

Derleme

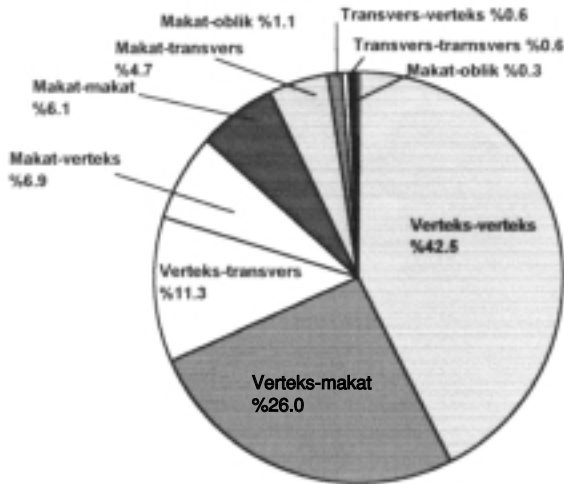
İkizlerde İntrapartum Doğum Planlaması

Ali Ceylan ERDEN - Gökhan BAYHAN
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı - DİYARBAKIR

İkiz gebeliklerde dikkatli intrapartum yaklaşım optimal sonuçların alınması için zorunludur. Bu tür gebelikler tecrübeli obstetrik ve pediatrik personelin bulunduğu merkezlerde izlenmelidir. İkiz gebeliklerde değişik kombinasyonların sıklığı Şekil 1'de izlenmektedir.

ABD'de 1980-1985 yılları arasında multipl gebeliklerde sezaryen oranı %32.4'ten %54.5'e, Danimarka'da %29.7'den %42.5'a ve Hollanda'da %11.6'dan %20.5'e yükselmiştir (1). İkizlerde fetal prezentasyondaki kombinasyonlar ve olasılıklar Şekil 1'de izlenmektedir.

Tekiz gebeliklerde olduğu gibi nullipar ikizlerde doğum süresi multipar ikizlere göre daha uzundur (3). Ancak ikiz gebeliklerde doğumun latent fazı tekizlere göre daha kısadır (4). Ancak aktif faz daha uzundur ve total doğum süresi sonuçta tekizlere göre benzerdir (5). Fetüsün ultrasonografi ile tahmin edilen kilosuna ve prezentasyonlarına göre doğum planlaması Şekil 2'de izlenmektedir.



Şekil 1. İkiz gebeliklerde değişik presentasyonların bulunma oranları.

Yazışma Adresi: Gökhan Bayhan
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı-Diyarbakır

Verteks İkiz A/Verteks İkiz B grubu

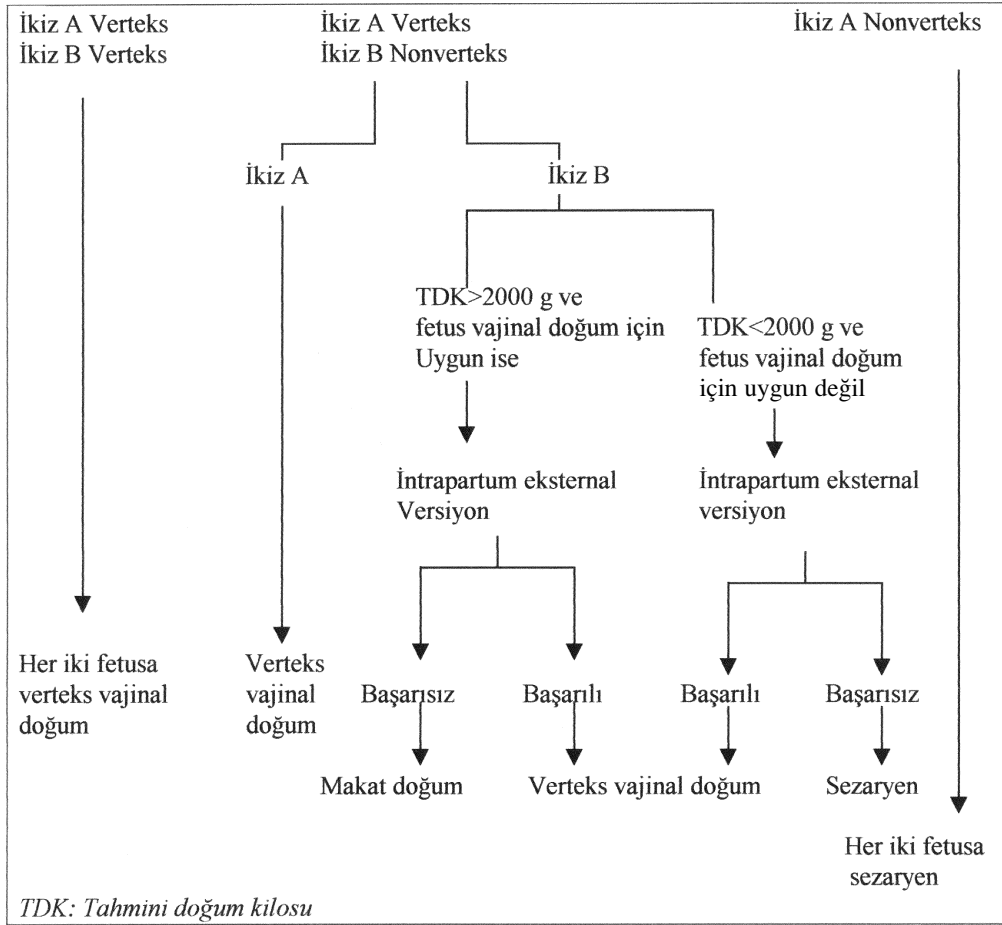
1700 gramın altındaki çok düşük ağırlıklı bebekler hakkında bir konsensus olmamasına rağmen (Bazı araştırmacılar sezaryen önermektedir) büyük çoğunlukla vajinal doğum önerilmektedir (6). İkinci bebeğin doğurtulması ve özellikle iki bebeğin devamlı monitorizasyon ile izlenmesi ile 5. dakika Apgar'ının zaman geçtikçe değişmediği izlenmiş ve zamanın tek başına ikinci bebeğin hızla doğurtulmasına neden olacak denli önemli olmadığı saptanmıştır. 143 gün kadar beklenen uzun zaman aralıklarında gebeliğin dikoryonik olduğu ve ancak enfeksiyonun ekarte edilmesinden sonra gebeliğin uzatılabileceği unutulmamalıdır (7).

ABD'de ikinci bebek için sezaryen ancak fetal distres bulguları gösterildiğinde gerçekleştirilir. Fransa'da ise ikinci bebeğin forseps ya da internal podalik versiyon ile hızlı ekstraksiyonu tercih edilir. İkinci bebek için ne zaman membranların yırtılması gerektiği konusunda görüş birliği yoktur. Amerikan otoriteleri doğum odasında ultrason kullanımı ile ikinci bebeğin pozisyonunun izlenmesi gerektiği, çünkü ilk bebek doğduktan sonra ikinci bebeklerin % 20'sinin pozisyon değiştirdiğini bildirmişlerdir (6).

Daha çok kabul gören görüş birinci bebek doğduktan sonra ikinci bebeğin ultrasonografi ve fetal monitorizasyon ile izlenmesidir. Bu arada uterus aktivitesi yakından takip edilmeli ve gerekirse oksitosin indüksiyonuna başlanmalıdır. İkinci bebek verteks ise ve pelvise girmişse, amniyotomi yapılmalı ve doğuma kadar monitorize edilmelidir. Fetal distres oluşursa acil sezaryen endikasyonu vardır. İnternal podalik versiyon ve zor forseps manevraları bebeği ek riske atacağından kaçınılmalıdır (2, 8-10).

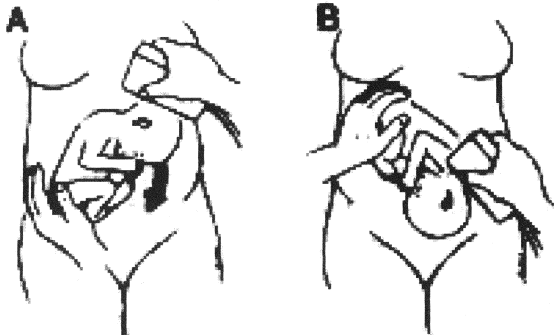
Verteks İkiz A/Non Verteks İkiz B grubu

Optimum doğum şekli tartışmalıdır. Chervenak ve arkadaşları ikinci bebeğin NV olduğu durumlarda bir protokol tanımlamışlardır (11). Buna göre >1800 g bebeklerde 1. bebeğin vajinal doğurtulma-



Şekil 2. İkiz gebeliklerde intrapartum doğum yaklaşımında algoritma.

sından sonra ikinci bebek:makatsa eksternal versiyon ya da yardımla makat ekstraksiyonu yapılır (Resim 1). İkinci bebek transvers ise eksternal versiyon ile vertekse çevrilmeye çalışılır, eğer başarılı olunamazsa sezaryen yapılır (%72 başarı oranı ve %8 komplikasyon oranı vardır). VA/NVB<1800 g ikizlerin hangi yolla doğurtulmalarının en uygun olacağını, sezaryenin tercih edilip edilmeyeceğini



Resim 1. Ultrasonografi yardımıyla eksternal sefalik versiyon işleminin yapılması.

gösteren yeterli yayın yoktur (6). Eksternal sefalik versiyon sırasında epidural anestezi ile abdominal duvarın relaksasyonu önerilmektedir.

1989 yılında ACOG versiyonu tavsiye etmiş, başka çalışmalarda ise nonverteks ikinci bebeğin doğumunda eksternal sefalik versiyona total makat ekstraksiyonu tercih edildiği belirtilmiştir (başarılı versiyon oranı %58, komplikasyon oranı %10) (7). 1700 g'ın altındaki bebekler için güvenilir fetal ağırlık tahminine rağmen tavsiye edilen doğum şekli bulunmamaktadır.

Fransa ve İngiltere'de doğum hekimleri nonverteks ikinci bebeğin doğum ağırlığı >1800 g ise eksternal versiyon uygulamazlar, fakat internal versiyon olsun olmasın vajinal makat doğumu yaptırırlar. Birçok klinisyen için ikinci bebeklerde sezaryen genellikle teknik başarısızlık nedeniyle olmaktadır (12). Eğer ikinci bebeğin pozisyonu değiştirilebilirse, gerisi makadi doğum ile aynıdır (13). ABD'de pelvimetri rutinde kullanılmaz, Fransa'da ise tüm ikiz gebeliklerde doğum nerede sonlandırılırsa sonlandırılırsın pelvimetri kullanılır.

Non Verteks İkiz A/Verteks veya NonVerteks İkiz B grubu

ABD'de sezaryen en iyi metod olarak kabul görmektedir, çünkü bu olgularda vajinal doğumun güvenilir olduğuna dair bir yayın yapılmamıştır. İngiltere'de de aynı yaklaşım vardır, ancak primigravid ve multiparlar da buna dahildir. Fransa'da fetal ağırlık >1800 g olan olgular ve sefalopelvik uyumsuzluk, intrauterin gelişme geriliği, maternal komplikasyon olmayan olgularda vajinal doğum her zaman denenir (1. bebek makat ise denenir, 1. bebek transvers ise geçerli değildir). Bu yaklaşım ancak doğum hekimleri ikiz doğum konusunda deneyimli ise gerçekleştirilmelidir. İkinci bebek birinciye nazaran %20 ağır ise doğum şekli modifiye edilebilir.

Monoamniyotik ikizlerde sezaryen genel olarak tavsiye edilmektedir, çünkü fetal kilitlenme ya da kordon dolanması olasılığı her zaman vardır (14).

Sezaryen sonrası ikiz gebeliklerde vajinal doğum bazı otoriteler tarafından mükerrer sezaryene tercih edilmektedir (12,15). Ancak intrauterin manipülasyon yapıldığındaki olası maternal travma konusunda yeterli bilgi yoktur.

ABD'de V/NV ikizlerin doğumu tartışmalıdır. Avrupa ülkelerinde de tartışma hala sürmektedir. Ancak birçok tecrübeli doğumcu Verteks/makat, makat/verteks, makat/makat veya veteks/transvers ikizlerde vajinal yolu tercih etmektedir. Bunun dışındaki durumlarda sezaryen önermektedir. Eğer hekim versiyon-ekstraksiyon konusunda yeterli eğitimi almamışsa sezaryeni tercih etmelidir.

KAYNAKLAR

1. Notzon FC. International differences in the use of obstetric interventions. JAMA. 1990, 263:3286-91
2. Chervenak FA, Johnson RE, Youcha S, Hobbins JC, Berkowitz RL. Intrapartum management of twin gestation. Obstet Gynecol 1985, 65: 119
3. Houlihan C, Knuppel RA. Intrapartum mangement of multiple gestation. Clin Perinatol. 1996, 23: 91-116
4. Friedman EA, Sachtleben MR. The effect of uterine overdistension on labor. I. Multiple pregnancy. Obstet Gynecol 1964, 23: 164
5. MacGillivray I. Labour in multiple pregnancies. In MacGillivray I, Nylander PPS. Corney G, eds. Human multiple reproduction. Philadelphia: W.B. Saunders, 1975, p: 147
6. Chauhan SP, Roberts WE, McLaren RA, et al. Delivery of the nonvertex second twin: Breech extraction versus external cephalic version. Am J Obstet Gynecol, 1995, 173: 1015-20
7. Smith-Levitin M. Skupski DW, Chervenak FA. Multifetal pregnancies. Curr Opin Obstet Gynecol. 1995, 7: 465-71
8. 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
9. Cetrulo CL. The controversy of mode of delivery in twins: the intrapartum management of twin gestation. I. Semin Perinatol 1986, 10: 39
10. Hays PM, Smetlzer JS. Multiple gestation. Clin Obstet Gynecol 1986, 29: 264
11. 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: 491-501
12. Keith LG, Johnson TRB, Lopez-Zero JA, et al. Labor and delivery. IN: Keith LG, Papiernik E, Keith DM, Lake B, eds. Multiple pregnancy. Epidemiology, Gestation and Perinatal Outcome. New York: Parthenon Publishing, 1995, pp: 503-16
13. Taylor ES, Editorial. Obst Gynecol Survey. 1987, 42: 565
14. Motew M, Ginsberg NA. Clinical management of monoamniotic twin. In: Keith LG, Papiernik E, Keith DM, Luke B, eds. Multiple Pregnancy: Epidemiology, Gestation and Perinatal Outcome. New York: Parthenon Publishing, 1995, pp: 527-34
15. Miller DA, Mullin P, Hou D, et al. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation. Am J Obstet Gynecol, 1996, 175: 194-8