

İkiz Gebelikte Bir Fetüsün Düşüğünden Sonra Dört Hafta Süren Gebelik Pregnancy Lasting Four Weeks After Miscarriage of One Fetus in a Twin Pregnancy

Şenol Şentürk¹, Gülşah Balık², Mehmet Kağıtçı^{1*},

¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD Rize/ Türkiye

²Avrasya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Trabzon/ Türkiye

Anahtar Kelimeler: Abort, Çoğul gebelik, gebelik, ikiz gebelik, preterm

Sorumlu Yazar:

Mehmet Kağıtçı

Adres: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi
Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum
AD Rize/ Türkiye

Tel: 0505 316 28 90

E-mail: mehmetkagitci1@hotmail.com

Başvuru Tarihi:24.12.2022

Kabul Tarihi:20.02.2023

Özet

İkiz gebeliklerin görülme oranının artmasıyla, maternal ve fetal komplikasyonlar önemli sorun haline gelmiştir. Maternal anemi, preeklampsi ve hipertansiyon gelişme riskinin artışı maternal morbidite ve mortalitenin önemli nedenleri arasında sayılabilir. İntrauterin gelişme geriliği, preterm doğumlar ve fetö-fetal transfüzyon sendromu fetal morbidite ve mortalite artışına neden olabilirler. Günümüzde multifetal ve ikiz gebeliklerin daha sık görülmesiyle spontan veya transvaginal yolla multifetal gebelik redüksiyon oranı da artış göstermiştir. Bu vaka sunumumuzda , ikiz gebelikte fetüslerden biri abort etse dahi diğer fetüsün uygun tedavi ile viabilite sınırına kadar getirildiği bir vakayı sunuyoruz. Vakamızda dikoryonik diamiyotik ikiz gebelik 20. gebelik haftasında spontan fetal redüksiyon sonrası kalan fetüste gebeliğin dört hafta daha sürdüğünü ve gebeliğin 24. Haftasında spontan vaginal

Giriş

Çoğul gebeliklerin; tüm doğumlardaki sıklığı yaklaşık %1-2 oranındadır. Özellikle son 20 yılda üreme tekniklerinin uygulanışının artmasıyla çoğul gebeliklerin arttığı gözlenmiştir.

Üreme tekniklerinin kullanımıyla özellikle dizigotik ikiz oranının arttığı ve %20 oranında görülebileceği bildirilmiştir (1).

İkiz gebeliklerin %30'dan biraz fazlası monozigot ikiz gebelik iken yaklaşık %70 kadarı dizigotiktir. Dizigotik ikiz gebelik anne tarafından otozomal resesif geçişliken, babanın genetik yapısının önemi yoktur. Dizigotik ikiz gelişiminde paritenin önemi yokken; anne yaşının 35-45 yaşları arasında olması dizigotik ikizlik gelişiminde rol oynar. İkiz gebelik gelişiminde; boy ve ağırlığın pozitif etkisi vardır. Kan grubu A ve 0 olan kadınlarda, poliovulasyon durumlarında, gestasyonel yaşın 35-45 arası olması durumunda, oral kontraseptif kullanımının ani kesilmesi ve üreme tekniklerinin kullanılması sonucu ikiz gebeliklere rastlanma oranı arttırmıştır. Oral kontraseptif kullanımının ani kesilmesi durumunda, gonodotropinlerin artışının ikiz gebeliğe neden olabileceği düşünülmüştür. Ovulasyon indüksiyonu için klomifen sitrat ve GnRh analoglarının kullanımı da ikiz gebelik riskini arttırabilir ve klomifen sitrat kullanımıyla %5-10 oranında ikiz gebelik görülebileceği bildirilmiştir (2).

İkiz gebeliklerde fetal ve maternal morbidite ve mortalitenin artması önemli bir sağlık problemidir. İkiz gebeliklerde perinatal mortalitenin tekil gebeliklere kıyasla 5-10 kat artabileceği gösterilmiştir. Preterm doğum, yapısal ve kromozomal anomalilerin artışı, fetal gelişme geriliği perinatal mortalite artışının önemli nedenleri arasında sayılabilir. Ayrıca ikiz gebeliklerde konjenital anomali görülme riski tekil gebeliklere kıyasla 3 kat fazla görülmüştür (3).

İkiz gebeliklerde; maternal anemi gelişimi, fetüslerin gelişimi için daha fazla beslenme gereksinimi sonucu kilo artışının daha fazla olması ve beraberinde preeklampsi ve hipertansiyon riskinin artışı, kardiyovaskular, renal ve kas-iskelet sistemi stresinin artışı, uterin atoni ve kanama riskinin artışı, idrar yolu enfeksiyonu gelişiminin ve plasenta previa görülme oranlarının artması morbidite ve mortalite için önemli risk faktörleridir (4).

Günümüzde; çoğul gebeliklerin özellikle ikiz gebeliklerin oranının artışıyla ikiz gebeliklerde bir gebeliğin sonlanması daha sık görülür hale gelmiş ve nedenleri ve devam eden gebelik üzerindeki etkilerini araştırma gereksinimi doğmuştur. Irklara ve coğrafik bölgelere göre farklılık saptanmış olsa da genel olarak; 12. gebelik haftası öncesi ikiz gebelik oranı %3,29- 5,39 oranında saptanırken bu olguların % 20'sinde bir gebeliğin spontan kaybolabileceği gösterilmiştir ve kaybolan ikiz olarak tanımlanmıştır (5).

Maternal riskler dışında ırk ve coğrafik özelliklerin göz önüne alındığı çalışmalarla kaybolan gebeliğin neden olabileceği komplikasyonlar ve etyo-patogenezi araştırılmaktadır.

Vaka Sunumu

36 yaşında nullipar kadın ve 40 yaşındaki eşi 5 yıllık infertilite sonrası spontan gelişen ve son adet tarihine göre 20. gestasyonel haftasında olan ikiz gebelikte erken doğum eyleminin başlaması üzerine kliniğe hospitalize edildi.

Öz geçmişinde; 5 yıl önce gebeliğin 10. Haftasında tedaviyle geçirilmiş abortus imminens ve 1 yıl önce histeroskopik polipektomi öyküsü mevcuttu. Bilinen hipertansiyon, diyabetes mellitus tanısı ve sürekli ilaç kullanımı mevcut değildi. Aile anamnezinde diyabetes mellitus tanısı ve ikiz gebelik olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde TA:110/60 mm/Hg, kalp tepe atımı:85/dk ve nabız:85/dk saptandı. Acil olarak bakılan parmak ucu kan şekeri 75 mg/dl olarak bulundu. Yapılan obstetrik ultrasonografisinde her ikisi de 20. gebelik haftası ile uyumlu dikoryonik diamniotik ikiz gebelik mevcuttu. Amniotik kese tek taraflı olarak ileri derecede azalmıştı. Diğer amniotik kesenin amniotik sıvı indeksi normal idi. Vajinal muayenede aktif amniotik sıvı akışı izlendi. Serviks retropeze idi. Karında kontraksiyonları mevcut idi.

Hastanın takibinde bakteriyel vajinozis ve idrar yolu enfeksiyon varlığını tespit edebilmek amacıyla tam idrar tahlili ve idrar kültürü testlerinin de dahil edildiği tüm laboratuvar testleri yapıldı ve laboratuvar testlerinde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Ailenin tercihi ve ısrarlı olması üzerine doğum eylemini durdurmak amacıyla antibiyoterapi ve nifedipin ile tokoliz tedavisine başlandı. Ancak uterin kontraksiyonlarda gerileme olmadı ve kliniğe hospitalizasyonunun 5. saatinde fetüsün vajinal yolla doğumu gerçekleşti. Doğumdan sonra tek taraflı plasentası çıkarıldı. Hastanın genel durumunun iyi olması, takibinde vajinal kanama saptanmaması ve vital bulguların stabil seyretmesi üzerine hasta yoğun bakım servisinden çıkartılarak klinikte takibine devam edildi. Postpartum kanama sorunu yaşanmayan ve vital bulguları stabil sereden hastanın kendisinin ve ailesinin isteği üzerine onam formu alınarak kalan fetuste gebeliğin devamı için tedaviye başlandı. Klinikte, 10 gün yakın takip edilen hastaya antibiyoterapi olarak intravenöz seftriakson 1 gr 2x1gr ve metronidazol ampul 2x1gr ile kombine antibiyotik tedavisine başlandı. 10 gün hastanede takip edilen hastada hiçbir komplikasyon bulgusu (enfeksiyon, kanama vb.) izlenmemesi üzerine oral antibiyoterapi verilerek taburcu edildi. Haftada bir kontrole gelen hastada, maternal ve fetal herhangi bir patolojik bulgu saptanmazken; 24. gebelik haftasında erken doğum eylemi başlaması üzerine kliniğe hospitalize edildi. Nifedipin verilerek tokolize başlanmasına rağmen vaginal doğum gerçekleşti. 550 gr bebek baş geliş ile doğdu. Bebek yoğun bakıma alınmasına rağmen doğumundan 12 saat sonra ex oldu. Takibimizde maternal komplikasyon gelişmedi.

Hasta postpartum 3. Gün şifa ile taburcu edildi. Hastadan aydınlatılmış gönüllü onam formu alınmıştır.

Tartışma

İkiz gebeliklere rastlanma oranının 1/250 oranında olabileceği ve ikiz gebeliklerin 2/3'ünün üreme teknikleri kullanılmasıyla meydana gelebileceği bildirilmiştir. Çoğul gebelik gelişiminde; siyah ırk, maternal obesite, ileri yaş, Afrika gibi coğrafik bölgelerde yaşama gibi pek çok faktör etkili olabilmektedir.

Dizigotik ikiz görülme oranı monozigot ikiz görülme oranından fazladır ve monozigot ikizlerde konjenital malformasyonların daha sık olduğu gösterilmiştir. İkiz gebeliklerde; Preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği görülmesi dışında üriner sistem anomalileri, kardiyak patolojiler, spinal anomaliler abdominal duvar defektleri, santral sinir sistemi patolojileri, facial defektler, torasik duvar defektleri sıklığının arttığı görülmüştür. Yapılan farklı çalışmalar sonucunda ırk, coğrafik bölge, maternal özellikler etkilemiş olsa da; 32-34. gebelik haftalarında doğumun gerçekleştiği birçok ikiz gebelikte efüzyon ve hidrops gibi komplikasyonların varlığının esas neden olabileceği bildirilmiştir. Konjenital anomalilerin oranı her ırk, coğrafik bölgeye göre farklılık göstermiştir (6). İkiz gebeliklerde, konjenital anomalilerin gelişiminde maternal genetiğin 13-20% oranında; fetal genetiğin 11-35% oranında rol oynaması dışında çevresel faktörlerin etkili olması neden olarak gösterilmiştir (7).

İkiz gebeliklerde fetal anomali ve perinatal morbidite ve mortalitenin artmış olması nedeniyle ultrasonografi yapılmasına erken başlanması ve sık aralarla yapılması önerilmektedir. Bazı çalışma sonuçlarında, ilk trimesterde ultrasonografi yapılmaya başlanmasının ve 16- 20. gebelik haftası gibi sık aralıklarla ultrasonografi uygulanmasının önemli olduğu bildirilmiştir. Ultrasonografi yaparak fetal davranışların izlenmesinin, gelişebilecek bazı konjenital anomalilerle ilişkili olabileceğini gösteren çalışmalar vardır. Fetal davranış genetiği ile ilgili araştırmalarda fetüsün nörobiyolojik gelişiminin değerlendirilmesinde ve preterm doğumun tahmin edilmesinde; interfetal büyüme bozukluklarının gösterilmesinin önemli olduğu belirtilmektedir. Örneğin; fetal anormal kalp hızının saptanması fetal distressin göstergesi olabilir. Anormal fetal hareketlerin varlığı ile fetüs beyin disfonksiyonları arasındaki ilişki gösterilmiştir (8,9).

Üreme tekniklerinin uygulanması ile çoğul gebeliklerin artması transvaginal multifetal pregnancy reduction (MFPR) gibi yöntemleri önemli hale getirmiştir. Dikoryonik diamnionik ikiz gebeliklerde yapılan bir çalışmada; fetüsün birinin redüksiyon yapılarak diğer fetüsün

gelişimi ve fetüste gelişen komplikasyonlar takip edilmiş ve çalışmanın sonucunda; redüksiyon yapılan çalışma grup olgularında; redüksiyon yapılmayan dikoryonik diamnionik ikiz gebeliklere kıyasla prematur doğum riskinin ve intrauterin gelişme geriliğinin artmadığı ancak maternal hipertansiyon oranının arttığı görülmüştür. Hatta bazı çalışmalarda; MFPR uygulanmasıyla prematüre riskinin azalabileceği gösterilmiştir (10). Bu konuda yapılan birçok çalışmalar sonucunda; ikiz gebeliklerde ve multipl gebeliklerde fetal redüksiyon işleminin erken dönemde özellikle 6. gün ile 7. ve 8. gebelik haftası arasında yapılmasıyla kalan fetüste komplikasyon gelişmediği fakat 2. ve 3. trimesterde yapılan fetüs redüksiyonu ile kalan fetüste komplikasyon oranının arttığı ve kalan fetüste mortalitenin %1- 2 oranında olabileceği görülmüştür (11). İkiz gebeliklerde, spontan olarak bir fetüsün redüksiyonuna rastlanma oranı 20 yıl öncesine kıyasla daha fazla görülür hale gelmiştir. Retrospektif yapılan ve 972 ikiz gebeliğin dahil edildiği çalışmada; ikiz gebeliklerde spontan olarak uterusün kontraksiyon başlaması ve ardından membran rüptürü gelişimiyle fetüsün kaybının gebeliğin 20. Haftasından sonra gelişme oranının 3,3% olduğu bulunmuştur (12).

İkiz gebeliklerde; bir fetüsün spontan redüksiyonu sonrası kalan fetüste preterm doğum oranını araştıran bir çalışmada; preterm doğum oranları 37 gebelik haftası için 81,3% ve 32. gebelik haftası için 41,6% olarak saptanmış ve spontan redüksiyon olmayan her iki fetüsün doğduğu ikiz gebeliklerle karşılaştırıldığında preterm doğum oranının artmadığı izlenmiştir. Perinatal mortalite ise 31,3% olarak bulunmuştur. Farklı çalışma gruplarının sonuçlarında da; ikiz gebeliklerde spontan gelişen fetal redüksiyon oranı genel olarak 3,3-3,8 % olarak bildirilmiştir. Genel görüş; ikiz gebeliklerde spontan fetal redüksiyon sonrası kalan fetüste prognozu enfeksiyon gelişiminin belirlediğidir (13).

Bu nedenle tek fetüs kaybından sonra kalan fetüste doğumu geciktirebilmek amacıyla tokolitik tedavi ve antibiyoterapi uygulanır. Yapılan birçok çalışmalarda; ikiz gebeliklerde özellikle dikoryonik diamnionik ikiz gebeliklerde doğumu geciktirmek amacıyla serklaj ve/veya progesteron uygulanmasının plasebo ve yatak istirahatine kıyasla üstünlüğü olmadığı sonucuna varılmıştır (14). Günümüzde, ikiz gebeliklerde spontan redüksiyon sonrası kalan fetüste komplikasyon ve mortalite oranının azalmasına rağmen bizim olgumuzda kalan fetüsü kaybetmemiz redukte olan fetüsün gebelik haftası ile açıklanabilir. Çalışmalar sonucunda; fetal redüksiyonda gebelik haftası arttıkça kalan fetüste komplikasyon ve mortalite oranının arttığı saptanmıştır. Fetal redüksiyonun 6. gün ile 7.- 8. gebelik haftalarında gerçekleşmesi durumunda kalan fetüste perinatal morbidite ve mortalitede en iyi sonuçların alınabileceği bildirilmiştir (11).

Özetle; bizim olgumuzda kalan gebeliğin devamını sağlayabilmek amacıyla tokolitik tedavi ve antibiyoterapi uyguladık ve laboratuvar sonuçlarıyla enfeksiyon varlığını dışladık. Sonrasında yatak istirahatine alıp yakın takip ettiğimiz vakamızda kalan fetüsün mortalitesinin kaybolan fetüsün gestasyonel yaşı ile ilişkili olabileceğini düşünüyoruz. Günümüzde yapılan pek çok çalışmalar sonucunda da multipl gebeliklerde gerek transvajinal fetal redüksiyon gerekse spontan fetal redüksiyon sonrası kalan fetüste perinatal ve neonatal morbidite ve mortalitede prognozu belirlemede enfeksiyon varlığından sonra kaybolan fetüsün gestasyonel yaşının önemli olduğu bildirilmiştir.

Sonuç

Multipl gebeliklerin artışı beraberinde fetal ve maternal komplikasyonların artışına neden olarak toplumu etkileyen önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Bu nedenle MFPR ve fetüsün davranışlarını inceleyen nörobiyolojik davranış genetiğinde yapılan geniş çaplı araştırmalar ile fetüs kaybolma riskinin ve gelişebilecek komplikasyonların önceden belirlenmesi ile gebeliğin erken döneminde tedavi ve önlemler alınmasının toplum sağlığını ve ekonomisini olumlu yönde etkileyeceği kanısındayız.

Kaynaklar

- 1-Martin JA, Hamilton BE, Sutton PD, Ventura SJ, Menacker F, Munson ML. Births final data for 2002. Vital Stat Rep 2003; 52(10), 54.
- 2- Revenis ME, Johnson-Robbins LA, Avery GB, Fletcher MA, MacDonald MG ed. Neonatology pathophysiology & management of the newborn. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999; 473-82.
- 3- Devine PC, Malone FD, Athanassiou A, Harvey-Wilkes K, D'Alton ME. Maternal and neonatal outcome of 100 consecutive triplet pregnancies. Am J Perinatol 2001; 18:225-35.
- 4- Jones HW, Schnorr JA. Multipl pregnancies: a call for action Fertil Steril 2001,75:11-13.
- 5- Stirrup OT, Khalil A, D'Antonio F, Thilaganathan B. Southwest Thames Obstetric Research Collaborative (STORK). Fetal growth reference ranges in twin pregnancy: analysis of the Southwest Thames Obstetric Research Collaborative (STORK) multiple pregnancy cohort. Ultrasound Obstet Gynecol. 2015; Mar;45(3).

- 6- Kang HJ, Liao AW, Brizot ML, Francisco RP, Krebs VL, Zugaib M. Prediction of intrauterine death and severe preterm delivery in twin pregnancies discordant for major fetal abnormality. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2014; Apr;175:115-8.
- 7- York TP, Eaves LJ, Neale MC, Strauss JF 3rd. The contribution of genetic and environmental factors to the duration of pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2014; May;210(5):398-405.
- 8- Tendais I, Visser GH, Figueiredo B, Montenegro N, Mulder EJ. Fetal behavior and heart rate in twin pregnancy: a review. *Twin Res Hum Genet.* 2013;16(2):619-628.
- 9- Mulder EJH, Derks JB, de Laat MWM, Visser GHA. Fetal behavior in normal dichorionic twin pregnancy. *Early Human Development.* 2012; 88, 129–134.
- 10- Haas J, Hourvitz A, Dor J, Elizur S, Yoav Y, Barzilay E, Shulman A. Perinatal outcome of twin pregnancies after early transvaginal multifetal pregnancy reduction. *Fertil Steril.* 2014; May;101(5):1344-8.
- 11- Sentilhes L, Audibert F, Dommergues M, Descamps P, Frydman R, Mahieu-Caputo D. [Multifetal pregnancy reduction: indications, technical aspects and psychological impact]. *Tresse Med.* 2008; Feb;37(2 Pt 2):295-306.
- 12- Aslan H, Gul A, Cebeci A, Polat I, Ceylan Y. The outcome of twin pregnancies complicated by single fetal death after 20 weeks of gestation. *Twin Res.* 2004; Feb;7(1):1-4.
- 13- 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; Dec;75(2):139-43.
- 14- Rouse DJ, Caritis SN, Peaceman AM, Sciscione A, Thom EA, Spong CY, et al. A trial of 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate to prevent prematurity in twins. *N Engl J Med.* 2007 Aug 2;357(5):454-61.