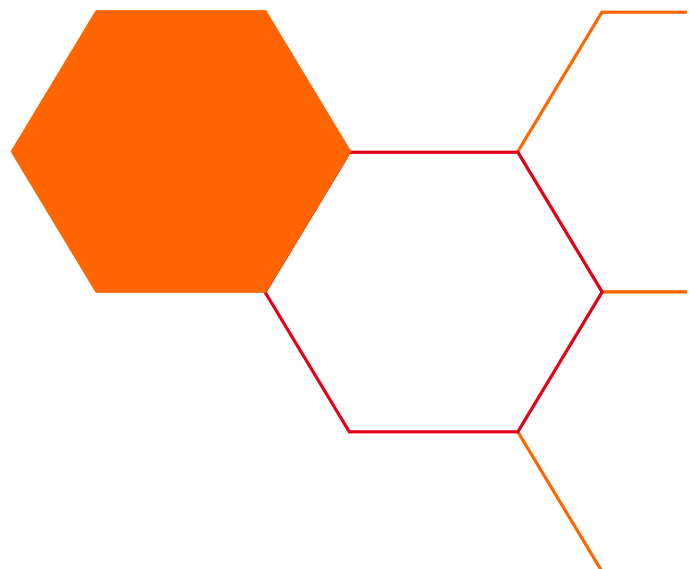


Regional riktlinje för tvillinggraviditet inom mödrahälsovården

Riktlinjer för utförare av hälso- och sjukvård i Region Skåne, framtagna i nära samverkan med berörda sakkunniggrupper. Fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören.



INNEHÅLL

1. FÖRORD.....	3
2. DOKUMENTINFORMATION	4
3. INLEDNING	5
4. HANDLÄGGNING VID MISSTÄNKT/KONSTATERAD TVILLINGGRAVIDITET	5
5. KOMPLIKATIONER VID TVILLINGGRAVIDITET.....	5
6. KONTROLLER PÅ BARNMORSKEMOTTAGNINGEN	6
7. UPPFÖLJNING PÅ KVINNOKLINIK	6
8. FÖRLOSSNING	6



1. FÖRORD

Tvillingförlossningar utgör 1,3 - 1,6 % av alla förlossningar i Sverige, inklusive IVF-graviditeter. Antalet spontana tvillinggraviditeter ökar med stigande maternell ålder. Tvillinggraviditet fastställs och klassificeras med hjälp av ultraljud och graviditeten följs därefter i ett samarbete mellan BMM och specialistmödrahälsovård. Tvillinggraviditet kan innebära en ökad risk för graviditetskomplikationer.

Fastställt 2018-12-20



Pia Lundbom
Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör

2. DOKUMENTINFORMATION

	Namn	Position	E-postadress
Huvudförfattare	Elisabeth Bekric Monica Netterheim Håkan Stale	Samordningsbarnmorska Samordningsbarnmorska Specialistläkare i gynekologi och obstetrik	elisabeth.bekric@skane.se monica.netterheim@skane.se hakan.stale@skane.se
Fastställt av	Pia Lundbom	Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör	pia.lundbom@skane.se
Sakkunniggrupp	Kunskapscentrum kvinnohälsa		
Kontaktperson Koncernkontoret	Håkan Miörner	Medicinsk rådgivare	hakan.miorner@skane.se
Administrativ kontaktperson	Carina Åkesson	Publicerare	carina.i.akesson@skane.se

GILTIGHET

	Giltigt från och med	Giltigt till och med	Ansvarig/huvudförfattare
Ursprunglig version	2015-11-19	2016-12-31	Sven Montan Elisabeth Bekric Monica Netterheim
Revidering	2017-01-01	2017-09-30 (förlängning)	Lina Åkesson
Revidering	2018-03-21	2020-03-21	Elisabeth Bekric Monica Netterheim
Revidering	2018-12-20	2020-12-31	Anna Kjellbom Karin Hallstedt

ÄNDRINGAR JÄMFÖRT MED TIDIGARE VERSION

Jämfört med tidigare version har det endast gjorts en ändring i kapitel 6 Kontroller på barnmorskemottagningen där punkten ”Läkarbesök graviditetsvecka 20-24 för upprättande av en individuell vårdplan” har utgått.

3. INLEDNING

Tvillingar kan klassas som monozygota (MZ=enäggstvillingar) eller dizygota (DZ=tvåäggstvillingar) DZ tvillingar är vanligast och utgör ungefär 2/3 av alla tvillingar.

MZ tvillingar uppkommer genom att ett befruktat ägg delar sig inom 14 dagar efter befruktning. MZ tvillingar innehåller i regel samma genetiska material och är alltid av samma kön.

Vid delning 0-3 dagar efter befruktning uppkommer MZ tvillingar med var sin moderkaka och dubbel uppsättning av fosterhinnor - dichoriotiska, diamniotiska tvillingar (DC/DA).

Vid delning 4-7 dagar efter befruktning uppkommer en monochoriotisk, diamniotisk tvillinggraviditet (MC/DA) där placentan och chorionhinnan är gemensam men tvillingarna har var sin amnionsäck.

Vid delning efter dag 7 uppkommer en monochoriotisk, monoamniotisk (MC/MA) tvillinggraviditet. Dessa utgör 1 % av alla tvillinggraviditeter. En senare delning kan ge upphov till siamesiska tvillingar.

Erfarenhet visar att chorioniciteten snarare än zygotiteten har betydelse för eventuella graviditetskomplikationer och för den förväntade prognosen vid en tvillinggraviditet.

4. HANDLÄGGNING VID MISSTÄNKT/KONSTATERAD TVILLINGGRAVIDITET

Vid misstanke om eller vid konstaterad tvillinggraviditet skriver barnmorskan på BMM remiss till kvinnoklinik för bedömning av chorionicitet. Den optimala tidpunkten för bedömning av chorionicitet är i graviditetsvecka 10–14.

Vid förnyad ultraljudsundersökning bedöms skiljeväggens tjocklek samt fäste i uterusväggen och fastställer sedan om mono- eller dichoriotiska tvillingar föreligger. Tvillingar med olika kön är alltid dichoriotiska.

5. KOMPLIKATIONER VID TVILLINGGRAVIDITET

Att vara gravid med tvillingar kan innebära:

- Ökad förekomst av anemi, hyperemesis, hepatos, hypertoni och preeklampsi jämfört med vanlig graviditet.
- Ungefär hälften föder före 37 graviditetsveckor.
- Perinatal dödlighet 4–6 ggr högre jämfört med enkelbörd.
- Tillväxthämning och/eller olika tillväxttakt hos fostren.
- Tvillingtransfusionssyndrom (vid monochoriotiska tvillingar).
- Ökad risk för polyhydramnios, placenta praevia, ablatio placentae jämfört med vanlig graviditet.
- Missbildningsrisk framför allt vid monozygoti.

6. KONTROLLER PÅ BARNMORSKEMOTTAGNINGEN

- Basmödrahälsovård erbjuds enligt rutiner med stöd av specialist i obstetrik och tillägg enligt nedanstående.
- Glukosbelastning görs på samma indikationer som för enkelbörd.
- Information om fosterdiagnostik görs som vid enkelbörd. Obs! NIPT kan inte erbjudas vid tvillinggraviditet.
- Ett extra barnmorskebesök erbjuds i graviditetsvecka 20.
- Symfys-fundus mätningar från graviditetsvecka 20.
- Barnmorskebesök varannan vecka från graviditetsvecka 24+0.
- Bevaka att förlossningsplanering görs.
- Överväg behov av sjukskrivning efter graviditetsvecka 28.

7. UPPFÖLJNING PÅ KVINNOKLINIK

- Behov av extra ultraljudskontroller fastställs av kvinnokliniken i samband med konstaterande av tvillinggraviditet, se lokala rutiner.
- Tidigt ultraljud (graviditetsvecka 10-14) rekommenderas, se ovan.
- Rutinscreening i graviditetsvecka 18-19.

8. FÖRLOSSNING

Lämplig förlossningstidpunkt är beroende av chorionicitet, fosterlägen samt eventuella graviditetskomplikationer.

Induktion rekommenderas vid MC/DA i graviditetsvecka 36+0 - 37+0. Induktion rekommenderas vid DC/DA i graviditetsvecka 37+0 – 38+0.