

Kliniğimizde doğum yapan ikiz gebeliklerin değerlendirilmesi: Üç yıllık deneyim

Cengiz Şanlı , Salih Burçin Kavak , Melike Aslan , Ebru Çelik Kavak ,
İbrahim Batmaz , Gülay Bulu 

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ

Özet

Amaç: İkiz gebelikler tüm gebeliklerin %1-2'sini oluşturmaktadır. Son zamanlarda yardımla üreme tekniklerinin yaygınlaşmasıyla beraber çoğul gebelik insidansında artış izlenmiştir. Kötü neonatal sonuçlardan temel olarak erken doğum eylemi sorumlu tutulmaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde görülen ikiz gebeliklerin fetal-maternal sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Kliniğimizde 01.01.2017 – 01.01.2020 tarihleri arasında doğum yapan toplam 4241 gebe arasında yer alan 130 ikiz gebe çalışmaya dâhil edildi. Hastaların doğum kayıtları retrospektif olarak incelenerek yaş, gebelik haftası, doğum şekli, doğum ağırlığı, fetal cinsiyetler, koryonite özellikleri, hastaların laboratuvar parametreleri kayıt altına alındı. Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistik, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 programı kullanıldı. Veriler ortalama $\pm$ SS (standart sapma) olarak belirtildi.

Bulgular: İkiz gebelik sıklığı %3 olarak tespit edildi. Tanı anında değerlendirilen ultrasonografik görüntüleme olguların %27.7'i monokoryonik ve %72'si ise dikoryonik olarak belirlendi. Gebelerin %12.3'ü term ve %87.7'si preterm dönemde idi. Preterm fetüsler değerlendirildiğinde 114 preterm fetüsün %37.7'si geç preterm, %29.2'si orta preterm ve %20.8'i erken preterm doğum idi. Tedavi gebeliği (ovulasyon induksiyonu ve yardımla üreme teknikleri ile sağlanmış gebelik) oranı %20 ve spontan ikiz gebelik oranı %80 olarak saptandı. Ortalama maternal yaş 31.3 olarak belirlendi. Maternal morbidite açısından incelendiğinde anemi, erken doğum eylemi ve erken membran rüptürü en sık problemler olarak izlendi. Ortalama bebek ağırlığı 1832 g olarak belirlendi ve bebeklerin %59.3'ü düşük doğum ağırlıklı bebek, %21.8'i çok düşük ağırlıklı bebek olarak değerlendirildi. Hastaların %12.5'inde bir fetüs transvers prezentasyona sahip iken, %53.1 olguda ise en az bir fetüs makat prezentasyonunda idi ve %34.4 olgu ise baş-baş prezentasyonuna sahip idi.

Sonuç: İkiz gebelikler artmış fetö-maternal risklerle karakterizedir. Bu nedenle hem antenatal hem de intrapartum yönetim titizlikle yürütülmelidir.

Anahtar sözcükler: İkiz gebelik, komplikasyon.

Abstract: The assessment of twin pregnancies delivered in our clinic: three-year experience

Objective: Twin pregnancies constitute 1-2% of all pregnancies. With the recent developments in assisted reproductive technologies, the incidence of multiple pregnancy has increased. Preterm labor is held responsible for the poor neonatal outcomes primarily. In our study, we aimed to assess fetal-maternal outcomes of twin pregnancies seen in our clinic.

Methods: One hundred and thirty twin pregnancy cases out of 4241 pregnant women who delivered in our clinic between 01.01.2017 and 01.01.2020 were included in the study. The labor records of the patients were reviewed retrospectively and their data for age, week of gestation, delivery type, birth weight, fetal sex, chorionicity characteristics and laboratory parameters were recorded. Definitive statistics and SPSS 21.0 for statistical analyses were used to evaluate the data obtained from the study. The data were presented as mean $\pm$ SD (standard deviation).

Results: The incidence of twin pregnancy was found 3%. In the ultrasonographic imaging evaluated during diagnosis, 27.7% of the cases were monochorionic and 72% of them were dichorionic. Of the pregnant women, 12.3% were at term and 87.7% were at preterm period. When the preterm fetuses were evaluated, 37.7% of 114 preterm fetuses were delivered at late preterm period, 29.2% of them at mid-preterm period and 20.8% at premature preterm period. The rates of treatment pregnancy (pregnancy provided by ovulation induction and assisted reproductive technologies) and spontaneous twin pregnancy were 20% and 80%, respectively. Mean maternal age was found 31.3. When evaluated in terms of maternal morbidity, preterm labor and premature rupture of membrane were the most common problems. Mean newborn weight was 1832g and 59.3% of the newborns had low birth weight and 21.8% of them had very low birth weight. While one fetus had transverse presentation in 12.5% of the patients, at least one fetus had breech presentation in 53.1% of the cases and 34.4% of the cases had head-head presentation.

Conclusion: Twin pregnancies are characterized by the increased fetö-maternal risks. Therefore, both antenatal and intrapartum management should be maintained diligently.

Keywords: Twin pregnancy, complication.

Yazışma adresi: Dr. Salih Burçin Kavak. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Elazığ.

e-posta: burcinkavak1@gmail.com / **Geliş tarihi:** 23 Haziran 2020; **Kabul tarihi:** 27 Temmuz 2020

Bu yazının atf künyesi: Şanlı C, Kavak SB, Aslan M, Çelik Kavak E, Batmaz İ, Bulu G. The assessment of twin pregnancies delivered in our clinic: three-year experience. Perinatal Journal 2020;28(3):170-175. doi:10.2399/prn.20.0283005

Bu yazının çevrimiçi İngilizce sürümü: www.perinataljournal.com/20200283005

ORCID ID: C. Şanlı 0000-0002-8782-5202; S. B. Kavak 0000-0002-6318-5175; M. Aslan 0000-0002-9787-4980; E. Çelik Kavak 0000-0002-7447-8264; İ. Batmaz 0000-0001-9492-2783; G. Bulu 0000-0002-8737-8289

Giriş

Klasik bilgiler ışığında ikiz gebeliklerin, tüm gebeliklerin %1–2'sini oluşturduğu görülmektedir.^[1] Ancak son yıllarda ovulasyon indüksiyonu ve yardımla üreme tekniklerinin yaygınlaşmasıyla beraber çoğul gebelik insidansında belirgin bir artış görülmüştür.^[2,3] Bir popülasyondaki çoğul gebelik insidansı klasik olarak, ikiz gebelikler $1/n$, üçüz gebelikler $1/n^2$ ve dördüz gebelikler $1/n^3$ olacak şekilde hesaplanabilir.^[4]

Çoğul gebelikler maternal ve perinatal morbidite oranlarının yüksek olması nedeniyle riskli gebelikler olarak değerlendirilmektedirler. Çoğul gebeliklerde kötü neonatal sonuçlardan temel olarak erken doğum eylemi sorumlu tutulmaktadır. Tekil gebeliklere kıyasla çoğul gebeliklerde 7–10 kat daha fazla erken doğum eylemine rastlanmaktadır. Bu durum uterusun gerginliğinin artması, kanlanmasının az olması, serviks mekanik bası, erken membran rüptürü gibi faktörlerle açıklanmaya çalışılmıştır.^[5] Ayrıca gestasyonel hipertansiyon, plasenta previa, antenatal, intrapartum kanama, hiperemesis gravidarum ve erken membran rüptürü gibi komplikasyonların sıklığında da artış izlenmiştir.^[6]

Genel olarak bakıldığında ikiz gebelikler, perinatal mortalitenin yaklaşık %10–12'sini oluşturmaktadır.^[7] İntrauterin ölüm ve yenidoğan ölüm hızı tekil gebeliklere göre daha fazladır.^[8] Yıllar içerisinde perinatal mortalite oranı azalmasına rağmen çoğul gebeliklerdeki prematürite riski son 20–30 yıl içerisinde değişmemiştir.^[9]

Çalışmamızda merkezimizde son üç yıl içerisinde doğumu gerçekleştirilen, ciddi fetal ve maternal morbidite-mortalite sebebi olan ikiz gebeliklerin maternal ve fetal sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem

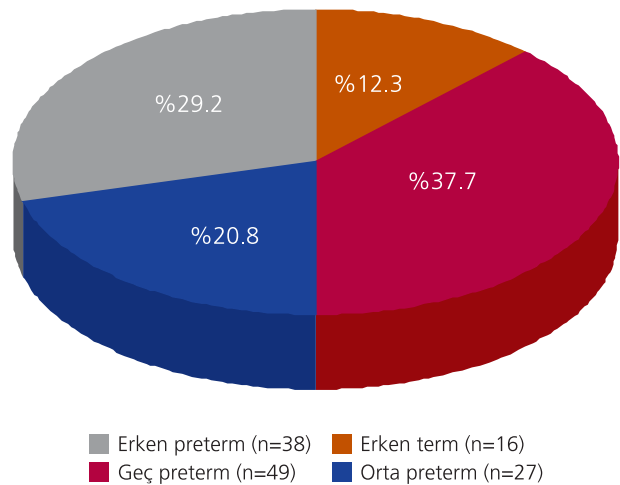
Kliniğimizde 01.01.2017 – 01.01.2020 tarihleri arasında doğum yapan toplam 4241 gebe arasında yer alan 130 ikiz gebelik vakası belirlendi. Hastaların kayıtları retrospektif olarak incelenerek yaş, gebelik haftası, doğum şekli, doğum ağırlığı, fetal cinsiyetler, koryoniste özellikleri, hastaların laboratuvar parametreleri kayıt altına alındı. Anne yaşı, doğum sırasındaki yaş olarak kabul edildi. Gebelik haftası, düzenli adet olanlarda son adet tarihine, adetleri düzensiz olanlarda ve tüp bebek tedavisi ile gebe kalanlarda fetal baş-popo mesafesi ölçümüne göre belirlendi.

Çalışmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, istatistiksel analizler için SPSS 21.0 programı (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanıldı. Veriler ortalama $\pm$ SS (standart sapma) olarak belirtildi. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistik kullanılmış olup, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmamızda ikiz gebelik sıklığı %3 (130/4241) olarak tespit edildi. Tanı anında yapılan ultrasonografik görüntülemelerde, olguların %72.3'ü dikoryonik diamniyotik (94 olgu), %26.2'si monokoryonik diamniyotik (34 olgu), %1.5'i ise monokoryonik monoamniyotik (2 olgu) olarak belirlendi. Gebelerin %12.3'ü term (16 olgu) ve %87.7'si preterm (114 olgu) dönemde idi. Term olgularının tamamı 37–39. gebelik haftaları arasında olup, erken term olarak değerlendirildi. Preterm fetüsler değerlendirildiğinde 114 preterm fetüsün 49'u (%37.7) geç preterm (34–36 hafta 6 gün), 27'si (%20.8) orta preterm (32–33 hafta 6 gün) ve 38'i (%29.2) erken preterm doğum (24–32 hafta) idi (**Şekil 1**).

Çalışmamızda tedavi gebeliği (ovulasyon indüksiyonu ve yardımla üreme teknikleri ile sağlanmış gebelik) oranı %20 (26 olgu) ve spontan ikiz gebelik oranı %80 (104 olgu) olarak saptandı. Tedavi gebeliklerinin 8'inde erken term, 18'inde ise preterm doğum (<37 hafta) izlenirken bunların da 6'sı erken preterm olarak değerlendirildi. Spontan gebeliklerin sekizinde erken term (37–39 hafta), 96'sında ise preterm doğum gözlemlendi. Preterm



Şekil 1. Olguların doğumdaki gebelik yaşları.

Tablo 1. Tedavi ve spontan gebelik özelliklerine göre doğum ve maternal yaşların dağılımı.

Özellik	<35 yaş (n=66)				>35 yaş (n=64)			
	24-31 ⁶ hafta	32-33 ⁶ hafta	34-36 ⁶ hafta	37-39 hafta	24-31 ⁶ hafta	32-33 ⁶ hafta	34-36 ⁶ hafta	37-39 hafta
Tedavi gebeliği (IUI, IVF) (n)	4	3	6	5	2	1	2	3
Spontan gebelik (n)	13	8	23	4	19	15	18	4

doğumların 32'si erken preterm, 23'ü orta preterm ve 41'i geç preterm olarak değerlendirildi (**Tablo 1**).

66 olgu 35 yaş altında iken, 64 olgu 35 yaş üzeri olarak tespit edildi. Maternal yaşa göre doğum haftası incelendiğinde anlamlı bir fark olmadığını gördük. Hastalarımızın ortalama maternal yaşı 31.3 (aralık: 17-45) olarak belirlendi. 45 olgumuz ilk gebeliğini yaşarken, 37 olgu primipar ve 48 olgu multipar gebelik olarak değerlendirildi. 41 olgu mükerrer sezaryen nedeniyle sezaryen ile sonlandırılmış olup, 2 olguda ilk bebek vajinal doğum ile doğarken ikinci bebek kordon sarkması ve prezentasyon değişmesi nedeniyle sezaryene alınmıştır. Bir olguda ise invazyon anomalisi nedeniyle histerektomi yapılmıştır.

Maternal morbidite açısından incelendiğinde erken doğum eylemi (41 olgu, %31.5), anemi (27 olgu, %20.7), preterm erken membran rüptürü (34 olgu, %26.2) ve selektif intrauterin gelişme geriliği (12 olgu, %9.2) en sık problemler olarak izlendi. Ayrıca 8 olguda (%6.2) preeklampsi, 8 olguda (%6.2) gestasyonel diyabet ve 7 olguda (%5.4) gebeliğin intrahepatik kolestazi gözlemlendi. Üç olguda (%2.3) ikizden ikize transfüzyon sendromu tespit edildi (**Tablo 2** ve **3**); bu olguların ikisine dış merkezde lazer ablasyon tedavisi yapıldığı öğrenilirken, bir olgu ise 26. haftada dış merkezden tarafımıza sevk edilmiş olup, gebelik acil sezaryen doğum ile sonlandırılmıştır.

Yenidoğan Apgar skorlarına bakıldığında, gebelik haftası arttıkça 1. dakika ($p=0.01$) ve 5. dakika ($p<0.01$) Apgar skorlarının anlamlı olarak arttığı gözlemlendi. Ortalama bebek ağırlığı 1832 g olarak saptandı ve bebeklerin %59.3'ü düşük doğum ağırlıklı bebek (<2500 g), %21.8'i çok düşük ağırlıklı bebek (<1500 g) olarak değerlendirildi. Apgar skorları bebek ağırlığına göre değerlendirildiğinde 1. dakika ($p=0.02$) ve 5. dakika ($p=0.01$) skorlarının anlamlı olarak arttığı gözlemlendi.

Hastaların %12.5'inde ($n=16$) bir fetüs transvers prezentasyona sahip iken, %53.1 olguda ($n=69$) ise en az bir fetüs makat prezentasyonunda (%31.3 makat-makat; %21.8 baş-makat) idi. Bu olguların tamamı se-

zaryen ile doğum yaptı. %34.4 olgu ($n=45$) ise baş-baş prezentasyonuna sahip idi. Baş-baş prezentasyonuna sahip 33 olgu, plasenta previa (3 olgu), ağır preeklampsi (4 olgu), erken preterm doğum (13 olgu), selektif intrauterin gelişme geriliği (2 olgu) ve aile anksiyetesi (11 olgu) nedenleri ile sezaryen ile doğuma alındı. 12 olgu ise vajinal yolla doğum yaptı.

Tartışma

Çoğul gebelikler tüm gebeliklerin %1-2'sini oluşturmaktadır ve artmış fetö-maternal morbidite-mortalite artışı nedeniyle yüksek riskli gebeliklerdir. Ovülasyon indüksiyonu ve yardımla üreme tekniklerinin yaygın kullanılmasıyla beraber çoğul gebelik insidansında %3'lere varan bir artış görülmüştür.^[1-3] Biz de çalışma yaptığımız dönemde benzer şekilde, çoğul gebelik sıklığını %3 ola-

Tablo 2. Preterm olgularda görülen komplikasyonlar.

Komplikasyon*	n (%)
Erken doğum eylemi	41 (%31.5)
Anemi	27 (%20.7)
Preterm erken membran rüptürü	34 (%26.2)
Selektif intrauterin gelişme geriliği	12 (%9.2)
Preeklampsi	8 (%6.2)
Gestasyonel diyabet	8 (%6.2)
Pregestasyonel diyabet	1 (%0.8)
Gebeliğin hepatik kolestazi	7 (%5.4)
İkizden ikize transfüzyon sendromu	3 (%2.3)
Plasenta previa	12 (%9.2)

*Bazı olgularda birden fazla komplikasyon bir arada görülmüştür.

Tablo 3. Term olgularda görülen komplikasyonlar.

Komplikasyon	n (%)
Komplikasyon yok	7 (%5.4)
Erken membran rüptürü	3 (%2.3)
Preeklampsi	4 (%3.0)
Gestasyonel diyabet	2 (%1.5)

rak gözledik. Bunların %20'sini tedavi gebeliği, %80'ini spontan çoğul gebelik olarak bulduk.

Çoğul gebeliklerde en sık rastlanan obstetrik komplikasyon erken doğum eylemidir; tekil gebeliklere göre çoğul gebeliklerde erken doğum eylemi daha sık görülmektedir. Bu duruma uterus gerginliğinde artış olması, kanlanmasının azalması, servikse mekanik bası oluşması, erken membran rüptürü gibi sebepler ışığında açıklama getirilmeye çalışılmıştır.^[5] Son yıllarda perinatal mortalite oranları azalmakla birlikte, çoğul gebeliklerde prematürite riski ve sıklığı değişmemiştir.^[9] Ülkümen ve ark. yaptıkları çalışmada ikizler için 37 hafta ve öncesinde gerçekleşen doğum oranını %95, Gül ve ark. yaptıkları çalışmada prematür doğum oranını %73 olarak bildirmişlerdir.^[10,11] Biz çalışmamızda literatüre benzer şekilde ikizlerde prematürite sıklığını %87 olarak izledik. İkiz gebelikler 37. haftada, üçüz gebelikler 31–33. haftada, dördüz gebelikler 29. haftada akciğer gelişimlerini tamamlamış olurlar.^[12] İkiz gebeliklerde çoğunlukla 31–32. haftalarda akciğer matürasyonu gerçekleştiğinden dolayı, bu haftalardan önceki doğumlarda perinatal morbidite ve mortalite oranı yüksektir ve prematürite ile ilgili komplikasyonlar da bu haftalardan sonra azalmaktadır.^[12] Gül ve ark., yaptıkları bir çalışmada Apgar skoru düşüklüğü ile prematürite ve immatürite arasında anlamlı ilişki saptadıklarını bildirmişler.^[11] Biz de benzer şekilde 1. ve 5. dakika Apgar skorları ile doğum haftası arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptadık ($p<0.005$).

Çoğul gebeliklerde görülen komplikasyonların önlenmesi için bazı farklı yaklaşımlar öne sürülmüştür. En kabul gören görüşlerden biri in vitro fertilizasyon esnasında transferi gerçekleştirilen embriyo sayısının iki ile sınırlı tutulmasıdır. Bu yöntem, gebelik süreci ve fetal gelişimi etkilenmeden gebeliğin pre ve postnatal komplikasyonlarının azalması ile sonuçlanır.^[13] Bir diğer yöntem de multifetal redüksiyon işlemidir. İkizlerin teke düşürülmesi, ikizlere bağlı komplikasyonları azaltır ancak bu yöntem hakkında halen tam bir konsensus oluşmamıştır. Üçüz ve daha yüksek sayıdaki gebeliklerde bu yöntem önerilmektedir.^[14]

Doğum ağırlığına göre 1500 gramın altında olan bebekler çok düşük ağırlıklı bebek ve 1500–2500 gram arası bebekler düşük doğum ağırlıklı bebek olarak değerlendirilmektedir. Ülkemizde 2013 yılında yayınlanan bir ikiz gebelik çalışmasında çok düşük ağırlıklı bebek oranı %12.7 ve düşük doğum ağırlıklı bebek oranı

%51.1 olarak belirtilmiştir.^[10] Bizim çalışmamızda ortalama ikiz ağırlığı 1832 gram, çok düşük ağırlıklı bebekler %21.8 ve düşük doğum ağırlıklı bebekler %59.3 oranında tespit edildi. 2013 yılında ülkemizde yapılan bir çoğul gebelik çalışmasında düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %55–65 ve çok düşük doğum ağırlıklı bebek oranı %17–20 olarak verilmiştir.^[15]

İkiz gebeliklerde maternal kan hacminde artış olsa da demir ve folik asit eksikliği anemisi sık karşılaşılan bir durumdur. Hemogloblin düzeyi 8 g/dl'nin altında olduğu zaman kan transfüzyonu gerekmektedir.^[16,17] Gül ve ark.'nın 1998 yılında yaptığı bir çoğul gebelik çalışmasında anemi oranı bizim çalışmamız ile benzer şekilde olarak %30 düzeyinde belirtilmiştir.^[11] Çalışmamızdaki anemik hastalardan kan transfüzyon ihtiyacı olan 2 gebemiz vardı.

Çoğul gebelerde tekil gebeliklere oranla artmış gebeliğe bağlı diyabet (GDM) riski olduğunu söyleyen yayınlar olsa da, anlamlı bir ilişki kurulamayan yayınlar da mevcuttur.^[18] Bizim çalışmamızda da bu bilgilerle uyumlu olarak %6 oranında GDM izlenmiştir. Kazandı ve ark.'nın 2011 yılındaki çalışmalarında preeklampsi sıklığı %7, kolestaz %4 ve erken membran rüptürü oranı %20 olarak verilmiştir.^[19] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde preeklampsi %6, kolestaz %5 ve erken membran rüptürü %26 düzeylerinde görülmüştür.

İkiz gebeliklerdeki fetüslerde %8 oranında gelişme geriliği bildirilmiştir.^[20] Çalışmamızda benzer şekilde 12 olguda (%9.2) gelişme geriliği gördük.

İkiz gebeliklerde döllemeden sonra ilk 3 gün içerisinde zigotta bölünme olursa diamniyotik dikoryonik (iki amniyon kesesi, iki plasenta), 4–8 günler arasında bölünme gerçekleşirse monokoryonik diamniyotik (iki amniyon kesesi, tek plasenta), 8. günden sonra bölünme olursa monokoryonik monoamniyotik (tek amniyon kesesi, tek plasenta) ikiz gebelik meydana gelir. 14. günden sonra olan bölünmelerde yapışık ikizlik görülmektedir.^[21] Neonatal morbiditeninin monokoryonik ikiz gebeliklerde belirgin olarak artış gösterdiği ve bu sebeple ilk trimesterde koryonisitenin değerlendirilmesi gerektiğini vurgulayan yayınlar mevcuttur.^[22] Çalışmamıza dâhil olan gebelerin ilk trimester ultrason görüntülemeleri incelendiğinde %50'den daha azının koryonisitesinin erken gebelik haftasında belirtildiğini gördük. Bizim çalışmamızda tanı anında yapılan ultrasonografi incelemesinde monokoryonik gebelik %27 oranında görüldü ve dikoryonik gebeliklerle kıyaslan-

dığında bu olgularda yaklaşık 3 kat artmış erken membran rüptürü izlendi. Hastaların çoğunun ilk trimester ultrasonografilerinde koryonisitelerinin belirtilmemiş olması nedeniyle koryoniste ve neonatal sonuçların sağlıklı olarak karşılaştırılamamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir.

İkiz gebeliklerde doğum şekli açısından dikkat edilmesi gereken birçok maternal ve fetal faktör vardır.^[23] Hastanın paritesi, önceki doğum şekli, eşlik eden hastalıklar, gebelik haftası, gelişme kısıtlılığı gibi fetal özellikler göz önünde bulundurulmalıdır. Biz baş-baş ile prezente gebeliklerde vajinal yolla doğumu tercih etmekteyiz ve nitekim vajinal doğum ile sonlanan 12 olgumuz baş-baş prezentasyonunda idi. Ayrıca baş-baş olan 2 olgumuz, kordon sarkması ve ikinci bebeğin prezentasyonunun makata dönmesi nedeniyle sezaryen ile sonlandırılmıştır. Olgularımızın %65.6'sında malprezentasyon (transvers geliş, baş-makat veya makat-makat geliş) söz konusudur. Prezentasyon anomalisinin bu kadar yüksek sıklıkta görülmesinin nedeninin, hastanemizin referans hastane olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz. Ayrıca son yıllarda artan malpraktis kaygıları ve aile anksiyetesi gibi nedenler vajinal doğum sıklığının azalmasına neden olmuş gözükmektedir. İkiz gebeliklerde malprezentasyon ve prematüritenin daha fazla görülmesi nedeniyle sezaryenin doğum travmasını azaltacağını ve ikizlerin tüm doğumların yaklaşık %1'ini oluşturmaları nedeniyle sezaryen hızında belirgin bir artma yapmayacağını savunan çalışmalara karşılık; maternal mortalite ve morbiditenin artması ve hastanede kalış süresinin daha uzun olmasıyla ileride mükerrer sezaryenlerin artacağı ve uygun olgularda vajinal doğumla fetal morbidite ve mortalitenin fazla olmayacağını savunan çalışmalar da mevcuttur.^[24] Çalışmayı yaptığımız dönemde, çoğul gebeliklerde sezaryen oranımız %90.7 idi. Artmış sezaryen oranını hastanemizin 3. basamak merkez olmasına bağlı komplike hastaların refer edilmesine, sosyokültürel olarak kaygılı hasta popülasyonunun yoğunluğuna ve tedavi gebeliklerinin sezaryen ile doğum eğiliminde olmasına bağlamaktayız. Endikasyonlar açısından prezentasyon anomalileri en sık sezaryen endikasyonu olarak görüldü. Nonverteks-verteks prezentasyonlarda %0.1 oranında fetüslerin kilitlenme riski belirtilmiş olup bunun da mortalite oranı %31 dolaylarında belirtilmiştir.^[25] 41 olgumuz (%31.5) ise mükerrer sezaryen endikasyonu nedeniyle sezaryen doğum ile sonlandırılmıştır.

Sonuç

İkiz gebelikler artmış feto-maternal risklerle karakterizedir. Bu nedenle hem antenatal hem de intrapartum yönetim titizlikle yürütülmelidir.

Çıkar Çakışması: Çıkar çakışması bulunmadığı belirtilmiştir.

Kaynaklar

1. Jones JM, Sbarra AJ, Cetrulo CL. Antepartum management of twin gestation. Clin Obstet Gynecol 1990;33:32–41. [PubMed] [CrossRef]
2. Imaizumi Y. A comparative study of twinning and triplet rates in 17 countries 1992–1996. Acta Genet Med Gemellol (Roma) 1998;47:10–14. [PubMed] [CrossRef]
3. Baxi A, Kaushal M. Outcome of twin pregnancies conceived after assisted reproductive techniques. J Hum Reprod Sci 2008;1:25–8. [PubMed] [CrossRef]
4. Benirschke K. Multiple gestation: the biology of twinning. In: Resnik R, Creasy RK, Iams JD, Lockwood CJ, Moore T, Greene MF, editors. Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine: Principles and practice. 7th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2014. p. 53–65.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG educational bulletin. Special problems of multiple gestation. Number 253, November 1998 (Replaces Number 131, August 1989). Int J Gynaecol Obstet 1999;64:323–33. [PubMed]
6. Wen SW, Demissie K, Yang Q, Walker MC. Maternal morbidity and obstetric complications in triplet pregnancies and quadruplet and higher-order multiple pregnancies Am J Obstet Gynecol 2004;191:254–8. [PubMed] [CrossRef]
7. Sivash E, Tekinalp G. Çoğul gebelikler. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:154–9.
8. Mun S, Taner CE, Oztekin M, Celimli FH. İkiz eşinin intrauterin ölümü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005;19:31–6.
9. Aköz İ, Benk D, Ayas S, Yakut Y. 2000–2003 Yılları arasındaki çoğul gebeliklerde obstetrik ve perinatal sonuçlarımız. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2003;9:180–3.
10. Artunç Ülkümen B, Pala HG, Çalık E, Koyuncu FM. İkiz gebeliklerde fetal ve maternal sonuçların değerlendirilmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2013;3:123–8.
11. Gül T, Sarı A, Kara IH, Karaca M, Demir M, Cerdan A. Kliniğimizde son iki yılda doğum yapan çoğul gebeliklerin değerlendirilmesi. Perinatoloji Dergisi 1998;6:70–3.
12. Brecht JL, Tomich PG. The maternal and neonatal outcome of triplet gestations. Am J Obstet Gynecol 1996;174:1551–6. [PubMed] [CrossRef]
13. Van der Straeten FM, De Ketelaere K, Temmerman M. Delayed interval delivery in multiple pregnancies. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;99:85–9. [PubMed] [CrossRef]
14. Evans ML, Krivchenia EL, Gelber SE, Wapner RJ. Selective reduction. Clin Perinatol 2003;30:103–11. [PubMed] [CrossRef]

15. Vural H. Tersiyer bir merkezde doğum yapan çoğul gebeliklerin retrospektif analizi. Tıpta uzmanlık tezi, Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Diyarbakır, 2013. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
16. Cruz AC. İkiz gebelik. Zuspan FB, editor. Current therapy in obstetrics and gynecology. 4th ed. (Çev. ed. Güner H). Ankara: Atlas Yayıncılık; 1995. p. 391–7.
17. Davis EV. Anemia. In: Gleicher N, editor. Principles and practice of medical therapy in pregnancy. New York, NY: Appleton&Lange; 1992. p. 28–969.
18. Madazlı R. Çoğul gebelik komplikasyonları. In: Madazlı R, editor. Çoğul gebelik. İstanbul: Scala Yayıncılık ve Tanıtım; 2004. p. 154.
19. Kazandı M, Turan V. Multiple pregnancies and their complications. Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology 2011; 8:21–4. [CrossRef]
20. Sümer D, Çetin M, Yenicesu A.G, Yanık A. Spontan ve IVF ikiz gebeliklerin obstetrik ve perinatal sonuçlarının karşılaştırılması. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2013;35:526–31. [CrossRef]
21. Bush MC, Pernoll ML. Multiple gestation. In: DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman A, editors. Current diagnosis and treatment obstetrics and gynecology. 11th ed. New York, NY: McGraw-Hill; 2013. p. 301–9.
22. Yıldırım G, Gül A, Aslan H, Erol O, Güngördük K, Ceylan Y. The effect of the chorionicity on the neonatal and maternal outcomes in twin pregnancies. Turkish Journal of Obstetrics and Gynecology 2007;4:178–3.
23. Veccicina M, Major C, Morgan MA. Labor and delivery management of the multiple gestations. Obstet Gynecol Clin North Am 1995;22:235–46. [PubMed]
24. Trofatter KF. Twin pregnancy: management of delivery. Clin Perinatol 1988;15:93–106. [PubMed]
25. Warenski JC, Kochenour NK. Intrapartum management of twin gestation. Clin Perinatol 1989;16:889–97. [PubMed]

Bu makalenin kullanım izni Creative Commons Attribution-NoCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) lisansı aracılığıyla bedelsiz sunulmaktadır. / This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported (CC BY-NC-ND3.0) License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.