

İkiz Eşinin İntrauterin Ölümü: Dört Olgu Sunumu

Semih Mun, Tolga Mızrak, Cüneyt Eftal Taner, Gülşen Derin, Cem Büyüktosun

SSK Ege Doğumevi, Kadın Doğum, İzmir

Özet

Amaç: Çoğul gebelikler, intrauterin ve perinatal morbidite ve mortalitenin daha fazla görüldüğü gebeliklerdir. Tüm perinatal ölümlerin ortalama %10'unu ikiz gebelikler ile ilgilidir.

Olgular: Bu çalışmada ikiz eşinin 20. gebelik haftasında veya daha sonra intrauterin exitus olduğu saptanan 4 olgu sunularak olguların maternal yaş, gebelik sayıları, ultrasonografik bulguları, biyokimyasal testleri, doğum haftaları ve perinatal sonuçları incelendi. Bir olgu monokoryonik - monoamniyotik ve diğer üç olgu ise dikoryonik - diamniyotik idi. İki olguda ikiz eşleri tanı konduktan 9 ve 13 gün sonra exitus oldu. Dikoryonik - diamniyotik olan 2 olgu terme kadar ulaştı ve herhangi bir komplikasyon izlenmedi.

Sonuç: Monofetal ölüm ile komplike olmuş ikiz gebeliklerde plasenta yapıları tespit edilmeli, tedavi ve takip seçeneği ona göre belirlenmelidir.

Anahtar Sözcükler: İkiz eşinin ölümü, gebelik.

Death of one fetus in twin pregnancy: report of four case

Objectives: Twin pregnancies are the pregnancies that intrauterine and perinatal morbidity and mortality is higher when compared to monozygotic pregnancies.

Cases: 10% of all perinatal deaths are related with dizygotic twins. In this study we reported four twin pregnancies that had intrauterine death of one twin at 20 th week or later. We analyzed the cases according to maternal age, ultrasonographic findings, results of biochemical tests, birth weeks and perinatal outcomes. One case was monochorionic - monoamniotic and the other three were dichorionic - diamniotic. In two cases other twins died at 9 th and 13 th days after the diagnosis. The other two that were dichorionic - diamniotic reached term without any complications.

Conclusion: In case of monofetal death of twin pregnancies, the type of placenta should be analyzed and then follow up and treatment modalities of these cases should be choosen.

Keywords: Twin pregnancy, single fetal death.

Giriş

Çoğul gebelikler intrauterin ve perinatal morbidite ve mortalitenin daha fazla görüldüğü gebelik-

lerdir.¹ Çoğul gebeliklerde preterm doğum, preeklamps, intrauterin gelişme geriliği ve ikizden ikize transfüzyon sendromu gibi komplikasyonlarının

sıklığı artmıştır.^{2,3} Tüm perinatal ölümlerin ortalama %10'unu ikiz gebelikler oluşturmaktadır. Çoğul gebeliklerde intrauterin fetal ölüm hızı tekil gebeliklerden üç kat fazladır. Perinatal morbidite ve mortalite monozigotik ikizlerde, dizigotiklere oranla üç kat daha fazla görülür.¹

İkizlerden birinin birinci trimesterde ölümü nispeten daha sık görülen ve ilerleyen haftalarda anneye ve diğer fetusa pek zarar vermeyen, gebelik prognozunu pek etkilemeyen bir durumdur.^{4,5} Ancak ikinci veya üçüncü trimesterde ikizlerden birinin ölümü hem anne hem de diğer fetus için oldukça önemli sorunlar yaratabilir.⁶ Başlıca sorunlar annede ve diğer fetusta gelişebilecek yaygın damar içi pıhtılaşma, nörolojik ve nefrolojik hasar, erken doğum eylemi ve prematüredir.

Bu olgu sunumunda ikiz eşinin yaklaşık 20. gebelik haftasında veya daha sonra intrauterin öldüğü ve diğer eşinin izlendiği 4 olgunun gebelik sonuçları sunularak tartışılmaktadır. 4 adet ikiz eşinin 20. gebelik haftasında veya daha sonra intrauterin eksitus olduğu saptandı. Olgular maternal yaş, gebelik sayıları, ultrasonografik bulguları, biyokimyasal testler, doğum haftası, ve perinatal sonuçları yönünden incelendi.

Olgu Sunumu

SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim Hastanesi Perinatoloji Birimi'nde izlenen 4 adet ikiz eşinin 20. gebelik haftasında veya daha sonra intrauterin eksitus olduğu saptandı. Olgular maternal yaş, gebelik sayıları, ultrasonografik bulguları, biyokimyasal testler, doğum haftası, ve perinatal sonuçları yönünden incelendi.

Araştırma grubunu oluşturan 4 olguda da her iki fetusunun canlılığı birinci trimester ultrasonografileri ile saptanmıştı. 4 olgunun ortalama maternal yaşı 27 (23-31 yaşlar arası) idi. İkiz fetuslarının birinin kaybedildiği gebelik haftası ortalaması 24 (20-28 haftalar arası) hafta idi. Ultrasonografik olarak bir olgunun monokoryonik - monoamniyotik ve diğer üç olgunun ise dikoryonik - diamniotik olduğu tespit edildi. Monokoryonik - monoamniyotik olan olgunun ikiz eşinin kaybedildiği tanısından 13 gün sonra diğer fetus da eksitus oldu. Bir diğer

olguda ikiz eşinin kaybindan 9 gün sonra diğer fetus exitus oldu. Terme ulaşan diğer iki olguda ise ortalama doğum anındaki gebelik haftası 37 hafta 3 gün (37-38 haftalar arası) idi. Bu olguların doğumdan önce yapılan ultrasonografik incelemeleri son adet tarihleri ile uyumlu ve biyofizik profilleri normaldi. Doppler kan akımı incelemelerinde umbilikal arter, uterin arter ve middle cerebral arter akım paternleri normal sınırlardaydı. Dört olgunun başvuru anında yapılan kan analizlerinde ortalama değerler: fibrinojen; 224 (193-248 mg/dl), protrombin zamanı; 13.4 saniye (12.1-14.8 saniye), trombosit sayıları; 166.000/mm³ (119.000-209.000 trombosit/mm³), hemoglobin; 12.8 g/dl (14.2-11.6 g/l), lökosit; 11.250/mm³, FDP (Fibrin Yıkım Ürünleri); 1.000 ng/dl idi. Her dört olgu da hastanede kaldıkları sürece günlük -terme ulaşan iki olgu ise haftalık - ultrasonografi ve laboratuvar incelemeleri ile izlendi. İkiz eşi fetusları intrauterin olarak eksitus olan 2 olguda misoprostol ile induklenerek gebelikleri sonlandırıldı. Bu olgular postpartum 1. günde herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Terme ulaşan diğer iki olgu sezaryen ile doğum yaptı. Bir olguda 3.000 g, canlı, 9 apgar ile erkek bebek ile beraber 1.400 g, ölü, erkek bebek ve ikinci olguda ise 3.000 g, canlı, 7 apgar ile erkek bebek ile beraber 700 g, ölü, erkek bebek doğurtuldu. Her iki bebekte de neonatal bir morbidite gözlenmedi. Bu gebeler postoperatif 2. günde herhangi bir komplikasyon gelişmeden taburcu edildi. Postpartum dönemde yapılan makroskopik plasenta incelemelerinde ultrasonografik incelemelerinde izlendiği gibi olgulardan birinin monokoryonik-monoamniotik ve diğer üçünün dikoryonik-diamniotik olduğu izlendi. Fetal ölüm etiyojisi olarak monokoryonik-monoamniyotik olguda, ultrasonografik olarak yapılan incelemelerde; eksitus olan fetusda oligohidramnios ve diğerinde polihidramnios, asit, hidrops bulguları olması sebebiyle ikizden ikize transfüzyon sendromu düşünüldü diğer üç diamniyotik-dikoryonik olguda ise kesin etiyojisi aydınlatılamadı.

Tartışma

İkiz eşlerden birisinin ölümü ile ortaya çıkabilecek mortalite ve major morbidite oranı %46 olarak

bildirilmiştir.⁷ Olayın etiyojisi birçok olguda kesin olarak saptanamamakla birlikte; ikizden ikize transfüzyon sendromu, preklampsi, rhesus immunizasyonu, kromozomal veya konjenital anomaliler, tek umbilikal arter, plasental ve umbilikal kord yerleşimi ile ilgili anomaliler, umbilikal ven trombozu ve uterus malformasyonları başlıca nedenlerdir.⁷ Bizim olgularımızda fetal ölüm etiyojisi olarak monokoryonik-monoamniyotik olguda, ultrasonografik olarak yapılan incelemelerde; eksitus olan fetusda oligohidramnios ve diğerinde polihidramnios, asit, hidrops bulguları olması sebebiyle ikizden ikize transfüzyon sendromu düşünüldü diğer üç diamniyotik-dikoryonik olguda ise kesin etiyojisi aydınlatılmadı.

Intrauterin monofetal ölüm ile komplike olmuş çoğul gebeliklerde tedavi ve takip yaklaşımını asıl belirleyen faktörler annenin ve yaşayan fetusun aldıkları risklerdir. Anne izleminde en sık kullanılan ve önerilen pıhtılaşma sisteminin seri laboratuvar testleri ile takibidir. Pitchard ve ark.'ları⁸ anne karında öldükten sonra dört haftadan fazla kalan tekil gebeliklerin %25'inde çeşitli derecelerde pıhtılaşma bozukluğu olduğunu göstermişlerdir. İkiz eşlerden birisi öldüğünde, koagülopati gelişme korkusu nedeni ile erken dönemde sezaryen ile gebelik sonlandırılmakta bu da fetusta prematüriteye bağlı morbiditeyi arttırmaktadır.⁹ Bizim olgularımızın pıhtılaşma sisteminin seri laboratuvar testleri normal sınırlarda kalmıştır.

Yaşayan fetusun morbidite ve mortalite açısından yüksek risk altında olduğunu öne süren çalışmalar mevcuttur. Birinci fetus öldükten sonra canlı olan ikinci fetusta %7.8-20 oranlarında intrauterin ölüm riski vardır.^{4,10} Ayrıca canlı doğanlarda %28-50 oranlarında değişik derecelerde santral sinir sistemi hasarı tespit edilmiştir.^{5,10} Yaşayan fetustan ölü fetusa geçen kan miktarı monokoryonik plasentadaki anastomozların tipi, yerleşimi ve yoğunluğu tarafından etkilenmekte, bu da yaşayan fetusta oluşacak anemi ve organ hasarını belirlemektedir. Bizim terme ulaşan olgularımızın canlı bebeklerinde herhangi bir komplikasyon oluşmamıştır.

Monokoryonik - monoamniyotik ikiz gebeliklerde fetustan birisinin antenatal dönemde ölmesi durumunda gebeliğin sonlandırılması tercih

edilen yöntemdir.¹¹ Ancak sağ kalan fetusta oluşan beyin ve böbrek bozukluklarının diğer fetus ölür ölmez gelişmesi nedeniyle konservatif bir tedavi olarak çok yakın takip edilmesi bir başka görüşdür.⁶ Fakat diamniyotik - dikoryonik ikiz gebeliklerde böyle bir sorun olmadığı için konservatif yaklaşım tercih edilir ve 28. haftadan sonra fetusun gelişiminin ve amnion sıvısı miktarının ultrasonografik olarak takibi önerilmektedir.¹² Haftada iki kez non - stres test ve Doppler ultrasonografi incelenmeleri fetal distressin gelişip gelişmediğinin tespiti için önemlidir.⁶ Aynı anda annenin pıhtılaşma sisteminin seri laboratuvar testleri ile takibi de yapılmalıdır. Annenin doğum şeklinin belirlenmesinde en önemli faktör annenin genel obstetrik durumudur. İkiz gebelik ve fetustan birisinin ölümü sezaryen kararı için tek başına endikasyon oluşturmamaktadır. İkiz eşlerinden biri öldüğünde, birçok merkezde koagülopati nedeniyle erken dönemde sezaryen ile gebelik sonlandırılmakta, buna bağlı olarak da hem fetusta prematüriteye bağlı problemler hem de gereksiz yapılan sezaryana bağlı olarak annede morbidite artabilmektedir.⁹

Sonuç olarak, ikiz eşinde ölüm ile komplike olmuş ikiz gebeliklerde amniyon kesesi ve plasenta yapıları tespit edilmeli ve ona göre tedavi ve takip seçeneği belirlenmelidir. Eğer plasenta ve amniyon kesesi diamniyotik - dikoryonik ise fetusun akciğer matürasyonu sağlanıncaya kadar gebeliğin yakın takibi ile konservatif bir yaklaşım seçilebilir. Term veya yaşayabilirlik sınırına ulaşmış olgularda ise hemen doğum genel kabul gören bir yaklaşımdır. Doğum şekli saptanırken obstetrik endikasyonlara göre karar verilmeli ve prematüriteden kaçınılmalıdır.

Kaynaklar

1. Lumme R, Saarikoski S. Antepartum death of one twin. *Int J Gynaecol Obstet* 1987; 5: 331-6.
2. D'Alton ME, Simpson LL. Syndromes in twins. *Semin Perinatol* 1995;19: 375-86.
3. Newman RB, Ellings JM. Antepartum management of the multiple gestation: the case for specialized care. *Semin Perinatol* 1997; 19: 387-403.
4. Peterson IR, Nyholm HCJ. Multiple pregnancies with single intrauterine demise: description of twenty - eight pregnancies. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1999; 78: 202-6.

5. Axt R, Mink D, Hendrik J, Ertan K, Vonn Blohm M, Schmidt W. Maternal and neonatal outcome of twin pregnancies complicated by single fetal death. *J Perinat Med* 1999; 27: 221-7.
6. Fusi L, Gordon H. Twin pregnancy complicated by single intrauterine death: Problems and outcome with conservative management. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97: 511-6.
7. Baxi LV, Daftary A, Loucopoulos a. Single fetal demise in a twin gestation: umbilical vein thrombosis. *Gynecol Obstet Invest* 1998; 46(4): 266-7.
8. Cattanach SA, Wedel M, White S, Young M. Single intrauterine fetal death in a suspected monozygotic twin pregnancy. *Aust NZJ Obstet Gynaecol* 1990; 30: 137-40.
9. Wong DJ, Kirz DS. Outcome of twin gestations complicated by antepartum fetal demise. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164(SPO Abst.603): 411.
10. Liu S, Benirschke K, Scioscia AL, Mannino FL. Intrauterine death in multiple gestation. *Acta Genet Med Gemellol* 1992; 41(1): 5-26.
11. Tawanattanacharoen S, Taylor MJO, Letsk EA, Cox PM, Cowan FM, Fisk NM. Intrauterine rescue transfusion in monochorionic multiple pregnancies with recent single intrauterine death. *Perinat Diagn* 2001; 21: 274-8.
12. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap IC, Hauth JC, Wenstrom KD (eds): Multifetal Pregnancy. In: Williams Obstetrics. *Mc Graw Hill 21st Edition* 2001; 765-810.