

Rubrik
**Tvillinggraviditet och -
förlossning**

Dokumenttyp
Riktlinje

Gäller from 2020-02-20 Giltigt t o m 2022-02-20

Sida:

Författare
Thurn Lars

Faktaägare
Teleman Pia

1 (4)

Gäller för (enhet)
VE kvinnosjukvård, SUS

Utskrivet dokument gäller inte som original!

Version:
4

Tvillinggraviditet och -förlossning

Övervakning och rekommenderad förlossningstidpunkt för tvillinggraviditeter baseras på riskbedömning utifrån chorionicitet. Bästa tidpunkt för bedömning av chorionicitet är i tidig graviditet i samband med 1:a trimestern ultraljud.

Monochoriotiska (MC) tvillingar – enäggs-tvillingar med gemensam placenta (ca.10%)

- MCDA (två amnion) – tunn skiljevägg (<2mm), T-tecken infäste, samma kön, gemensam placenta
- MCMA (ett amnion) – ingen skiljevägg, samma kön, gemensam placenta (ca 0,5%)

Dichoriotiska (DC) tvillingar – tvåäggs- el enäggs-tvillingar med separat placenta (ca.90%)

- DCDA - tjock skiljevägg (>2mm), Lambda tecken (λ) infäste, samma eller olika kön, gemensam eller separat placenta

Vid osäkerhet om chorionicitet (tex vid sent utfört ultraljud) och foster med samma kön kontrolleras graviditeten och förlossningen handläggs enligt rutiner för monochoriotisk tvilling graviditet.

Övervakning:

MC tvillingar (MCDA + MCMA):

Undersökningarna kan utföras av barnmorska eller läkare vid ultraljudsavdelningen.

- Ultraljud (gravv.12-18) med tillväxtkontroll i vecka (12, 15,18), 20, 22, 24, 26, 28, 30, 32, 34, 36.

Notera tecken på TTTS: stor-liten urinblåsa + diskrepans fostervattenmängd + ödem/ascites TTTS klassificeras enligt Quintero.

Vid tecken på TTTS eller diskordant tillväxt ($\geq 15\%$ viktdiskrepans) – läkarbedömning samma dag

Vid (en eller båda tvillingar) viktavvikelse $\geq -22\%$ till blodflödesundersökning + läkarbedömning.

Vid fall i tillväxt på $\geq 10\%$ till blodflödeslab + läkare

Vid tillväxtavvikelse, tecken på TTTS, blodflödespåverkan intensifierad och individuellhandläggning som verifieras med senior obstetriker.

- Blodflöde vid normal tillväxt utförs i vecka 22, 28, 32, 34, 36 (max hastighet i a. cerebri media för att diagnosticera anemi vid twin anemia polycythemia sequence (TAPS))

DCDA tvillingar

- Ultraljud tillväxtkontroll (barnmorska/läkare) i vecka (12, 18,) 24, 28, 32, 36.

Vid diskordant tillväxt ($\geq 15\%$ vikt-diskrepans) – läkarbedömning

Vid (en eller båda tvillingar) viktavvikelse $\geq -22\%$ till blodflödeslab + läkare

Vid fall i tillväxt $\geq 10\%$ till blodflödeslab + läkare

- Blodflöde görs vid avvikelse på tillväxten enligt ovan.

Förlossningstidpunkt:

MCMA – Sectio i gravv. 32-33. Risk för navelsträngskomplikation. Individuell handläggning.

MCDA - Förlossning planeras i graviditetsvecka 36+0 till 37+0 om allt I övrigt är normalt.

Om tv 1 i huvudändläge och normala kontroller planeras vaginal förlossning och induktion vid denna gestationsålder. Sectio om tv 1 i säte eller stor viktskillnad ($>20\%$).

DCDA – Förlossning i graviditetsvecka 38-39 om allt I övrigt är normalt. Om tv 1 i huvudändläge rekommenderas vaginal förlossning. Sectio om tv 1 i säte eller stor viktskillnad ($>20\%$).

Handläggning av vaginal tvillingförlossning

Barnmorska meddelar förlossningsläkaren när patienten inkommit. Förlossningsläkaren och barnmorskan informerar sig om patienten, bedömer tvillingarnas läge, kommer överens om när läkaren åter skall tillkallas, samt om bakjour skall tillkallas.

Vid förlossningen bör ansvarig läkare vara specialist och ha erfarenhet av tvillingförlossning. Detta innebär att primärjour som inte uppfyller dessa krav bör kalla in sin bakjour då förlossningen är förestående. Vid förlossningen bör två barnmorskor, varav en med erfarenhet av tvillingförlossning, samt en undersköterska närvara.

Smärtlindring kan erbjudas på sedvanligt sätt enligt kvinnans önskemål.

Övervakning

CTG med tvillingapparat möjliggör registrering av båda barnen samtidigt. Skalpelektrod på tvilling 1 kan underlätta. Kontinuerlig registrering då patienten är i aktivt förlossningsarbete. Var observant på att inte samma tvilling registreras.

Förberedelser

- Venflon. Bastest tages.
- Oxytocindropp förbereds.
- Ultraljudsapparat på rummet.

- Bricanyl blandat för intravenös injektion och nitroglycerin (Glytrin) sublingualspray på rummet.
- Sugklocka och förlossningstång på rummet.
- Urinblåsan ska vara tömd (tappas).
- Läkare kontaktas senast då det är dags att börja krysta aktivt.

Handläggning

- Senast då fosterhuvudet står i genomskärning bör patienten ligga över på rygg. Kortbädd rekommenderas då.
- För patienten huvudansvarig barnmorska (BM 1) förlöser normalt tvilling 1.
- Vid TTTS graviditet avnavlas tvilling 1 snabbt pga av ökad risk för intrapartal transfusion.
- Läkare håller eller styr samtidigt ner tvilling 2 i längsläge. Oxytocininfusion avbrytes.
- Bjudning hos tvilling 2 kontrolleras med ultraljud, av läkare 2, eller barnmorska 2 (BM 2).
- Se till att en god registrering av fosterhjärtfrekvensen erhålls.
- BM 1 navlar av och lägger barnet till pappan, eller överlämnar till BM 2.
- BM 1 gör VU och verifierar bjudning, samt om föregående fosterdel är i bäckeningången.
- Oxytocininfusion påbörjas ånyo v.b.
- Om längsläge, normalt CTG och värkar återkommer avvaktas spontan förlossning. Vid huvudbjudning görs amniotomi när fosterhuvudet står väl nedträngt i bäckeningången, om möjligt under värk. Vid sätesbjudning väntar man gärna ytterligare med amniotomi, om normalt CTG och normal progress.
- **Vid patologiskt CTG** kan amniotomi behöva utföras tidigare för att få en bättre övervakning med skalpelektrod och för att påskynda förlossningen
- **Vid hotande asfyxi hos tvilling 2** kan hög vacuum-extraktion (vid huvudbjudning) eller extraktion på fot (vid sätesbjudning) tillgripas.
- **Om goda värkar ej erhålls** med oxytocinstimulering kan amniotomi göras (förutsatt längsläge). Normalt är att tvilling 2 föds inom en halvtimme efter tvilling 1; eftersträvas att förlösa tvilling 2 inom en timma efter tvilling 1.
- **Vid tvär- eller snedläge** försöker man rotera fostret genom **yttre vändning**. Vid behov ges Bricanyl 0.25 mg intravenöst, eller Glytrin spray 0,4mg/dos, två puffar sublingualt.
- Om tvär- eller snedläge ej kan korrigeras genom yttre vändning kan barnet roteras genom **inre vändning och extraktion på fot**. Larma samtidigt barnläkare och operationspersonal och anestesi som vid urakut kejsarsnitt, då detta kan behöva utföras om vändning ej lyckas. Längre tid än två minuter bör inte användas för extraktionsförsöket. Om närvarande läkare inte är förtrogen med inre vändning, eller denna misslyckas utförs urakut kejsarsnitt.
- Om tvilling 2 ligger i säte förlöses som singel i säte. För tvilling 2 kan dock extraktion utföras om indikation föreligger (navelsträngs prolaps, patologiskt CTG).

- När tvilling 2 är född ges 8,3 ug oxytocin intramuskulärt, och därefter infusion Oxytocin: 6 ml Oxytocin (8,3 mikrogram/ml) blandas i 500 ml NaCl; ges som infusion under 4 timmar (125 ml/tim).
- Om ej god uteruskontraktion erhålles ges inj. Methergin 0.2mg i.v.