

**Olgu Sunumu**

# Çoğul Gebeliklerde Tek Fetusün Canlı Kaldığı İki Olgu Sunumu

Ahmet VAROLAN, İnci DAVAS, Asuman SEVÜK, Ayşin ARAS  
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi II. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği - İstanbul

**ÖZET****ÇOĞUL GEBELİKLERDE TEK FETÜSÜN CANLI KALDIĞI İKİ OLGU SUNUMU**

**Konunun önemi:** İlk trimesterde ikiz gebeliklerde fetuslardan birinin rezorpsiyonu daha sık gözlenmekle birlikte, gebelik seyrinin iyi prognozla devam etmesi ultrasonografi ile kanıtlanmıştır. Ancak birinci trimesterin üzerindeki gebeliklerde fetal ölüm gerçekleştiğinde durum çok daha karışıktır; hem anne, hem de yaşayan fetus için riskler mevcuttur.

**Olgu:** Gebeliğin ikinci yarısında gelişmiş iki olgu nedeni ile fetus kaybı tartışılmıştır.

**Sonuç:** Çoğul gebeliklerde özellikle intauterin ölüm olgularında, başarılı sonuçlar alabilmek için yakın monitorizasyon gereklidir. Bu nedenle sağlıklı bir anne ve fetus için titiz takip faydalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Multifetal gebelik, Fetal ölüm

**SUMMARY****FETAL DEMISE IN MULTIPLE PREGNANCIES: THE REPORT OF TWO CASES**

**Background:** In twin pregnancies, at the first trimester the good pregnancy outcomes were demonstrated by ultrasonography, although fetal resorption is seen more. However in the case of fetal demise after the twin first trimester of gestation, the situation is complicated both for the mother and the alive fetus.

**Observation:** We discussed two cases of fetal demise which are developed at the second half of twin pregnancy.

**Conclusion:** The successful outcomes in the multifetal pregnancies necessitate close observation especially in the cases of the fetal demise. So the meticulous follow-up is beneficial for having a healthy infant and a mother.

**Key Words:** Multifetal pregnancy, Fetal demise

Çoğul gebeliklerde fetuslardan bir veya birkaçının erken kaybı nadir olmakla birlikte aileyi ve klinisyeni uğraştırabilmektedir (1). Çoğul gebeliklerde erken dönemde fetal kalp atımları tanımlandıktan sonra her bir embryo için spontan ölüm hızı % 5'dir. İlk trimesterden sonra fetuslar arasındaki büyüklük farkı belirginleştikçe fetal ölüm riski artar (2).

Kliniğimize başvuran iki olguda tesbit edilen antenatal fetal kayıplar bu sunumda gözden geçirilecektir.

**OLGULAR**

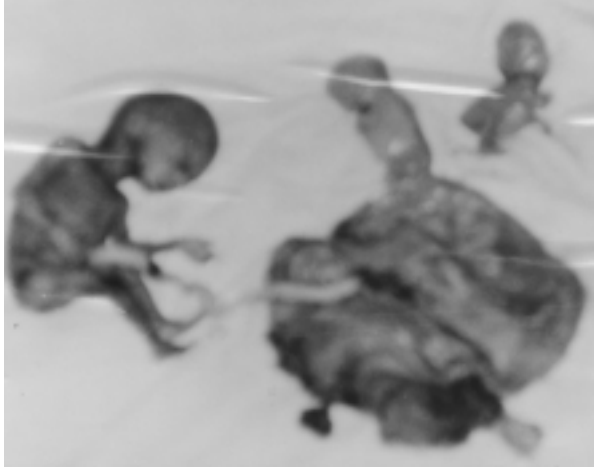
1.OLGU: S.Ö. 23 yaşında, G2, P1, A0. Son adet tarihine göre 36-37 haftalık gebeliği mevcuttu. İlk gebeliği iki yıl önce in utero fetal ölüm ile sonla-

nan hasta ağrı yakınması ile başvurdu. Muayenesinde dilatasyon 1cm, efasman % 40, baş prezentasyonu, poş ve çocuk kalp sesleri pozitif. Ultrasonografide ise dikoryonik diamniyotik ikiz gebelik tesbit edildi. Birinci bebek, baş prezentasyonunda FKA(+), BPD:86(34 hf), FL:67(34 hf); ikinci bebek ise makat prezentasyonlu FKA(-), BPD:64(25 hf), FL:49(25 hf) ve ileri derecede deforme idi. Placenta posterior lokalizasyonlu ve kalsifikasyonu artmıştı. Hasta interne edildi kan biyokimyası ve hematolojik parametreleri normal sınırlarda ölçüldü. Nonstress test sırasında geç deselerasyonların varlığı nedeni ile hasta sectioya alındı. Birinci bebek 7 apgarlı, 49 cm, 2400 gr ağırlığında erkek bebek, ikinci bebek ise ölü, 40 cm, 450 gr kız bebektir (Resim 1). Solunum sıkıntısı nedeni ile birinci bebek yenidoğan ünitesinde bir süre takip edildi. Anne ve bebeği postpartum 6. günde taburcu edildi.

2. OLGU: G.O. 29 yaşında, G3, P2. Son adet tarihine göre 20 haftalık gebeliği mevcut. Daha ön-



**Resim 1: Fetus papyraceus (37 hafta)**



**Resim 2. Dikoryonik üçüz gebelik (20 hafta)**

ceki gebelikleri normal seyir gösteren hasta ağrı ve kanama şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Vajinal muayenede 4 cm dilatasyon ve %60 efasman tesbit edilen hastada prezentasyon tuşede tesbit edilemedi. Ultrasonografik incelemede intrauterin üçüz gebelik gözlemlendi, iki fetusta fetal kardiyak aktivite yoktu. Kardiyak aktivitesi olan fetusun BPD:42 mm(18 hf), FL:28 mm(18 hf) olarak ölçüldü bu fetusa ait plasenta ön duvar lokalizasyonlu ve dekolle alanlar içermekteydi. Hasta abortus insipiens tanısı ile interne edildi. Rutin tetkikleri ve hematolojik parametreleri normal sınırlarda idi. Yatışından kısa bir süre sonra ilk olarak 20 cm, 200 gr boyutlarında 0 apgarlı kız bebeğin doğumunu takiben; boyları 11 cm, aynı plasentaya bağlı iki adet mumifiye erkek bebek doğdu (Resim 2). Her üç fetusta da gros anomali gözlenmedi, plasentalarda geniş infarkt alanları tesbit edildi. Patolojik incelemede

çok sayıda hemorajik infarktüs alanları ve tüm organlarda hiperemi rapor edildi.

## TARTIŞMA

Yardımcı üreme tekniklerinin daha sık kullanılmasına bağlı olarak çoğul gebeliklerin, oran olarak arttığı günümüzde bu nedenle gelişebilecek komplikasyonlar için hazırlıklı olmak gerekmektedir. Prematür doğum, ikizden ikize transfüzyon, ikizlerde uyumsuz büyüme ve konjenital anomalilerin yanında intrauterin fetal ölüm önemli bir yer tutmaktadır (3). Ayrıca gebeliklerin erken dönemlerden itibaren takip edilmeye başlanması spontan rezorpsiyona uğrayan çoğul gebeliklerin de tanımlanmasını sağlamıştır. Yukarıda da belirttiğimiz gibi erken dönem ikinci gebelik rezorpsiyonu spontan ve indüklenmiş çoğul gebelikler için farklı olmayıp, yaklaşık %5'dir.

Fetus papyraceus 1/17000-20000 insidansa sahip nadir bir gebelik komplikasyonudur. Özellikle hematolojik parametrelerde kliniğe yansımayan basit değişikliklerden, dissemine intravasküler koagülasyona kadar giden geniş bir yelpazede morbiditesi vardır. Burada tartıştığımız iki olguda -abortus ve operatif doğum sonrası- herhangi bir komplikasyon gözlenmemiştir. Literatürde fetal ölüm ve maternal komplikasyonları pekçok yönü ile tartışılmıştır. Sunduğumuz iki olguda maternal komplikasyonların gözlenmemiş olması; tedavi ve takipte kolaylık sağlamıştır. Ancak karşılaşılabilecek problemler açısından tedbirler alınmalıdır. Hemogram, kanama -pıhtılaşma zamanı ve trombosit sayımının periyodik olarak değerlendirilmesi ile dissemine intravasküler koagülasyon ve olası şokun ön tanısı sağlanabilir.

İlk olguda plasental fibrin deposisyonu ve ikinci olguda geniş infarkt alanlarının olması doku trombolastini için mekanik bariyer oluşturarak maternal koagülasyon sistemi aktivasyonunu engellemiştir. Ayrıca intrauterin ölümlerde karşılaşılabilecek komplikasyonlardan bir tanesi de infeksiyondur. Fetus ve eklerindeki putrefaksiyon sepsis ve endotoksik şoka neden olabilir.

İlk trimesterde ikiz gebeliklerin fetuslardan birinin rezorpsiyonunun daha sık olasılığa sahip olması ve bunu takiben gebelik seyrinin iyi prognozla devam etmesi ultrasonografi ile gösterilmiştir (4). Ancak ikinci ya da üçüncü trimesterde bu oldukça zordur. Yirmi hafta üzeri gebelikler için Santema ve arkadaşlarının 1995 yılında yayınlanan çalışmalarında insidansın hastane kayıtlarını yansıtması nedeni ile populasyona yansıtılmayacağı vurgulanmış ve 531 ikiz gebelikte 20. haftadan sonra tek fetusun ölüm insidansı %5.4 olarak verilmiştir (5). Literatürde bu insidans için %0.5 ile 7 arasında değişkenlik gösteren değerler sunulmuştur.

Gebeliğin tetiklediği hipertansif bozukluklar özellikle pre-eklampsi tek fetusun ölümü ile komplike gebeliklerde diğer ikiz gebeliklere oranla daha fazladır. Ancak pre-eklampsi de fetus ölümünün bir nedeni olabilir. Yayınlanan olguların çoğunda hipertansif bozukluklara değinilmemiştir.

Maternal açıdan önemli bir komplikasyon ise tüketim koagülopatisidir. Tekiz gebeliklerde ölü fetusun retansiyonu beş haftayı geçtiğinde tüketim koagülopatisi %25'lere çıkmaktadır. Burada etken fetal dokular tarafından salınan tromboplastinlerdir. Çoğul gebeliklerde de aynı risk söz konusudur, oran belirlemek olası olmasa da tekiz gebeliklerden daha yüksek olabileceği düşünülmektedir (5).

Fetal ölümün etiolojisi tam olarak açıklanamamıştır. Çünkü fetal ölümün tam zamanı bilinmemekte ve postmortem gelişen intrauterin kilo kaybı fetal yaşın tam olarak değerlendirilmesine izin vermemektedir. Çoğu olguda gerçekleşen otoliz sonucu histopatolojik tanı plasentanın mono ya da dikoryonik ayırımını yapmanın ötesine gitmemektedir.

Yenidoğan morbidite ve mortalitesi de belirgin biçimde etkilenmektedir. Esas neden olarak prematürite gösterilmiştir. Monokoryonik plasentaya sahip ikizlerde ölü fetustan diğerine geçebilecek tromboplastinlerle gelişen fetal koagülopati serebral infarktlara neden olabilir. Hatta multistik encefalomalasiye kadar klinik ilerleyebilir. Yaşayan

fetus için morbidite ve mortalite açısından görünürdeki etken özellikle prematürite ve düşük doğum ağırlığıdır.

Yakın takip ile hem yaşayan fetus hem de ane izlenmeli, gelişebilecek komplikasyonlar için hazırlıklı olunmalıdır. Multifetal gebeliklerin planlı olarak redüksiyonunu gerçekleştirilebilen (6) günümüz tıbbi, geç dönem fetal kayıplarda da etkin monitorizasyon ve tedavi opsiyonlarına (7) sahiptir. Titiz bir yaklaşımla başarılı sonuçlar alınabileceğine inanıyoruz.

#### KAYNAKLAR

1. Hanna SH, Hill SM: Single intrauterin fetal demise in multiple gestation. *Obstet. Gynecol.* 1984; 63:126
2. Kol S, Levron J, Lewitt N, Drugan A, Itskovitz-Eldor J: Natural history of multiple pregnancies after assisted reproduction: is spontaneous fetal demise a clinically significant phenomenon? *Fertil Steril* 1993;60:127-30
3. Smith-Levitin M, Skupski DW, Chervenak FA: Multifetal pregnancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1995; 7:465-71
4. Landy HL, Weiner S, Corson SL, Batzer FR, Bolognose RJ: The vanishing twin: ultrasonographic assesment of fetal disappearance in the first trimester. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 155:14-19
5. Santema JG, Swaak AM, Wallenburg HC: Expectant management of twin pregnancy with single fetal death. *Br J Obstet Gynaecol* 1995; 102:26-30
6. Davas İ, Yumru E, Baksu B: Spontan redüksiyon: iki olgu nedeni ile multifetal gebelik redüksiyonunun irdelenmesi. *Perinatoloji Dergisi* 1999;7:267-71
7. Tütüncü L, Ergür AR, Yergök YZ, Müngen E, Ertekin AA: İkiz gebeliklerde uyumsuz gelişme ve ikizlerden birinin doğum öncesi ölümü. *Perinatoloji Dergisi* 1999;7:262-6