme TM, Johnson MP, Schnauffer L, Flake AW, Hedrick HL, et al. The natural history of prenatally diagnosed conjoined twins. *J Pediatr Surg* 2002;37:303–9.