

Kliniğimizde Doğum Yapan Çoğul Gebeliklerin Değerlendirilmesi

İ.KARLIK, M.KESİM, K.ÇALIŞKAN, G.KOÇ, RİNAN

Şişli Etfal Hastanesi, 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İSTANBUL

ÖZET

KLİNİĞİMİZDE DOĞUM YAPAN ÇOĞUL GEBELİKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Amaç: Yüksek riskli gebelikler grubu içinde yer alan çoğul gebelikleri; tipleri, prezentasyon şekilleri, gebelik haftaları, fetal cinsiyetler ve ağırlıkları, doğum şekilleri, apgar skorları ve mortaliteleri yönünden incelemeyi amaç edindik.

Gereç ve Metod: Kliniğimizde doğum yapan 107 çoğul gebelik olgusu çalışma kapsamına alındı. Yüzdört ikiz gebelik ve 3 üçüz gebelik retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çoğul gebeliklerden 62'si (%57.9), dizigotik, 42'si (%39.3) monozigotik ikiz ve 3'ü (%2.8) üçüz gebelik idi. Olgularımızın 58'i (%54.2) spontan vajinal yol ile, 5'i (%4.7) müdahaleli vajinal yol ile, 44'ü (%41.1) sezaryen ile doğurtuldu. Doğurtulan toplam 217 fötustan 133'ü (%61.3) dişi, 84'ü (%38.7) erkek olarak saptandı. Ölü doğan fötüs sayısı 17 (%7.8) idi. Yüzyedi çoğul gebelik olgusunun 5'inde (%4.7) anomali saptandı ve bunların hepsi monozigotik ikiz idi. Canlı doğan 200 fötüsten 35'inin (%17.5) ilk dakika apgarı 7'nin altında idi ve doğum şekliyle anlamlı bir bağlantı kurulamadı ($p>0.05$). **Sonuç:** Gebelik seyrini, doğum ve doğum sonrası prognozu etkileyebilen çoğul gebelikler, maternal ve fetal komplikasyonlar açısından risk taşımaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: Çoğul gebelikler.

SUMMARY

EVALUATION OF MULTIPLE PREGNANCIES WHO HAS LABORED IN OUR CLINIC

Objectives: We aimed to study the multiple pregnancies, which were in the high risk group, according to their pregnancy types, presentations, gestational weeks, fetal sex and weight, type of labor, APGAR scores and mortality rates. **Material and Methods:** We have included 107 multiple pregnancies which were admitted to our clinic, in our study. One hundred and four tvins and 3 triplets were evaluated retrospectively.

Results: Sixty-two (57.9%) of the 107 multiple pregnancies were dizygotic and 42 (39.3%) were monozygotic tvins. Three of them (2.8%) were triplets. Fifty-eight (54.2%) of the multiple pregnancies were delivered vaginally with spontaneous labor, 5 (4.7%) were delivered by vacuum extraction and/or manipulative labor and 44 (41.1%) by cesarean section. One-hundred-thirty-three infants (61.3%) were female and 84 (38.7%) were male. Seventeen (7.8%) of the infants were dead in utero. Fetal anomalies were seen in 5 (4.7%) of the cases and all tvins who had anomalies were monozygotic. Thirty-five (17.5%) of the 200 alive births had an Apgar score less than 7 for the first 10 minutes and there was no correlation of this low Apgar scores with the labor type ($p>0.05$).

Conclusion: Multiple pregnancies carry high risk for maternal and fetal complications both in antepartum and intrapartum period.

Key Words: Multiple pregnancies.

Çoğul gebelik tipini "n" ile ifade edersek, görülme sıklığı $1/80(n-1)$ tarzında formülize edilebilir. İkiz gebelik görülme sıklığı $1/80$, üçüz gebelik görülme sıklığı $1/6400$ 'tür (1). Çoğul gebeliklerde obstetrik problem, prematür doğum ve konjenital anomali insidansı artar (2). İkiz gebeliklerde ölü doğum sayısı, tekizlere göre iki defa fazladır (3). Çoğul gebeliklerde perinatal morbidite ve mortalite yükselir ve perinatal mortalite oranı ikizlerde tekizlere göre üç kat artar (2,3). Başlıca neden artmış prematür doğumlar sonucunda oluşan respiratuar distress sendromudur (3,4).

Kliniğimizde doğum yapan çoğul gebeliklerin epidemiyolojik bilgileri araştırmayı amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM

Şişli Etfal Hastanesi 3. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde 1991-1995 yılları arasında gerçekleşen 10207 doğumdan (10097 gebe) 107 çoğul gebelik olgusu retrospektif olarak incelendi. Bunların 104'ü ikiz, 3'ü üçüz gebelik idi. İkiz gebelikler plasentaşyon şekilleri (korion, amnion yapı ve sayıları) ve cinsiyetleri gözönüne alınarak dizigotik ve monozigotikler tiplerine göre sınıflandırıldı. Gebelik haftaları 27 ve altı (immatür), 28-36 (prematür), 37-40 (matür) olarak

*5. Ulusal Perinatoloji Kongresi, 16-19 Nisany 1996, Ankara'da sunulmuştur.

Tablo 1. Olgularımızın Yaş ve Gebelik Haftalarına Göre Dağılımı

YAŞ	GEBELİK HAFTASI						Toplam	
	27 ve altı		28-36 hafta		37-40 hafta			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
18 ve altı	1	0.93	2	1.87	3	2.80	6	5.60
19-26	5	4.67	30	28.04	25	23.37	60	56.08
27-34	8	7.48	12	11.21	13	12.15	33	30.84
35 ve üstü	-	-	3	2.81	5	4.67	8	7.48
TOPLAM	14	13.08	47	43.93	46	42.99	107	100

Tablo 2. Olgularımızın İlave Obstetrik Patolojilere ve Çoğul Gebelik Tipine Göre Dağılımı (n=107)

İlave Obstetrik Patoloji	Gebelik Tipi				Üçüz		Toplam	
	Monozigotik	Dizigotik	%	%				
	Sayı	Sayı	%	%	Sayı	%	Sayı	%
Preeklampsi	11	5	10.28	4.67	-	-	16	14.95
Pl. Previa	2	1	1.87	0.93	-	-	3	2.80
Dekolman Pl.	4	1	3.74	0.93	-	-	5	4.67
Fötal Anomali	5	-	4.67	-	-	-	5	4.67
Erken Membran Ruptürü	2	7	1.87	6.54	-	-	9	8.41
Erken Doğum Eylemi	13	7	12.15	6.54	-	-	20	18.69
Anemi	2	4	1.87	3.74	1	0.93	7	6.54
IUGR	5	3	4.67	2.81	-	-	8	7.48
Ölü Fötüs	13	4	12.15	3.74	-	-	17	15.89
Toplam	57	32	53.27	29.90	1	0.93	90	84.10

gruplandırıldı. Prezantasyona göre, ilk fötüs prezantasyon şekli dikkate alınarak, "ilk fötüsü baş ile gelen" ve "diğer prezantasyon şekli" olarak ayırım yapıldı.

Yenidoğan kiloları gözden geçirildiğinde, olgularımızda ikiz eşleri arasında kilo bakımından belirgin farklar olmadığı belirlendi. Bu nedenle ikiz eşlerinin ağırlıklarının toplamının aritmetik ortalaması alındı. Olgularımız doğum şekilleri yönünden vajinal ve sezaryen olarak ikiye ayrıldı. İlk doğan fötüsün doğum şekli ne ise sonraki doğanların da aynı olması nedeni ile toplam doğum sayısı olarak 107 sayısı kullanıldı. Vajinal doğum kapsamına spontan vajinal doğum, makadi vajinal doğum, versiyon ekstraksiyon, forceps veya vakum ekstraksiyon dahil edildi.

Toplam 217 yenidoğandan canlı doğan 200 bebek Apgar skorları yönünden incelendi. Erken neonatal mortalite oranları (ENMO), perinatal mortalite oranları (PMO) ve ölü doğum oranları (ÖDO) belirlendi. Aşağıdaki formüller kullanıldı:

$$\text{ÖDO} = \frac{1000 \times \text{ÖD sayısı}}{\text{Toplam yenidoğan sayısı}}$$

$$\text{ENMO} = \frac{1000 \times \text{ENÖ sayısı}}{\text{Canlı yenidoğan sayısı (200)}}$$

$$\text{PMO} = \frac{1000 \times \text{perinatal ölüm sayısı}}{\text{Toplam yenidoğan sayısı (217)}}$$

İstatistiksel incelemede χ^2 testi kullanıldı.

BULGULAR

Toplam 107 çoğul gebelik olgusundan 104'ü (97.20) ikiz, 3'ü (%2.80) üçüz gebelik idi. 104 ikiz gebelik olgusundan 62'si (59.62) dizigotik, 42'si (%40.38) monozigotik olarak belirlendi. 42 monozigotik ikiz gebelikten 11'i (26.19) dikoriyonik diamnionotik, 27'si (%64.29) monokoriyonik diamnionotik, 4'ü (%9.52) monokoriyonik monoamnionotik idi. Olgularımızın yaşları 16-40 arasında ve ortalama yaş 25.60 idi. Tablo 1'de gösterilen gebelik haftaları dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0.05$).

Çoğul gebelik olgularımız ile birlikte olan ilave obstetrik patolojiler arasında 20 olgu (%18.69) ile prematürite ilk sırada ($p<0.05$), 17 olgu (%15.89) ile ölü fötüs ikinci sırada ($p<0.05$) ve 16 oğlu (%14.95) ile preeklampsi üçüncü sırada yer alıyordu ($p<0.05$) (Tablo 2).

Dizigotik ikizlerin 7'sinde (7/62) öz geçmişinde, 19'unda (19/62) soy geçmişinde, toplam 26'sında (%30.65) ikiz gebelik anamnezi vardı ($p<0.05$). Monozigotik ikizlerde ikiz gebelik öz ve soy geçmişi yönünden istatistiksel anlamlı bir veri bulunamadı ($p>0.05$).

Tablo 4 incelendiğinde, vajinal doğum yapan 63 olgunun (%58.88) 55'inde ilk fötüs baş prezantasyonunda idi ($p<0.05$). Çoğul gebeliklerimizin 44'ü (%41.12) sezaryen ile doğurtuldu ve 13 olguda (13/44) birinci fötüs baş prezantasyonu, 31 olguda (31/44) birinci fötüs "diğer prezantasyonda" bulundu. Dizigotik ve monozigotik ikiz gebeliklerde birinci fötüsün prezantasyonu ve doğum şekli yönünden istatistiksel anlamlı bir fark saptanamadı ($p>0.05$). Tablo 5'te ikiz gebelik tipleri, doğum şekilleri ve yenidoğan ağırlıkları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanamadı ($p>0.05$).

Sezaryen uygulanan toplam 86 olgunun 16'sında (%18.60) Apgar skorları 7'nin altında iken, vajinal doğum yapan toplam 114 olgudan 19'unda (%16.67) Apgar skoru 7'nin altında bulundu ($p>0.05$), (Tablo 6). Doğum şekline bakılmaksızın, 2500 gr. altındaki yenidoğanlarda Apgar skorunun düşük olması ile 2500 gr. ve üstü ağırlıktaki yenidoğanlarda Apgar skoru

Tablo 3. Olgularımızın Öz ve Soy Geçmişindeki Çoğul Gebelik Anamnezine Göre Dağılımı (n=107)

Gebelik Tipi	Öz Geçmiş		Soy Geçmiş		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Monozigotik	-	-	2	1.87	2	1.87
Dizigotik	7	6.54	19	17.76	26	24.30
Üçüz	-	-	1	0.93	1	0.93
TOPLAM	7	6.54	22	20.56	29	27.10

Tablo 4. Olgularımızın Çoğul Gebelik Tipi, Prezantasyon ve Doğum Şekline Göre Dağılımı

Gebelik Tipi	Doğum Şekli												Toplam	
	Vajinal Doğum						Sezaryen							
	Birinci Fötüs Prezantasyonu						Birinci Fötüs Prezantasyonu							
	Baş		Diğer*		Toplam		Baş		Diğer		Toplam			
Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Dizigotik	28	26.17	6	5.61	34	31.78	9	8.41	19	17.76	28	26.17	62	57.95
Monozigotik	26	24.30	2	1.87	28	26.17	4	3.74	10	9.34	14	13.08	42	39.25
Üçüz	1	0.93	-	-	1	0.93	-	-	2	1.87	2	1.87	3	2.80
TOPLAM	55	(51.40)	8	(7.48)	63	(58.88)	13	(12.15)	31	(28.97)	44	(41.12)	107	(100.00)

* DiĞER=makad, yan geliş

runun yüksek olması anlamlı bulundu ($p<0.05$). Kliniğimizde 1991-1995 yılları arasındaki genel PMO %44.58 idi. Çoğul gebeliklerimizde PMO'ı %19.82, ÖDO'ı %78.34, ENMO'ı %40.00 olarak bulundu. Ölü doğanların 12'si (12/17), ENÖ'lerin 5'i (5/8) ve Geç neonatal ölen bir olgu perinatal ölüm saptanan monozi gotik grubunu oluşturuyordu (18/26). Bulgular Tablo 7'de gösterildi.

Yenidoğanlarımızın 133'ü (%61.29) kız, 84'ü (%38.71) erkek idi ($p<0.05$). İkiz gebelik tiplerine göre cinsiyet dağılımı anlamlı bulunmadı ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Değişik çalışmalarda ikiz gebelik görülme sıklığı 1/70 ile 1/120 arasında değişmektedir (5,6). Hellen kuralına göre üçüz sıklığı ikizlerin karesi kadardır (1,7). Ovulasyon indüksiyonu günümüzde çoğul gebelik insidansını artırmıştır (2). Kliniğimizde son 5 yılda doğum yapan 10097 gebe arasında ikiz gebelik görülme sıklığı 1/97, üçüz gebelik görülme sıklığı 1/3366 olarak belirlendi. Üçüz gebelik görülme sıklığının yüksek olmasının tesadüf olduğu ve istatistik bir anlamı olmadığı kanaatindeyiz.

Monozigotik ikizler 1/250 oranında gözlenir ve ırk, heredite, yaş, paritiden etkilenmezken (7); dizigotik ikizler etkilenir ve ayrıca fertilite tedavisi dizigotik görülme sıklığını artırır. Kendisi dizigotik olan bir kadının gebeliğinin ikiz olma şansı, çiftlerden sadece erkeğin dizigotik olmasına göre iki kez daha fazladır. Dizigotik ikiz gebelik olma şansı, artmış maternal yaş ve parite ile paralellik gösterir (2,8). 62 dizigotik ikiz olgumuzun 7'sinde öz geçmişinde, 19'unda soy geçmişinde, toplam 26'sında çoğul gebelik anamnezi vardı. Monozigotik ikizlerin hiçbirinde öz geçmişlerinde çoğul gebelik anamnezi saptanamadı. Bulgularımız li-

teratür ile uyumlu bulundu.

Farklı seksteki ikizler daima dizigotiktir. Aynı cins ikizlerin plasentasının muayenesi zigot durumunu aydınlatır. Eğer tek ortak amnion kesesi varsa veya iki fötüs arasında bir koriyonla ayrılmış iki amnion varsa ikizler monozigotiktir. Eğer iki ayrı amnion iki koriyonik tabaka ile ayrılmış ise monozigotik olabilir de genellikle dizigotiktir (7,9). Diamniotik dikoriyonik plasentasyon monozigotik ikizlerin yaklaşık %30'unda görülür ve en düşük mortalite oranına sahiptir (%9). Diamniotik monokoriyonik plasentasyon en sık görülen tiptir (%68) ve %25 mortalite oranına sahiptir. Monoamniotik monokoriyonik ikiz gebelik seyrek görülür (%2'den az) ve %50 gibi yüksek mortaliteye sahiptir (9,10). Son 5 yılda doğum yapan 10097 gebe arasında monozigotik ikiz sıklığı 1/240 olarak bulundu. Monozigotik ikizlerimizden 11'i (%26.19) dikoriyonik diamniotik, 27'si (%64.29) monokoriyonik diamniotik ve 4'ü (%9.52) monokoriyonik monoamniotik idi. Monozigotik ikizlerimizin mortalite oranları sırası ile %31.82 (7/22), %12.96 (7/54) ve %50 (4/8) saptandı (Tablo 7). Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir. Dikoriyonik diamniotik ikizlerimizdeki mortalite oranının daha yüksek çıkmasını Türkiye'de preeklampsi, dekolmanın daha sık görülmesine ve neonatal bakım olanaklarının yetersizliğine bağlayabiliriz. Çünkü, dikoriyonik diamniotik ikizlerimizden ölen 7'sinin 3'ünde neonatal ölüm, 3'ünde preeklampsi zemininde dekolman plasenter ve birinde de anomali mevcuttu.

İkiz gebeliklerin yaklaşık yarısının düşük doğum ağırlıklı olduğu ve %22-54 kadarının prematür olduğu bildirilmektedir (5,11,12). İkinci trimesterde erken membran rüptürü tekiz gebeliklerden daha fazladır ve %3.7'den %7.4'e yükselir (13). IUGR asimmetrik büyüme ile tanımlanır ve ikiz gebeliklerin %15-29 kada-

Tablo 5. Olgularımızın Çoğul Gebelik Tipi, Doğum Şekli ve Doğum Ağırlıklarına Göre Dağılımı (n=107, her olgudaki yenidoğan ağırlıklarının aritmetik ortalaması esas alındı)

Gebelik Tipi	Her Olgudaki Yenidoğanların Ağırlık Ortalamaları																	
	1000 gr altı						1000-2499 arası						2500 ve üstü					
	Vajinal		Sezaryen		Toplam		Vajinal		Sezaryen		Toplam		Vajinal		Sezaryen		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Dizigotik	2	(1.87)	-	-	2	(1.87)	15	(14.02)	14	(13.08)	29	(27.1)	17	(15.9)	14	(13.1)	31	(29)
Monozigotik	2	(1.87)	4	(3.74)	6	(5.61)	12	(11.21)	6	(5.61)	18	(16.8)	13	(12.2)	5	(4.7)	18	(16.9)
Üçüz	-	(-)	-	(-)	-	(-)	-	(-)	2	(1.87)	2	(1.87)	1	(0.93)	-	(-)	1	(0.93)
TOPLAM	4	(3.74)	4	(3.74)	8	(7.48)	27	(25.23)	22	(20.56)	49	(45.8)	31	(29)	19	(17.8)	50	(46.7)

Tablo 6. Olgularımızın Canlı Yenidoğanlarının Doğum Ağırlıkları Doğum Şekilleri ve Apgar Skorları Arasındaki İlişki (n=200, canlı yenidoğan sayısı)

Doğum Ağırlığı	Doğum Şekli							
	Vajinal (n=114)				Sezaryen (n=86)			
	Apgar 7 Sayı	Alın %	7 ve Üstü Sayı	%	7 Alın Sayı	%	7 ve Üstü Sayı	%
1000 gr Altı	-	-	-	-	7	3.50	-	-
1000-2499 gr	19	9.50	43	21.50	7	3.50	38	19.00
2500 ve Üstü	-	-	52	26.00	2	1.00	32	16.00
Toplam	19	9.50	95	47.50	16	8.00	70	35.00

rında görülür (2,12). IUGR plasental yetmezlik ve ikiz-ikiz transfüzyon sonucu olur ve monozyotiklerde daha yaygındır (1,6). Olgularımızın yenidoğan ağırlıklarının aritmetik ortalamaları gözönüne alındığında 2500 gr. altında 57 olgu (57/107) vardı ve oran %53-27 idi. IUGR 8 olguda görüldü (%7.48). Olgularımızda IUGR görülme oranımızın düşük çıkmasını, IUGR tanısının zorluğuna ve çalışmanın retrospektif olmasına bağlayabiliriz. İkizlerde (özellikle monozyotiklerde) majör ve minör konjenital malformasyon oranı iki kat daha fazladır ve %4 kadardır (2). Toplam 5 olgumuzda (%4.67) anomali saptandı ve hepsi monozyotik idi. Belirlediğimiz anomaliler meningoşel, ensefalosel, anensefali, hidrosefali ve omfaloseldi. Preeklampsi görülme riski çoğul gebeliklerde 3-5 kat daha fazla olup (%5-7'den %20-30'a yükselir), daha erken görülür ve daha ciddi seyredir (1,4,10). Toplam 16 olgumuzda (%14.95) preeklampsi saptandı. Anemi, özellikle demir eksikliği anemisi, artmış demir ihtiyacı nedeni ile daha yaygındır (1,10,14). Olgularımızın 7'sinde (%6.54) demir eksikliği anemisi bulundu ve tekiz gebeliklerdeki %1.5-2.5 oranından daha yüksek olduğu saptandı. Tekiz gebeliklerde %1.12-1.43 olan dekolman plasenter oranı çoğul gebeliklerde artmaktadır (1,10). 107 çoğul gebelik olgumuzun 5'inde (%4.67) dekolman plasenter bulunuyordu. Çoğul gebeliklerde plasentalın tekil gebeliklere göre daha geniş olması, uterus kavitesi ile olan ilişkisinde plasenta previa riskini artırır (10). Tekiz gebeliklerde %0.5 olan Pl. previa oranı, çoğul gebelik olgularımızda %2.80'e kadar (3/107) artmış bulundu. Bulgularımız literatür ile uyumlu bulundu.

İkiz gebeliklerde doğumda fötüs malpozisyonu daha sık görülür ve sezaryen doğuma neden olan başlıca faktörlerdendir (5). Birinci fötüsün baş ile gelişine %73, "diğer prezantasyonda" geliş şekline %27 oranında rastlanmaktadır (1,5). Baş gelişine haricinde, 1800 gr. altında fötal ağırlığı olan 33 haftadan ufak ikizlerde fötal hipoksiyi azaltmak için sezaryen tavsiye edilmektedir. Birine fötüs baş, ikincisi "diğer prezantasyonda" ise perinatal mortalite artmaktadır (5). Çoğul gebeliklerde sezaryen oranı %31.6 ve %29.5 olarak verilmektedir (8,12). Yapılan

bir çalışmada üçüz gebeliklerin %80'inin Leiden'de vajinal yolla, %87'sinin Amsterdam'da sezaryen ile doğurtulduğu; vajinal yola göre sezaryenin daha yüksek PMO'ya sahip olduğu, sepsis respiratuar distres sendromu ve nekrotizan enterokolite neden olduğu bildirilmektedir (15). Bu nedenle üçüz gebeliklerde selektif sezaryen tavsiye edilmemektedir. Birinci fötüsün prezantasyonu gözönüne alındığında, 63 vajinal doğum yapan olgunun 55'inde (%87.30) baş geliş, 8'inde (%12.70) diğer prezantasyon şekli ve 44 sezaryen olgusunun 13'ünde (%29.55) baş geliş, 31'inde (%70.45) "diğer prezantasyon" şeklinde olduğu Tablo 4'te görülmektedir (p<0.05). Olgularımızda da "diğer prezantasyon" şeklinin tekiz gebeliklere göre sık olduğu ve bu durumun çoğul gebelik olgularımızdaki sezaryen oranının artmasında başlıca faktör olduğu belirlendi. Monozyotik ve dizigotik ikiz olgularımızın doğum şekilleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı bir fark bulunamadı (p>0.05). Tablo 5 incelendiğinde; yenidoğan ağırlık ortalamaları 1000 gr. altında 8 olgu (%7.48), 1000-2499 gr. arasında 49 olgu (%45.80) ve 2500 gr ve üstünde 50 olgu (%46.70) saptandı. Yenidoğan ağırlıkları ve ikiz tipleri birlikte değerlendirildiğinde doğum şekline anlamlı bir etkisi olmadığı görüldüğü (p>0.05). Üçüz olgularımızın biri vajinal doğurmuş, kalan 2'si birinci fötüs "diğer prezantasyonda" geldiğinden sezaryen ile doğurtulmuştur. Üçüz gebeliklere elektif sezaryen uygulanmamıştır. Bizim çoğul gebelik doğumları hakkındaki yaklaşımlarımız literatür ile benzerlik göstermektedir.

Fötal malpozisyon, prematürite, doğumu komplike yapan diğer durumlar (plasenta dekolmanı, IUGR, Pl. previa, preeklampsi v.s.) ve operatif doğumlar çoğul gebeliklerde doğum asfiksisi ve neonatal depresyon riskini artırır ve ilk dakika Apgar skoru düşüklüğüne daha sık rastlanır (1,4). Son 20 yılda ikiz gebeliklerde sezaryen oranı önemli artış göstermiştir (5,12). Ancak, sezaryenin neonatal morbiditeyi iyileştirdiğine dair herhangi bir delil yoktur (5). Birinci fötüsün baş ile geldiği ikizlerde sezaryen doğumun Apgar skorlarına olumlu etkisinin olmadığı belirtilmekte-

Tablo 7. Tüm Yenidoğanlarımız İçinde Perinatal Ölüm Saptanan Olgularımızın Dağılımı (n=26)

Gebelik Tipi	Ö.D.		E.N.Ö.		G.N.Ö.		Toplam	
	*A (+)	A(-)	A(+)	A(-)	A(+)	A(-)	A(+)	A(-)
Dizigotik	-	5	-	3	-	-	-	8
Monozyotik	4	8	1	4	-	1	5	13
-DCDA**	1	3	-	2	-	1	-	-
-MCDA***	1	5	-	1	-	-	-	-
-MCMA****	2	-	1	1	-	-	-	-
ÜÇÜZ	-	-	-	-	-	-	-	-
TOPLAM	4	13	1	7	-	1	5	21

A*=Anomali
DCDA**=Dikoriyonik diamniotik
MCDA***=Monokoriyonik diamniotik
MCMA****=Monokoriyonik monoamniotik

Tablo 8. Olgularımızın Gebelik Tipi ve Yenidoğan Cinsiyetleri Yönünden Dağılımı (n=217, yenidoğan sayısı)

Gebelik Tipi	Cinsiyet			
	Sayı	Kız %	Erkek Sayı	%
Monozigotik	50	23.04	34	15.67
Dizigotik	75	34.56	49	22.58
Üçüz	8	3.69	1	0.46
Toplam	133	61.29	84	38.71

dir (12). Çoğul gebeliklerde Apgar skoru düşüklüğüne %22.2 oranında rastlandığı bildirilmektedir (8). Toplam 200 canlı yenidoğan olgumuzun 35'inde (%17.50) ilk dakika Apgar skoru 7'nin altında idi. Doğum şekillerinin ilk dakika Apgar skorlarını etkilemediği saptandı ($p>0.05$). Ancak, yenidoğan ağırlığı arttıkça Apgar skorlarının yükseldiği ve özellikle 1000-2499 gr. arasındaki grupta vajinal doğuran toplam 114 olgudan 19'unda (%16.67) ilk dakika Apgar skurunun 7'nin altında olduğu belirlendi. Apgar skoru düşüklüğünde özellikle prematüritenin etkili olduğu görülmektedir (Tablo 6). Birinci fötüs ile ikinci fötüsün doğumu arasında geçen süreye ait kayıtlarımız eksik olduğundan bu konu incelenemedi.

Çoğul gebeliklerde tekiz gebeliklere göre PMO 3-11 kat artar ve ortalama %10-15'e yükselir (1,4,12,16,17). Zeynep Kamil Hastanesi'nde çoğul gebelikler üzerinde yapılan bir çalışmada PMO %324 bulunmuştur (8). Monozigotiklerde ve IUGR olgularında risk daha yüksektir. Perinatal ölümün en önemli sebebi prematüritedir (4,5,11,18). Diğer sebepler konjenital anomaliler, ikiz-ikiz transfüzyon sendromu, uteroplental yetmezlik, doğum travması ve hipoksidir (4). Üçüz ve dördüz gebeliklerde antepartum fetal iyilik halinin iyi bir göstergesi olarak biofizik profil ölçümleri kullanımı, PMO'yu düşürmek için tavsiye edilmektedir (19). Bütün perinatal ölümlerin %10-12.6'sından çoğul gebelikler sorumludur (5,6). Çoğul gebeliklerimizin PMO'su %ol 19-82 idi ve son 5 yıllık genel PMO'dan (%o44.58) 3 kat daha yüksek bulundu. Çoğul gebelik olgularımızın PMO içindeki payı %5.6'dır ve %o2.50'lik kısmını oluşturmaktadır. Olgularımızın ÖDO'sı %o78.34, ENMO'sı %o40.00 olarak belirlendi. Ölü doğumların 12'si (12/17), erken neonatal ölenlerin 5'i (5/8), geç neonatal bir olgu, toplam 18 olgu (18/26) monozigotik ikiz grubundan idi (Tablo 7). Toplam 8 erken neonatal ölüm olgusundan biri anomalili idi ve 5'inde (5/8) ölüm nedeni prematürite olarak belirlendi. 5 yıllık sürede tüm perinatal ölümlerimizin %5.71'inden (26/455) çoğul gebelikler sorumlu idi. Sonuçlarımız literatür ile paralellik göstermektedir.

Çoğul gebeliklerde yenidoğan cinsiyetleri dikkate alındığında kız cinsiyetin erkek cinsiyete üstünlüğü

göze çarpmaktadır(10). Toplam 217 yenidoğan olgumuzdan 133'ü (%61.29), kız, 84'ü (%38.71) erkek olarak saptandı. Monozigotik ve dizigotik oluşa göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenemedi.

Sonuç olarak, birçok yüksek riskli gebelikte PMO düşürülebilmeye olmasına rağmen çoğul gebeliklerde yeteri kadar düşürülememiştir. Antepartum ve intrapartum yoğun takip ve yerinde kararlar ile PMO azaltılmaya çalışılmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Pernoll M.L., Benson R. C: Multiple Pregnancy. in DeCherney A.H., Pernoll M.L. (Eds.) Current Obstetric and Gynecologic Diagnosis and treatment, 8. Middle East Edition, Appleton and Lange, Connecticut, 1994, 17, 357-367.
2. Leonard H.C., Piccuch R.E., Ballard R.A. Cooper B.A.B.: Outcome of Very Low Birth Weight Infants: Multiple gestation Versus Singletons, Pediatrics, 93, 611-615, 1994.
3. Farr V.: Prognosis for the babies, early and late. in Mac Gilliuray I., Nylander P.P.S., Corney G. (Eds.): Human Multiple Reproduction. London, Saunders, 1975, 188-211.
4. Keith L., Hughcy M.J.: Twin Gestation. in Sciarra J.J., Depp R., Eschenbach D.A. (Eds.) Gynecology and Obstetrics, revised edition, Harper and Row Publishers, Philadelphia P.E., 1984, 2, 74, 1-10.
5. Vcciana M., Majör C, Morgan M.A.: Labor and Delivery Management of the multiple gestation, Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, 22, 235-243, 1995.
6. Goldstein I., Rocco E.A.: Cerebellar growth in normal and growth-restricted fetuses of multiple gestations, Am. J. Obstet. Gynecol, 173,1343-1348,1995.
7. Beksac M.S.: Fetal Tıp'ta Çoğul Gebelik, in Fetal Tıp Prenatal Tanı, Medial Network and Nobel, Ankara, 1995, 126-131.
8. Köse D., Yücesoy I., Payzanoğlu P., Baysal C., Yılmaz Y.: Çoğul gebelikte klinik yaklaşım ve sonuçlarımız. Zeynep-Kamil Tıp Bülteni, 25, 17-20, 1993.
9. Benirschke K.: The placenta in twin gestation. Clin Obstet. Gynecol., 33, 18-20, 1990.
10. Hollenbach K.A., Hickok D.e.: Epidemiology and diagnosis of nvingestation. Clin Obstet Gynecol., 33, 3-6, 1980.
11. Nageotte M.P.: Prevntion and treatment of preterm labor in twin gestation. Clin Obstet Gynecol., 33, 61-64, 1990.
12. Demirkıran F., Şen C., Çepni I., Erel T., Ocak V., ve ark.: İkiz Gebeliklerde Doğum Yönetimi. Medial-Kadın Doğum Dergisi, 7, 161-165, 1991.
13. Mercer B.M., Crocker L.G., Pierce W.F., Sibai B.M.: Clinical characteristics and outcome of twin gestation complicated by preterm premature rupture of the membranes. Am J Obstet Gynecol (United States), 168, 1467-1473, 1993.
14. Yeast J.D.: Maternal physiologic adaptation to twin gestation. Clin Obstet Gynecol., 33,10-15, 1990.
15. VVildschut H.I.J., Roosmalen J. Van., Lecuwen Evan, Kairsc M. J.: Planned abdominal compared with planned vaginal birth in triplet pregnancies. British Journal of Obstetrics and Gynecology, 102, 292-296, 1995.
16. Lassey A.T., Ghosh T.S.: Perinatal and maternal mortality associated with retained second tvvins. International Journal of Gynecology and Obstetrics, 48, 277-281, 1995.
17. Earooqui M.O., Grossman J.H., Shannon R.A.: A review of twin pregnancy and perinatal mortality. Obstet Gynecol Surv., 28, 144-147, 1973.
18. Arias F.: Delayed delivery of multifetal pregnancies with premature rupture of membranes in the second trimester. Am J Obstet Gynecol (United States), 170, 1233-1237, 1994.
19. Elliott J.P., Finberg H.J.: Biophysical profile testing as an indicator of fetal well-being in high-order multiple gestations. Am J Obstet Gynecol., 172, 508-512, 1995.