

16. BÖLÜM

ÇOĞUL GEBELİKLER

Dr. M. Ata TOPÇUOĞLU

Dr. Çağlar ÇETİN

GİRİŞ

İkiz gebelikler tüm gebeliklerin %1-2' sini oluşturmaktadır (Jones JM,1990). Son yıllarda ovulasyon indüksiyonu ve yardımcı üreme tekniklerinin yaygın olarak kullanılmasına bağlı olarak insidansında belirgin artış görülmüştür (Imaizumi Y,1998; Pugliese A,1994). Maternal ve perinatal morbidite oranları yüksek olduğundan çoğul gebelikler riskli gebeliklerdir. Perinatal mortalite ikiz gebeliklerde tekiz gebeliklere göre 5-6 kat fazla görülmektedir(Naeye RL,1978). Düşük apgar skoru, intrauterin gelişme kısıtlılığı, respiratuar distres sendromu, prematür doğum perinatal mortalite sebeplerindendir. Anemi, pre-eklamps, polihidramnios, hiperemesis gravidarum, abortus, erken membran rüptürü, postpartum atoni ise maternal komplikasyonlardır.

İKİZ OLUŞUMUNU ETKİLEYEN FAKTÖRLER

İrk

Çoğul doğumların sıklığı farklı etnik grup ve ırklarda belirgin değişiklik göstermektedir. Araştırmacılar Afrika kökenli Amerikalı kadınlarda en yüksek ikiz oranını, beyaz kadınlarda daha düşük ikiz oranını ve yine Nijerya'nın bir bölümünde

yüksek ikiz oranını (20 doğumda bir) saptamışlardır (Nylander, 1973).

Heredité

İkiz gebelik açısından anne soygeçmişi babadan daha önemlidir. White ve Wyshak (1964) kendisi dizigotik ikiz olan kadınların ikiz doğurma oranını 58 doğumda 1 olarak bulurken, eşi dizigotik ikiz olan kadınların ikiz doğurma oranını 116 doğumda 1 olarak bulmuşlardır.

Maternal Yaş

Maternal yaş dizigotik ikiz gebelik için risk faktörüdür. 15-37 yaş grubunda 4 kat artış göstermektedir. Maternal yaş arttıkça çoğul gebelik hızı artmaktadır. Bunun sebebi yardımcı üreme tekniklerinin ileri yaştaki kadınlarda daha sık kullanılmasıdır (Ananth, 2012).

Parite

Nijerya'da yapılan 2 yıllık bir çalışmada Oluşanya (2012), primparlar ile karşılaştırıldığında paritesi 4 veya daha az olanlarda çoğul gebeliğin 8 kat arttığını, paritesi 5 veya üzerinde olanlarda 20 kat arttığını tespit etmiştir.

Beslenme

Kilolu ve uzun boylu kadınların, kısa ve kötü beslenmiş kadınlara oranla %25-30 oranında

öldükten sonra yaşayan fetus zaman kaybetmeden doğurtulmalıdır.

ÇOĞUL GEBELİKLERDE DOĞUM

Çoğul gebeliklerin travayı esnasında ciddi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Umbilikal kord prolapsusu, plasenta dekolmanı, acil operatif doğum, uterin atoni sebebiyle postpartum kanama bunlardan bazılarıdır. Bu yüzden çoğul gebelik travay takibinde belirli önlemleri almak gerekir. Öncelikle fetusların pozisyonu ve önde gelen kısmı ultrasonografi ile belirlenmelidir(ACOG, 2011). Bu değerlendirme sonrasında vajinal doğum veya sezeryan doğum kararı verilir.

Doğum Şekli

İkiz gebelik tek başına sezeryan endikasyonu değildir. Doğum şeklinin belirlenmesinde ultrasonografik olarak belirlenen fetal prezentasyonun önemi büyüktür. Fetal pozisyon ne olursa olsun fetusun pozisyon değiştirme ihtimaline karşı ikinci fetusun doğumu için hazırlıklı olunmalıdır. Baş-baş gelişlerde genellikle vajinal doğum düşünülmelidir. Ancak önde gelen fetus baş değilse sıklıkla sezeryan doğum planlanmalıdır(Peace-man AM,2009; Rossi AC,2011). Monoamniyotik gebeliklerde ilk fetusun doğumu sırasında meydana gelebilecek kordon komplikasyonlarından kaçınmak için sezeryan ile doğum gerekebilir. 32. Gebelik haftasından sonra diamniyotik ikiz gebeliklerde ilk fetusun önde gelen kısmı baş olmak şartıyla, deneyimli obstetrisyenler eşliğinde ikinci fetusun prezentasyonuna bakmaksızın internal podolik versiyon da düşünülerek normal doğum planlanabilir.

Doğum Zamanlaması

Komplikasyonsuz dikoryonik diamniyotik ikiz gebelikler 38. haftada

Komplikasyonsuz monokoryonik diamniyotik ikiz gebelikler 34-37 6/7 hafta arasında

Komplikasyonsuz monoamniyotik gebelikler 32-34. Gebelik haftalarında doğurtulmalıdır.

Selektif Redüksiyon ve Selektif Sonlandırma

Yüksek sayılı çoğul gebeliklerde fetus sayısının azaltılması kalan fetusların sağ kalımını artırmaktır. Bu amaçla selektif redüksiyon ve selektif sonlandırma işlemleri yapılabilmektedir.

Selektif redüksiyon erken gebelik haftalarında yapılan bir girişimken, selektif sonlandırma daha ilerleyen haftalarda yapılan müdahaledir.

KAYNAKLAR

1. American College of Obstetricians and Gynecologist. Special problem of multiple gestation. Int Gynecol Obstet 1999; 64: 323-33.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists: Ultrasonography in pregnancy. Practice Bulletin No. 101, February 2009, Reaffirmed 2011
3. Ananth CV, Chauhan SP: Epidemiology of twinning in developed countries Semin Perinatol 36:156, 2012
4. Bajoria R, Wee LY, Anwar S, Ward S. Out- come of twin pregnancies complicated by sin- gle intrauterine death in relation to vascular anatomy of the monochorionic placenta. Hum Reprod 1999;14(8):2124-30.
5. Bajoria R, Kingdom J. The case for routine de- termination of chorionicity and zygosity in mul- tiple pregnan- cy. Prenat Diagn 1997;17(13): 1207-25.
6. Beemsterboer SN, Homburg R, Gorter NA, et al : The paradox of declining fertility but increasing twinning rates with advancing maternal age. Hum Reprod 21: 1531, 2006
7. Benirschke K . Multipl gestation: incidence,etiology and inheriance Maternal -fetal medicine : principles and practice 4th edition WB Saunders p,585-615
8. Bermúdez C, Becerra CH, Bornick PW, Allen MH, Arroyo J, Quintero RA. Placental types and twin-twin transfusion syndrome. Am J Ob- stet Gynecol 2002;187(2):489-94.
9. Blickstein I, Perlman S: Single fetal deathin twin gestati- on. J Perinat Med 41:65,2013
10. Bonilla-Musoles F, Machado LE, Raga F, Os- borne NG. Fetus acardius: two- and three-di- mensional ultraso- nographic diagnoses. J Ultrasound Med 2001;20:1117-27.
11. Brady PC, Correia KF, Missmer SA, et al: Early B-hu- man chorionic gonadotropin trends in vanishing twin pregnancies. Fertil Steril 100(1):116,2013
12. Elliott JP: Preterm labor in twins and high-order multip- les. Clin Perinatol 34:599,2007
13. Filly RA, Goldstein RB, Callen PW. Monochorionic twinning: sonographic assessment. AJR Am J Roentge- nol 1990; 154: 459-69
14. Fox C, Kilby MD, Khan KS. Contemporary treatments for twin-twin transfusion syndrome. Obstet Gynecol 2005;105(6):1469- 77.
15. Giuffre M, Piro E, Corsello G: Prematurity and twin- ning, J Matern Fetal Neonatal Med 25(53):6, 2012
16. Hecher K, Ville Y, Nicolaides KH. Color Doppler ult- rasonog- raphy in the identification of communicating vessels in twin- twin transfusion syndrome and acardiac

- twins. *J Ultrasound Med* 1995; 14:37-40
17. Hibbeln JF, Shors SM, Byrd Se: MRI: is there a role in obstetrics? *Clin Obstet Gynecol* 55(1): 352,2012
 18. Imaizumi Y. A comparative study of twinning and triplet rates in 17 countries 1992-1996. *Acta Genet Med Gemellol* 1998; 47: 10-14.
 19. Jones JM, Sbarra AJ, Cetrulo CL. Antepartum management of twin gestation. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 32-41.
 20. Joseph KS, Marcoux S, Ohlsson A, Liu S, Allen AC, Kramer MS, et al. Changes in stillbirth and infant mortality associated with increases in preterm birth among twins. *Pediatrics* 2001; 108: 1055-61
 21. Koç A. Çoğul gebelikler. Bektaş S, Demir N, Koç A, Yüksel A editörler. *Obstetrik Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji*. 1. baskı. Ankara: MN Medikal & Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. p.1127.
 22. Kochenour NK. Obstetric management of multiple gestation. In: Fanaroff AA, Martin RJ eds. *Neonatal-perinatal medicine disease of the fetus and infant*. 7th ed. Missouri: Mosby; 2002. p.325-8.
 23. Kogan MD, Alexander GR, Kotelchuck M: Trends in twin birth outcomes and prenatal care utilization in the United States, 1981-1997. *JAMA* 283:335,2000
 24. Kulkarni AD, Jamieson DJ, Jones HW Jr, et al: Fertility treatments and multiple births in the United States. *N Engl J Med* 369(23): 2218, 2013
 25. Lewi L, Deprest J, Hecher K: The vascular anastomoses in monochorionic twin pregnancies and their clinical consequences. *Am J Obstet Gynecol* 208(1):19,2013
 26. Machin GA, Feldstein VA, van Gemert MJ, Keith LG, Hecher K. Doppler sonographic demonstration of arterio-venous anastomosis in monochorionic twin gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2000; 16: 214-7
 27. Malinowski W Vey early and simple determination of chorionic and amniotic type in twin gestation by high frequency transvaginal ultrasonography *Acta Genet Med Gemellol* 1997 ; 46(3) 167-173
 28. Miller J, Chauhan SP, Abuhamad AZ: Discordant twins: diagnosis, evaluation and management. *Am J Obstet Gynecol* 206(1):10,2012
 29. Monteagudo A Timor Trisch IE Sharma S Early and simple determination of chorionic and amniotic type in multifetal gestations in the first fourteen weeks by high-frequency transvaginal ultrasonography *Am J Obstet Gynecol* 1994 170(3): 824-9
 30. Moore KL, Persaud TVN. The placental and fetal membranes in the Developing Human-clinical Embriology – 5th edition -1993 W.B Saunders Company Philadelphia
 31. Morikawa M, Yamada T, et al: Prospective risk of stillbirth: monochorionic diamniotic twins vs dichorionic twins *J Perinat Med* 40:245, 2012
 32. Multifetal Gestation: Twin, triplet and high order multifetal pregnancies. *ACOG Practice Bulletin No 144*. *Obstet Gynecol* 2014; 123:1118-28.
 33. Naeye RL, Tafari N, Judge D. Causes of perinatal death in 12 United State cities and one African city. *Am J Obstet Gynecol* 1978; 131: 267.
 34. Nylander PP: Serum levels of gonadotropins in relation to multiple pregnancy in Nigeria. *BJOG* 80:651, 1973
 35. Peaceman AM, Kuo L, Feinglass J: Infant morbidity and mortality associated with vaginal delivery in twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 200(4):462. EL, 2009
 36. Pretorius DH, Mahony BS: Twin gestations. In Nyberg DA, Mahony BS, Pretorius DH, (eds): *Diagnostic ultrasound of fetal anomalies: Text and Atlas*. Chicago, Year Book Medical Publishers, 1990, pp. 592-622
 37. Pugliese A, Arsieri R, Patriarca Y, Spogrolo A. Incidence and neonatal mortality of twins. Italy 1981–90. *Acta Genet Med Gemellol* 1994; 43: 139-44.
 38. Rossi AC, Mullin PM, Chmait RH: Neonatal outcomes of twins according to birth order, presentation and mode of delivery: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 118(5):523,2011
 39. Sebire NJ, Snijders RJ, Hughes K, Sepulveda W, Nicolaides KH. The hidden mortality of monochorionic twin pregnancies. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 1203-7.
 40. Simpson LL: Ultrasound in twins: dichorionic and monochorionic. *Semin Perinatol* 37(5):348, 2013
 41. Slaghekke F, Kist WJ, Oepkes D, et al. Twinanemia-poly-cythemia sequence: diagnostic criteria, classification, perinatal management and outcome. *Fetal Diagn Ther*. 2010;27: 181–190.
 42. Spellacy WN: Multiple pregnancies. In Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN (eds): *Danforth's Obstetric and Gynecology*, 7th ed. Philadelphia, JB Lippincott, 1994, pp 333-41.
 43. Talauliker VS, Arulkumaran S: Reproductive outcomes after assisted conception. *Obstet Gynecol Surv* 67(9):566,2012
 44. 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