



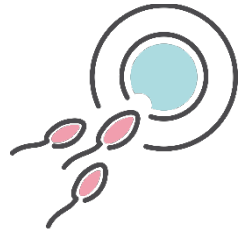
Tweelingen en andere meerlingen

Een zwangerschap van meer dan één kind is voor de aanstaande ouders meestal een verrassing en brengt naast blijdschap ook extra vragen en soms zorgen met zich mee. Voor een drie- of vierling zwangerschap geldt dit nog sterker. Deze folder geeft informatie over soorten meerlingen, het verloop van de zwangerschap, de bevalling en de periode daarna.

Hoe ontstaat een meerling?

Meerlingen ontstaan meestal na bevruchting van meerdere eicellen. Bij bevruchting van twee eicellen ontstaat een tweeling-zwangerschap; bij bevruchting van drie eicellen ontstaat een drielingzwangerschap. Men spreekt dan van een twee-eiige of drie-eiige meerling. Een tweelingzwangerschap kan ook ontstaan doordat één bevruchte eicel zich in een vroeg stadium deelt in twee of meer vruchtjes. Dan spreekt men van een eeneiige tweeling.

Een combinatie is eveneens mogelijk. Zo kan bijvoorbeeld een drieling bestaan uit een eeneiige tweeling en een derde kind uit een andere eicel.



Waarom ontstaat een meerling?

De meeste spontane tweelingzwangerschappen ontstaan doordat er, door onbekende oorzaken, twee eicellen bij de eisprong vrijkomen die ook bevrucht worden. Deze eicellen kunnen uit één, maar ook uit twee eierstokken komen. Bij deze twee-eiige tweelingen speelt een zekere mate van erfelijkheid via de familie van de vrouw een rol.

De kans op een spontane tweelingzwangerschap neemt toe met de leeftijd van de zwangere; zo is de kans op het krijgen van een tweeling voor een 25-jarige vrouw ongeveer 1 op 90 en voor een 40-jarige vrouw 1 op 60. Het grootst is de kans op een meerling bij een zwangerschap welke is ontstaan na een vruchtbaarheidsbehandeling. Hierbij stimuleert men met hormonen de groei van meerdere eicellen die spontaan of in het laboratorium (IVF-ICSI) bevrucht kunnen worden.

Van elke 1000 zwangerschappen in Nederland zijn er ongeveer 15 een tweelingzwangerschap.

Spontane drielingzwangerschappen zijn zeldzaam: in Nederland zijn dat er gemiddeld 20-25 per jaar. De meeste zwangerschappen van drie of meer kinderen zijn het gevolg van zwangerschap bevorderende behandelingen.

Wanneer en hoe ontdekt men een meerling?

Meestal ontdekt men een meerling al vroeg in de zwangerschap bij echoscopisch onderzoek. Ook kan men merken dat de baarmoeder sneller groeit.

Het 'verdwijnen' van een vruchtje

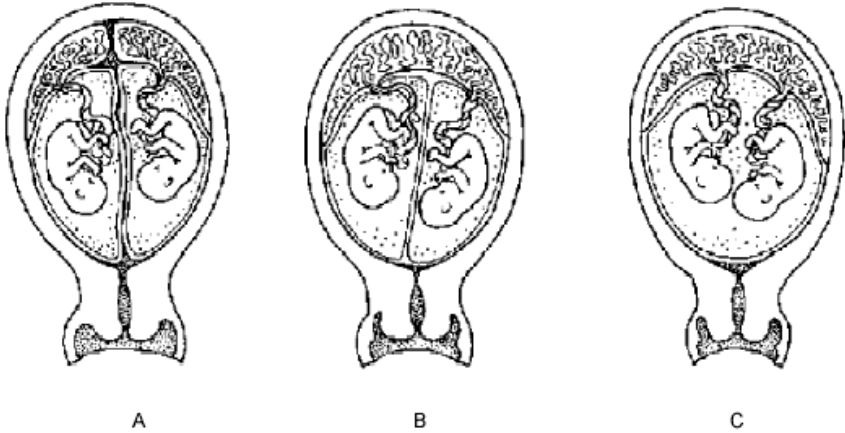
Wanneer zeer vroeg in de zwangerschap (bijvoorbeeld voor 7 weken) een meerling wordt gezien, groeit bij zo'n 10-20% van de zwangerschappen een van de vruchtjes niet door. Het komt niet naar buiten, maar wordt in het lichaam opgeruimd en 'verdwijnt'. Dit kan met vaginaal bloedverlies gepaard gaan. Bij de bevalling is er vaak niets meer van het vruchtje terug te vinden. De kans op zwangerschapscomplicaties is hierdoor niet groter geworden.

Soorten meerlingen

Ongeveer twee derde van alle tweelingen is twee-eiig, een derde is eeneiig.

In de baarmoeder bevindt zich rond het vruchtwater een vruchtzak. Deze vruchtzak bestaat uit een dun binnenste vlies, het amnion, en een dikker buitenste vlies, het chorion. Bij alle twee-eiige en een klein deel van de eeneiige tweelingen, ontwikkelen de vruchtjes zich altijd in een eigen vruchtzak met een afzonderlijke placenta (moederkoek).

Het tussenschot tussen het vruchtwater van beide kinderen is dik, uit vier lagen vliezen bestaand. Men spreekt hier van een dichoriale diamniotische tweeling (figuur A = twee placenta's, twee vruchtzakken).



Bij een eeneiige tweeling is het ook mogelijk dat de vruchten wel in aparte vruchtzakken zitten, maar één buitenvlies (chorion) en één moederkoek delen. Het tussenschot enkel bestaat uit twee dunne binnenvliezen (amnion). Dit noemt men een monochoriale diamniotische tweeling (figuur B = een placenta, twee vruchtzakken).

Slechts zelden (1%) is er bij een eeneiige tweeling geen tussenschot en liggen beide kinderen in één vruchtholte. Dit wordt dan een monochoriale monoamniotische tweeling genoemd (figuur C = één placenta, een vruchtzak).

Vroeg in de zwangerschap wordt met echoscopisch onderzoek gekeken naar de dikte en de vorm van het tussenschot tussen de vruchtzakken en bepaalt men of het een bichoriale of monochoriale tweeling is. Dit is belangrijk omdat de kans op complicaties bij een monochoriale tweeling groter is. Later in de zwangerschap is beoordeling van de dikte van het tussenschot moeilijk.

Hoe weten we nu of de tweeling één- of twee-eiig is?

Twee kinderen van verschillend geslacht zijn altijd twee-eiig. Wanneer na de geboorte het geslacht van de kindjes gelijk is, zijn er twee mogelijkheden: de kindjes zijn eeneiig of twee-eiig. Microscopisch

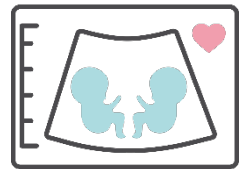
onderzoek van de placenta en de vliezen kan dan uitsluitsel geven. Ook kan er bloedonderzoek gedaan worden bij de kinderen. Het bloed van beide navelstrengen wordt dan onderzocht op bloedgroep en resusfactor. Als deze van elkaar verschillen, dan is de tweeling zeker twee-eiig. Zijn ze hetzelfde, dan is het vrijwel zeker dat het een eeneiige tweeling is.

De zwangerschap van een meerling

Zwanger zijn van een meerling is over het algemeen zwaarder dan van een eenling. In het begin van de zwangerschap is er een grotere kans op klachten als misselijkheid, braken en moeheid. Omdat de baarmoeder snel groeit, zijn ook in de loop van de zwangerschap klachten als harde buiken, bekkenklachten en slecht slapen niet ongebruikelijk. Zwangerschapsstrepen op de huid (striae) ontstaan sneller dan bij een eenlingzwangerschap. 7

Zwangerschapscontroles

Als je zwanger bent van een meerling, ben je onder controle in het ziekenhuis bij de gynaecoloog. Naast de reguliere controles wordt regelmatig echoscopisch onderzoek verricht. In het begin om type meerlingzwangerschap te bepalen, daarna om de groei van de baby's te beoordelen.



Indien er aanwijzingen zijn voor onvoldoende groei worden er aanvullende controles en metingen verricht om het functioneren van de placenta(s) en conditie van de kinderen te bewaken. Ook wordt soms de lengte van de baarmoedermond gemeten om inzicht te krijgen in de kans op vroeggeboorte. Wanneer je zwanger bent van een monochoriale tweeling (met een dun of afwezig tussenschot), gebeurt vaak rond de 18e zwangerschapsweek uitgebreid echoscopisch onderzoek van de kinderen, omdat bij monochoriale tweelingen een iets verhoogde kans op een aangeboren afwijking bestaat.

Algemene adviezen

Bij een meerlingzwangerschap geldt net als bij een eenling, dat je over het algemeen alles mag blijven doen zoals werk, sport, seks, fietsen, autorijden, enzovoorts. Wel is het belangrijk dat je goed voor jezelf zorgt en naar je lichaam luistert.

Bedenk dat je bij een meerlingzwangerschap sneller dan bij een eenling sommige dingen mogelijk niet meer zult kunnen doen. Soms is het verstandig is om activiteiten, zoals werk buitenshuis, eerder in de zwangerschap aan te passen of te stoppen. Heb je een druk gezin met andere (kleine) kinderen, overweeg dan extra hulp in te schakelen tegen het einde van de zwangerschap.

Zwangerschapscomplicaties

Bij een meerlingzwangerschap is de kans op complicaties groter dan bij een eenlingzwangerschap. De belangrijkste complicaties zijn vroeggeboorte, groeiachterstand en een hoge bloeddruk in de tweede helft van de zwangerschap. Een speciale complicatie van een monochoriale tweeling is een transfuseur-transfusé-syndroom, ook wel een 'twin-to twin'-transfusiesyndroom genoemd.

1. Vroeggeboorte

De gemiddelde zwangerschapsduur bij de bevalling is 37 weken bij een tweeling, 34 weken bij een drieling en 31 weken bij een vierling. Een vroeggeboorte is meestal het gevolg van spontane voortijdige weeën. 'Harde buiken' die pijnlijker en regelmatig zijn dan normaal, bloed- en/of slijmverlies en vruchtwaterverlies kunnen betekenen dat de bevalling op gang aan het komen is. Soms worden de kinderen vroeger geboren omdat de gynaecoloog het raadzaam vindt in te grijpen, bijvoorbeeld bij een ernstige groeiachterstand van één of alle kinderen.

Mede als gevolg van vroeggeboorte hebben meerlingkinderen ook een lager geboortegewicht, en is de kans op complicaties en sterfte groter. Zo weegt 8% van de tweelingen minder dan 1500 gram bij de geboorte, van de drielingen is dat zelfs 30%.

2. Hoge bloeddruk

Een hoge bloeddruk komt vaker voor bij een meerlingzwangerschap. Meer informatie vind je in de folder 'Hoge bloeddruk in de zwangerschap'.

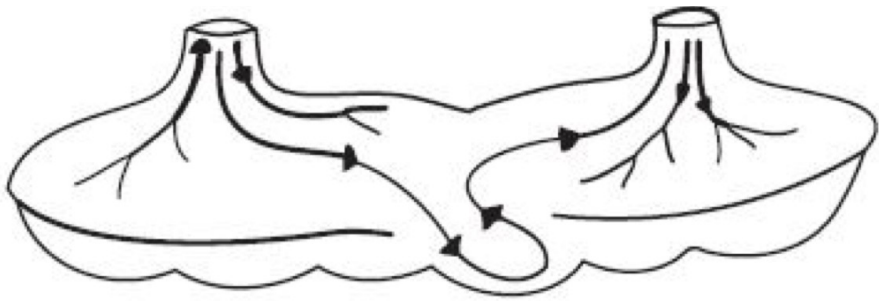
3. Groeiachterstand

Tweelingen groeien vaak vanaf ongeveer 32 weken zwangerschap langzamer dan eenlingen en wegen bij de geboorte dan ook vaak minder zwaar dan eenlingen bij eenzelfde zwangerschapsduur. Als bij echoscopisch onderzoek blijkt dat een of meer kinderen onvoldoende groeien, worden de controles frequenter, soms met opname in het ziekenhuis, om de conditie van de kinderen goed te bewaken. Echografisch kan met Dopplersonderzoek de placentafunctie worden beoordeeld en soms wordt met een monitor (=cardiotocogram/CTG) extra informatie over de conditie van de kinderen verkregen. Wordt de conditie van een van de kinderen zorgelijk, dan wordt dit met je besproken en is afhankelijk van de situatie en de zwangerschapsduur zal de bevalling in gang gezet worden of een keizersnede worden gepland. Indien de zwangerschapstermijn <32 weken is en/of er sprake is van ernstige groeiachterstand word je, vaak na overleg met de kinderarts, verwezen naar een derdelijns ziekenhuis.

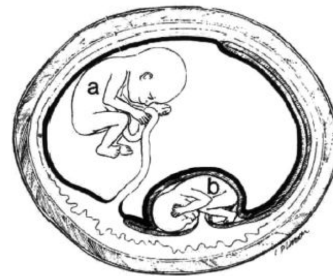
Wanneer de zwangerschapsduur minder dan 34 weken is en een bevalling nodig is, zullen er twee injecties met corticosteroïden gegeven worden om de longrijping van de kinderen te bevorderen.

4. Transfuseur-transfusé-syndroom, of 'twin-to twin'-transfusiesyndroom (TTTS)

Dit is een complicatie die alleen optreedt bij monochoriale tweelingen. Het is normaal dat deze tweelingen tijdens zwangerschap wat bloed uitwisselen; deze uitwisseling is gewoonlijk evenwichtig. Bij TTTS is deze uitwisseling echter niet in evenwicht: er stroomt meer bloed van het ene kindje (de donor) naar het andere kindje (de ontvanger). Hierdoor ontstaan problemen bij beide kindjes die op dat moment met elkaar de placenta delen. Op onderstaande afbeelding zie je een voorbeeld van een extra bloedvatverbinding tussen de beide helften van de placenta.



Het kindje dat extra bloed krijgt (de ontvanger), heeft vaak problemen: het hart wordt extra belast en zal extra bloed rondpompen. In eerste instantie plast het kindje hierdoor meer waardoor de hoeveelheid vruchtwater toeneemt. Later wordt het hart overbelast en gaat het vocht zich ophopen in het lichaam, waardoor het kindje dik lijkt te zijn (zie afbeelding, kindje a). De toename van het vruchtwater veroorzaakt een snelle groei van de baarmoeder. De moeder ervaart dit als een zeer strak gespannen buik en hierdoor bestaat er een verhoogde kans op voortijdige weeën. Het andere kindje (de donor) verliest langzaam bloed aan de ontvanger. Dit kindje zal minder bloed rondpompen waardoor minder bloed bij de nieren komt. De donor gaat daardoor minder plassen, met als gevolg dat het vruchtwater om de donor afneemt. Op de echo kan de arts dan soms helemaal geen vlies meer zien om de donor (zie afbeelding, kindje b).



TTTS komt voor in vijf tot vijftien procent van de monochoriale tweelingzwangerschappen en kan zich op elk moment in de zwangerschap voordoen. Als het bloed heel snel van de donor naar de ontvanger stroomt, spreekt men van een acute TTTS. Dit is een ernstige vorm, maar gelukkig ook zeldzaam. Symptomen van TTTS zijn op te sporen met behulp van echoscopisch onderzoek. Daarbij worden de groei en de hoeveelheid vruchtwater van de kinderen gecontroleerd.

Als er sprake is van TTTS bestaat er een risico op:

- vroeggeboorte (door te veel vruchtwater en toenemende druk op de baarmoedermond)
- bloedarmoede van de donor
- hartafwijkingen met name bij de ontvanger
- overlijden van één of beide kindjes.

Als een van de kindjes in de baarmoeder overlijdt, komen allerlei stoffen vrij die hersenbeschadiging, maar ook het overlijden van het andere kindje kunnen veroorzaken. Daarnaast kan dit andere kindje ook in levensgevaar zijn door een veranderde druk in het bloedvatstelsel ten opzichte van de placenta en het overleden kindje. Indien er aanwijzingen voor TTTS word je verwezen naar een academisch ziekenhuis (Leiden, Leuven) voor beoordeling en behandeling.

Door middel van een laserbehandeling kunnen de verbindende bloedvaten dichtgemaakt worden. Een andere manier is vruchtwater te laten aflopen. Bij behandeling blijft de uitkomst van een zwangerschap met een TTTS vaak zorgelijk. De behandeld gynaecoloog zal je meer informatie hierover geven.

De bevalling van een meerling

Bij een tweelingzwangerschap kun je in principe normaal bevallen, tenzij de gynaecoloog een ander advies geeft, bijvoorbeeld omdat er groeiachterstand bestaat of een liggingsafwijking. Bij 80% van de tweelingen ligt het eerste kind met het hoofd naar beneden, bij 60% liggen beide kinderen in hoofdligging. Ze kunnen ook in stuit- en/of dwarsligging liggen.

Meer informatie vind je in de folders 'Stuitligging' en 'Keizersnede'. De bevalling van een drieling verschilt per ziekenhuis en gebeurt soms vaginaal, soms per keizersnede.

Bij een vaginale bevalling zijn er net als bij een eenlingzwangerschap ontsluitingsweeën die ervoor zorgen dat de baarmoedermond opengaat. Bij volkomen ontsluiting van de baarmoedermond begint de uitdrijving van het eerste kind. Als het eerste kind geboren is, controleert de gynaecoloog de ligging van het tweede kind.

Soms duurt het even voordat de uitdrijvingsweeën opnieuw op gang komen. Tijdens de bevalling controleert men de harttonen van beide kinderen nauwkeurig door middel van een CTG. Pas na de geboorte van het tweede kind worden de placenta's geboren.

Er ontstaan mogelijk extra risico's voor de kinderen wanneer tweelingzwangerschappen over tijd raken. Daarom wordt meestal bij twee-eiige tweelingen geadviseerd de bevalling in te leiden op zijn laatst bij 38 weken, bij eeneiige tweelingen uiterlijk bij 37 weken (zie ook de folder 'Inleiden van de bevalling').

Problemen bij een meerlingbevalling

Als gevolg van de grote uitzetting van de baarmoeder zijn de ontsluitings- of uitdrijvingsweeën soms niet sterk genoeg en is het nodig deze krachtiger te maken door middel van een medicijn (oxytocine) dat men via een infuus toedient. Ook na de geboorte van de kinderen geeft men dit middel om de uitgerekte baarmoeder goed te laten samentrekken en veel bloedverlies te voorkomen.

Soms daalt het tweede kind niet met het hoofd of de stuit in het bekken in blijft het dwars liggen. Er zijn dan de volgende mogelijkheden:

- De gynaecoloog probeert via je buik het kind te draaien zodat het met het hoofd of de stuit beneden ligt
- De gynaecoloog doet alsnog een keizersnede
- De gynaecoloog pakt via de vagina in de baarmoeder een of twee beentjes van het kind vast en trekt het kind zo voorzichtig naar buiten, dit gebeurt meestal op de operatiekamer.

Het kraambed

Als de kinderen niet te vroeggeboren zijn of een te laag geboortegewicht hebben, kun je na een vaginale bevalling van een tweeling naar huis. Geef als je kraamzorg aanvraagt al aan dat je een meerling verwacht en bespreek de mogelijkheden voor extra hulp.

Indien er een keizersnede is verricht of een of beide kinderen moeten worden opgenomen, verblijven jullie in een gezinssuite/couveusesuite op de kraamafdeling.

Borstvoeding

Ook een meerling kan borstvoeding krijgen. De verpleegkundigen en kraamzorg zullen je begeleiden.



De eerste periode thuis

De eerste periode thuis met een meerling kan erg zwaar zijn, hoe gelukkig de ouders zich ook voelen. Twee kinderen, laat staan drie of vier, vragen immers meer tijd en aandacht dan één.

Het leren kennen van de kinderen en het opbouwen van een emotionele band kost meer tijd dan bij één kind. Ook op pad gaan met een meerling is meestal een hele onderneming. De ouders hebben vaak weinig tijd meer voor elkaar, wat tot spanningen kan leiden. Het is dan ook goed de eerste tijd zoveel mogelijk hulp in te roepen bij de verzorging van de kinderen; dit kan hulp van familie of vrienden zijn.

Het is verstandig dit al tijdens de zwangerschap te bespreken. Ook is het raadzaam dan al contact op te nemen met de vereniging van meerlingouders. Naarmate de tijd verstrijkt en er meer routine ontstaat in de verzorging van de kinderen, lukt het vaak beter ook echt van de kinderen te genieten, en ook als echtpaar weer tijd voor elkaar te vinden.

Meer informatie

- Nederlandse Vereniging voor Ouders van Meerlingen, Postbus 14, 1300 AA Almere; tel. (036) 531 80 54; website www.nvom.net
- De Meerlingentelefoon (078) 615 57 81
- Vereniging van Ouders van Couveusekinderen, Postbus 1024, 2260 BA Leidschendam; tel. (070) 386 25 35; website www.couveuseouders.nl
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) <http://www.nvog.nl/>

Totstandkoming

Deze folder is tot stand gekomen in samenspraak met alle zorgverleners aangesloten bij JIJWIJ.

<http://www.jijwij.nl/>

Verloskamers Elkerliek ziekenhuis Helmond: 0492- 595642