

YORUM**Çoğul Gebeliklerde Doğum Yöntemleri**

Mehmet Okan Özkaya, Mekin Sezik, Hakan Kaya

*¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Isparta***Giriş**

Çoğul gebeliklerin sıklığı yardımcı üreme teknikleri sonrasında belirgin olarak yükselmiştir.^{1,2} Ovülasyon indüksiyonu ile ikiz gebelik sıklığı yaklaşık 10 kat artmaktadır.² İkiz gebelikler tüm gebeliklerin yaklaşık %1'ini oluştururken, perinatal mortalite oranları %10 civarındadır.³

Çoğul gebeliklerin beraberinde getirdiği en önemli sorunlardan biri doğum şeklinin nasıl olması gerektiğidir. Çoğul gebeliklerde doğum şekli konusunda bir çok tartışma bulunmaktadır. Bu konudaki en yeni ve kapsamlı çalışmalar özet olarak aşağıda maddeler halinde sunulacaktır.

Planlı Sezaryen

Tüm ikiz gebeliklerin sezaryen ile doğurtulmasının perinatal mortaliteyi azaltıp azaltmayacağı önemli bir tartışma konusudur. Sezaryen doğumun bebeklerin sadece 1000 g ve altında olması durumunda Apgar skorları ve perinatal mortalite açısından avantajlı olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır.⁴ Bu konu ile ilgili geniş bir meta-analizde, planlı sezaryen doğumun sadece öndeki bebek makadi geliş ise 5. dakika Apgar skorunu artırdığı, ancak genel olarak planlı sezaryen ile normal doğum arasında perinatal mortalite ve morbidite açısından farklılık olmadığı sonucuna varılmıştır.³ Sonuç olarak, aşırı preterm ikiz olguları dışında tüm ikiz gebeliklerin sezaryen ile doğurtulması anlamlı gözükmemektedir.

İkiz gebeliklerde doğum sırasında bebeklerin verteks-verteks geliş olması ihtimali %42, verteks-nonverteks %38 ve nonverteks-verteks olma ihtimali ise %20'dir.⁵ Özellikle ilk bebek makat geliş ise doğum şekli çok tartışmalıdır. Bu konudaki iyi kontrollü bir çalışmada, öndeki bebeğin 1500 g ve altında olduğu durumlarda makat doğumun neonatal mortaliteyi 9.5 kat artırdığı belirtilmektedir.⁶ Ancak, 1500 g ve üzerinde makat doğum (Apgar skorları ve neonatal mortalite açısından) güvenli gözükmemektedir.⁷ Yapılan çok merkezli bir çalışmada önde gelen makat fetus 1500 g altında olduğunda vajinal doğumda 5. dakika Apgar skorunun düşük ($p=0.008$, OR 2.4, %95 CI 1.2-4.7) olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada eğer fetus 1500 g üzerinde ise vajinal doğumda Apgar skorunda değişiklik olmadığı ($p=0.76$, OR 1.1, %95 CI 0.6-2.1) saptanmıştır ve bu gebelerde vajinal doğum yapılabileceği belirtilmiştir.⁷

Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği (ACOG), bebeğin ağırlığından bağımsız olarak önde gelen ikiz verteks geliş değil ise sezaryenin tercih edilebileceğini belirtmektedir.⁸ Bu görüşü destekleyen bir meta-analizde, planlı sezaryen yapılan ikizlerde düşük 5. dakika Apgar skoru riskinin yaklaşık %50 (OR 0.47, %95 CI 0.26-0.88), öndeki bebeğin makat olduğu durumlarda da bu riskin yaklaşık 1/3 oranında azaldığı (OR 0.33, %95 CI 0.17-0.65) saptanmıştır.⁹

Sonuç olarak, ikiz gebeliklerde ilk bebek makat ve 1500 g altında ise sezaryen ile doğum daha gü-

venli gözükmetedir. Bazı çalışmalarda ilk bebek makat ve 1500 g üzerinde iken, Apgar skoru ve neonatal mortalite açısından vajinal ve sezaryen doğumun benzer sonuçları olduğu belirtilmektedir.⁷ Bununla beraber, iyi kontrollü çalışmalar ve meta-analizlerde sezaryen doğumda 5. dakika Apgar skorlarının daha iyi olduğu vurgulanmaktadır. Bu nedenle ilk bebeğin makat olduğu ikiz gebeliklerde, bebeğin kilosundan bağımsız olarak sezaryen ile doğum daha uygun bir yaklaşım olabilir.

İkinci Bebeğin Geliş Şekli

Diğer bir tartışma konusu ise ikinci bebeğin nonverteks olduğu durumlardaki doğum yöntemi ile ilgilidir. Bu konuyu ele alan bir çalışmada ikinci bebeğin prezentasyonu ve doğum şeklinin 1. dakika Apgar skoru dışında perinatal sonuçlar açısından farklılık getirmediği belirtilmektedir.¹⁰ Arkadan gelen bebeğin makat geliş olması tek başına sezaryen endikasyonu olmayabilir. Ancak, normal doğuma bırakılan olgularda %10'a yaklaşan "ikinci bebek için acil sezaryen" oranı mevcuttur.¹¹ İkinci bebeğin makat gelmesi acil sezaryen oranını 4 kat artırmaktadır.

İkinci bebeğin, doğumdaki komplikasyonlara bağlı olarak, ölüm riskinin daha fazla olabileceğini gösteren yayınlar da bulunmaktadır.¹² İkizlerde vajinal doğum sonrasında acil sezaryen, uterin rüptür ve enfeksiyöz morbidite artışı ile ilişkili bulunmuştur.¹³ Yeni ve geniş bir çalışmada, sezaryen ile doğurtulan verteks-makat ikizlerin, vajinal yoldan doğurtulan verteks-verteks ikizler ile kıyaslanabilir neonatal mortaliteye sahip oldukları gösterilmiştir.¹⁴ Yine aynı çalışmada yukarıdaki bulgular ile de uyumlu olarak, en yüksek neonatal mortalite oranı verteks-makat gelişlerde olup vajinal-acil sezaryen grubunda saptanmıştır (2.7/1000 canlı doğum). Bu bulguları destekleyen diğer bir çalışmada, her iki bebeğin vajinal yol veya öndeki bebeğin vajinal ve ikinci bebeğin sezaryen ile doğurtulmasındaki neonatal mortalite ve morbidite, her iki bebeğin sezaryenle doğurtulmasına göre yüksek bulunmuştur.¹⁵ Diğer bir çalışmada ise ikinci bebek nonverteks durumundayken sezaryen ile doğurtulması ile her iki bebeğin vajinal yol ile doğurtulması karşılaştırılmıştır. Sezaryen grubunda ortalama Apgar skorları daha yüksek, neonatal mortalite daha dü-

şük bulunmuştur. Çalışmada vajinal doğumun bu durumdaki ikiz gebelikler için tehlikeli olduğu belirtilmiştir.¹⁶ Ancak, Winn ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, ikinci bebek nonverteks iken her iki bebeğe de sezaryen, ilk bebek vajinal doğum ikinci bebeğe sezaryen yapılması veya her iki bebeğin de vajinal yol ile doğurtulmasının neonatal mortalite ve doğum travması açısından farklı olmadığı belirtilmiştir.⁵ Çalışmada özellikle 1500 g ve üzerindeki fetuslerde vajinal doğumun güvenli olduğu belirtilmiştir.

Sonuç olarak, ikinci bebeğin nonverteks olduğu normal doğuma bırakılan olgularda, acil sezaryen ihtiyacı önemli bir sorundur. Geriye yönelik çalışmalarda anlamlı risk artışı saptanmamasına rağmen ikizlerde "verteks-makat" gelişlerin doğumu deneyimli bir kadın-doğum uzmanı tarafından diğer faktörler de göz önüne alınarak ve hastaya göre planlanmalıdır. Bu tartışmalı durumda, bebeklerin ağırlıkları ve ağırlıklarında uyumsuzluk olup olmaması da dikkate alınmalıdır.

Bebekler Arası Ağırlık Farkı

İkiz gebeliklerde diğer bir tartışılan konu ise bebeklerin tahmini doğum ağırlığı farklarının doğum şeklini belirlemede önemli olup olmadığıdır. Çok yeni bir çalışmada, bebeklerin ağırlıkları arasındaki fark %40'tan fazla olduğunda vajinal doğumun neonatal mortaliteyi artırdığı saptanmıştır.¹⁷ Risk artışının %20 farkta başladığı ancak istatistiksel anlama %40'da ulaştığı belirtilmektedir. Genel olarak, bebeklerin ağırlığındaki uyumsuzluğun fetal ölüm açısından da risk getirdiği ve küçük bebeğin perinatal mortalite riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir. Perinatal sonuçlar açısından %30 ve üzerinin klinik anlamı olduğu da öne sürülmüştür.¹⁸ Başka bir çalışmada 1500 g altındaki ikizler incelenmiş ve sezaryen ve vajinal doğumun her ikisinde de çok küçük kilolu olan fetusun hem respiratuvar distres sendromu hem de kronik akciğer hastalığı açısından riskli olduğu belirtilmiştir.¹⁹ İkizlerin tahmini doğum ağırlığı arasında %20-30'dan fazla fark olması durumunda sezaryen daha mantıklı gözükmetedir. Ancak, bu şekildeki bir yaklaşımı da destekleyecek yeterli kanıt bulunmamaktadır.

Verteks-Verteks Gelişlerde Doğum

Diğer tartışılan bir konu da verteks-verteks gelişlerde normal doğumun her zaman uygun olup olmadığıdır. Genellikle verteks-verteks gelişlerin normal doğuma bırakılabileceği belirtilmektedir. Ancak, bu da her zaman çok güvenli olmayabilir. Term ikiz gebeliklerde doğum şekli ile prezentasyon ilişkisini inceleyen bir çalışmada, verteks-verteks gelişte ikinci bebek için acil sezaryen ihtiyacı doğması halinde (vajinal-sezaryen doğum) diğer durumlar arasında en yüksek (3.8/1000 canlı doğum) neonatal mortalite oranı saptanmıştır.¹⁴ Arkadan gelen bebeğin angaje olmaması, doğumun geçikmesi gibi sorunlar verteks-verteks gelişlerde de önemli bir sorun olabilir. Ağırlık farkı saptanmayan verteks-verteks gelişlerde acil sezaryen gerekliliğinin önde gelen bebeğin doğumundan önce tahminine yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

Üçüz Gebelikler

Üçüz gebelikler ikiz gebelikler dışında üçüz ve daha fazla sayıdaki gebeliklerde de doğum şekli açısından tartışmalar vardır. Preliminer bir çalışmada, önde gelen üçüzün verteks olduğu durumlar vajinal doğuma bırakılmış ve çalışmadaki tüm üçüzlerin (n=23) yaklaşık 1/3'ünün (8 üçüz) vajinal yoldan doğurduğu belirtilmiştir. Vajinal doğuranlar ile sezaryen olanlar arasında neonatal morbidite ve mortalite açısından fark bulunmamıştır.²⁰ Bunun aksine yine üçüzlerde doğum şeklinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise her üç bebeğin de sezaryen ile doğurtulmasındaki neonatal mortalite oranlarının azaldığı saptanmıştır.¹ Üçüz gebeliklerde normal doğumun güvenilirliği daha geniş çalışmalarda gösterilene kadar sezaryen önerilen doğum şekli olmaya devam etmektedir.

Çoğul gebeliklerde fetus sayısı arttıkça hem ane hem de fetus açısından mortalite ve morbidite oranlarının arttığı aşikardır. Yapılan geniş kapsamlı bir çalışmada, 44605 gebelik değerlendirilmiş ve bunlarda %1.3 ikiz, %0.1 üçüz sıklığı saptanmıştır.²¹ En sık perinatal komplikasyon olan erken doğum eylemine üçüzlerde ikizlere göre 2 kat daha fazla sıklık ile rastlanmıştır. Maternal mortalite ikizlerde 35.8/100.000, üçüzlerde ise 99/100.000 ola-

rak belirtilmiştir. Perinatal mortalite de üçüzlerde yaklaşık olarak 2 kat artmaktadır (115/1000'e karşılık 223/1000).²¹ Çoğul gebeliklerde perinatal ve neonatal mortalite daha çok fetal ağırlığın 1500 gramdan düşük ve gebelik haftası 27'den küçük fetuslarda gözlenmektedir.²² Fetus sayısı arttıkça fetal ve maternal prognoz kötüleştiği, prematürite riski arttığı için iatrojenik çoğul gebeliklerin azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılması önem kazanmaktadır.

Kaynaklar

1. Vintzileos AM, Ananth CV, Kontopoulos E, Smulian JC. Mode of delivery and risk of stillbirth and infant mortality in triplet gestations: United States, 1995 through 1998. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 464-9.
2. Barrett JFR. Delivery of the term twin. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004; 18: 625-30.
3. 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.
4. Zhang J, Bowes WA Jr, Grey TW, McMahon MJ. Twin delivery and neonatal and infant mortality: a population-based study. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 593-8.
5. Winn HN, Cimino J, Powers J, Roberts M, Holcomb W, Artal R, et al. Intrapartum management of nonvertex second-born twins: a critical analysis. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 1204-8.
6. Blickstein I. Cesarean section for all twins? *J Perinat Med* 2000; 28: 169-74.
7. Blickstein I, Goldman RD, Kupferminc M. Delivery of breech first twins: a multicenter retrospective study. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 37-42.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics; Society for Maternal-Fetal Medicine; ACOG Joint Editorial Committee. ACOG educational bulletin. Special problems of multiple gestation. Number 253, November 1998 (Replaces Number 131, August 1989). American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet* 1999; 64: 323-33.
9. 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.
10. Greig PC, Veille JC, Morgan T, Henderson L. The effect of presentation and mode of delivery on neonatal outcome in the second twin. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 901-6.
11. Wen SW, Fung KF, Oppenheimer L, Demissie K, Yang Q, Walker M. Neonatal mortality in second twin according to cause of death, gestational age, and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 778-83.
12. Smith GC, Pell JP, Dobbie R. Birth order, gestational age, and risk of delivery related perinatal death in twins: retrospective cohort study. *BMJ* 2002; 325: 1004.
13. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky

- is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1365-71.
14. Kontopoulos EV, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The impact of route of delivery and presentation on twin neonatal and infant mortality: a population-based study in the USA, 1995-97. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2004; 15: 219-24.
 15. Yang Q, Wen SW, Chen Y, Krewski D, Fung KF, Walker M. Neonatal death and morbidity in vertex-nonvertex second twins according to mode of delivery and birth weight. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 840-7.
 16. Usta IM, Rechdan JB, Khalil AM, Nassar AH. Mode of delivery for vertex-nonvertex twin gestations. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 88: 9-14.
 17. Kontopoulos EV, Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The influence of mode of delivery on twin neonatal mortality in the US: variance by birth weight discordance. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 252-6.
 18. Cheung VY, Bocking AD, Dasilva OP. Preterm discordant twins: what birth weight difference is significant? *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 955-9.
 19. Shinwell ES, Blickstein I, Lusky A, Reichman B. Effect of birth order on neonatal morbidity and mortality among very low birthweight twins: a population based study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2004; 89: 145-8.
 20. Alamia V Jr, Royek AB, Jaekle RK, Meyer BA. Preliminary experience with a prospective protocol for planned vaginal delivery of triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1133-5.
 21. Dafallah SE, Yousif EM. A comparative study of twin and triplet pregnancy. *Saudi Med J* 2004; 25: 502-6.
 22. Kamacı M, Zeteroğlu Ş, Şahin HG, Şengül M, Gülümser S, Bolluk G. Çoğul gebeliklerde doğum yöntemleri obstetrik komplikasyonlar ve perinatal mortalite. *Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2004; 18: 135-9.