

# Üçüzler ve Perinatal Prognoz: Redüksiyon Bir Çözüm Olabilir mi?

Murat YAYLA, Gökhan BAYHAN, Sercañ ESEN, Ahmet YALINKAYA  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi - DİYARBAKIR

## ÖZET

### ÜÇÜZLER VE PERİNATAL PROGNOZ: REDÜKSİYON BİR ÇÖZÜM OLABİLİR Mİ?

**Amaç:** Üçüz gebeliklerde perinatal prognozun incelenmesi.

**Yöntem:** Dicle Üniversitesinde 1994-2003 yılları arasında takip edilen 30 üçüz gebelik olgusu, gebelikte redüksiyon varlığı, doğumdaki gebelik haftası, yenidoğan ağırlığı ve perinatal mortalite yönünden retrospektif olarak incelendi.

**Bulgular:** On yıllık dönemdeki doğumlar içinde üçüz oranı %0.28 olarak belirlendi. Üçüzlerin %38'i ovülasyon indüksiyonu sonucunda elde edilmişti. Tüm grupta %14 oranında redüksiyon üçüzü ile karşılaşıldı. Redüksiyon sonrası takip edilen ikizlerde doğum haftası ortalama 35.25±3.30, yenidoğan ağırlığı ortalama 2094±511g ve perinatal mortalite %0 idi. Spontan izlenmiş üçüzlerde ise bu rakamlar sırasıyla 31.68±5.54 hafta, 1515g±686 ve %37 olarak belirlendi.

**Sonuç:** Serimizde redüksiyon üçüzleri ile karşılaştırıldığında doğal olarak izlenen üçüzlerde doğum haftası daha erken, doğum ağırlığı daha düşük, perinatal mortalite ise daha yüksektir. Yetersiz antenatal ve neonatal bakım şartları mevcutsa, üçüz gebeliklerde fetal redüksiyon seçeneği genel prognoz üzerine olumlu etki yapabilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Üçüz, Perinatal prognoz, Fetal redüksiyon

## SUMMARY

### TRIPLETS AND PERINATAL PROGNOSIS: CAN MULTIFETAL REDUCTION BE A SOLUTION?

**Objective:** Our purpose was to evaluate the outcome of triplet gestations.

**Methods:** Thirty triplet pregnancy followed at Dicle University School of Medicine between 1994-2003, had been evaluated retrospectively for gestational age at delivery, birth weight, perinatal mortality and for existence of fetal reduction during pregnancy.

**Results:** Ratio of triplets in total deliveries was 0.28%. Thirty-eight percent of the triplets conceived after an ovulation induction. Fetal reduction was found at a ratio of 14%. Gestational age at delivery was 35.25±3.30 weeks, birth weight was 2094±511g, and perinatal mortality was 0 in reduced triplets. They were 31.68±5.54 weeks, 1515±686g and 37% respectively for expectantly managed triplets.

**Conclusion:** Low gestational age at delivery, low birthweight and high perinatal mortality were found in the expectantly managed triplets when compared with reduced triplets. Multifetal reduction in triplet gestations seems to be effective for better fetal outcome when antenatal and neonatal care facilities are suboptimal.

**Key words:** Triplet, Perinatal outcome, Multifetal reduction

İ kizden fazla gebelikler, ovülasyon indüksiyonu ve asiste reproduktif tekniklerin kullanımı sonucunda son 20 yıl içinde artış göstermiştir. Bu tip gebeliklerde erken doğum ve buna paralel olarak artan perinatal morbidite ve mortalite söz konusudur (1). Özellikle erken doğum, düşük doğum ağırlığı, ağır preeklampsi, intraventriküler hemoraji ve neonatal retinopati insidansı üçüzlerde ikizlerden daha yüksektir (2-4). Ayrıca bu tip gebeliklerde sık görülen fetal mal-

formasyonlar, IUGR ve diskordan gelişim, monokoryonisite veya monoamniyonisite komplikasyonları, maternal anemi, profilaktik serklaj, tokoliz ve hospitalizasyonun etkisiz oluşları, erken membran rüptürü ve doğum güçlükleri perinatal komplikasyonları hazırlayıcı diğer nedenler olarak karşımıza çıkmaktadırlar (5).

Çoğul gebeliklerde son yirmi yılda gebelik süresi pratik anlamda uzatılamamıştır. Bunun nedeni preterm eylemin önceden belirlenememesi ve erken eylemin tedavisinde önemli bir gelişmenin kaydedilememiş olmasıdır. Yine de, neonatal bakım şartlarının gelişmesi neonatal

mortalitede azalmayı sağlamıştır. Ancak bu iyileşme her ülke ve bölge için geniş farklılıklar göstermiş, artan neonatal sürvi uzun dönem morbiditesini de beraberinde getirmiştir (5).

İkizden büyük çoğul gebeliklerde görülen bu yüksek morbidite ve mortalite oranları özellikle yardımcı üreme tekniklerinin kullanıldığı merkezlerde embriyo redüksiyonunu ve transfer edilen embriyo sayısının azaltılması gerekliliğini gündeme getirmiştir (6). Multifetal gebelik redüksiyonu üçüzden fazla çoğul gebeliklerde yararları kanıtlanmış bir yöntemdir. Ancak %5 oranında tüm gebelik ürününün kaybı ile sonuçlanabilmesi ve yenidoğan yoğun bakım şartlarının iyi olduğu merkezlerde düşük doğum ağırlığından çok fazla çekinilmemesi nedenleriyle, üçüzlerde bu girişimin yeri son yıllara kadar geniş tartışmalara konu olmuştur (1). Multifetal redüksiyon tecrübeli ellerdeki düşük kayıp oranları ve perinatal prognoza olumlu katkıları nedeniyle artık üçüz gebeliklerde de kabul görmektedir (1).

Çalışmamızdaki amacımız, son 10 yıllık dönemde kliniğimizde izlenen üçüz gebelik olgularındaki perinatal prognozu incelemektir.

## YÖNTEM

Çalışmada 1994-2003 yılları içinde Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde takip edilen veya doğum yapan 30 üçüz gebelik olgusu, doğumlar içindeki genel oran, anne yaşı, parite, gebelikte redüksiyon varlığı, doğumun gerçekleştiği gebelik haftası, koryon ve amniyon sayıları, doğum şekli, yenidoğan cinsiyeti ve ağırlığı, ağırlıklar arasında diskordans (>%25) ile perinatal mortalite yönünden retrospektif olarak incelenmiştir. İstatistiksel analizde iki oran ve ki kare testleri uygulanmış,  $p < 0.05$  değeri anlamlı kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Geriye dönük olarak incelenen 10 yıllık kayıtlarda obstetrik kliniğinde gerçekleşen doğumlarda ikiz oranı %2.85, üçüz oranı ise %0.28 olarak belirlendi. Toplamı 30 olan üçüz gebeliklerden üçünün embriyo redüksiyonu ile ikize indirildiği, birinin ise spontan olarak ikize gerilediği anlaşıldı. Gebeliğin 13. haftasında görülen bir olgu, fetal redüksiyonu kabul etmedi ve halen izlem altında bulunduğu için çalışma grubuna dahil edilmedi. İncelenen üçüz gruplarının de-

mografik ve obstetrik verileri Tablo 1 ve 2'de gösterilmiştir.

Olgulardan % 38'i nulligravid idi. Dört olgu (%13.8) daha önce gebe kaldığı halde yaşayan çocuğu yoktu. Toplam 12 olgunun (% 41.37) ovülasyon indüksiyonu veya yardımcı üreme teknikleri (YÜT) sonucunda gebe kaldığı belirlendi.

Dört gebeliğin ikiz gebelik şeklinde sonuçlandığı belirlendi. Bunlardan üçüne multifetal redüksiyon yapılmıştı. Spontan üçüz gebeliği olan dördüncü olgu gebeliğin ikinci trimesterinin başlarında yine spontan olarak ikize gerilemişti. Bu grupta doğum haftası ortalama  $35.25 \pm 3.30$  (32-39 hafta), ortalama yenidoğan ağırlığı  $2094g \pm 511g$  (1500-3000g) idi. Doğuma kadar viabilitesini sürdürmüş 8 fetusun hepsinde perinatal prognoz iyi bulundu.

Doğal izlenmiş olan diğer 25 üçüz gebelikte ortalama doğum haftasının  $31.68 \pm 5.54$  (20-40 hafta), ortalama doğum ağırlığının ise  $1515g \pm 686g$  (350-3000g) olduğu bulundu. Toplamda 12 olguda (%48) perinatal kayıp ile karşılaşıldı. Bu gruptaki 75 fetustan 28'inin (%37.3) antenal veya postnatal dönemde kaybedildikleri belirlendi.

Redüksiyon grubundaki hiçbir gebe 32 haftadan önce doğum yapmazken, spontan izlenen gruptaki gebelerin %44'ünün 32. gebelik haftasından önce doğum veya abortus yaptıkları belirlendi ( $p < 0.05$ ). Doğal izlenen grupta gebeliğin 36. haftasından önce doğum yapanların oranı %60, gebeliğin 38. haftasından önce doğum yapanların oranı %84 idi.

Yenidoğan ağırlığı 1500 gramın altında olan olgular karşılaştırıldığında, redüksiyon grubunda bu kritere uyan hiçbir olgu saptanmazken, doğal izlenen grubun 29/75'inin (%38.7) 1500g'ın altında doğduğu belirlendi. Doğal izlenen gruptaki yenidoğanların 21'i (%28) 1000 gramın altındaydı. Ayrıca üçüzlerden altısında tüm bebekler (n:18) 1000 gramın altında bulundu. Doğal izlenen üçüz grubunki olgulardan altısında (%24) yenidoğan ağırlıklarında %25 ve üzerinde diskordans saptandı, redüksiyon grubunda ise ikizler arasında diskordans saptanmadı.

Gebe kalış biçimi incelendiğinde ovülasyon indüksiyonu %20.68, YÜT %20.68, spontan gebelik ise %48.27 oranında bulundu. Üç gebeliğin oluşma şekli hakkında ayrıntılı bilgi edinilemedi. Altı IVF gebeliği belirlendi. Bunların içinde do-

Tablo 1. Spontan izlenen üçüzlerde demografik veriler, klinik ve doğum özellikleri

No	Yıl	Yaş	G	P	Ab	Y	Gebe Kalış Şekli	Özellik	Doğum Haftası	Doğum Şekli	Plasenta Anomali Sayısı	Ağırlık (g)			Boy (cm)			Apgar (1/5)			Cins			Perinatal Mortalite		
												1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	1994	25	1	0	0	0	Oİ	-	34	S	3	1400	1500	900	43	42	40	4/6	4/6	3/5	E	E	K	(-)	(-)	(-)
2	1994	31	8	6	1	5	Spontan	-	31	V	2	1300	1300	1100	38	40	38	3/5	3/5	3/5	K	K	K	(-)	(-)	(-)
3	1994	34	1	0	0	0	IVF	EMR	20	A	3	350	400	400	20	20	20	0/0	2/0	2/0	E	E	E	(+)	(+)	(+)
4	1995	32	3	0	2	0	Spontan	-	28	V	2	900	1000	1000	38	40	40	2/2	2/2	2/2	E	K	E	(+)	(+)	(+)
5	1996	33	8	6	1	4	Spontan	Serklaj+EMR	26	V	2	850	850	850	32	32	32	6/4	4/4	4/4	E	E	E	(+)	(+)	(+)
6	1997	21	1	0	0	0	Oİ	-	36	S	1	2000	2000	1500	45	44	44	8/10	8/10	7/9	K	K	K	(-)	(-)	(-)
7	1997	28	3	2	0	1	Spontan	-	38	V	3	2000	1800	2200	47	48	49	8/10	8/10	8/10	E	E	E	(-)	(-)	(-)
8	1998	21	1	0	0	0	Spontan	EDT+EMR	27	V	3	960	1000	850	38	38	36	5/7	5/7	4/6	E	E	K	(+)	(+)	(+)
9	1998	23	1	0	0	0	?	EDT	32	S	2	1460	1500	1470	34	35	34	2/6	4/6	6/8	K	E	K	(-)	(-)	(-)
10	1999	21	1	0	0	0	IVF	EDT+EMR	22	V	3	500	560	380	28	29	25	0/0	0/0	0/0	E	E	E	(+)	(+)	(+)
11	1999	29	7	6	0	4	?	Pulm Emboli	38	V	1	2700	2300	2300	47	47	46	0/0	0/0	0/0	E	E	E	(+)	(+)	(+)
12	2000	23	2	0	1	0	Spontan	EDT	24	V	3	650	570	600	31	30	31	2/0	2/0	2/0	E	E	E	(+)	(+)	(+)
13	2001	30	1	0	0	0	Oİ	EDT+EMR	27	V	2	850	950	1030	34	35	36	4/7	4/7	4/7	E	E	K	(-)	(-)	(-)
14	2001	25	1	0	0	0	IVF	Serklaj + EDT	36	S	3	2200	2000	1400	48	46	45	3/8	2/9	3/7	E	E	E	(-)	(-)	(-)
15	2001	35	2	1	0	0	Oİ	EDT	27	V	1	780	1090	1050	33	37	37	1/0	5/8	4/7	E	E	E	(-)	(-)	(-)
16	2001	35	6	5	0	5	Spontan	Preeklampsi	35	S	2	1700	1940	2100	46	47	47	8/8	4/6	7/7	E	E	E	(-)	(-)	(-)
17	2002	35	3	2	0	2	Spontan	Preeklampsi	40	V	1	3000	3000	1800	50	50	47	7/9	7/9	7/9	E	E	E	(-)	(-)	(-)
18	2002	35	12	11	0	11	Spontan	EDT	35	S	2	2000	1800	2000	46	43	45	5/7	6/9	7/8	K	E	E	(-)	(-)	(-)
19	2002	30	6	5	0	5	Spontan	-	35	S	2	2200	2100	2400	45	44	46	9/10	9/10	9/10	E	E	E	(-)	(-)	(-)
20	2003	35	1	0	0	0	Oİ	-	37	S	3	1700	2200	2400	43	47	47	6/7	8/9	8/9	E	K	E	(-)	(-)	(-)
21	2003	21	3	2	0	2	Spontan	-	35	S	3	2300	2300	2300	45	45	44	4/7	4/7	4/7	K	E	E	(-)	(-)	(-)
22	2003	26	1	0	0	0	IVF	EMR	25	V	2	750	670	730	32	34	33	3/5	2/3	2/3	K	E	K	(+)	(+)	(+)
23	2003	30	4	3	0	3	Spontan	-	34	V	2	1700	1550	1750	46	45	45	8/9	8/9	8/9	E	E	E	(-)	(-)	(-)
24	2003	26	4	2	1	1	Oİ	-	35	S	3	1800	1800	1700	46	46	44	4/6	4/6	4/6	K	E	K	(-)	(-)	(-)
25	2003	25	3	2	2	2	Spontan	-	35	S	3	2400	2400	2400	45	46	46	6/8	6/8	6/8	E	E	E	(-)	(-)	(-)
	<b>Ort</b>	<b>28.72</b>	<b>3.20</b>	<b>1.93</b>	<b>0.34</b>	<b>1.66</b>			<b>31.68</b>			<b>1625</b>	<b>1608</b>	<b>1427</b>	<b>40.23</b>	<b>40.54</b>	<b>38.46</b>	<b>4.35/4.586</b>	<b>4.35/4.586</b>	<b>4.35/4.586</b>				<b>11</b>	<b>9</b>	<b>8</b>
	<b>SS</b>	<b>5.11</b>	<b>2.77</b>	<b>2.71</b>	<b>0.61</b>	<b>2.51</b>			<b>5.39</b>			<b>736</b>	<b>673</b>	<b>686</b>	<b>7.66</b>	<b>7.36</b>	<b>9.20</b>	<b>2.74/3.32</b>	<b>2.42/3.22</b>	<b>2.68/3.42</b>						

G: Gestasyon, P: Parite, A: Abortus, Y: Yaşayan çocuk sayısı, Oİ: Ovitilasyon indüksiyonu, IVF: In Vitro Fertilizasyon, EMR: Erken Membran Ruptürü, EDT: Erken Doğum Tehdidi, V: Vajinal, S: Sezaryen, H: Hafta, E: Erkek, K: Kız, Ort: Ortalama, SS: Standart Sapma



genel defekt oranından (%3.06) farklılık göstermemekteydi ( $p>0.05$ ) (7).

İzlenen üçüz grubunun % 96'sında (24/25) amniyon kesesi sayısı üç olarak bulunurken, olguların %44'ünde üç, %40'ında iki ve %16'sında füzyon halinde tek plasenta ile karşılaşıldı. Redüksiyon grubunun %75'inde plasenta sayısı iki idi ve hepsinde amniyonlar ayrı idi.

Üçüzlerde, gebeliğin 35 haftası ve üzerinde doğum yapan 13 olgudan üçünde (%23) preeklampsi ve pulmoner emboli gibi maternal morbidite nedenleri saptandı. Bunlarda dokuz fetustan dördü kaybedildi. Diğer 12 olgudan altısında EMR, sekizinde EDT belirlendi. Redüksiyon grubu içinde sadece spontan redüksiyon belirlenen gebede doğum öncesinde EMR gözlemlendi.

Yıllara göre değerlendirildiğinde perinatal mortalite 2000 yılı ve öncesinde %61, redüksiyonların yapıldığı 2000 yılı sonrasında ise %16 olarak bulundu ( $p<0.001$ ).

## TARTIŞMA

Günümüzde batı toplumunda gebeliklerin yüzde üçünü multipl gebelikler oluşturmaktadır (8). Bunda 1970'lerdeki oranlarının %400-800 üzerine çıkmış olan ikizden fazla gebelikler önemli rol oynamaktadır (9). Ülkemizdeki oranın da bu düzeylere yaklaştığı anlaşılmaktadır (10,11).

Ülkemizde üçüzler ile ilgili ilk yayınların tarihi eski olmakla birlikte adedi azdır (12, 13). Yardımcı üreme tetkiklerinin gelişmesi ile bu konuda yapılan çalışmalar son yıllarda artış göstermiştir (14,15). Kliniğimizde 1995-1997 yıllarında yapılmış bir çalışmada üçüz gebelik oranının 1/1369, üçüz/ikiz oranının ise 1/36 olduğu belirtilmiştir (10). İlerleyen seneler ile birlikte bu oranların 1/379 ve 1/9 olduğu belirlendi ve aradaki farkın ovülasyon indüksiyonu ve YÜT'ne bağlı gebeliklerden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Fetus sayısı arttıkça gebelik süresinin kısaltılması beklenen bir durumdur. İkizlerin yarısı 37 haftadan önce, üçüzlerin ise %90'ı 37, %24'ü 32, %8'i 28 haftadan önce doğarlar (16). Üçüzlerde ortalama doğum haftası 32.1 - 35.5 hafta aralığında bildirilirken, genelde preterm eyleme %59-80, preterm doğuma ise %78-93 oranında rastlanır (5). Üçüzlerden birinin 1000g altında doğma olasılığı ise %10 olarak bildirilmiştir (9).

Kaufman ve ark'nın (4) 55 üçüzün neonatal prognozlarını inceledikleri çalışmalarında, üçüz-

ler ile ikiz ve tekiz gebelikler arasında sürvi yönünden fark bulunmamış (% 95-95-97), ancak üçüzlerde serebral kanamaya 6 kat, retinopatiye 20 kat daha sık rastlanmıştır. Aynı şekilde fetus sayısı arttıkça serebral palsy oranında da artış kaydedildiği bildirilmiştir (9). Ülkemizde 154 olguluk bir doğumevi serisinde preterm ikizler ile karşılaştırıldığında preterm üçüzlerde RDS yaklaşık 3 kat (%75), mortalite ise 5 kat (%33) daha fazla bulunmuştur (17).

Ülkemizdeki çalışmalarda ikiz gebeliklerde 37 hafta ve öncesinde doğum oranı %49-72 arasındadır (10,11,18,19). Bizim çalışmamızda üçüzlerde 37 haftadan önce rastlanan doğum oranı % 84'tür ve diğer serilerden daha yüksektir. Bunda takipli gebe oranının %20 olmasının rolünün olduğu düşünülmüştür.

Ülkemizde YÜT ile üçüz gebelik elde edilen olgulardan %8.3'ünde abortus, %12.5'ine tekiz, %37.5'inde ikiz ve %41.6'sında üçüz doğum gerçekleşmiş ve spontan redüksiyonun %50 oranında olduğu vurgulanmıştır (14). Otuz üçüzün incelendiği bir doğumevi serisinde etyolojide: %50 ovülasyon indüksiyonu, %30 YÜT, %20 spontan gebelik saptanmış, ortalama doğum haftası 34, ortalama doğum ağırlığı 1951g, %47 diskordans, %58 prematürite, %93 sezaryen hızı verilmiştir (15). Biz serimizde üçüz etyolojisinde ovülasyon indüksiyonunu %21, YÜT'ni %21, spontan gebeliği ise %48 oranında bulduk. Sezaryen hızı ise % 44 idi. Sadece bir olguda spontan redüksiyon belirlendi. Spontan olguların çoğunlukta olması bölgede IVF-YÜT merkezi olmamasına bağlandı.

Ülkemizden bildirilen 10 olguluk bir seride, üçüz gebelikler için ortalama gebelik süresi 34 hafta, ortalama doğum ağırlığı 1812g olarak verilmiştir. Erken membran rüptürünün ikizlere göre iki kat fazla olduğu belirtilmiştir (18). Başka bir çalışmada 17 üçüz gebelik incelenmiş, ortalama gebelik süresi 29 hafta olduğu, bu tip gebeliklerin %59'unun 32 haftadan önce doğdukları, hiçbirinin 37 haftayı geçmediği, ortalama ağırlığın 1782g olduğu vurgulanmış, diskordans %88, fetal defekt varlığı ise %12 olarak verilmiştir (19). Bizim serimizde üçüz gebeliklerde ortalama doğum haftası 32, ortalama doğum ağırlığı 1560g idi. Gebeliğin 32. haftasından önce doğum yapanların oranı % 44 olup, olguların %16'sı gebeliğin 38. haftası ve üzerinde doğum yapmıştı. Preterm EMR %24, EDT+EMR %32 oranında görüldü. Üçüzlerin %24-68'inde kendi aralarında %10-25 oranında ağırlık yönünden diskordans olduğu belirlendi.

Üçüzlerde ciddi doğum ağırlığı diskordansı (>%35) ikizlerden 3 kat fazladır (%10) ve kötü prognoz için bir kriterdir (20). Serimizde bu derecede diskordans gösteren yeni doğanlar ile karşılaşmadı, perinatal prognozun kötü olmasının 32. haftadan daha önce gerçekleşen doğumlara bağlı olabileceği düşünüldü.

İkizlerde ortalama doğum haftasının 35, ortalama bebek ağırlığının 2209-2300g arasında bulunduğu bildirilmiştir (18,19). Çalışmamızdaki ikizlerde doğum haftası benzer olarak 35, doğum ağırlığı 2094g bulundu.

Çoğul gebeliklerde ilk redüksiyon girişimi aspirasyon küretajı şeklinde gerçekleştirilmiş ve komplikasyon oranı %13 olarak bildirilmiştir (21). Bu ilk girişime selektif abortus, daha sonrakilere ise selektif redüksiyon denmiştir. Aslında selektif sonlandırma işleminden daha farklı olan bu tip girişimler en sonunda multifetal redüksiyon olarak isimlendirilmiştir (16). Önceleri transservikal olarak gerçekleştirilen işlem günümüzde gebeliğin 10. haftasından önce transvaginal, daha sonra ise transabdominal olarak yapılmaktadır. IVF gebeliklerindeki spontan kayıp olasılığı (%47) ve fetal anomalileri saptayabilme şansı, 11-14 hafta seçeneğini daha avantajlı kılmakta ve daha önceki haftalarda yapılan redüksiyon işlemleri artık tavsiye edilmemektedir.

1990'lı yıllardan öncesine ait serilerde üçüzlerde 37, 32, ve 28 haftadan önce doğum olasılıkları sırası ile %90, %24, %8 olarak bildirilmiştir (16). Ortalama fetus ağırlığı 1796g, düzeltilmiş fetal mortalite de binde 119'dur. Son yıllardaki istatistiklere göre mortalite binde 110 düzeyindedir ve dörtte üçü neonatal dönemde olmaktadır (9). Bizim serimizde ortalama ağırlık daha az, mortalite ise daha fazladır. Bunun takip, klinik girişim ve neonatal bakım aşamasındaki yetersizliklere bağlı olduğunu düşünmekteyiz.

Yayınlanmış ilk serilerde IVF sonrasında görülen üçüz gebeliklerin (n:188) %27 oranında abortusla sonuçlandıkları bildirilmiştir (23). Büyük çoğunluğu Oİ veya IVF gebeliği sonucunda oluşmuş üçüzlerden oluşan 8 ayrı çalışmanın sonuçlarına göre (n: 657) spontan abortus oranı %0-25 arasında (ortalama: %17), ikize redükte edilenlerde abortus oranı ise %0-13 arasında (ortalama: %7) bildirilmiştir (24-31). Bizim serimiz ise genellikle geç dönemde başvurmuş olan olgulardan oluşmuştur. Erken gebelik haftalarında başvuran olguların biri dışında üçüne redüksiyon

yapılmış ve bunlarda abortus gözlemlenmemiştir.

Evans ve ark'nın 11 merkezde 1749 olguyu inceledikleri en geniş redüksiyon çalışmasında, üçüzlerde multifetal redüksiyon sonrasında %6 oranında gebelik kaybı ile karşılaşılacağı, bu oranın ve redüksiyon sonrası gebelik prognozunun ikizlerden farklı olmadığı bildirilmiştir (1).

Çoğul gebeliklerde fetal redüksiyon girişiminin uygulanması, yaklaşık olarak %10 kayıp riski olmasına rağmen son 15 yıl içinde kabul görerek klasik görüş içinde yerini almıştır (1). Ancak üçüzlerin ikize indirgenmesi tartışmaları son yıllara kadar devam etmiştir (1, 30-33). Genel kanaat tecrübeli ellerde bu işlemin yüz güldürücü olduğu yönündedir (1).

Redüksiyon yapılan multifetal gebeliklerde ortalama doğum haftası üçüze indirgenenlerde 33, ikize indirgenenlerde ise 35 olarak bildirilmiştir (34). Bizim idirgenmiş ikizlerdeki bulgularımız da bu yöndedir. Aradaki bu 2 haftalık fark gelişmiş ülkeler için tolere edilebilir bir fark gibi gözükmele birlikte, ülkemizin genelindeki neonatal bakım şartları düşünüldüğünde önemli bir avantaj sağlayabilir. Bu nedenle neonatal bakım şartlarının yeterli olmadığı merkezlerde doğum yapacağı bilinen üçüz gebeliklerin 11-12. gebelik haftalarında genel redüksiyon prensiplerine uyularak ikize indirgenmesi akılcı bir çözüm gibi görünmektedir.

Üçüzlerde doğum şeklinde daha çok sezaryen tercih edilmekle birlikte belirli şartların oluşması durumunda vaginal doğumun da denenebileceği bildirilmiştir (5,35). Serimizdeki toplam üçüz olguların %44'ü, yaşam sınırının üzerindeki kilerin ise %65'i sezaryen ile doğum yapmıştır.

Tekil gebeliklerde doğan erkek bebek yüzdesi kizlardan daha yüksektir (%51.6). Çoğul gebeliklerde özellikle üçüzlerden itibaren bu oran kızların lehine döner (%50.5) (36). Bizim serimizde ise erkek dominansı (7/3) söz konusu idi ve literatür ile uyumsuz bir bulgu olarak dikkatimizi çekti.

Sonuç olarak, son 10 yıllık dönem itibarı ile kliniğimizde doğum yapan triamniyonik (%100) trikoryonik üçüz gebeliklerin (%97) perinatal prognozu, erken doğumlara, düşük yenidoğan ağırlığına ve muhtemelen bunların sonrasında gelişen morbiditeye bağlı olarak olumsuz bir tablo çizmiştir. Son üç yıl içinde gerek yapılan

redüksiyon işlemleri, gerekse yenidoğan bakım şartlarının kısmen iyileşmesi ile perinatal mortalite %61'den %16'ya düşerek düzelme eğilimi göstermiştir. Genel bir karara varabilmek için üçüz gebeliklerin erken gebelik haftalarından itibaren takiplerinin yapılması ve gruplardaki olgu sayısının artırılması gereklidir. Ancak antenatal ve neonatal bakım şartları tam olarak düzeline kadar, özellikle yardımcı üreme teknikleri ile oluşturulan ve erken dönemden itibaren takip edilme şansı yakalayan üçüz gebeliklerde fetal redüksiyon seçeneğinin kliniğimizde perinatal prognoza olumlu etki yapabileceğini düşünmekteyiz.

#### KAYNAKLAR

- Evans MI, Berkowitz RL, Wapner RJ, Carpenter RJ, Goldberg JD, Ayoub MA, et al. Improvement in outcomes of multifetal pregnancy reduction with increased experience. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 97-103
- Adams DM, Sholl JS, Haney EI, Russell TL, Silver RK. Perinatal outcome associated with outpatient management of triplet pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178: 843-7
- Mastrobattista JM, Skupski DW, Monga M, Blanco JD, August P. The rate of severe preeclampsia is increased in triplet as compared to twin gestations. *Am J Perinatol* 1997; 14: 263-5
- Kaufman GE, Malone FD, Harvey-Wilkes KB, Chelmsow D, Penzias AS, D'Alton ME. Neonatal morbidity and mortality associated with triplet pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998; 91: 342-8
- Müngen E. İkizden fazla sayıdaki çoğul gebelikler. *Perinatoloji Dergisi* 2001; 9: 149-56
- Goldfarb JM, Austin C, Lisbona H, Peskin B, Clapp M. Cost-effectiveness of in vitro fertilization. *Obstet Gynecol* 1996; 87:18-21
- Yayla M, Gül T, Görmüş H, Nazaroğlu H, Erden AC. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesindeki doğumlarda konjenital anomali prevalansı: 6 yıllık seri. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 1997; 29: 177-82
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Special problems of multiple gestation. *Education Bulletin* No: 253, 1998
- Blickstein I, Keith LG. Outcome of triplets and high-order multiple pregnancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15: 113-7
- Gül T, Sarı A, Kara İH, Karaca M, Demir M, Erden AC. Kliniğimizde son iki yılda doğum yapan çoğul gebeliklerin değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 1998; 6: 70-3
- Karlık İ, Kesim M, Çalışkan K, Koç G, İnan F. Kliniğimizde doğum yapan çoğul gebeliklerin değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi* 1996; 4: 83-7
- Onur A. İkiz-üçüz gebelikler. *Dirim* 1935; 12
- Önder İ. Bir üçüz doğum dolayısıyla çoğul gebeliklerin sıklığı-husulü, patolojik anatomisi. *Ankara Tıp Fak Mecm* 1966; 19: 361-75
- Cömert S, Turan H, Koç A, Kahraman S. Multifetal gebelik redüksiyonunu reddeden üçüz gebeliklerin obstetrik sonuçları. *Materno-Fetal Medicine and Obstetrics, Reproductive Sciences. Özet Kit: 65, Kapadokya, 9-12 Ekim 1997*
- Baştuğ D, Yılmaz HA, Ülker K, Berkkanoğlu M, Polat İ, Güllüç A. İkizden fazla çoğul gebelikler. 7. Ulusal Perinatoloji Kongresi Özet Kit: 48, Antalya, 2-6 Mayıs 1999
- Berkowitz RL, Lynch L, Stone J, Alvarez M. The current status of multifetal pregnancy reduction. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174:1265-72
- Ecevit A, Kahraman H, Özsan S, Gökcan F. Preterm çoğul gebeliklerde neonatal komplikasyonların ve mortalitenin irdelenmesi. 7. Ulusal Perinatoloji Kongresi Özet Kit: 61, Antalya, 2-6 Mayıs 1999
- Turan H, Cömert S, Koç A, Kahraman S. İkiz ve üçüz gebeliklerin perinatal sonuçları. *Materno-Fetal Medicine and Obstetrics, Reproductive Sciences. Özet Kit: 67, Kapadokya, 9-12 Ekim 1997*
- Üstün Y, Engin Y, İltemir C, Cengiz B, Koç A, Cengiz L. Çoğul gebeliklerde obstetrik ve perinatal sonuçlar. *Klinik Bilimler Doktor* 2002; 8: 506-9
- Blickstein I, Jacques DL, Keith LG. A novel approach to intertriplet birth weight discordance. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188: 1026-30
- Dumez Y, Oury JF. Method for first trimester selective abortion in multiple pregnancy. *Contrib Gynecol Obstet* 1986; 15: 50-3
- Dickey RP, Taylor SN, Lu PY, Sartor BM, Storment JM, Rye PH, et al. Spontaneous reduction of multiple pregnancy: incidence and effect on outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186: 77-83
- Australian In Vitro Fertilization Collaborative Group. High incidence of preterm births and early losses in pregnancy after in vitro fertilization. *BMJ* 1985; 291: 1160-3
- Porreco RP, Burke MS, Hendrix ML. Multifetal reduction of triplets and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 335-9
- Melgar CA, Rosenfeld DL, Rawlinson K, Greenberg M. Perinatal outcome after multifetal reduction to twins compared with nonreduced multiple gestations. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 763-7
- Macones G, Schemmer G, Pritts E, Weinblatt V, Wapner R. Multifetal reduction of triplets to twins improves perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 982-6
- Boulout P, Hedon B, Pelliccia G, Peray P, Laffargue F, Viala J. Effects of selective reduction in triplet gestation: a comparative study of 80 cases managed with or without this procedure. *Fertil Steril* 1993; 60:497-503
- Lipitz S, Reichman BN, Uval J, et al. A prospective comparison of the outcome of triplet pregnancies managed expectantly or by multifetal reduction to twins. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 170: 874-9
- Angel JL, Kalter CS, Morales WJ, Rasmussen C, Caron L. Aggressive perinatal care for high-order multiple gestation: does good perinatal outcome justify aggressive assisted reproductive techniques? *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 253-9.
- Yaron Y, Bryant-Greewood PK, Dave N, Moldenhaver JS, Kramer RL, Johnson MP, Evans MI. Multifetal pregnancy reductions of triplets to twins: comparison with nonreduced triplets and twins. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 180: 1268-71

31. Leondires MP, Ernst SD, Bradley T, Miller BT, Scott RT. Triplets: Outcomes of expectant management versus multifetal reduction for 127 pregnancies. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 454-9
32. Chitkara U, Berkowitz RL. Multiple Gestations In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL (Eds) *Obstetrics, Normal and Problem Pregnancies*. 4th Ed, Churchill Livingstone, New York, Ch:24, 2002
33. Berkowitz RL, Lynch L, Chitkara U, Wilkins I, Mehalek KE, Alvarez M. Selective reduction of multifetal pregnancies in the first trimester. *N Engl J Med* 1988; 318: 1043-7
34. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Multifetal pregnancy reduction: Review of the world results for the period 1993-1996. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997; 75: 183-90
35. Alamia V Jr, Royek AB, Jaekle RK, Meyer BA. Preliminary experience with a prospective protocol for planned vaginal delivery of triplet gestations. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 1133-5
36. Machin GA. Some causes of genotypic and phenotypic discordance in monozygotic twin pairs. *Am J Med Genet* 1996; 61:216-28