

İkiz Eşinin İntrauterin Ölümü: Vaka Sunumu

Şahin ZETEROĞLU, H.Güler ŞAHİN, Ramazan SÜRÜCÜ, Mansur KAMACI

Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum AD, Van, Türkiye

Intrauterine Death of One Twin: Case Report

Abstract

Twin pregnancy is seen at rate of approximately 1: 250 and perinatal morbidity and mortality is increased in these pregnancies. Perinatal morbidity and mortality in monozygotic twins is increased 3 fold compared to dizygotic twins. Death of a twin in the first trimester is a frequent event, but it rarely complicates the pregnancy. Despite this, death of a twin in second or third trimester can cause fetal and maternal complications that can create high-risk problems for the perinatologist in management. One of the major problems is disseminated intravascular coagulation that can effect the mother and the other twin and this can result in neurological and renal damage in the surviving fetus. If the placenta is monochorionic these problems are frequent and severe, but in dichorionic twins without the rare existence of vascular anastomosis the problem is extremely unlikely. The aim was to present a 31-year-old pregnant women who presented with a twin pregnancy at term after the intrauterine death of one twin at approximately 24 weeks and a healthy survivor who reached term. In dichorionic pregnancies when one fetus dies the other can reach term without damage.

Key words: twin, twin pregnancy with single fetal death, intrauterine exitus, monochorionic, dichorionic

Özet

İkiz gebelikler yaklaşık 1:250 oranında görülen ve perinatal morbidite ve mortalitenin artmış olduğu gebeliklerdir. Perinatal morbidite ve mortalite monozygotik ikizlerde, dizigotiklere oranla 3 kat daha fazla görülür. İkizlerden birisinin birinci trimesterde ölümü nispeten sık görülen fakat gebeliği nadiren komplike eden bir durumdur. Ancak 2. veya 3. trimesterde ikizlerden birinin ölümü hem anne hem de diğer fetus için önemli sorunlar teşkil ederek perinatolog için çözülmesi güç bir durum yaratır. Bu durumda ortaya çıkan en önemli problemlerden biri hem anne hem de diğer fetusu etkileyebilecek olan yaygın damar içi pıhtılaşma ve yaşayan fetusta olabilecek nörolojik ve nefrolojik bozukluklardır. Plasenta monokoryonik ise bu problemler daha sık ve ciddi olarak ortaya çıkarken, dikoryonik ikiz gebelerde ise bu risk çok nadir görülen vasküler anastomozlar varlığı haricinde hemen hiç yoktur. 31 yaşında, miad ikiz gebelik ile başvuran, ikiz eşinin yaklaşık 24. haftada intrauterin ölmüş olduğu diğer eşin sağlıklı olarak terme ulaştığı gebelik olgusunun sunulması amaçlandı. Dikoryonik gebeliklerde ikiz eş ölmesine rağmen diğer eş terme kadar sağlıklı bir şekilde ulaşabilmektedir.

Anahtar sözcükler: ikiz, ikiz eşin ölümü, intrauterin ölüm, monokoryonik, dikoryonik

Giriş

İkiz gebelikler yaklaşık olarak 250 doğumda bir görülen ve perinatal morbidite ve mortalitenin oldukça fazla olduğu gebeliklerdir (1). Tüm perinatal ölümlerin ortalama %10'unu ikiz gebelikler oluşturmaktadır. İkiz gebeliklerde fetusun ölüm riski tekil gebeliklere oranla yaklaşık 10 kat daha fazladır. Bu gebeliklerde morbiditeyi artıran sebeplerin başında prematürite gelmektedir. İkiz gebeliklerin %20'si 35. gebelik haftasından önce sonlanmakta ve ikizlerin %57'si 2500 gr'ın altında doğmaktadır. Perinatal morbidite ve mortalite monozygotik ikizlerde, dizigotiklere oranla 3 kat daha fazla görülür. Monoamniyotik ikiz gebelikler ise tüm ikiz gebeliklerin sadece %1'ini oluşturmasına rağmen %30-70 oranı ile yüksek perinatal mortaliteyi oluşturur (2). İkizlerden birisinin birinci

trimesterde ölümü nispeten daha sık görülen ve gebeliğin ilerleyen haftalarında anneye veya yaşamı devam eden diğer fetusa pek zarar vermeyen bir durumdur. Ancak 2. veya 3. trimesterde ikizlerden birinin ölümü hem anne hem de diğer fetus için oldukça önemli sorunlar teşkil ederek perinatolog için çözülmesi oldukça güç bir durum yaratır (3). İkiz eşlerinden birisinin ölümüyle ortaya çıkan sorunların başında annede ve diğer fetusta gelişebilecek yaygın damar içi pıhtılaşma (Dissemine intravasküler koagülasyon- DIC) gelir. Diğer sorunlar ise yaşamı devam eden fetusta görülebilecek olan nörolojik ve nefrolojik hasarla birlikte muhtemel bir erken doğum durumunda prematürtenin beraberinde getireceği risklerdir.

Bu sunumda ikiz eşinin yaklaşık 24. gebelik haftasında intrauterin ölmüş olduğu diğer eşin sağlıklı olarak terme ulaştığı gebelik olgusunun literatür eşliğinde tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

Otuz bir yaşında, gravida 5, parite 3 olan hasta kliniğimize sularının gelmesi şikayetiyle başvurdu. Hasta daha önce ge-

Yazışma Adresi: Dr. Şahin Zeteroğlu
YYÜ. Tıp Fakültesi Kadın Hast. ve Doğum AD, 65100 Van
Tel: +90 (432) 216 47 10 / 1163
Faks: +90 (432) 216 75 19
E-posta: szeteroglu@hotmail.com



Resim 1. Miadında canlı bebek ve yaklaşık 24 haftalık intrauterin ex ikiz eşi.

belik takibi için herhangi bir sağlık kuruluşuna gitmemiştir. Son adet tarihini tam olarak bilmeyen hasta yaklaşık 8 aylık gebeliğinin olduğunu ifade ediyordu. Genel fizik muayenede patolojik bulgu saptanmadı. Kliniğimizde yapılan ultrasonografik değerlendirmede; Birinci fetus; biparietal diameter ve femur uzunluğu ölçümüne göre 37 hafta ile uyumlu, fetal kardiyak aktivite pozitif ve atımları düzenli, amnios sıvısı miktarı normal ve baş prezentasyon olarak saptandı. Doppler kan akımı incelemesinde umbilikal arter, uterin arter ve middle cerebral arter akım paternleri normal sınırlardaydı. İkinci fetus femur uzunluğu ölçümü 24 hafta ile uyumlu ve fetal kardiyak aktivitesi negatif idi. Biparietal diameter değerlendirilemedi. Plasentasyon dikoryonik diamniyotik olarak saptandı.

Kliniğe yatırılan hastanın tam kan sayımında hemoglobin 12.5 g/dl, hematokrit 37.1, lökosit $9700/\text{mm}^3$ ve trombosit değeri $179\ 000/\text{mm}^3$ olarak saptandı. Protrombin zamanı (PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT) sırasıyla 15.8 ve 32.8 saniye idi. Biyokimyasal incelemede; açlık kan şekeri 103, üre 31 mg/dl, kreatinin 0.7 mg/dl, aspartat aminotransferaz (AST) 29 U/lt, alanin aminotransferaz (ALT) 56 U/lt, sodyum 132 mmol/lt ve potasyum 4.9 mEq/lt olarak saptandı.

Hastaya yatırıldığı gün, genel anestezi altında sezaryen yapıldı. Birinci bebek 2700 gr ağırlığında, 45 cm boyunda ve 7/9 APGAR'lı kız, ikinci bebek 1200gr ağırlığında, 35 cm boyunda ve 0/0 APGAR'lı kızdı. Plasentasyonun diamniyotik, dikoryonik olduğu görüldü. Birinci bebek normal yapıda değerlendirildi. İkinci bebek ileri derece masere ve kranium deformeydi (Resim 1). Birinci bebek hastanemiz yenidoğan ünitesinde takibe alındı. Bebeğin yapılan muayene ve laboratuvar tetkikleri sonucunda herhangi bir nörolojik veya nefrolojik bozukluk tespit edilmedi. İkinci bebek otopsi için patolojiye gönderildi. Yaşayan bebek 6 saat yenidoğan ünitesinde gözlem altında tutulduktan sonra annenin yanına verildi.

Anne ve bebek postoperatif 2. günde normal bulgularla taburcu edildiler. Taburcu edildiğinde annenin laboratuvar bulguları normal sınırlar içerisindeydi ve bebek anne sütü ile beslenmekteydi.

Tartışma

Yapılan retrospektif çalışmalar ikiz eşlerden birinin ölümüyle birlikte canlı kalan fetusu ve anneyi pek çok riskin beklediğini ve bu riskin özellikle monokoryonik çoğul gebeliklerde daha fazla olduğunu göstermiştir (2). Ortaya çıkabilecek majör mortalite ve morbidite oranı %46 olarak belirtilmiştir. Olayın etiyojisi her zaman ortaya konulmamakla birlikte ikizden ikize transfüzyon sendromu, kromozomal veya konjenital anomaliler, plasental ve umbilikal kord yerleşimi ile ilgili anomaliler ve umbilikal ven trombozu en önemli sebeplerdir (4). Santema ve arkadaşları 1995 yılında yayımladıkları retrospektif çalışmada gebeliğin indüklediği hipertansiyonun bulunduğu gebelerde ikiz eşlerinden birinin ölümüyle gebeliğin komplike olma olasılığının daha sık olduğunu belirtmişlerdir (5). Bizim olgumuzda fetusun intrauterin ölüm nedeni ortaya konulamamıştır. Olgumuzda hipertansiyon dahil herhangi bir sistemik hastalık saptanmadı.

İkiz gebeliklerde ikiz eşleri arasında uyumsuz gelişme olduğunda veya ikiz eşlerinden birisinin 2. veya 3. trimesterde öldüğü durumlarda sağ kalan ikiz eşinin veya annenin prognozunun ne olacağı ve nasıl bir yol izlemenin doğru olacağı oldukça tartışmalı bir konudur. Böyle bir durumda eğer plasenta monokoryonik ise büyük bir olasılıkla vasküler anastomozlar olacağından, ölmüş olan fetustan sağ kalan fetusa tromboplastinden zengin kanın transfer olması nedeniyle fetal DIC ve buna bağlı hasarlar olabileceği bildirilmektedir. Otopsi bulguları bu hipotezi desteklemektedir (3). Bu şekilde akut ikizden ikize transfüzyon sendromu gelişmiş fetusların beyin ve böbreklerinde kistik lezyonlar saptanmaktadır. Ancak bu lezyonların DIC'e bağlı gelişen trombuslar nede-

niye oluştuğunu bildiren yayınların yanında, oluşan hemodinamik değişikliklere bağlı olduğunu iddia eden yayınlar da mevcuttur (6). Dikoryonik ikiz gebelerde ise bu risk, çok nadir görülen vasküler anastomozlar varlığı haricinde hemen hiç yoktur.

İkiz eşlerinden biri öldüğünde, birçok merkezde koagülopati gelişme korkusu nedeniyle erken dönemde sezaryen ile gebelik sonlandırılmakta, buna bağlı olarak da hem fetusta prematüriteye bağlı olarak problemler ortaya çıkmakta, hem de gereksiz olarak yapılan sezaryene bağlı olarak annede morbidite artmaktadır (7). Bu durumda, sağ kalan fetus için en önemli problem prematürite ve bunun getirmiş olduğu yüksek morbidite ve mortalite olmaktadır.

Oluşabilecek diğer muhtemel komplikasyonlar arasında distosi, sepsis ve kanama sayılabilir. Ayrıca problemler geçen doğum sebebiyle yenidoğanda nörolojik bozukluklar görülebilir. Bu komplikasyonlar normal ikiz gebeliklere oranla daha fazla görülebilmekte ve tedavileri aynı normal ikiz gebeliklerde olduğu gibi yapılabilmektedir (8).

Monokoryonik- monoamniyotik ikiz gebeliklerde fetustan biri antenatal dönemde öldüğünde yapılacak en mantıklı yaklaşım mümkün olan en erken dönemde gebeliğin sonlandırılmasıdır. Çünkü hem sağ kalan fetus için morbidite ve mortalite riski fazladır, hem de anne için teorik de olsa ciddi koagülopati riski vardır (3). Ancak bir görüşe göre de sağ kalan fetusta oluşan beyin ve böbrek bozuklukları diğer fetus ölümler geliştikten konservatif bir tedavi şekli olarak çok yakın takip tercih edilebilir. Buna karşın dikoryonik-diamniyotik ikiz gebeliklerde böyle bir sorunla karşılaşıldığında çok daha konservatif davranılabilir. 28. haftadan itibaren haftalık ultrasonografi takibi yapılarak fetusun gelişimi ve amnios sıvısı miktarı izlenir. Haftada 2 kez non-stress test yapılır. Mümkünse umbilikal arter Doppler incelemesi yapılarak fetal distress gelişip gelişmediği araştırılır. İkizden ikize transfüzyon sendromundan şüpheleniliyorsa fetal kan örneği alınarak kan gazları, hematolojik değerler ve pıhtılaşma faktörleri araştırılabilir (3). Bu esnada annenin seri pıhtılaşma testleri (PT, aPTT, trombosit sayısı ve fibrin yıkım ürünlerinin tespiti) yapılmalı, düzenli aralıklarla fibrinojen değerleri takip edilmeli ve maternal enfeksiyona karşı uyanık olunmalıdır (3,8,9). Bu şekilde 34. haftaya kadar herhangi bir komplikasyon gelişmeden gelinebilirse ve fetal akciğer matürasyonu yeterliyse gebelik sonlandırılmalıdır. Eğer fetal akciğer matürasyonu henüz yeterli değilse anneye steroid yapılarak matürasyon hızlandırılmaya çalışılmalı ve en uygun zamanda doğum yaptırılmalıdır. 37. haftadan sonra böyle bir hasta ile karşılaşıldığında ise vakit geçirilmeden doğuma karar vermek en uygun yaklaşım şekli olacaktır (8). Burada doğum şeklinin belirlenmesinde en önemli faktör annenin genel obstetrik durumudur.

İkiz gebelik ve fetustan birinin ölümü sezaryen kararı vermede tek başına endikasyon oluşturmaz, aksine lüzumsuz yapılan sezaryen hem anne hem de yaşamını devam ettiren fetus için morbidite ve mortalitenin artmasına neden olacaktır (3). Doğumda mutlaka çocuk doktoru hazır bulunmalı ve yenidoğanda görülebilecek muhtemel nörolojik, nefrolojik ve dolaşım sistemi ile ilgili bozukluklara karşı hazırlıklı olmalıdır. Bebeğin ilk fırsatta nörolojik ve nefrolojik değerlendirilmesinin yapılması akıllıca bir yaklaşım olacaktır (8).

İkiz gebeliklerde ikizlerden birinin doğum öncesi ölümü nadirdir, ancak görüldüğünde hem hastayı hem hekimi sıkıntıya sokan, çözümü ve takibi oldukça güç bir durumdur. Böyle bir durumla karşılaşıldığında ilk tespit edilmesi gereken amniyon kesesi ve plasentanın sayısıdır. Çünkü monokoryonik-monoamniyotik gebelikler ile dikoryonik-diamniyotik gebeliklerin takibi ve tedavisi tamamen farklı olacaktır. Tanı ve takipte yardımcı araçlardan başta geleni Doppler USG çalışmasıdır. Eğer plasenta ve amniyon kesesi çift ise yaklaşım tamamen konservatif olabilir ve gebelik çok yakın takiple fetusun akciğer matürasyonu sağlanıncaya kadar devam ettirilebilir. Burada doğum şekli saptanırken bilinen obstetrik endikasyonlar göz önünde bulundurulmalı, lüzumsuz agresif girişimlerden kaçınılmalıdır. Bu gibi durumlarda morbidite ve mortaliteyi en çok artıran nedenin prematürite olduğu unutulmamalıdır.

II. World Congress of Perinatal Medicine for Developing Countries & VIII. Ulusal Perinatoloji Kongresi, 1-5 Ekim 2002, Antalya, Türkiye'de poster olarak sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC, Hauth JC, Wenstrom KD (eds): Multifetal Pregnancy. In: Williams Obstetrics. Mc Graw Hill 21st edition 2001;765- 810.
2. Gilbert WM, Davis SE, Kaplan C. Morbidity associated with prenatal disruption of the dividing membrane in twin gestations. *Obstet Gynecol* 1991;78(4): 623- 30.
3. 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.
4. Baxi LV, Daftary A, Loucopoulos A. Single fetal demise in a twin gestation: umbilical vein thrombosis. *Gynecol Obstet Invest* 1998; 46(4): 266-7.
5. Santema JG, Swaak AM, Wallenburg HC. Expectant management of twin pregnancy with single fetal death. *Br J Obstet Gynaecol* 1995 Jan; 102 (1): 26-30.
6. Fusi L, McParland P, Fisk N, Nicolini U, Wigglesworth J. Acute twin-twin transfusion: A possible mechanism for brain-damaged survivors after intrauterine death of a monochorionic twin. *Obstet Gynecol* 1991; 78(3):517-20.
7. Wong DJ, Kirz DS. Outcome of twin gestations complicated by antepartum fetal demise. *Am J Obstet Gynecol*, 1991; 164 (SPO Abst.603): 411.
8. Enbom JA. Twin pregnancy with intrauterine death of one twin: *Am J Obstet Gynecol*. 1995;151:424-9.
9. Yayla M, Hakverdi AU, Özler A, Gül T: İkizlerden birinin doğum öncesi ölümü. *Perinatoloji dergisi* 1995;3(1-2):73-77.