

Multipar İkiz Gebeliklerde Doğum Şekli

Nida Ergin¹, Murat Yayla², Hüsnü Görgen³

¹Tatvan Doğumevi ve Çocuk Bakımevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Bitlis

²International Hospital, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

³Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul

Özet

Amaç: 2000-2004 yılları arasında kliniğimize travayda başvuran 64 multipar ikiz gebenin, doğum şekillerinin incelenmesi, Apgar skorlarının doğum şekillerine göre karşılaştırılması.

Yöntem: 2000-2004 yılları arasında kliniğimize travayda başvuran, 32 ile 41 gebelik haftası arasında olan, 64 multipar ikiz gebe çalışmaya alınmıştır. Bebeklerin prezentasyonları, doğum yöntemleri, doğum haftaları, Apgar skorları, hasta kayıtları retrospektif olarak taranarak karşılaştırıldı. İstatistiksel yöntem olarak Lojistik Regresyon Analizi, Mann Whitney U test ve Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular: Vaginal doğum oranı %59.4, sezaryen oranı %40.6 olarak saptanmıştır. Prezentasyonuna göre en yüksek sezaryen oranı (%46) birinci bebeğin makat prezentasyonunda geldiği durumda izlenmiştir. Vaginal doğumlarda Apgar skorunun yedinin altında olma oranı, gestasyonel haftası 36 haftanın altındaki doğumlarda birinci ve ikinci bebek için %23.8, gestasyonel haftası 36 hafta ve üstündeki doğumlarda bu oran birinci bebek için sıfır, ikinci bebek için ise %5.90'dır. Sezaryen doğumda ise Apgar skorunun yediden düşük olma oranı preterm doğumlarda birinci bebek için sıfır, ikinci bebek için %8.30, 36 hafta ve üstünde birinci bebek için sıfır, ikinci bebek için %21.43'dür.

Sonuç: Çalışma grubumuzda sezaryen %40.6 oranındadır. Prematürite yüksek prevalansa sahiptir (%51.56). Gebelik haftaları gözard edilerek, bebeklerin beşinci dakika Apgar skorlarının yedinin altında olma oranları doğum yöntemlerine göre karşılaştırıldığında; birinci bebekte, Apgar skorunun yediden düşük olma oranları, normal doğumda %5.6 anlamlılık düzeyinde yüksek bulunmuştur (p=0.056). Sezaryen ile doğan birinci bebeklerde yedinin altında Apgar skorlu bebek izlenmemiştir. İkinci bebekler açısından doğum yöntemleri arasında fark yoktur. Fetal ağırlık, bebeklerin Apgar skoru için anlamlı risk faktörü olarak bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Prezentasyon, vaginal doğum, sezaryen, apgar skoru.

Method of delivery in multiparous twin pregnancy

Objective: Analyzing birth methods and comparing Apgar scores with respect to birth methods of the 64 multiparous twin pregnancies admitted to our clinic during labor between 2000-2004.

Methods: Sixty-four multiparous twin pregnancies admitted to our clinic during labor, with 32 to 41 weeks of gestation between 2000-2004 were analyzed. Presentations of the babies, birth methods, gestational weeks at birth, Apgar scores were compared retrospectively through patients' records. Logistic Regression Analysis, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis test were used.

Results: Vaginal birth rate is 59.4%, cesarean section birth rate is 40.6%. Highest cesarean section rate is encountered in breech presentation of the first baby. For births given under 36 weeks of gestation, the rates of Apgar scores under seven in vaginal births for the first and second babies are both 23.8%. At 36 weeks and over, the rates are zero for the first baby, and 5.90% for the second baby. For cesarean section births, under 36 weeks of gestation, the rates of Apgar scores under seven are zero for the first baby, and 8.30% for the second baby. For 36 and over weeks, the rates are zero for the first baby and 21.43% for the second baby.

Conclusion: Cesarean rate is 40.6% in our sample space. Prematurity has high prevalence (51.56%). Disregarding gestational age at birth, when the rates of fifth minute Apgar scores under seven are compared with respect to birth methods; for the first baby, it is found high for vaginal birth at 5.6% significance level (p=0.056). There were no first babies with Apgar scores under seven in cesarean section births. There is no difference in birth methods for second babies. Fetal weight is found to be a significant risk factor for Apgar scores of the babies.

Keywords: Presentation, vaginal delivery, cesarean delivery, apgar score.

Giriş

İiz fetuslar genellikle iki ayrı yumurtanın döllenmesi sonucu olurlar; çift yumurta ikizi, dizigotik ikiz veya kardeş ikizdirler. Üçte biri ise tek bir döllenmiş yumurtadan köken almaktadır ki buna da monozigotik ikiz denmektedir. Doğum komplikasyonları dizigotik ikizlere göre daha fazla grldğinden sezaryenle doğum sıklıkla tercih edilir. Yardımcı reme tekniklerinin bir sonucu olarak insidans giderek artmaktadır. Preterm doğum için 37 hafta eşik değer olarak alındığında %43.6'ya kadar ulaşmaktadır. Kord kazaları, malprezentasyon, operatif doğum riskinin artışı, tanısı konamamış vasa previadan kontrol edilemeyen kanama, postpartum kanama tekil gebeliklere oranla daha sık görülmektedir. İiz gebeliklerde en iyi doğum şekli hakkında henüz görüş birliğine varılamamıştır. Gebelik haftası, zigosite, travayda geçen süre, birinci ve ikinci bebeğin prezentasyonları, preeklampsi, intrauterin gelişme geriliği gibi başka komplikasyonların eşlik etmesi doğum yönetimini etkiler. Özellikle baş-makat prezentasyonu olan gebeliklerin doğum şekli tartışmalıdır. İiz gebeliklerde dikkatli intrapartum yaklaşım, optimal sonuçların alınması için zorunludur. Bu tür gebelikler tecrübeli obstetri ve pediatri ekibinin bulunduğu merkezlerde izlenmelidir.¹ Bu alışmamızda Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2000 - 2004 yıllarında multipar, abdominal doğum öyküsü olmayan, klinik takiplerine ulaşılan 64 ikiz gebenin, gebelik haftaları, bebeklerin prezentasyonları, doğum yöntemi ve Apgar skorları retrospektif olarak incelenmiştir. Gebelik haftasına, prezentasyon şekillerine ve klinik deneyimine göre obstetrisyenin tercih ettiği doğum yöntemi, bebeklerin beşinci dakika Apgar skorları göz önünde bulundurularak karşılaştırılmıştır.

Yöntem

Ocak 2000 - Aralık 2004 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne travayda başvuran gestasyonel haftası 32-41 olan, multipar, diamniyotik dikoryonik, sistemik hastalığı olmayan, abdominal doğum öyküsü olmayan gebelik takiplerine ulaşılabilen 83 ikiz gebe tespit edildi. Saptanan 83 gebeden monoamniyotik ikiz gebelikler, fetal anomali taraması olmayan gebeler, başvuru kardiyotokografi bulguları sorunlu olanlar çalışmaya dahil edilmedi (n=3). Normal doğum sırasında komplikasyon gelişip (kordon sarkması, akut fetal distres, fetal kayıp) acil sezaryene alınanlar (n=12), prezentasyon şekilleri baş-baş, baş-makat, ilk bebeğin makat olması durumları dışındakiler (birinci ve ikinci bebekler için transvers gelişler, ayak gelişler) alışmaya dahil edilmedi (n=4). Hastaların 43 tanesi ilk trimesterden itibaren kliniğimizde takip edilmekteydi. Geri kalan 21 tanesinin bilgilerine ellerindeki takip kayıtlarından ulaşıldı. Doğumu gerçekleştirilen bu ikiz gebelerin prezentasyon şekilleri, doğum yöntemleri, doğum haftaları, bebeklerin Apgar skorları doğum dosyaları retrospektif olarak taranarak incelendi. Doğum haftası olarak ikiz gebelikler için prematürite sınırı 36 hafta $\pm$ 2 gün kabul edildi. Klinik olarak anlam ifade edebilmesi için Apgar skoru değerlendirilmesi <7 ve $\geq$ 7'ye göre yapıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analiz için, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken risk faktörlerinin, Apgar skoru üzerindeki etkisini incelemek için Lojistik Regresyon Analizi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında ikiden fazla grup durumunda parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi kullanıldı.

Bulgular

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 2000-2004 yıllarında kriterlere uygun toplam 64 ikiz gebelik doğurtulmuştur. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi. Testin gücü 0.05 anlamlılık düzeyinde, 64 gözlem dikkate alındığında $(1-\beta)$ %56.5 olarak bulundu. Tüm ikiz gebelikler birinci ve ikinci bebeğin prezentasyon şekilleri değerlendirildiğinde Baş-Baş prezentasyonlu olgu sayısı 22, Baş-Makat 24 ve birinci bebek Makat olan olgu sayısı 18 olarak saptandı (Tablo 1). Bu ikiz gebeliklerin 38'i (%59.38) vaginal yoldan doğurtulurken, 26'sı (%40.63) sezaryen ile doğurtulmuştur. İkiz gebeliklerde prezentasyon şekillerine göre doğum şekli Tablo 2'de yer almaktadır. İkiz gebeliklerde gebelik haftasına göre doğum şekli Tablo 3'te gösterilmiştir. Sezaryen ile doğum oranları gestasyonel haftası <36 ve ≥ 36 gebelikler için sırasıyla % 36.36 ve % 45.16 olarak saptanmıştır. Birinci bebeğin makat geldiği prezentasyon, prematürlerde ve miad ikiz gebelerde en yüksek oranda sezaryen ile doğumun izlendiği prezentasyondur (%50, %43). Prematürlerde en düşük sezaryen oranı ise Baş-Baş prezentasyonunda olmuştur (%17). Çalışma grubumuzda Apgar skorunun değerlendirmesini <7 ve ≥ 7 olarak ikiye ayıracak olursak 36 haftanın altında, vaginal yolla doğan bebeklerin, beşinci dakika Apgar skorlarının yediden düşük olduğu oranlar birinci ve ikinci bebek için (%23.8, %23.8), sezaryen ile doğan bebeklere kıyasla (0, %8.3) daha yüksek bulunmuştur. Otuzaltı hafta ve üzerinde ise sezaryen ile doğan bebeklerin beşinci dakika Apgar skorlarının yediden düşük olduğu oranlar (0, %21.43), vaginal yolla doğan bebeklere göre (0, %5.9) daha yüksek bulunmuştur. Bütün gestasyonel haftalarda doğum şeklinin her iki bebeğin Apgar skorları için de istatistiksel olarak anlamlı risk faktörü olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). İstatistiksel olarak an-

lamlı olmamasının örneklem büyüklüğünün dar olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Tablo 4). Prematürlerde, Baş-Baş prezentasyonda, yediden düşük Apgar skoru, normal doğumda birinci ve ikinci bebekte %25 iken, sezaryende, yediden düşük Apgar skoru yoktur. Baş-Makat prezentasyonda yediden düşük Apgar skoru, normal doğumda %30 iken, sezaryende, yediden düşük Apgar skoru yoktur. Birinci bebeğin makat olduğu prezentasyonda,

Tablo 1. İkiz gebeliklerde prezentasyon şekilleri.

Geliş Şekli	Sayı	Yüzde
Baş-Baş	22	%34.0
Baş-Makat	24	%38.0
Makat	18	%28.0
Toplam	64	%100.0

Tablo 2. İkiz gebeliklerde prezentasyon şekillerine göre doğum şekli.

Geliş Şekli	Vaginal Doğum	Sezaryen
Baş-Baş	16	6
Baş-Makat	16	8
Makat	6	12
Toplam	38 (%59.375)	26 (%40.625)

Tablo 3. İkiz gebeliklerde gebelik haftasına göre doğum şekli.

Doğum Şekli	Doğum Haftası	
	<36 Hafta	≥ 36 Hafta
Vaginal Doğum	21 (%63.64)	17 (%54.84)
Sezaryen	12 (%36.36)	14 (%45.16)
	n=33 (%51.56)	n=31 (%48.44)

Tablo 4. Doğum şekline göre Apgar skoru oranlarının karşılaştırılması.

Apgar Skoru	Doğum Şekli	N	<7 oranı	p
1. bebek 5. dakika Apgar skoru	Vaginal	38	% 13.2	0.056
	Sezaryen	26	% 0.0	
2. bebek 5. dakika Apgar skoru	Vaginal	38	% 18.4	0.754
	Sezaryen	26	% 15.4	

normal doğumda yediden düşük Apgar skoru yokken, sezaryen ile doğumda ikinci bebekte %17 oranında izlenmiştir (Tablo 5 ve 6). Miad doğumlarda, Baş-Baş prezentasyonda, normal doğumda birinci ve ikinci bebekte, yediden düşük Apgar skoru yoktur, sezaryen doğumda ikinci bebekte %25'tir. Baş-Makat prezentasyonda, yediden düşük Apgar skoru normal doğumda birinci bebekte yoktur, ikinci bebekte %17'dir; sezaryen doğumda yediden düşük Apgar skoru birinci bebekte yoktur, ikinci bebekte %50'dir. Birinci bebeğin makat geldiği prezentasyonlarda, yediden düşük Apgar skoru, normal doğum ve sezaryende yoktur. Bu oransal farklar istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 7). Çalışmamızda fetal ağırlık prematürlerde

her iki bebek için anlamlı değişken olarak saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 5 ve 6). Otuzaltı haftanın altında Apgar skorunun yedinin altında olma oranları birinci bebek için anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 8).

Tartışma

Yardımcı üreme tekniklerinin ve ovülasyon indüksiyon uygulamalarının artması ile birlikte, başta ikiz gebelikler olmak üzere, çoğul gebelik insidansında son yıllarda artış görülmektedir. İnsidanstaki artışa karşılık ikiz gebeliklerde en iyi doğum şekli hakkında henüz görüş birliğine varılamamıştır. İyi yapılmış bir antenatal takibin başarıyla sonuçlandırılabilmesi için, bebekleri

Tablo 5. 36. haftanın altındaki doğumlarda 1. bebek Apgar skorunu etkileyen risk faktörleri.

		1. bebek 5. dakika Apgar skoru							
		≥7		<7					
		n	%	n	%	B	OR*	(%95CI)**	p
Geliş Şekli	BB	8	%28.6	2	%40.00				0.690
	BM	11	%39.3	3	%60.00	2.7	15	0	7374.1
	M -	9	%32.1	0	%0.00	2.2	8.6	0	2662.5
Doğum Şekli	Vaginal	16	%57.1	5	%100.00	1.6	4.8	0	1049.1
	Sezaryen	12	%42.8	0	%0.00				0.570
Fetal Ağırlık		2273±397		1554±736		-0.003	0.997	0.995	0.9995

*Odds Oranı, **Güven aralığı

Tablo 6. 36. haftanın altındaki doğumlarda 2. bebek Apgar skorunu etkileyen risk faktörleri.

		2. bebek 5. dakika Apgar skoru							
		≥7		<7					
		n	%	n	%	B	OR*	(%95CI)**	p
Geliş Şekli	BB	8	%29.60	2	%33.30				0.761
	BM	11	%40.70	3	%50.00				
	M -	9	%29.60	1	%16.70	2.7	15.1	0	24777.4
Doğum Şekli	Vaginal	16	%59.30	5	%63.60	1.6	8.7	0	9739.0
	Sezaryen	11	%40.70	1	%36.40				0.570
Fetal Ağırlık		2242±373		1123±269		-0.00300	0.99655	0.99379	0.99933

*Odds Oranı, **Güven aralığı

Tablo 7. 36 haftanın üstündeki doğumlarda 2. bebek Apgar skorunu etkileyen risk faktörleri.

		2. bebek 5. dakika Apgar skoru							
		≥7		<7		B	OR*	(%95CI)**	p
		n	%	n	%				
Geliş Şekli	BB	10	%38.5	2	%38.7				0.431
	BM	7	%26.9	3	%32.3	14.9	3.00E+06	0	2.00E+16
	M -	9	%34.6	0	%0.00	17.5	4.00E+07	0	2.00E+19
Doğum Şekli	Vaginal	15	%57.7	2	%54.8	-4.5	0	0	7.2
	Sezaryen	11	%42.3	3	%45.2				0.173
Fetal Ağırlık		2762±498		1730±789		0.000	0.994	1.000	1.003

*Odds Oranı, **Güven aralığı

fetal asfiksi ve doğum travmasından koruyacak iyi bir intrapartum takibe ihtiyaç vardır. Özellikle Baş-Makat prezentasyonu olan gebeliklerin doğum şekli tartışmalıdır. İkiz gebeliklerde dikkatli intrapartum yaklaşım optimal sonuçların alınması için zorunludur. İkiz gebeliklerin doğum yaptırılacağı kliniklerde:

- Deneyimli obstetrisyen
- Antenatal takip bilgileri
- Ultrasonografi cihazı
- Kardiyotokografi (ikiz opsiyonlu)
- Kan transfüzyon imkanı
- İ.V. yol açabilme imkanı
- Anestezi uzmanı
- Yenidoğan resüsitasyonu (iki veya daha fazla bebek için yeterli ekip ve donanım)
- Acil sezaryen imkanı olmalıdır.²

İkiz gebeliklerde artmış morbidite ve mortalitede genellikle erken doğum; intrauterin gelişme kısıtlılığına, ikizden ikize transfüzyon sendromuna veya monoamniositiye bağlanmaktadır.³ Ancak epidemiyolojik çalışmalarda 2500 g'dan fazla olan ikizlerde, tekiz gebelikler ile kıyaslandığında 6 kat artmış perinatal ölüm saptanmıştır. Perinatal ölümlerin %10-12'sini çoğul gebelikler oluşturmaktadır. Tek fetüsün kayıp oranı yaklaşık olarak %0.5-6.8 kadardır.⁴ İkiz gebeliklerde doğum kilosuna göre mortalite araş-

tıran bir başka çalışmada 3000 g üzerindeki bebekler kıyaslandığında ikiz gebeliklerde, tekiz gebeliklere göre %70 perinatal mortalite artışı saptanırken intrapartum bebek ölümlerinin 3 kat fazla olduğu saptanmıştır.⁵ İkiz eşleri arasındaki ağırlık farkı arttıkça perinatal morbidite ve mortalite artmaktadır.⁶ Ancak bir çalışmada ikiz eşleri arasındaki %15 ağırlık farkının, prezentasyon anomalisi (Baş-Baş harici) ve sezaryen oranlarını artırmadığı tespit edilmiştir.⁷ Çalışmaya katılan ikiz gebelerin %59.3'üne vaginal yoldan doğum yaptırılmıştır. Genel olarak bakıldığında vaginal doğum, sezaryen ile doğuma göre daha çok tercih edilen doğum yöntemi olmuştur. İkiz gebeliklerde prematürite önemli bir sorundur. Preterm doğum, literatürde ikiz gebelerde 37 hafta eşik değeri olarak alındığında %43.6 iken bu çalışmada 36 hafta eşik olarak alındığından %48.44'dür. Preterm doğum oranı

Tablo 8. Gebelik haftasına göre Apgar skoru oranlarının karşılaştırılması.

	Gebelik haftası	N	<7 oranı	p
1. bebek 5. dakika Apgar skoru	<36	33	%15.20	0.025**
	≥36	31	%0.00	
2. bebek 5. dakika Apgar skoru	<36	33	%18.20	0.829
	≥36	31	%16.10	

*Odds Oranı, **Güven aralığı

literatür ile uyumludur. Gestasyonel haftası 36 haftadan büyük ikiz gebeliklerin sezaryen oranı, 36 haftadan küçük ikiz gebeliklere oranla yüksek bulunmuştur. Tüm gebelik haftalarında, bebek geliş şekli, doğum şekli değişkenlerinin birinci ve ikinci bebek Apgar skoru için istatistiksel olarak anlamlı risk faktörü olmadığı bulunmuştur. Kliniğimizde en az sezaryen ile doğum Baş-Baş prezentasyon grubunda izlenmiştir. Bu prezentasyonda vaginal doğum oranı %72.7 olarak hesaplanmıştır. Literatürde 1700 gramın altındaki çok düşük ağırlıklı bebekler hakkında bir fikirbirliği olmamasına rağmen (bazı araştırmacılar sezaryen önermektedir) büyük çoğunlukla vaginal doğum önerilmektedir.⁸ Baş-Baş prezentasyonda yedinin altında beşinci dakika Apgar skoru oranları değerlendirilerek doğum metodlarına bakıldığında gestasyonel haftası 36 haftanın altında olan gebelerde sezaryen, 36 hafta ve üstünde ise normal doğum tercih edilebilir görünmektedir. Örneklem büyüklüğünün azlığı nedeniyle istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Literatürde normal doğumlarda ikinci bebeğin devamlı monitorizasyonla izlenmesi ile zaman kavramını tek başına önemsemeden emniyetli bir şekilde doğum için beklenebileceği belirtilmiştir.⁹ Fetal distres oluşursa acil sezaryen endikasyonu vardır. İnternal podalik versiyon ve zor forseps manevraları, bebeği ek riske atacağından kaçınılmalıdır.¹⁰⁻¹³ Baş-Makat prezentasyon, çalışmamızdaki en fazla prevelansa sahip prezentasyondur. Baş-Makat prezentasyonda optimum doğum şekli tartışmalıdır. Chervenak ve arkadaşları ikinci bebeğin baş harici olduğu durumlarda bir protokol tanımlamışlardır.¹⁴ Buna göre >1800 g bebeklerde, birinci bebeğin vaginal yoldan doğurtulmasından sonra ikinci bebek makatsa, eksternal versiyon ya da yardımla makat ekstraksiyonu yapılır. Baş-Makat geliş <1800 g ikizlerin hangi yolla doğurtulmalarının en uygun olacağını, sezaryenin tercih edilip edilme-

yeceğini gösteren yeterli yayın yoktur.⁸ Eksternal sefalik versiyon sırasında epidural anestezi ile abdominal duvarın relaksasyonu önerilmektedir. Bizim çalışmamızda 36 haftanın altında normal doğumda Baş-Makat prezentasyonda birinci ve ikinci bebek için yediden düşük Apgar skoru %30 iken, sezaryende, yediden düşük Apgar skoru yoktur. Otuzaltı haftanın altındaki gebelerde doğum yöntemlerindeki morbidite oranları göz önüne alındığında Baş-Makat prezentasyonu için sezaryen, vaginal doğuma göre daha tercih edilebilir görünmektedir. Otuzaltı hafta ve üstünde ise Baş-Makat prezentasyonda, vaginal doğumda yediden düşük Apgar skoru birinci bebekte yoktur, ikinci bebekte %17'dir; sezaryen doğumda yediden düşük Apgar skoru birinci bebekte yoktur, ikinci bebekte %50'dir. Otuzaltı hafta ve üstünde vaginal doğum şartları sağlanabiliyorsa (maternal komplikasyon, distosi, fetal distres, bebekler arasında %15'ten fazla ağırlık farkı, ileri derecede intrauterin gelişme geriliği vs yoksa) normal doğumun ikinci bebek açısından Apgar değerlerine göre uygun bir metod olduğu izlenmektedir. Bu tespitler, oranlar arasındaki farklar doğrultusunda yapılmıştır. İstatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu sonuç, 141 vakalık ikinci gelen makat bebeğin Apgar skorlarını doğum yöntemlerine göre karşılaştıran retrospektif çalışma sonuçları ile uyumludur.¹⁵ Çalışmamızda en yüksek sezaryen oranı birinci bebeğin makat geldiği prezentasyonda izlenmiştir. Prematürlerde sezaryen oranı %50 iken miadındaki gebelerde oran %43'tür. Birinci bebeğin makat geldiği prezentasyon (makat-baş, makat-makat) tüm ikizlerin %15-20'sini oluşturmaktadır.¹⁶ Bu prezentasyonlarda Fransa'da fetal ağırlık >1800 g olan olgular ve sefalopelvik uyumsuzluk, intrauterin gelişme geriliği, maternal komplikasyon olmayan olgularda vaginal doğum her zaman denenir (birinci bebek makat ise denenir, birinci bebek transvers ise geçerli değildir). Bu yak-

laşım ancak doğum hekimleri ikiz doğum konusunda deneyimli ise gerçekleştirilmelidir. İkinci bebek birinciye nazaran %20 ağır ise doğum şekli modifiye edilebilir.¹⁷ 2003 yılında Hogle ve arkadaşlarının yayınladığı metaanalizde ikizlerde planlanmış sezaryen ile doğumun özellikle ilk bebeğin makat geldiği durumlarda, beşinci dakika Apgar skorlarının düşük olması riskini azaltabileceği sonucuna varılmıştır.¹⁸ ABD’de sezaryen en iyi metod olarak kabul görmektedir, çünkü bu olgularda vaginal doğumun güvenilir olduğuna dair bir yayın yapılmamıştır. Bu çalışmada miad gebelerde bu prezentasyonda her iki doğum metodunda da Apgar skoru yedinin altında izlenmemiştir. Prematür gebelerde ise Apgar skoru yedinin altında görülen tek vaka sezaryen ile doğumdaki ikinci bebekte izlenmiştir. Bu prezentasyonda doğum metodlarının birbirine üstünlüğü yoktur. Ancak bu, obstetrisyenin makat geliş ve ikiz doğumdaki tecrübesi ile ilişkilendirilebilir.¹⁹ Otuzaltı haftanın altında doğan bebeklerin Apgar skoru yedinin üstünde olanların fetal ağırlık ortalamaları birinci ve ikinci bebek için sırasıyla 2273 ± 397 g ve 2242 ± 373 g olarak bulunmuştur. Prematür ikizlerde, her iki bebekte, doğum ağırlıklarının artmasıyla Apgar skorlarının arttığı tespit edilmiştir. Bu istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p < 0.05$). Apgar skorunun, yenidoğan bebeğin iyilik halinin değerlendirilmesinde katkısı olan bir parametre olduğunu düşünürsek bu sonuç literatür bilgileri ile örtüşen bir sonuçtur. “Çok Merkezli Çoğul Gebelik Çalışması II İkizlerde Perinatal Mortalite” adlı 15 merkezin verileri ile yapılan anket çalışmasında da ikizlerin yaklaşık dörtte üçünde, kaybedilen fetusun ağırlık olarak daha hafif olan olduğu tespit edilmiştir.²⁰ Otuzaltı hafta ve üstündeki gebelerde fetal ağırlık ile Apgar skoru ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı çıkmamıştır. Ağırlıkları ve Apgar skorları incelenen 1253 ikiz gebeyi kapsayan çalışmada, ağırlığı daha az olan bebeklerin Apgar skorları

daha düşük bulunmuştur.⁴ Bazı değişkenlerin, risk faktörü olup olmadığı araştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamasının nedeni, çalışmamıza alınan gebe sayısının azlığıdır. Bu çalışmada, gebe sayısı artırılarak çalışmanın gücü artırılabilir. En uygun doğum yöntemine karar verirken, dikkatli intrapartum bir protokol izlenmelidir. Birinci bebeğin makat geldiği durumda tecrübeli obstetrisyen, ebe, hazır bulunan bir anesteziist olduğu takdirde vaginal doğum uygun bir opsiyon olur.²¹ Düşük ağırlıklı prematür bebeklerde intrapartum dönem kadar postpartum dönem de önemlidir. Obstetri ekibi kadar pediatri ekibinin hazırlığı ve yenidoğan bakım şartlarının sağlanması da gözardı edilmemelidir.

Sonuç

Genel olarak doğum yöntemleri, Apgar skorları değerlendirilerek karşılaştırıldığında, sezaryen, vaginal doğuma göre daha tercih edilebilir görünse de, gestasyonel haftası 36 hafta ve üzeri gebelerde, üç prezentasyon şeklinde de, birinci ve ikinci bebek için sezaryen ile doğumun, vaginal doğuma üstünlüğü görülemediği. Prematürlerde vaginal doğumun sezaryen ile doğuma oranla morbiditesinin yüksek olduğu izlenmektedir. Genel hükümlere varmak için bu çalışmayı daha geniş örneklem büyüklüğü ile yapmak gerekmektedir. Birçok tecrübeli kadın doğum hekimi Baş-Makat, Makat-Baş, Makat-Makat veya Baş-Transvers ikizlerde vaginal yolu tercih etmektedir. Bunun dışındaki durumlarda sezaryen önermektedir. Hekim, versiyon-ekstraksiyon konusunda yeterli eğitimi almamışsa sezaryeni tercih etmelidir. Obstetrik manevraların iyi bilinmesi doğum travmalarının önlenmesinde oldukça önemlidir. Bu durumda vaginal doğum, ikizler için artmış risk ile ilişkilendirilemez. Prematür ikizlerde, her iki bebekte, doğum ağırlıklarının artmasıyla Apgar skorlarının arttığı tespit edilmiştir.

Kaynaklar

1. Jessa EO. Twin pregnancy and perinatal deaths. *J Obstet Gynecol* 1998; 18(4): 336-9.
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrics. New York-McGraw-Hill Publishing: 2001; 1: 797.
3. Arulkumaran S. Method of delivery of multiple pregnancies. *Perinatol* 2005; 13: suppl; 109.
4. Spellacy WN, Handler H, Fere CD. A case-control study of 1253 twin pregnancies from a 1982-1987 perinatal data base. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 168-71.
5. Kiely JL. The epidemiology of perinatal mortality in multiple births. *Bull N Y Acad Med* 1990; 66: 618-37.
6. Hollier LM, McIntire DD, Leveno KJ. Outcome of twin pregnancies according to intrapair birth weight differences. *Obstet Gynecol* 1999; 94: 1006-10.
7. Çağlar GS, Keskin HL, Avşar AF. İkiz gebeliklerde diskordansın doğum şekli ve doğumda gestasyonel yaş ile ilişkisi. *Perinatol* 2002; 10: 328-30.
8. Chauhan SP, Roberts WE, McLaren RA, Roach H, Morrison JC, Martin JN Jr. Delivery of the nonvertex second twin: Breech extraction versus external cephalic version. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 173: 1015-20.
9. Smith-Levitin M, Skupski DW, Chervenak FA. Multifetal pregnancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995; 7: 465-71.
10. Chervenak FA, Johnson RE, Youcha S, Hobbins JC, Berkowitz RL. Intrapartum management of twin gestation. *Obstet Gynecol* 1985; 65: 119-24.
11. Rayburn WF, Lavin JP, Miodovnik M, Varner MW. Multiple gestation: Time interval between delivery of the first and second twins. *Obstet Gynecol* 1984; 63: 502-6.
12. Cetrulo CL. The controversy of mode of delivery in twins: the intrapartum management of twin gestation. *I Semin Perinatol* 1986; 10: 39-43.
13. Hays PM, Smeltzer JS. Multiple gestation. *Clin Obstet Gynecol* 1986; 29: 264-85.
14. Chervenak FA. The optimum route of delivery. In: Keith LG, Papiernik E, Keith DM, Luke B (Eds). Multiple pregnancy. Epidemiology, gestation and perinatal outcome. New York: Parthenon Publishing, 1995, pp: 503-16.
15. Winn HN et al. Intrapartum management of nonvertex second-born twins: a critical analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185(5): 1204-8.
16. Roberts JM, Creasy RK, Resnik R. Maternal Fetal Medicine: Principles and Practice. 5th ed. Philadelphia-WB Saunders: 2004. p. 522.
17. Erden A, Bayhan G. İkizlerde intrapartum doğum planlaması. *Perinatoloji Dergisi* 2001; 9(3): 146-8.
18. Hogle KL, Hutton EK, McBrien KA, Barrett JF, Hannah ME. Cesarean delivery for twins: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 220-7.
19. Miller DA, Mullin P, Hou D, Paul RH. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175: 194-8.
20. Yayla M, Baytur Y. Çok Merkezli Çoğul Gebelik Çalışması II-İkizlerde Perinatal Mortalite. *Perinatoloji Dergisi* 2009; 17(1): 8-17.
21. Sentilhes L, Goffinet F, Talbot A, et al. Attempted vaginal versus planned cesarean delivery in 195 breech first twin pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86: 55-60.