

Tweeling of meerling

Een zwangerschap van meer dan één baby is voor de aanstaande ouders meestal een verrassing. Naast blijdschap brengt het ook extra vragen en soms zorgen met zich mee omdat tweelingen extra zorg nodig hebben tijdens de zwangerschap. Voor een grotere meerlingzwangerschap, zoals een drie- of vierling, 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 tweelingzwangerschap; 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 uit één bevruchte eicel die zich snel na de bevruchting splitst, twee baby's groeien. 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 baby uit een andere eicel.

Waarom ontstaat een meerling?

De meeste spontane tweelingzwangerschappen ontstaan omdat er door onbekende oorzaken twee eicellen bij de eisprong vrijkomen die beide bevrucht worden. 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.

In Nederland worden de laatste jaren ongeveer 3000 tweelingen per jaar geboren. De kans op een spontane tweelingzwangerschap is in Nederland ongeveer 1/80-90; dat wil zeggen dat op 1 op de 80-90 spontane zwangerschappen een meerlingzwangerschap is. Spontane drieling zwangerschappen zijn zeer zeldzaam. De kans op een drieling is ongeveer 1 op 7.000 geboorten.

De kans op een meerlingzwangerschap is hoger bij behandelingen die het ontstaan van zwangerschap bevorderen. Hierbij stimuleert men met hormonen de groei van meerdere eicellen die spontaan of in het laboratorium bevrucht kunnen worden. Bij reageerbuisbevruchting (IVF en ICSI) plaatst men soms twee embryo's terug in de baarmoeder.

Wanneer en hoe ontdekt men een meerling?

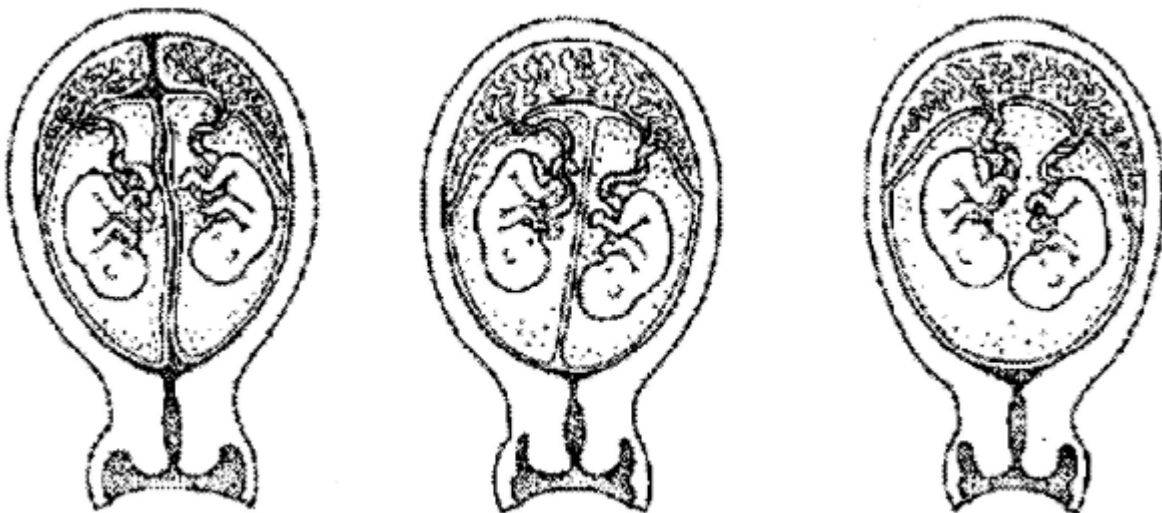
Meestal ontdekt men een meerling al vroeg in de zwangerschap bij het eerste echoscopisch onderzoek, maar soms ook pas later.

Het ‘verdwijnen’ van een vruchtje

Als men zeer vroeg in de zwangerschap (bijvoorbeeld voor 7 weken) een meerling ziet, groeit bij zo’n 10-20% van de zwangerschappen één van de zwangerschappen niet door en eindigt in een miskraam. Soms kan er vaginaal bloedverlies optreden, maar vaak gaat het embryo in de baarmoeder in regressie. Bij de bevalling van de doorgaande zwangerschap is er dan niets meer van het niet doorgegroeide embryo terug te vinden. Voor het andere embryo zijn er geen gevaren. Het is wel belangrijk om dit aan uw zorgverlener te laten weten in het geval u besluit tot prenatale screening met de NIPT-test of combinatietest.

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 een twee-eiige (en soms ook bij een eeneiige) tweeling zitten er altijd rond iedere baby twee vruchtvliezen (amnion en chorion). Het tussenschot tussen het vruchtwater van beide baby’s bestaat zo uit vier vliezen. Men spreekt dan van een bichoriale tweeling (**figuur a**). 97 procent van de bichoriale tweelingen is genetisch verschillend. Dit type tweeling kan zowel hetzelfde geslacht hebben (jongenjongen of meisje-meisje) als een ongelijk geslacht (jongen-meisje).



Figuur a

figuur b

figuur c

Bij een eeneiige tweeling is het ook mogelijk dat er maar één buitenvlies is (chorion) en dat het tussenschot alleen uit twee dunne binnenvliezen (amnion) bestaat. De baby’s liggen dan wel in twee vruchtzakken. Dit noemt men een monochoriale-biamniotische tweeling (**figuur b**). Belangrijk hierbij is dat beide kinderen één moederkoek delen.

Slechts zelden (1 procent) 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**). Monochoriale tweelingen zijn genetisch identiek. Dit type tweeling heeft altijd hetzelfde geslacht (jongen-jongen of meisje-meisje).

Vroeg in de zwangerschap, bij 10 weken zwangerschapsduur, kan men met echoscopisch onderzoek een goede indruk krijgen over de dikte en de vorm van het tussenschot tussen de vruchtzakken. Men weet dan ook of de tweeling bichoriaal of monochoriaal is. Dit is van belang omdat de kans op complicaties bij een monochoriale tweeling groter is. Later in de zwangerschap is beoordeling van de dikte van het tussenschot vrijwel onmogelijk.

Hoe weten we nu of de tweeling een- of twee-eiig is? Twee baby's met een verschillend geslacht zijn altijd twee-eiig. Twee baby's van hetzelfde geslacht met ieder twee vruchtvliezen (amnion en chorion) kunnen zowel een- als twee-eiig zijn. Bij slechts één binnenvlies (amnion) is er altijd sprake van een eeneiige tweeling.

De zwangerschap van een meerling

Een meerlingzwangerschap vergt over het algemeen meer van de zwangere vrouw dan een eenlingzwangerschap. 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, moeheid en slecht slapen niet ongebruikelijk. Zwangerschapsstrepen op de huid (striae) ontstaan sneller dan bij een eenlingzwangerschap.

De gemiddelde zwangerschapsduur is bij een tweeling 37 weken, bij een drieling 34 weken en bij een vierling 31 weken. Bij een meerlingzwangerschap is de kans op complicaties groter dan bij een eenlingzwangerschap. De belangrijkste complicaties zijn vroeggeboorte en het achterblijven in groei van één of beide kinderen. Andere problemen die vaker voorkomen, zijn een hoge bloeddruk of zwangerschapsvergiftiging en bloedarmoede. Bij meerlingzwangerschappen waarbij de kinderen een placenta en/of vruchtzak delen, kunnen soms specifieke complicaties optreden. Hierover kan de gynaecoloog u meer vertellen.

Zwangerschapscontroles

Als u zwanger bent van een meerling, bent u onder controle bij de gynaecoloog. Bij een meerlingzwangerschap vinden doorgaans vaker controles plaats. Bij elk bezoek meten we uw bloeddruk. Controle van het gewicht en de urine is geen routine. In het begin van de zwangerschap beoordelen we het tussenschot om te beoordelen of het een monochoriale of bichoriale zwangerschap is.

Om de groei en de functie van de placenta(s) van de baby's te beoordelen, vindt regelmatig echoscopisch onderzoek plaats. Als u zwanger bent van een monochoriale tweeling (met een dun of afwezig tussenschot), krijgt u elke 2 weken een echo. Ook wordt rond de 19e zwangerschapsweek uitgebreid echoscopisch onderzoek van de baby's verricht, omdat er bij monochoriale tweelingen een iets verhoogde kans op een aangeboren afwijking bestaat. Bij een bichoriale tweeling is dit risico niet verhoogd en krijgt u een standaard 18-20-weeken echo aangeboden om te kijken naar structurele afwijkingen. Dit is dezelfde echo als bij een eenling zwangerschap. Daarnaast krijgt u bij een bichoriale tweeling elke 4 weken een groeiecho.

Algemene adviezen voor zwangeren

Bij een meerlingzwangerschap kunt u alles blijven doen wat u ook deed toen u niet zwanger was, zoals werken, sporten, vrijen, fietsen, autorijden, enzovoorts.

Vanaf 20-24 weken adviseren we u het werk te beperken tot 4 uur per dag en volledig te stoppen vanaf 26-30 weken. Het blijft te allen tijde belangrijk dat u goed voor uzelf zorgt en naar uw lichaam luistert. Bedenk dat u bij een meerlingzwangerschap sneller dan bij een eenling

sommige dingen niet meer zult kunnen doen als gevolg van moeheid, klachten of de grote buik die hinderlijk wordt.

Hebt u een druk gezin met andere (kleine) kinderen, overweeg dan extra hulp in te schakelen tegen het einde van de zwangerschap, omdat u vaak zelf weinig meer aankunt.

Zwangerschapscomplicaties

De belangrijkste complicaties bij een meerlingzwangerschap zijn vroeggeboorte, achterblijven in groei en een hoge bloeddruk in de tweede helft van de zwangerschap.

Een tweetal speciale complicatie van een monochoriale tweeling zijn een transfuseurtransfusé-syndroom, ook wel een 'twin-to-twin'-transfusiesyndroom genoemd en een tweeling anemie polycythemie sequentie (TAPS).

Vroeggeboorte

Een vroeggeboorte is een bevalling voor de 37 weken zwangerschap en is meestal het gevolg van spontane voortijdige weeën en/of vruchtwaterverlies. Samentrekkingen van de baarmoederspier die pijnlijk en regelmatig zijn (weeën), bloed- en/of slijmverlies en vruchtwaterverlies kunnen betekenen dat de bevalling op gang aan het komen is. De kans op een vroeggeboorte is verhoogd bij een tweeling, sterk verhoogd bij een drieling en nog sterker bij een vierling. Soms komen de baby's te vroeg omdat de gynaecoloog het raadzaam vindt in te grijpen, bijvoorbeeld bij een ernstige groeiachterstand van één of alle baby's.

Mede als gevolg van vroeggeboorte hebben meerlingbaby's ook een lager geboortegewicht en is de kans op sterfte groter. Zo weegt 8 procent van de tweelingen minder dan 1500 gram bij de geboorte, van de drielingen is dat 30 procent en van de vierlingen 55 procent.

Groeiachterstand

Als bij echoscopisch onderzoek blijkt dat één of meer baby's te weinig groeien, adviseert de gynaecoloog veelal de frequentie van echo's te verhogen. Op een gegeven moment kan opname in het ziekenhuis nodig zijn om de conditie van de baby's goed te controleren. Meestal registreert de verpleegkundige dagelijks de harttonen van de baby's met een cardiotocogram (CTG). De gynaecoloog beoordeelt steeds de bevindingen van echoscopisch- en CTG-onderzoek. Blijkt dat de conditie van een van de baby's achteruitgaat, dan wordt dat met u besproken. Om deze reden kan het nodig zijn de bevalling op te wekken voor 37 weken zwangerschapsduur. Afhankelijk van de situatie zal de gynaecoloog met u bespreken dat de bevalling ingeleid zal worden of dat een keizersnede gedaan zal worden.

De situatie is soms bij een zwangerschapsduur minder dan 33-34 weken moeilijk als het voor de kleinste baby het beter is om geboren te worden, terwijl de grootste baby (of de grootste baby's) hier nog niet aan toe is (zijn). De gynaecoloog en kinderarts vertellen u hoe het beste gehandeld kan worden en welke gezondheidsrisico's voor de baby's te verwachten zijn.

Een hoge bloeddruk

Een hoge bloeddruk komt vaker voor bij een meerlingzwangerschap. Evenals bij een eenlingzwangerschap krijgen de aanstaande moeder en baby's dan extra aandacht. Meer informatie vindt u in de folder Hoge bloeddruk in de zwangerschap van Amsterdam UMC.

Monochoriale tweeling

Transfuseur-transfusé-syndroom, of 'twin-to-twin' transfusiesyndroom (TTS). Dit is een complicatie die alleen optreedt bij monochoriale tweelingen. Bij zo'n tweeling zijn er bijna

altijd bloedvatverbindingen tussen de twee delen van de placenta die elke baby van bloed voorzien. Daarbij kan een situatie ontstaan waarin er meer bloed van de ene baby naar de andere baby gaat dan er terugkomt. De baby, die bloed ‘weggeeft’ (de transfuseur) groeit daardoor vaak minder goed dan de baby die extra bloed krijgt (de transfusé).

Ook de baby die extra bloed krijgt, heeft vaak problemen: het hart kan het niet goed aan om dit extra bloed rond te pompen, met als gevolg dat zich vocht ophoopt in het lichaam. De baby, die bloed weggeeft, heeft te weinig bloedvolume; de nieren krijgen minder bloed en de baby gaat minder plassen. Het gevolg is dat het vruchtwater rond deze baby afneemt.

De baby, die te veel bloed krijgt, gaat juist meer plassen; daardoor neemt het vruchtwater rond deze baby toe, wat een extra snelle groei van de baarmoeder veroorzaakt. Soms merkt de zwangere dit doordat de buik gespannen aanvoelt. Deze te snelle groei van de baarmoeder kan aanleiding zijn voor een vroeggeboorte.

Het transfuseur-transfusésyndroom, of het ‘twin-to-twin’ transfusiesyndroom, vaak afgekort als TTS, treedt op bij 10-15 procent van de monochoriale tweelingen. Het grootste gevaar is dat een van de baby’s in de baarmoeder overlijdt. Dit kan dan ook de dood van de andere baby veroorzaken. Als deze baby blijft leven bestaat er een grotere kans op hersenschade bij deze baby.

De behandeling voor TTS is een laserbehandeling, waarbij de verbindende bloedvaten in de placenta dichtgemaakt worden. Deze behandeling wordt in Nederland alleen uitgevoerd in het LUMC (Leiden Universitair ziekenhuis). Bij alle behandelingen blijft de uitkomst van een zwangerschap met een TTS echter vaak zorgelijk. De gynaecoloog kan u hier meer informatie over geven. Als TTS optreedt in het laatste trimester van de zwangerschap kan er ook voor worden gekozen de bevalling na te streven met een keizersnede.

Tweeling anemie polycythemie sequentie (TAPS)

Tweeling anemie polycythemie sequentie (TAPS) is een andere complicatie bij een monochoriale tweelingzwangerschap. De oorzaak van TAPS ligt in de placenta. Over het gemeenschappelijke placentaoppervlak lopen bloedvatverbindingen tussen beide kinderen. Deze verbindingen zijn klein en vaak moeilijk te zien. Door deze kleine verbindingen kan er meer bloed van het ene kind naar de ander stromen. Het ene kind (donor) krijgt daardoor bloedarmoede (anemie). Het andere kind (ontvanger) krijgt te dik bloed (polycythemie). Het verschil met de TTS is de grootte van de bloedvaten en dus de hoeveelheid bloed die uitwisselt. Die is bij een TAPS veel kleiner. Bij een ernstige bloedarmoede krijgen de organen te weinig zuurstof, wat kan leiden tot orgaanschade of soms zelfs sterfte. Te dik bloed kan zorgen voor een slechte doorbloeding. Er kunnen dan verstoppingen of infarcten ontstaan in de huid, vingers, tenen, hersenen of andere organen. Het risico op het spontaan ontwikkelen van TAPS tijdens een monochoriale zwangerschap is ongeveer 5 procent. Ook kan TAPS na een laserbehandeling voor TTS ontstaan. Het risico daarop is ongeveer 13 procent.

Buiten de normale gezondheidsadviezen, kunt u niets speciaals doen tijdens de zwangerschap om TAPS te voorkomen. Het toeval bepaalt hoeveel bloedvatverbindingen er op de placenta zijn en of die al dan niet elkaar in evenwicht houden.

De bevalling van een meerling

Bij een dichoriale tweeling is het advies om tussen de 37 en 38 weken te bevallen, en de bevalling in te leiden. Bij een monochoriale tweeling wordt, in verband met een verhoogde kans op complicaties, de bevalling bij voorkeur tussen de 36 en 37 weken op gang gebracht.

Bij een tweelingzwangerschap kunt u in principe normaal bevallen, tenzij u samen met uw gynaecoloog iets anders besluit. Wel krijgt u uit voorzorg een infuus. Bij 80 procent van de tweelingen ligt de eerste baby met het hoofd naar beneden, bij 60 procent liggen beide baby's in hoofdligging. De baby's kunnen ook allebei in stuitligging liggen, of de eerste in stuit- en de tweede in hoofdligging. In deze laatste situaties bespreekt de gynaecoloog met u of een normale bevalling verantwoord is, of dat beter een keizersnede uitgevoerd kan worden. Bij een drieling zal afhankelijk van de situatie gekozen worden voor een normale bevalling of een keizersnede. Bij een vierlingzwangerschap wordt vrijwel altijd voor een keizersnede gekozen.

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 de eerste baby. Als de eerste baby geboren is, controleert de gynaecoloog de ligging van de tweede baby. Soms duurt het even voordat de uitdrijvingsweeën opnieuw op gang komen. Tijdens de bevalling controleert men de harttonen van beide baby's nauwkeurig door middel van een CTG en krijgt u een clip op de vinger om ook uw eigen hartslag te controleren. Zo kan een goed onderscheid gemaakt worden tussen uw hartslag en die van de baby. Pas na de geboorte van de tweede baby worden de placenta's geboren.

Meer informatie over de keizersnede en bevallen in Amsterdam UMC vindt u in de folder [De keizersnede](#) en de folder [Bevallen in Amsterdam UMC](#).

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 bloedverlies te verminderen. Na de geboorte van de eerste baby daalt soms de tweede baby niet goed in het bekken met het hoofd of de stuit of blijft de baby dwars liggen. Er zijn dan twee mogelijkheden:

- de gynaecoloog doet alsnog een keizersnede;
- de gynaecoloog gaat met de hand via de vagina in de baarmoeder om een of twee beentjes van de baby vast te pakken en zo de baby voorzichtig naar buiten te trekken. Deze ingreep heet een versie en extractie en kan alleen plaats vinden als de vliezen nog niet zijn gebroken. De ingreep vindt vrijwel altijd plaats op de operatiekamer onder narcose. Bij het niet slagen van de ingreep kan alsnog een keizersnede gedaan kan worden.

Het kraambed

Als de baby's na 37 weken geboren zijn en een normaal geboortegewicht hebben kunt u na een vaginale bevalling de kraamperiode thuis doorbrengen. Geef als u kraamzorg aanvraagt wel al aan dat u een meerling verwacht en bespreek de mogelijkheden van verlengde of uitgestelde kraamzorg. Deze extra hulp kunt u vaak goed gebruiken.

Bij opname op de kinderafdeling van een of meer baby's geven de meeste moeders er de voorkeur aan de eerste dagen van de kraamperiode in het ziekenhuis te blijven om zo dicht mogelijk bij de baby's te zijn.

Er bestaat de mogelijkheid om na uw ziekenhuisopname te verblijven in het Ronald McDonald Huis als één of meer van uw baby's nog opgenomen ligt op de couveuse of kinderafdeling. Informatie over het Ronald McDonald Huis Emma Amsterdam vindt u op: www.kinderfonds.nl/huis-emma-amsterdam/het-huis .

Borstvoeding

Ook een meerling kan borstvoeding krijgen. De verpleegkundige zal u hierbij ondersteunen. De lactatiekundigen van ons ziekenhuis kunnen u hierin nog extra ondersteunen.

Als de baby's nog niet in staat zijn om zelf aan de borst te drinken, kunt u de borstvoeding afkolven. Met kolven brengt u de borstvoeding op gang en kan de gekolfde borstvoeding gebruikt worden voor uw baby's. Er zijn verschillende instanties die informatie bieden over het geven van borstvoeding. Deze zijn achter in de brochure opgenomen.

Meer informatie over het geven van borstvoeding kunt u vinden in de folder [Borstvoedingsbeleid in Amsterdam UMC](#):

De eerste periode thuis

De eerste periode thuis met een meerling is voor veel ouders erg wennen, hoezeer zij zich ook op hun baby's verheugd hebben en hoe gelukkig zij zich ook voelen. Twee baby's, laat staan drie of vier, vragen immers meer tijd en aandacht dan één. Het leren kennen van de baby's en het opbouwen van een emotionele band kost uiteraard meer tijd dan bij één baby. Oudere kinderen kunnen door de komst van een meerling meer aandacht dan voorheen vragen. Ook op pad gaan met een meerling is meestal een hele onderneming. Voor ouders kost het vaak een bewuste inspanning om deze uitdagingen samen aan te gaan en elkaar te steunen waar nodig. Het kan helpen in de eerste tijd na de bevalling hulp in te roepen van familie of vrienden bij de verzorging van de baby's.

Het zwangerschaps- en bevalverlof van vrouwen die bevallen zijn van een meerling is 20 weken in plaats van de standaard 16 weken.

Nog vragen?

Heeft u na het lezen van deze folder nog vragen, stelt u deze dan gerust aan uw behandelend arts.

Contactgegevens Amsterdam UMC, locatie AMC

Poli Verloskunde 020 - 566 3400