

ÇOĞUL GEBELİKLERDE YENİDOĞAN SORUNLARI

Berkan GÜRAKAN

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Ünitesi, Ankara

Yardımcı üreme teknikleri (YÜT) kullanılması ile son yıllarda çoğul gebelik sıklığında artış görülmektedir. Doğal yollardan oluşan gebeliklerde yaklaşık 1/80 (%1.25) ikiz, 1/7000 üçüz, 1/600000 dördüz olasılığı söz konusu iken, klomifen sitrat ile tedavi sonucunda % 6-17, gonodotropinlerle ise %18-53 ikiz sıklığı bildirilmektedir. İn vitro fertilizasyon (IVF) sonucunda transfer edilen embriyoların sayısına bağlı olarak değişmekle birlikte çoğul gebelik %10-45 arasında görülmektedir⁽¹⁾.

Çoğul gebeliklerde fetus sayısı arttıkça perinatal mortalite oranları da yükselmektedir (ikizlerde 50/1000, üçüzlerde 120/1000). Bunun en başta gelen nedeni erken spontan eylem, erken membran rüptürü (PROM) ya da gebelik hipertansiyonu (PIH) gibi nedenlere bağlı olarak gebeliğin zamanından önce sonlanması ve takibeden prematürel komplikasyonlarıdır. Fetal anomali sıklığının artması, vasküler konneksiyonlarla ilişkili sorunlar, kompresyon deformiteleri, intrauterin büyüme geriliği (IUGR) gibi diğer olumsuzluklar da mortalite ve morbiditedeyi etkilemektedir.

Prematürelilik

Çok fetuslu gebeliklerin büyük kısmı terme ulaşmadan sonlanır. Bunun nedeni kesin bilinmemekle birlikte, distansiyona ikincil uterus tonusunun artışı, intraamniotik basınç artışı, miyometriyumun daha erken hazır hale gelmesi ve uteroplesantal yetmezlik gibi etkenler sorumlu tutulmaktadır.

Gebelik 33-34 haftalardan sonra sonlandığında bebeklerle ilgili mortalite-morbidite oranları çok düşük olmaktadır. Oysa, gebelik 33-34 haftalardan sonra sonlandığında bebeklerle ilgili oranları çok düşük olmaktadır. Üçüzlerin yarısında, dördüzlerin %'ünde gebelik, 33 haftadan uzun sürmemektedir⁽²⁾. Bu vakalarda erken doğumların önlenmesine yönelik

çabalar da pek başarılı olmamaktadır. Üç veya daha fazla fetus söz konusu olduğunda, ilk trimesterde reduksiyon yapılarak en azından ikiz gebelikte kalınması önerilmektedir. Bu gebelerin izlemlerinde riskli durumların saptanıp (Tablo I), daha yakın sıkı izlem yapmanın yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Tablo I: Çoğul gebeliklerde risk faktörleri;

Fazla sayıda fetus
Fetal anomali varlığı
Monozigozite/ monokaryonisite
Monoamnionisite
TTTS
Bir fetusun ölmesi
Polihidroamnios
Büyümelere fark olması (bir ya da birkaçının IUGR olması)
Maternal AFP yüksekliği
Antepartum kanama
PIH
Preterm eylem
P-PROM
Çoğul gebeliğin geç saptanması

Küçük prematüre bebeklerde yaşam şansı son yıllarda çok artmakla birlikte, morbidite oranları halen yüksektir. 23-28 haftalık doğan, 600-700 gramlık bebeklerde yüksek oranlarda nörolojik sekeller görülmektedir. Bunların ağır nörolojik sorunları olup, öğrenme güçlüğü/davranış sorunları gibi bozukluklar görülmektedir. Çoğul gebelik sonucunda doğan birkaç küçük preterm bebeğin aynı anda yoğun bakım ünitesinde alabilecekleri hizmet açısından doğacak güçlükler yanında, bu bebeklerin uterus içi ortamda bir kısmının beslenmeleri bozulacağı için büyüme kısıtlamasına ait ek sorunlar yaşamaları da sonuçları kötü yönde etkilemektedir. Genellikle IVF sonucu oluşan bu gebeliklerde, bunun da ek bir olumsuz faktör olduğu sanılmaktadır.

IVF ve Çoğul Gebelikler

Bazı çalışmalarda IVF sonucu olan çoğul gebeliklerin, doğal yollarla görülenlere oranla daha yüksek perinatal mortalite, preterm doğum ve daha düşük doğum ağırlıkları ve yüksek morbidite ile sonuçlandığı yolunda veriler olduğu rapor edilmiştir⁽³⁻⁵⁾. Burada genellikle ileri yaşlı annelerin olması nedeniyle erken doğumlar, PPRM vb. olabileceği gibi, infertilite durumunun kendisinin ve IVF işleminin de olumsuz faktörler olarak etkisi tartışılmaktadır. Bu nedenle zaten infertil ve ileri yaştaki IVF adayları annelerin, bir de çoğul gebelik gibi yüksek riskli bir durumla karşılaşmalarından mümkün olduğunca kaçınılması gerekir.

Zigote-Karyonite-Amnionite sorunları (1,2):

İkiz gebelik sıklığı yaklaşık % 1.25'tir. Monozigotik ikizlik hemen tüm dünyada aynı oranda (4/1000) iken, dizigotik olanlarda bölgesel farklılıklar görülür. (Batı Afrikada sık, Güney Doğu Asyada az). Monozigot/dizigot oranı 35/65 civarındadır. Üçüzlerin çoğunda ikisi MZ, 1/3'ünde üçü de MZ olup çok az vaka trizigotiktir. YÜT ile olan çoğul gebeliklerin % 6-10'u MZ ikizdir.

Çoğul gebeliklerde fetal anomaliler 1.5-3 kat fazla görülmektedir. Bu MZ ikizlerde yüksek oranda yapısal defekt olması nedeniyledir. Bazı otörler bu tip ikizlik olayının kendisinin teratojenik olduğunu, ortahat defektlerinin (nöral tüp defektleri, anensefali, sirenomeli, holoprozensefali, ekstrofia kloaka, bitişik ikizler) bu nedenle sık olduğunu ileri sürmektedirler. Monokoryonik gebeliklerde, dikoryoniklere oranla daha yüksek IUGR, morbidite ve mortalite görülür. Bunun nedeni vasküler konneksiyonlar nedeniyle gelişen ikizden ikize transfüzyon sendromu (TTTS) olabileceği gibi, bir fetusun kaybı halinde diğer fetüste gelişecek aplasia cutis, intestinal atrezi, ekstremitte amputasyonu, mikrosefali- lokomalazi veya diğerinin de kaybedilmesi olabilir.

İntrauterin ortamda birden fazla fetusun olması beslenmeyi bozup fetal büyüme kısıtlanması yanında clubfoot, kafa asimetrisi, doğuştan kalça çıkığı gibi kompresyon deformitelerine de yol açabilir.

Monoamniotik gebelikler az olup, ikizlerin yaklaşık %1'inde görülür. Bu durumlarda perinatal mortalite yüksektir (%50-60). Buna neden olan faktörlerden biri olan kord dolanması gibi komplikasyonların önlenmesi için 36 haftalık (bazılarında daha da erken) C/S ile doğurtulması planlanmaktadır.

İntrauterin büyüme farklığı- büyüme kısıtlanması:

Çoğul gebeliklerde prematürelite yanında prognozu etkileyen bir faktör de İU büyüme geriliğidir. Tek gebeliklerde %5-7 olan IUGR oranları, çoğul gebeliklerde %45' lere çıkmaktadır. Bunun nedeni preeklampsinin daha sık olması, TTTS, tek plesantadan fetüslerin farklı oranlarda beslenmesi ya da uterusun birden fazla fetusun tümüne yeterli besin sağlanamaması olabilir.

İkizlerde 32. haftadan, üçüzlerde 29-30. haftadan, dördüzlerde 27.haftadan itibaren tek gebeliklere göre büyüme kısıtlamaları başlamaktadır. Burada genellikle ikizlerin biri tek gebeliklerle aynı büyürken, birinin küçük kalması söz konusudur.

Bazı araştırmacılar aradaki ağırlık farkının prognostik önemi üzerinde durmuşlardır (büyük ağırlık-küçük ağırlık/büyük ağırlığı). Bu oranın %30'un üzerinde olmasının mortalite- morbiditeyi arttırdığı gözlenmiştir⁽⁷⁾. Geniş bir seride ise bu farktan çok IUGR olup olmamasının önemli olduğu gösterilmiştir⁽⁸⁾.

Sonuç

Uterus ve gebelik doğal olarak tek fetusa göre planlanmıştır. Çok fetuslu gebelikler aslında normal dışı durumlardır. En azından YÜT gibi yolları kullanırken bu duruma yol açmamaya gayret etmek gerekir.

Yine de önlenemeyen çoğul gebeliklerde prematürelite, IUGR, anomaliler, ikizden ikize transfüzyon, kord komplikasyonları vb. gibi pekçok sorunlar söz konusudur. Özellikle prematüreliteye bağlı uzun dönemli sorunların önlenmesi açısından bu gebelerin riskli gebelik grubunda değerlendirilerek yakın – sıkı takipleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Skupski DW, Cheverak FA. Management of Multiple Gestations. In Spitzer AR (ed): Intensive care of the fetus and neonate 2nd ed. Elsevier Mosby 2005. pp 397-413.
2. Machin GA. Multiple Birth. In Taeusch, Ballard, Gleason (eds): Avery's diseases of the newborn 8th ed. Elsevier Saunders 2005. pp 57-62.
3. Moise J, Laor A, Armon Y, Gur I, Gale R. The outcome of twin pregnancies after IVF. Hum Reprod 1998;13:1702-1705.
4. Koudstaal J, Bruinse HW, Helmerhorst FM, Vermeiden JPW, Willemsen WNP, Visser GHA. Obstetric outcome of twin

- pregnancies after in-vitro fertilization: a matched control study in four Dutch University hospitals. *Hum Reprod* 2000;15: 935-940.
5. Tallo CP, Vohr B, Oh W, Rubin LP, Seifer DB, Haning RV. Maternal and neonatal morbidity associated with in vitro fertilization. *J Pediatr* 1995;127:784-800.
 6. Manoura A, Korakaki E, Hatzidakı E, Bikouvarakis S, Papageorgiou M, Giannakopoulou C. Perinatal outcome of twin pregnancies after in vitro fertilization. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004; 83:1079-1084.
 7. Vergani P, Locatelli A, Ratti M, Scian A, Pozzi E, Pezzullo JC, Ghidini A. Preterm twins: what threshold of birth weight discordance heralds major adverse neonatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1441-1445.
 8. Garite TJ, Clark RH, Elliott JP, Thorp JA, pediatrix/obstetrix perinatal research group. Twins and triplets: The effect of plurality and growth on neonatal outcome compared with singleton infants. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:700-707.