

Umbilikal Kordonun Fetus Boynuna Dolanması Nedeniyle Antenatal Fetal Kayıp

Ahmet YALINKAYA, Murat YAYLA

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı - DİYARBAKIR

ÖZET

UMBİLİKAL KORDONUN FETUS BOYNUNA MULTİPL DOLANMASI NEDENİYLE ANTENATAL FETAL KAYIP:

OLGU SUNUMU

Amaç: Fetus boynuna umbilikal kordonun multipl dolanması nedeniyle nadir görülen antenatal fetal kayıp olgusunu incelemektir.

Olgu: Gebeliğin 37. haftasında, G:3, P:1, 33 yaşındaki olgu, fetus hareketlerinin azalması ve doğum öncesi son kontrol amacı ile başvurdu. Ultrasonografi tetkikinde oligohidramnios, intrauterin gelişme geriliği ve mortde fetus saptandı. Prezantasyon baş olup, fetus abdomeninde sıvı birikimi mevcuttu. Mevcut gebeliğin öyküsünde ikinci trimesterde 18 MoM AFP, normal kromozom bulgusu ve üçüncü trimesterde IUGR saptanması dışında önemli bir özellik yoktu. Doğum induksiyonunu takiben 1600 g, 45 cm ölçülerinde kız fetus normal vajinal yolla doğurtuldu. Umbilikal kordonun boyun etrafında sekiz defa dolandığı belirlendi. Yapılan ölçümde kordon uzunluğu 125 cm olup, fetus boynunda geniş ve derin iz bıraktığı gözlemlendi.

Sonuç: Gebeliklerin azımsanmayacak bir oranında saptanabilen boyuna kordon dolanması genelde antenatal dönemde ciddi sorunlara neden olmamakla birlikte, eylem sırasında komplikasyonlara yol açabilmektedir. Olgumuzda eylem öncesinde kordonun sekiz kez fetus boynuna dolanmış olması, fetal kayıp nedeni olarak düşünülmüştür. Bu durumun AFP yüksekliğini takip etmesi kanaatimizce olguyu ilginç kılmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Umbilikal Kordon, Multipl Dolanma, Fetal kayıp.

SUMMARY

ANTENATAL FETAL DEATH DUE TO MULTIPLE NUCHAL ENTANGLEMENT OF THE UMBILICAL LORD

Background: The purpose of this study is to report a rare event of intrauterine fetal demise due to the multiple entanglement of the umbilical cord around the fetal neck.

Case: Thirty-three years old patient with gravida: 3, parity: 1, applied to the outpatient clinic at 37 weeks of pregnancy with the complaint of decreased fetal movements. Intrauterine fetal death, growth restriction (IUGR), oligohydramnios, vertex presentation, and collection of fluid in the abdominal cavity were observed on the ultrasound examination. In the second trimester of present pregnancy, AFP level was 18 MoM, the karyotype was normal and IUGR was diagnosed at the third trimester. Following induction of labor 1600 g, 45 cm female fetus was delivered spontaneously. Fetal neck was surrounded by the umbilical cord eight times. The umbilical cord measured 125 cm, and caused wide and deep trace on the fetal neck.

Conclusion: Nuchal cord is a common finding in the antenatal period, and does not cause serious problems. However, it may cause complications during labor. We are considering in this case multiple entanglement (x8) of the nuchal cord as a cause of fetal death. High level of AFP also is an interesting finding in this case.

Keywords: Umbilical cord, Multiple Entanglement, Fetal loss.

Umbilikal kordonun fetus boynuna dolanması tüm gebeliklerin %23 ile %33'ünde görülmektedir ve genellikle çoğu benign olarak değerlendirilir (1). Kordonun fetus gövdesine ve ekstremitelerine dolanması veya kendi üzerine düğümlenmesine daha az rastlanmaktadır (2, 3). Collins (4), umbilikal kordonun boynuna dolanma şekline göre tip A ve B olarak boyna dolanmanın iki tipini tanımlamıştır.

Tip A: Umbilikal kordon halkası 360 derece fetus boynuna dolanmış ve plasental uç umbilikal ucun üstünden geçer. Bu dolanma, kilitlenmediği için spontan olarak açılabilir. Tip B: Umbilikal kordon fetus boynuna 360 derece dolanmış ve plasental uç umbilikal ucun altından geçmektedir. Bu dolanma tipi kilitlendiği için spontan açılmaz.

Bu yazıda kliniğimize ilk kez, 37. gebelik haftasında fetus hareketlerinin azalması ve kontrol amacıyla başvuran, ultrasonografik incelenmesinde in

utero mort fetus saptanan, doğum indüksiyonu uygulanarak doğurtulan ve multipl kordon dolanması görülen olgu değerlendirilmiştir.

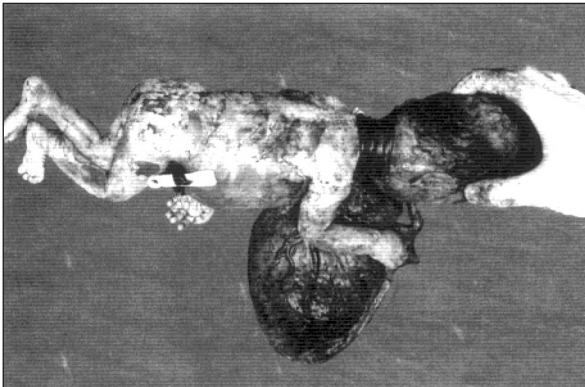
OLGU

Olgu 33 yaşında olup, gravidası üç, paritesi bir ve bir yaşayanı vardı. Son adet tarihine göre 40 haftalık, ancak gebelik kesesi üç hafta geç belirlendiği için 37 haftalık olarak kabul edildi. Olgu, son günlerde fetal hareketlerinin azalması ve son kontrol amacı ile başvurdu.

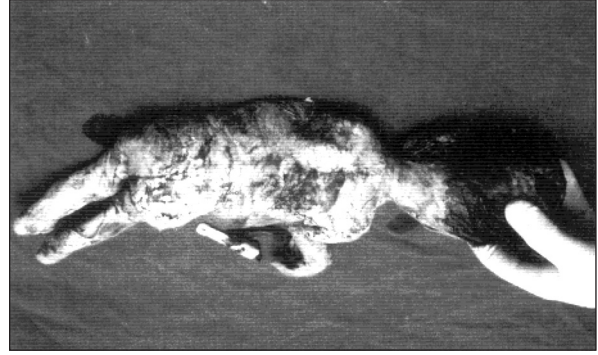
Olguya başka bir merkezde gebeliğin ikinci trimesterinde yapılan üçlü testte AFP'nin 17 MoM bulunması üzerine amniyosentez uygulanmış ve kar-yotipi normal bulunmuştu. Olgunun gebelik yaşına göre 30. haftasında fetusta gelişme geriliği saptanmış, ancak önerilen sonraki kontrollere gitmemiştir. Gebeliği süresince günde ortalama beş sigara içmiş ve 16 kg almıştı.

Fetusun ultrasonografik incelenmesinde; baş prezantasyonu saptandı ve amniyon sıvısı ileri derecede azalmıştı. Fetal ölçümler gebelik haftasına göre -2 standart sapma ve altında bulundu. Ortalama tahmini ağırlık 1500 g olarak belirlendi. Fetal kardiyak atım izlenemedi, fetal abdominal kavitede sıvı birikimi izlendi. Fetusun gebelik yaşına göre geri kaldığı belirlendi.

Oksitosin ile doğum indüklendi, dört saat sonra 1600 g, 45 cm ve 0/0 APGAR'lı kız fetus plasenta ile birlikte vajinal yolla spontan olarak doğurtuldu. Kordon fetus boynuna tamamen sekiz kez dolanmıştı (Resim 1). Kordonun plasental insersiyona kadar dolanması ve oligohidramniyos nedeniyle, plasenta fetusa yapışık olarak doğdu. Postpartum kordon boyu 125 cm olarak ölçüldü. Kordon açıldığında, fetus boynunun normalden daha uzun olduğu ve sirküler derin izler tespit edildi (Resim 2).



Resim 1. Kordonun fetus boynuna defalarca ve üst üste dolanmış hali.



Resim 2. Kordon fetus boynundan açıldıktan sonra, fetus boynundaki izleri görülmektedir.

TARTIŞMA

Umbilikal kordonun fetus boynuna dolanması tüm gebeliklerin %23 ile %33'ünde görülür ve gebelik genellikle sorunsuz seyreder (5). Bununla birlikte, umbilikal kordonun tek bir kez dolanması dahi, doğumun birinci ve ikinci evresinde yüksek oranda değişken fetal deselerasyona ve asidoza yol açabilmektedir (6). Yayla ve ark. kordon dolanmasının doğumların %16.7'sinde görüldüğünü belirtmişlerdir (7). Genel olarak kordon dolanmasının fetal ve neonatal etki riski düşük olarak kabul edilse de, dolanma sayısının fetal durumu ve doğum şeklini etkilediği bildirilmektedir. Kordon dolanması oligohidramniyos ile birlikte olduğu durumlarda fetal distrese yol açabilmektedir (8). fiimdiye kadar en fazla dokuz kez kordonun fetus boynuna dolandığı bildirilmiştir (9). Olgumuzda ise sekiz kez dolandığı saptandı. Olgumuzda olduğu gibi umbilikal kordonun fetus boynuna dolanarak ölümüne yol açması, oldukça nadir görülmektedir (10). Kordonun boyu, gebelik haftası, plasenta lokalizasyonu, fetusun ağırlığı, hareketliliği ve amniyon sıvısının miktarı, kordon dolanması ile ilişkili faktörlerdir (11,12). Erken trimesterlerde dolanmış olan kordon fetus hareketleri ile spontan olarak açılabilir. Kordon dolanmasının fetusta gelişme kısıtlanmasına yol açabileceği bildirilmemiştir (12). Ayrıca ikinci trimesterde AFP yüksekliğinin saptanması olası IUGR'nin habercisi olabilir (13-15).

Biz kordon dolanması ile ikinci trimesterde yüksek AFP arasında bir ilişki olup olmadığını gösteren bulguya rastlayamadık. Bunun tesadüfi bir bulgu olabileceğini düşünmekteyiz.

Antenatal takipte nadir görülen bir komplikasyon olan kordonun sekiz kez fetus boynuna dolanması ve ölümüne neden olması, olgumuzu ilginç kılmaktadır. Olgumuz son trimesterinde düzenli gebelik takibini yaptırmamış, dolayısıyla nokal kord açısından da değerlendirilememiştir. Üçüncü tri-

mesterde ultrasonografi ile nukal kord tanısı kolay konulabilir, özellikle renkli Doppler ultrasonografi ile nukal kordun yanı sıra, dolanma sayısı hakkında da fikir verilebilir. Obstetrik ultrasonografi tetkiki sırasında, fetus boynu nukal kord açısından da değerlendirilirse, gebeliğin takibi ve doğum yönünden uyarıcı olabileceğini düşünmekteyiz.

KAYNAKLAR

1. Larson JD, Rayburn WF, Crosby S, Thurnau GR. Multiple nuchal cord entanglements and intrapartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1228-31.
2. Kumari S, Saxena A, Monga D, Malik M, Kahra M, et al. Significance of cord problems at birth. *Indian Pediatr* 1992;29:301-5.
3. Miser WF. Outcome of infants born with nuchal cords. *J Fam Practice* 1992;34:441-5.
4. Collins JH. Nuchal cord type A and type B. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:94.
5. Larson JD, Rayburn WF, Crosby S, Thurnau GR. Multiple nuchal cord entanglements and intrapartum complications. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:1228-31.
6. Hankins GDV, Snyder RR, Hauth JC, Gilstrap LC, Hammond T. Nuchal cords and neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 1987;70:687-91.
7. Yayla M, Sezer FA, Güngören A, Akdeniz N, Erden AC. Gebelikte umbilikal kordon dolanması. *İstanbul Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 1997;1:44-6.
8. Uludağ S, Madazlı R, Fien C, Ocak V. Boyunda kordon dolanması'nın doğum eylemi üzerine etkisi. *Perinatoloji Derg* 1994;2:251-4.
9. Cruikshank DP. Malpresentation and umbilical cord complications. In Scott JR, DiSaia PJ, Hammond CB, Spellacy WN (Eds) *Danforth's Obstetrics and Gynecology* 7th Ed JB Lippincott Comp, Philadelphia 1994:501-19.
10. Bruce S, Stanley LF, Bowe E, Rey H, Shamsi H. Umbilical cord complication as a cause of perinatal morbidity and mortality. *J Perinat Med* 1978;6:89-94.
11. Collins JH, Collins CL, Weckwerth SR, De Angelis L. Nuchal cords: timing of prenatal diagnosis and duration. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173:768.
12. Lipitz S, Seidman DS, Gale R, Stevenson DK, Alcalay M, Menczer J, Barkai G. Is fetal growth affected by cord entanglement? *J Perinatol* 1993;13:385-8.
13. Akinbiyi AA. Unexplained elevated maternal serum alpha-fetoprotein in singleton pregnancies as a predictor of fetal risk. *Int J Gynaecol Obstet* 1996;53:17-21.
14. Yaron Y, Cherry M, Kramer RL, O'Brien JE, Hallak M, Johnson MP, Evans MI. Second-trimester maternal serum marker screening: maternal serum alpha-fetoprotein, beta-human chorionic gonadotropin, estriol, and their various combinations as predictors of pregnancy outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:968-74.
15. Huerta-Enochian G, Katz V, Erfurth S. The association of abnormal alpha-fetoprotein and adverse pregnancy outcome: does increased fetal surveillance affect pregnancy outcome? *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1549-53.