

Flerbörd

Frekvens:

tvillingar 1:85

trillingar $1:85^2 = 1:7.000$

fyrtingar $1:85^3 = 1:614.000$

Predisponerar för flerbörd:

hereditet(dizogota)

ålder

paritet

ovulationsstimulerande medel

Nomenklatur:

monozygot

dizygot

monokoriotisk

dikoriotisk

monoamniotisk

diamniotisk

diplopagus=siamesiska tvillingar

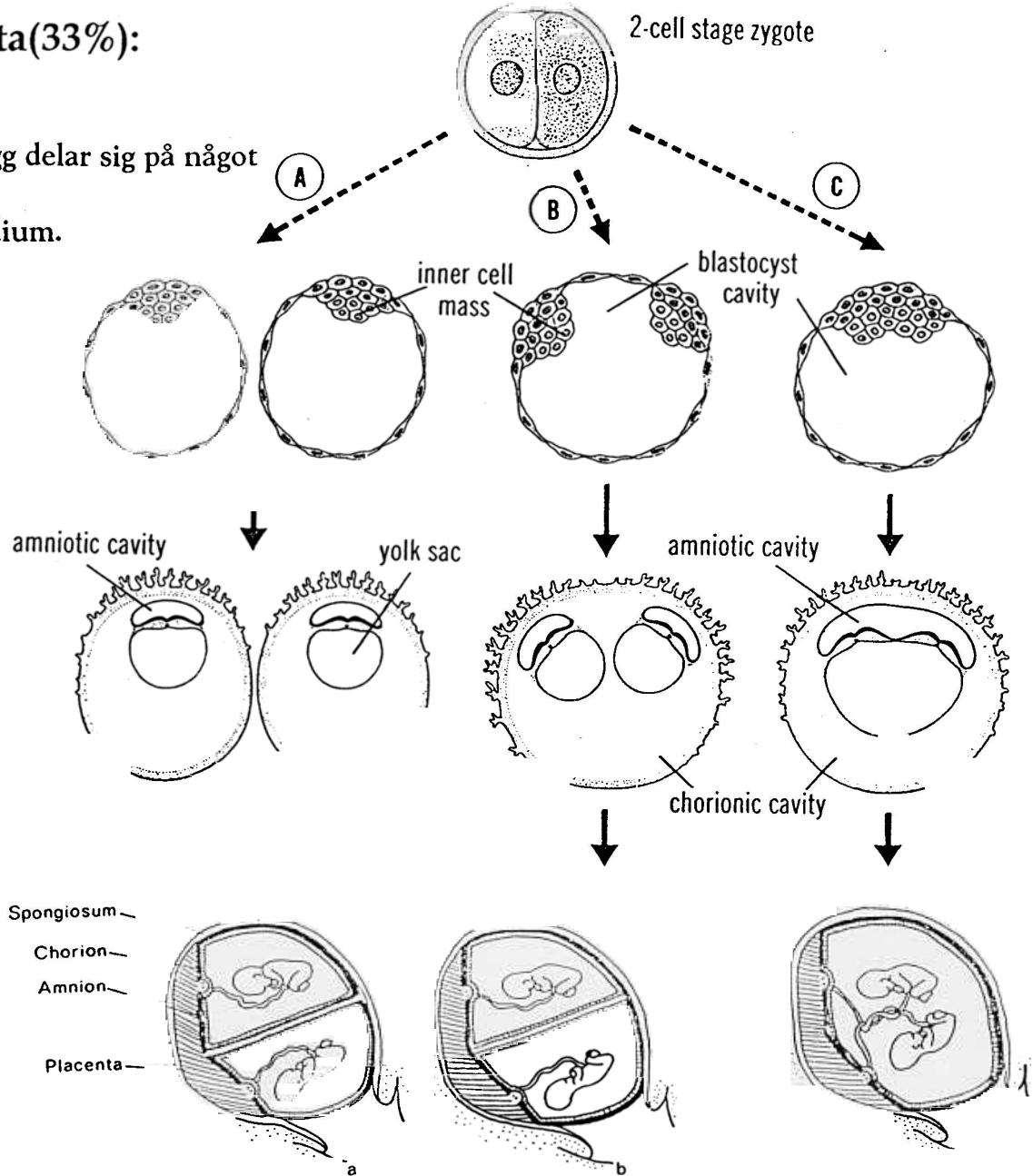
fetus papyraceus

superfecundatio

superfetatio

Monozygota(33%):

ett befruktat ägg delar sig på något utvecklingsstadium.



A. dikoriotiska-diamniotiska:delningen sker tidigt, senast under morulastadiet (8-12 celler).

B. monokoriotiska-diamniotiska:delning sker under blastocyststadiet (4:e - 6:e dagen)

C. monokoriotiska-monoamniotiska:delning sker senare under blastocyststadiet (7:e-13:e dagen)

Dizygota(67%):

två ägg befruktas av två olika spermatozoer

diplacentära

dikoriotiska

diamniotiska

Diagnostik:

klirik:

palpation av tre fosterdelar

auskultation av fosterhjärtljud på två ställen

sf-mått

ultraljud:

antal

septums tjocklek

Maternella komplikationer:

anemi

polyhydroamnios

preeclamsi

pyelonefrit

cholestat

hyperemesis

blödningar

trycksymtom

för tidig vattenavgång

Fetala komplikationer:

transfusionssyndrom

missbildningar

IUGR

abnorm bjudning

prematurnitet

Mödravård:

1. järn
2. ultraljudskontroller: v. 28 ,därefter ultraljud var 2-4:e vecka för att kontrollera tillväxt.
3. cervixbedömning
4. sjukskrivning
5. cerclage??
6. sängläge??
7. tocolys??
8. hospitalisering??

Förlossningskomplikationer:

sekundär värksvaghet tvilling II
för tidig placentaravlösning
navelsträngsframfall
avvikande bjudning
tvillingkollision
post partum-blödning

Val av förlossningssätt:

tag hänsyn till:

gestationslängd

skattad vikt

bjudning

bäckenmått?

Förlossningshandläggning

fosterläge:

huvud-huvud 1/2

huvud-säte 1/3

säte-säte 1/10

Handläggning av tvilling I

ligera navelsträng även mot placentasidan

Handläggning av förlossning

1. Förlossningsläkaren leder förlossningen från en position bredvid mamman. Barnmorskan utför vaginala undersökningar och primära ingrepp.
2. fri venväg
3. Oxytocindropp färdigt, terbutalin färdigt för ev. injektion 0,25-0,50 mg i.v.
4. Båda tvillingarnas fosterljud registreras samtidigt: TV I helst med skalpelektrod och TV II med extern ultraljudstransducer.
5. Ultraljudsapparat i förlossningsrummet. Fosterlägen och bjudningar bestäms regelbundet redan under öppningsskedet.
6. Efter att TVI är född manipuleras TV II vid behov till längsläge under ultraljudskontroll. Inre vändning skall ej utföras. Om TV II trots allt kommer i tvärläge efter att TVI är förlöst ges 0,25-0,50 mg Terbutalin (Bricanyl) i.v. och ytterligare ett försök göres att med extern vändning återställa ett längsläge.

7. Efter TV I:s födsel ligeras navelsträngen även mot placentasidan och ev. oxytocindropp stängs omedelbart av. TV II hålls i längsläge samtidigt som bjudningen kontrolleras med ultraljud.

8. FFD pressa ned i bäckeningången och mot cervix genom ett måttligt tryck på fundus uteri.

9. Barnmorskan kontrollerar att ffd bjuder sig på normalt sätt i cervix. Om sammandragningar ej återkommer spontant startas oxytocindroppet ånyo.

10. Aldrig hinnsprängning på TVII innan man är helt säker på att TVII står välinställd.

Hinnsprängning företages i samband med värk, detta för att minska risken för navelsträngsframfall resp cervixspasm.

11. CTG eller ultraljud bör användas för att övervaka fosterljuden hos TV II.

Om fosterljuden på TV II är normala och inga tecken på hotande fosterasfyxi registreras så finns inget absolut tidsintervall mellan förlossningen av TV I och TV II.

Identifiering av tvillingtyp:

1. könsbestämning
2. antal fosterhinnor(mikroskopi)
3. blodgruppsanalys
4. DNA-analys ("DNA-finger-printing)

Kön	fosterhinnor	tvillingtyper
olika	dikoriotiska-diamniotiska	dizygot
lika	monokoriotiska-monoamniotiska	monozygot
lika	monokoriotiska-diamniotiska	monozygot
lika	dikoriotiska-diamniotiska	mono eller dizygot (33% av dizygota tvillingar)