

Geburtsmodus bei Zwillingen Prof. Irene Hösli, Basel

Die Betreuung von Zwillingsschwangerschaften in der Praxis und im Spital bedeutet eine besondere Herausforderung, da die Rate aller möglichen Komplikationen deutlich höher ist als bei Einlingsschwangerschaften. Dies hat einen erheblichen Einfluss auf den Zeitpunkt und die Wahl des Geburtsmodus. Die erhöhte Rate an Fehlbildungen, Frühgeburten, frühem vorzeitigem Blasensprung (PPROM) und intrauterinem Fruchttod (IUFT) ist verantwortlich für die erhöhte Morbidität, daneben besteht auch ein ca dreifach erhöhtes Mortalitätsrisiko. Prognostisch bedeutsam ist die Bestimmung der Chorionizität, die zwischen 11+0 -13+6 SSW sonographisch festgelegt werden sollte. Monochoriale Zwillinge weisen gegenüber dichorialen Zwillingen ein deutlich höheres Risiko für intrauterine Morbidität und Mortalität auf, da bei ihnen selektive Formen von Wachstumsretardierung und hämodynamische Störungen bedingt durch intravaskuläre Anastomosen in der Placenta auftreten können. Bei monoamnioten Zwillingen besteht zusätzlich das Risiko mehrfacher Nabelschnurverknötungen und Umschlingungen.

Frühgeburt:

Bei verkürzter Cervix unter 25 mm vor 24 SSW empfiehlt die Leitlinie zur Frühgeburt 200-400 mg vaginales Progesteron bis 36+6 SSW. Alternativ kann ein Cervixpessar angewendet werden. Bei mehr als 1 cm eröffnetem MM vor 24 SSW kann eine Notfallcerclage angelegt werden, wenn kein Verdacht auf einen Amnioninfekt oder PPROM besteht. (1)

IUFT:

Bei dichorialen Zwillingen richtet sich das weitere Management bei IUFT eines Zwillings nach dem Zustand des überlebenden Zwillings und der SS Woche. Auf Grund fehlender placentarer Anastomosen besteht kein erhöhtes Risiko für den Überlebenden. Neurologische Entwicklungsverzögerungen werden mit 2% angegeben.

Bei monochorialen Zwillingen sollte ein singulärer Fruchttod vermieden werden, da dies schwerwiegende Folgen für den Co-Zwilling haben kann. Je nach Dopplersituation und SS Alter müssen die frühzeitige Entbindung oder evtl. ein selektiver Fetocid besprochen werden. Wenn es zu einem IUFT gekommen ist, besteht die Gefahr einer akuten Hypotonie mit zerebraler Hypoperfusion und fetaler Anämie. Dies kann zu schweren Gehirnschädigungen mit Entwicklungsverzögerungen (26%) oder einem IUFT (15%) führen. In den meisten Fällen ist ein konservatives Vorgehen indiziert und keine rasche Entbindung empfohlen, da die mögliche neurologische Schädigung des überlebenden Zwillings bereits zum Zeitpunkt des IUFT eingetreten ist. (2)

Maternale Risiken, wie hypertensive Erkrankungen, GDM, intrahepatischer Cholestase, Thromboembolien und postpartaler Hämorrhagie sind bei Zwillingsschwangerschaften ebenfalls ca vierfach erhöht gegenüber Einlingsschwangerschaften. (3)

Zeitpunkt und Geburtsmodus:

Gemäss den Leitlinien der DGGG/OEGG/SGGG sollen unkomplizierte dichoriale Zwillinge zwischen 37+0-38+0 SSW entbunden werden. (2,4) Unkomplizierte monochoriale diamniale Zwillinge sollen zwischen 36+0-37+0 SSW entbunden werden. Eine geplante Entbindung bei 37 SSW ist im Vergleich zum exspektativen Vorgehen mit einer signifikanten, 61%-igen Reduktion des schweren, ungünstigen kindlichen Outcomes verbunden (4,7% vs. 12,2%; RR 0,39) Die Entscheidung, unkomplizierte monochoriale Zwillinge bei 36+0-37+0 SSW zu entbinden, gründet sich in der Beobachtung, dass die neonatale Mortalität bei 36 bzw. 37 vollendeten Wochen identisch ist, während sich die intrauterine Mortalität verdoppelt. Zur Einleitung können mechanische oder medikamentöse Verfahren angewendet werden.

Bei unkomplizierten Zwillingen, d.h. > 32 SSW, erster Zwilling in Schädellage, ohne Kontraindikationen oder Wachstumsdiskordanz, kann eine vaginale Geburt angestrebt werden. Die Twin birth trial zeigte, dass eine geplante Sectio keinen Vorteil gegenüber einer geplanten vaginalen Geburt in Bezug auf die perinatalen und neonatale Morbidität oder Mortalität bietet. (5) In dieser Arbeit lag die Sectiorate bei den Frauen mit geplanter Sectio bei 90% und bei 43% bei den Frauen mit geplanter vaginaler Geburt. Auch nach 2 Jahren bestanden keine Unterschiede in der neurologischen Entwicklung. (6) Die Chorionizität spielt für den Geburtsmodus keine Rolle. Für die vaginale Geburt muss entsprechend erfahrenes und trainiertes Personal zur Verfügung stehen, da bei zweiten Zwilling evtl. eine Extraktion bei BEL oder eine Wendung bei Querlage erfolgen muss. Sowohl Anästhesie als auch Pädiatrie müssen jederzeit verfügbar sein und die Option einer Notfallsectio muss gewährleistet sein.

Für die Entbindung unkomplizierter Zwillinge < 32 SSW mit dem ersten Zwilling in Schädellage ist die Evidenz nicht ausreichend, um eine sichere Empfehlung abgeben zu können.

Bei monochorialen- monoamnioten Zwillingen werden eine Hospitalisation ab 28 SSW mit CTG Überwachung und Lungenreifung empfohlen, und eine elektive Sectio zwischen 32-34 SSW.

Literatur

1. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-025.html>
2. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-087l_S2e_Ueberwachung-Betreuung-Zwillingsschwangerschaften_2020-05.pdf
3. Santana DS, et al, Twin Pregnancy and Severe Maternal Outcomes: The World Health Organization Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health. Obstet Gynecol 2016
4. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-088ladd_S2k_Geburtseinleitung_2021-04.pdf
5. Barrett JF et al. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. N Engl J Med 2013
6. Asztalos EV et al. Twin Birth Study: 2-year neurodevelopmental follow-up of the randomized trial of planned cesarean or planned vaginal delivery for twin pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2016