



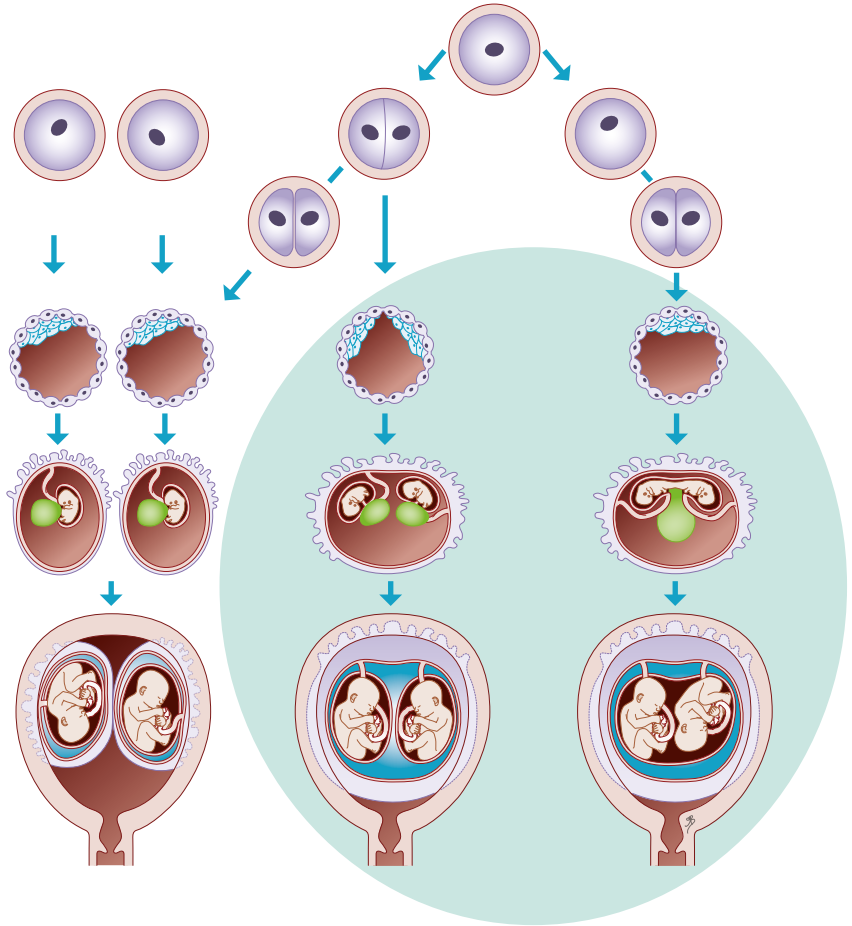
# Monochoriale tweelingen

informatie voor aanstaande ouders

INLEIDING	3
MOGELIJKE VERWIKKELINGEN BIJ TWEELINGEN	5
Te vroeg geboren	
Een minder goede groei van één of beide baby's	
SPECIFIEKE VERWIKKELINGEN BIJ EEN MONOCHORIALE TWEELING	8
Tweeling transfusie syndroom (TTS)	
Tweeling anemie polycythemie sequentie (TAPS)	
Monoamniotische tweelingen	
SPECIFIEKE OPVOLGING VAN MONOCHORIALE TWEELINGEN	16
Eerste trimester echografie	
Echografische opvolging om de twee weken bij een zwangerschapstermijn tussen de 16 en 32 weken	
Opvolging bij een zwangerschapstermijn tussen de 32 weken en de bevalling	
Bevalling	
TIPS VOOR EEN GEZONDE LEVENSTIJL	24
Voedingsadvies	
Extra vitaminen	
Lichaamsbeweging en werk	
GETUIGENISSEN OUDERS	25
Twee tweelingen met groot groeiverschil tussen de baby's	
Een tweeling met TTS	
Een tweeling met TAPS	
Een monoamniotische tweeling	
Een tweeling zonder complicaties	
INFORMATIEAVONDEN	51
PRAKTISCHE GEGEVENS	52

Proficiat, u verwacht een monochoriale tweeling! Waarschijnlijk bent u al door een rollercoaster van emoties gegaan. Van geschrokken, verrast en blij tot bezorgd omdat het een hoogrisicozwangerschap is die van nabij gevolgd moet worden. Daarom hebben wij deze brochure voor u gemaakt om u de mogelijke problemen, de opvolging en bevalling beter uit te leggen. Hoog-risico betekent niet dat er verwickelingen zullen optreden. De meeste monochoriale tweelingen komen gezond en wel ter wereld. De bedoeling van de meer uitgebreide opvolging is wel dat we tijdig eventuele problemen kunnen opsporen en dat we u ook telkens kunnen geruststellen als alles goed verloopt.

Monochoriale tweelingen zijn eenzijdige tweelingen die een gemeenschappelijke (monochoriale) moederkoek delen. In deze gemeenschappelijke koek zijn er altijd verschillende bloedvaten die de bloedsomloop van de ene baby met die van de andere baby verbinden. Deze bloedvatverbindingen kunnen leiden tot een onevenwicht in de bloeditwisseling, zoals het tweeling transfusie syndroom. Slechts één op de vijf tweelingen en dus één op 400 zwangerschappen is een monochoriale tweeling. Deze tweelingen zijn dus eerder zeldzaam. Eeneilig wil zeggen dat de tweeling ontstaat door de splitsing van één bevruchte eicel (figuur 1, pagina 4). De kinderen zullen dus erg op elkaar gelijken, maar hebben gelukkig wel elk hun eigen karakter. De meeste monochoriale tweelingen ontstaan door een natuurlijke bevruchting. Vruchtbaarheidsbehandelingen verhogen de kans op een monochoriale tweeling. Zo is na in-vitrofertilisatie (ivf) de kans op een monochoriale tweeling één op 50, wat acht keer hoger is dan bij een natuurlijke bevruchting.



**Figuur 1** Schets van de verschillende soorten tweelingen. Links: twee-eiige tweelingen ontstaan door de bevruchting van twee afzonderlijke eicellen door twee zaadcellen. Elke baby heeft een eigen moederkoek. Dit zijn de dichoriale (twee moederkoeken) tweelingen. Rechts: eeneiige tweelingen ontstaan door de bevruchting van één eicel. Bij een vroege splitsing van de bevruchte eicel, heeft elke baby een eigen koek zoals bij een twee-eiige tweeling. Meestal vindt de splitsing later plaats en delen de baby's de moederkoek. Dit zijn de monochoriale (een moederkoek) tweelingen (groenblauwe cirkel). De baby's zitten meestal wel in aparte vruchtzakjes (diamniotisch = twee vruchtzakken). Heel zelden vindt de splitsing erg laat plaats, zodat de baby's ook één vruchtzak delen (mono-amniotisch = één vruchtzak).

# MOGELIJKE VERWIKKELINGEN BIJ TWEELINGEN

Tweelingen worden over het algemeen vroeger geboren en zijn kleiner dan eenlingen.

## TE VROEG GEBOREN

Een eenling wordt gemiddeld bij een zwangerschapsduur van 40 weken geboren. Een tweeling ziet vier weken vroeger het levenslicht, meestal rond de 36 weken. De baby's wegen dan gemiddeld 2,5 kg. Als zij een goede start hebben, mogen ze bij de mama op de kamer verblijven.

Als de bevalling nog niet spontaan op gang gekomen is, raden we aan om de baby's tussen de 36 en 37 weken te laten geboren worden. Hoe groter de baby's, hoe meer voeding zij nodig hebben, en hoe minder de gemeenschappelijke koek aan de noden van de steeds groter wordende baby's kan voldoen. Het optimale tijdstip om geboren te worden, ligt voor een monochoriale tweeling dus rond de 36 à 37 weken.

In de helft van de gevallen, worden de baby's echter al voor een termijn van 36 weken geboren en wegen zij minder dan 2,5 kg. Deze baby's moeten opgenomen worden op de dienst neonatologie tot ze sterk genoeg zijn om mee naar huis te gaan. Wie een tweeling verwacht, houdt er best rekening mee dat de baby's na hun geboorte misschien nog iets langer in het ziekenhuis moeten blijven. Eén op de tien tweelingen wordt voor een termijn van 32 weken geboren

(ernstige vroeggeboorte). Deze baby's hebben verschillende weken nood aan intensieve ondersteuning.

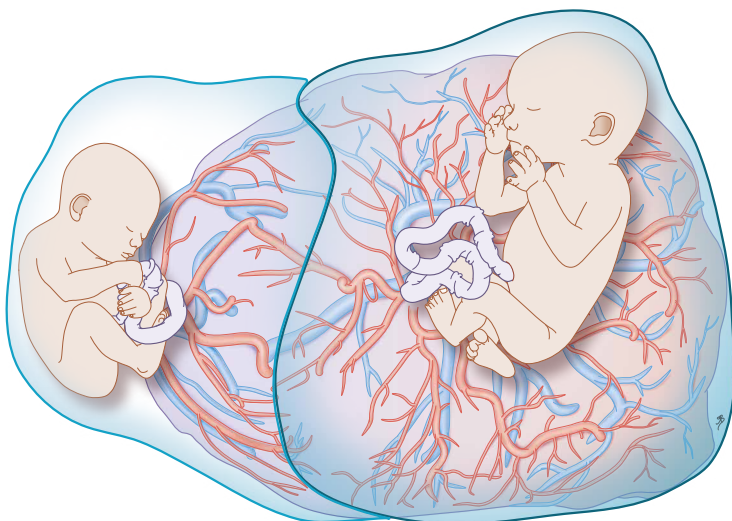
Als u niet rookt en een gezonde levensstijl hebt, is er niets dat u zelf kunt doen om de kans op vroeggeboorte te verkleinen. Verschillende studies hebben trouwens aangetoond dat bedrust de kans op vroeggeboorte vergroot. Ook bestaat er geen medicatie of ingreep die vroeggeboorte bij tweelingen kan voorkomen.

We kunnen de kans op ernstige vroeggeboorte wel enigszins inschatten door de lengte van de baarmoederhals echografisch te meten in de tweede helft van de zwangerschap. Bij een erg hoog risico, kunnen we u in de levensvatbare periode (vanaf 24 à 26 weken zwangerschap) medicatie toedienen om de longen van de baby's sneller te laten rijpen. Als u echter last krijgt van pijnlijke, op- en afgaande menstruatieachtige pijn in uw onderbuik, van bloed- of vochtverlies, mag u altijd langskomen in het ziekenhuis. Deze klachten kunnen wijzen op vroegtijdige arbeid en worden best nagekeken.

## EEN MINDER GOEDE GROEI VAN ÉÉN OF BEIDE BABY'S

Tot 28 weken groeit een tweelingbaby even snel als een eenling, maar vooral vanaf 32 weken komen tweelingbaby's minder snel in gewicht bij. Naarmate de zwangerschap vordert, worden de baby's groter en hebben ze ook meer voeding vanuit de moederkoek nodig om te groeien. Vanaf 32 weken krijgt de moederkoek het moeilijk om beide baby's alles te geven wat ze nodig hebben. Vaak zal één baby wel nog mooi verder groeien, terwijl de andere baby achterblijft in groei. Een monochoriale tweeling is doorgaans kleiner dan een tweeling met twee aparte moederkoeken, waarschijnlijk omdat één moederkoek minder goed in staat is om twee baby's te voeden dan wanneer er voor elke baby een aparte koek is.

Bij één op de tien tweelingen is er een groot verschil in groei tussen de baby's, soms al vroeg in de zwangerschap. Deze zwangerschappen zullen we extra opvolgen om zeker te zijn dat de kleinste baby niets tekort komt. Bij een twee-eiige tweeling kan een verschil in groei normaal zijn en te wijten aan een verschillende genetische aanleg: zo zijn meisjes doorgaans wat kleiner dan jongens. Een monochoriale tweeling heeft echter dezelfde genetische aanleg en een verschil in groei van meer dan 20 procent is dus abnormaal. Bij een monochoriale tweeling is een groeiverschil vaak te wijten aan een ongelijke verdeling van de moederkoek (figuur 2) of aan een onevenwicht in de bloeditwisseling. Ook hangt het welzijn van de ene baby af van het welzijn van de andere baby, omdat ze de hele zwangerschap door bloedvaten met elkaar verbonden zijn.



**Figuur 2** Schets van een verschil in groei bij een monochoriale tweeling. Links: de kleinere baby heeft een kleiner stuk van de moederkoek en de navelstreng zit op de rand van de koek. Rechts: de grotere baby heeft het grootste stuk van de moederkoek en de navelstreng zit mooi in het midden van de koek. De kleinere baby heeft minder vruchtwater dan de grotere baby, maar de hoeveelheid vruchtwater is voor beiden voldoende. Zoals bij elke monochoriale tweeling, delen de baby's één gemeenschappelijke moederkoek en bloedvaten verbinden de bloedsomloop van de ene baby met die van de andere baby.

Als u niet rookt en een gezonde levensstijl hebt, kunt u zelf niets doen om de groei van de baby te verbeteren. Een tragere groei komt vaker voor als de tweelingzwangerschap uw eerste zwangerschap is. Daarom raden we deze mama's aan om elke avond een lage dosis aspirine (80 mg) in te nemen vanaf de 12e zwangerschapsweek. Aspirine zorgt er voor dat de moederkoek zich beter kan innestelen zodat de kans op latere groei problemen of eventuele zwangerschapsvergiftiging verkleint.

Bij een monochoriale tweeling meten we om de twee weken de groei van de baby's. Als een baby minder groeit, zullen we wekelijks het welzijn van de baby's controleren. Bij een ernstig groei probleem bij één of beide baby's, kunnen we in de levensvatbare periode de baby's vroeger laten geboren worden. We moeten u dan wel altijd vooraf medicatie toedienen om de longen van de baby's sneller te laten rijpen. Voelt u de baby's minder bewegen in de tweede helft van de zwangerschap, dan mag u altijd langskomen in het ziekenhuis. Het kan een teken zijn dat de baby's zich minder goed voelen, dit wordt best nagekeken (zie nuttige contactgegevens achteraan).

## SPECIFIEKE VERWIKKELINGEN BIJ EEN MONOCHORIALE TWEELING

### TWEELING TRANSFUSIE SYNDROOM (TTS)

#### Oorzaak

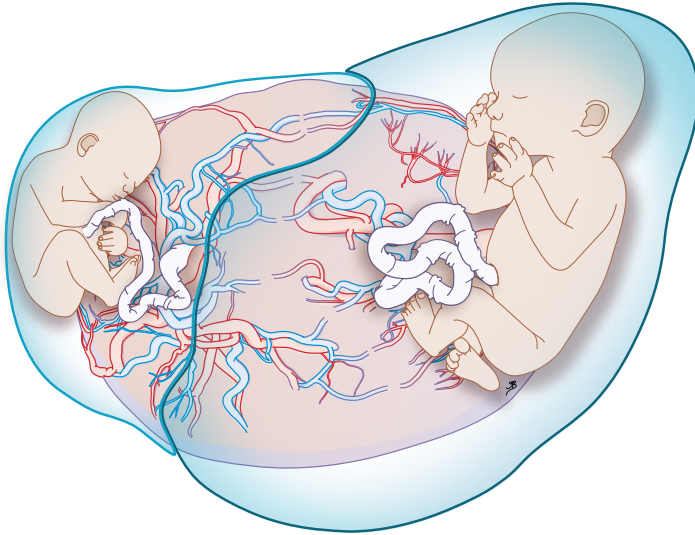
TTS komt voor bij één op de tien monochoriale tweelingen, meestal tussen de 16e en de 26e zwangerschapsweek. In de gemeenschap-



pelijke moederkoek zijn er vrijwel altijd bloedvaten die de bloedsomloop van de ene baby met die van de andere baby verbinden. De ene baby geeft dus bloed aan de andere en omgekeerd. Dit vormt geen probleem zolang de bloeditwisseling tussen de baby's in evenwicht is. Soms zien we echter dat de bloedstroom voornamelijk in één richting gaat. Hierdoor krijgt één baby na verloop van tijd te veel bloed terwijl de andere te weinig overhoudt.

De baby die te veel bloed krijgt (recipiënt) zal hierdoor meer gaan plassen, waardoor het vruchtwater rond deze baby enorm toeneemt. De andere baby die te weinig bloed overhoudt (donor), zal minder gaan plassen, waardoor het vruchtwater rond deze baby afneemt of verdwijnt (figuur 3). We spreken enkel van TTS als de recipiënt-baby op de echografie een overvolle blaas heeft en de diepte van het vruchtwater meer dan 8 cm meet (voor de 20e zwangerschapsweek) of meer dan 10 cm meet (na de 20e zwangerschapsweek), terwijl de donorbaby een kleine of lege blaas heeft en de diepte van het vruchtwater minder dan 2 cm meet. Vaak is de donorbaby ook kleiner dan de recipiënt, maar dit is niet noodzakelijk om de diagnose van TTS te stellen.

TTS is een ernstige complicatie omdat beide baby's erg ziek kunnen worden. Het te veel aan vruchtwater bij de recipiënt kan de vruchtzak doen scheuren en zal de baarmoeder sterk uitrekken, waardoor de bevalling op gang kan komen.



**Figuur 3** Schets van het tweeling transfusie syndroom (TTS). De donor met weinig of geen vruchtwater (links) en de recipiënt met te veel vruchtwater (rechts). Bij TTS zijn er altijd grote bloedvatverbindingen tussen de baby's.

## Opsporing

Om TTS tijdig op te sporen, plannen we bij elke monochoriale tweeling om de twee weken een echografie. We kijken telkens na of beide baby's voldoende plassen en voldoende vruchtwater hebben. Deze opvolging volstaat meestal om TTS tijdig vast te stellen. Toch raden we u aan contact op te nemen met ons als u tussen de controles plots merkt dat uw buik fel uitzet en erg gespannen aanvoelt, zeker als dit gepaard gaat met het gevoel moeilijk te kunnen ademen of met menstruatieachtige pijn in uw onderbuik.

## Behandeling

U kunt niets doen om TTS te voorkomen. Omdat TTS meestal optreedt voor de baby's levensvatbaar zijn, kunnen we de baby's nog niet laten geboren worden. TTS moet dus altijd behandeld worden met een kijkoperatie, waarbij we met een kleine camera in de baarmoeder de bloedvatverbindingen tussen de baby's opsporen en dichtbranden met een laserstraal. Beide bloedsomlopen worden op deze manier volledig van elkaar gescheiden, zodat er geen bloed meer wordt uitgewisseld en TTS verdwijnt.

## TWEELING ANEMIE POLYCYTHEMIE SEQUENTIE (TAPS)

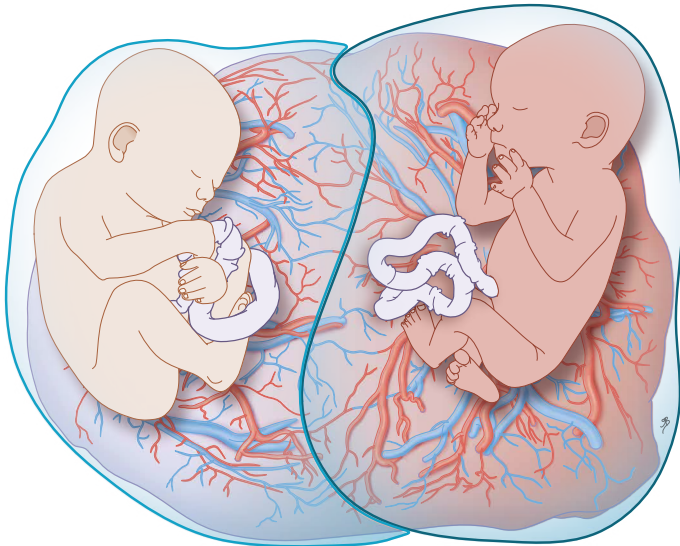
### Oorzaak

Net als TTS is TAPS het gevolg van een onevenwicht in de bloeditwisseling. TTS kenmerkt zich door een verschil in vruchtwater tussen de baby's, terwijl er bij TAPS een verschil is in rode bloedcellen. TAPS komt voor bij één op de 20 monochoriale tweelingen en meestal na de 26e zwangerschapsweek als de baby's levensvatbaar zijn.

Omdat de bloedvatverbindingen tussen de baby's veel kleiner zijn in vergelijking met TTS, uit het onevenwicht zich bij TAPS enkel door een verschil in rode bloedcellen zonder een ernstig verschil in vruchtwater (figuur 4, pagina 12). De baby die te veel rode bloedcellen ontvangt (recipient) wordt erg rood, terwijl de baby die rode bloedcellen verliest (donor) erg bleek zal worden. De hoeveelheid

rode bloedcellen die een baby heeft, kunnen we inschatten op de echografie door de bloedsnelheid in de hersenen te meten. We spreken enkel van TAPS, als de recipiënt een erg trage hersendoorbloeding heeft en de doorbloeding bij de donor sterk versneld is.

TAPS is net zoals TTS een ernstige aandoening. Het teveel aan rode bloedcellen dikt het bloed van de recipiënt sterk in waardoor de bloedsomloop moeizamer verloopt. Anderzijds kan het tekort aan rode bloedcellen bij de donor leiden tot ernstige bloedarmoede.



**Figuur 4** Schets van de tweeling anemie polycythemie sequentie (TAPS). De donor is bleek en heeft bloedarmoede (links) en de recipiënt ziet erg rood door te veel rode bloedcellen (rechts). Bij TAPS zijn er enkel erg kleine bloedvatverbindingen tussen de baby's.

## Opsporing

We stellen TAPS vast voor de geboorte door met echografie de bloedsnelheid te meten in de hersenen. Bij elke echografie zal ook de snelheid van de hersendoorbloeding bij beide baby's worden gecontroleerd.

## Behandeling

U kunt niets doen om TAPS te voorkomen. Als TAPS optreedt voor de 30e zwangerschapsweek kunnen de bloedvatverbindingen dichtgebrand worden net zoals bij TTS. We kunnen ook bloed toedienen aan de baby met bloedarmoede via de bloedvaten in de navelstreng.

Als TAPS optreedt na de 30e zwangerschapsweek, kan er gekozen worden om de baby's vroeger geboren te laten worden nadat we u eerst medicatie hebben gegeven om de longen van de baby's voor te bereiden op vroeggeboorte. Na de geboorte zal dan bloed worden toegediend aan de baby met bloedarmoede en zal extra vocht worden toegediend aan de baby met het ingedikte bloed.

## MONOAMNIOTISCHE TWEELINGEN

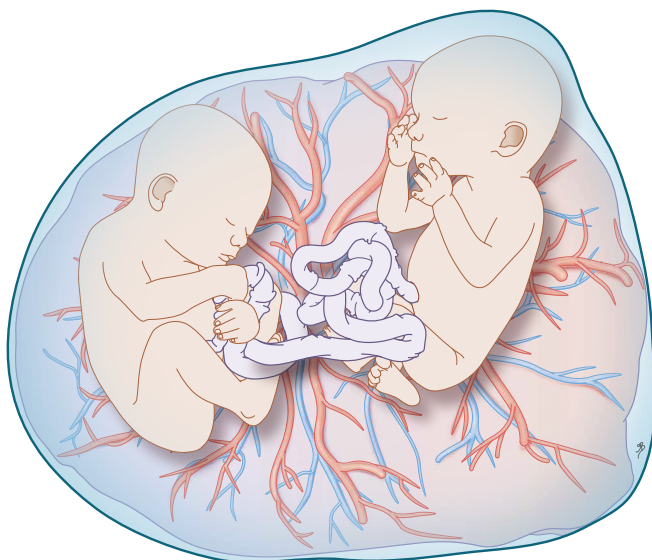
### Oorzaak

Bij een monoamniotische tweeling delen de baby's niet alleen één moederkoek, maar zitten ze ook in één gemeenschappelijke vrucht-

zak. Dat is uiterst zeldzaam en komt slechts voor bij ongeveer één op de 8.000 zwangerschappen. Monoamniotische tweelingen ontstaan wanneer de bevruchte eicel zich erg laat splitst.

Omdat beide baby's zich in één vruchtzak bevinden, verstrengelen de navelstrengen zich al vrij vroeg in de zwangerschap. De navelstrengen zitten vaak ook heel dicht bij elkaar op de moederkoek, waardoor er erg grote bloedvatverbindingen zijn tussen de baby's (figuur 5).

Dankzij de grote bloedvatverbindingen treedt TTS minder vaak op omdat dit onevenwichten zijn die langzaam ontstaan na verloop van dagen en weken. Door druk op de verstrengelde navelstrengen en de grote bloedvatverbindingen kan er toch plots een groot onevenwicht in de bloeditwisseling ontstaan.



**Figuur 5** Schets van een monoamniotische tweeling. Beide baby's delen één vruchtzak en de navelstrengen zijn verstrengeld. De navelstrengen zitten ook vlak naast elkaar in de moederkoek. De bloedvatverbindingen zijn meestal zo groot, dat beide baby's samen de volledige moederkoek bevoelen.

## Opsporing

De diagnose van een monoamniotische tweeling wordt al gesteld bij de 12 weken echografie wanneer beide baby's in één vruchtzak zitten en de navelstrengen verstrengeld zijn. Tot 28 weken is de opvolging hetzelfde als bij een monochoriale tweeling, om de twee weken wordt er een echografie gedaan.

Vanaf 28 weken wordt meestal een dagelijkse opvolging voorgesteld omdat bij plotse grote onevenwichten de baby's een goede kans hebben buiten de baarmoeder. Op 28 weken krijgt u medicatie toegediend om de longen van de baby's voor te bereiden op een eventuele vroeggeboorte.

## Behandeling

Er is geen behandeling om de verstrengeling van de navelstreng op te lossen. Wel kunnen we de kans op verwikkelingen verkleinen door de baby's vroeger te laten geboren worden. Zo is 32 weken het ideale tijdstip voor een monoamniotische tweeling om geboren te worden. De kans op problemen is dan kleiner in de couveuse dan in de baarmoeder. Zolang de baby's in één vruchtzak zitten, kunnen er immers plotse grote onevenwichten optreden. De bevalling verloopt altijd via een keizersnede omdat de baby die als laatste geboren wordt, ernstig in de problemen kan komen als de navelstreng al met het eerste kindje geboren wordt.

## SPECIFIEKE OPVOLGING VAN MONOCHORIALE TWEELINGEN

Bij een monochoriale tweeling speelt echografie een cruciale rol in de opvolging. Naast de routineopvolging zoals bij een eenling, zal er vanaf de 16e zwangerschapsweek om de twee weken een echografie gepland worden om eventuele transfusie-onevenwichten tijdig op te sporen en om de groei van de baby's op te volgen. Als er een verschil in groei, vruchtwater of doorbloeding optreedt, dan zal de opvolging wekelijks gepland worden. De lengte van de baarmoederhals zal ook telkens beoordeeld worden om een eventuele vroegtijdige verkorting of opening op te sporen. Vanaf 32 weken tot aan de bevalling op 36 à 37 weken, volgen we u wekelijks op en voeren we naast een echografie ook een monitoring van het hartritme van de baby's uit.

### EERSTE TRIMESTER ECHOGRAPHIE

De eerste belangrijke echografie vindt plaats tijdens het eerste trimester van de zwangerschap, meestal rond de **12 weken**. Deze echografie zal de monochoriale tweelingzwangerschap bevestigen en nakijken of iedere baby al dan niet in een eigen vruchtzak zit. Als u spontaan zwanger werd, zal de afstand van hoofd tot stuit (kruinromplengte) van de grootste baby de zwangerschapsduur en de uitgerekende bevallingsdatum bepalen. Als u zwanger werd na een vruchtbaarheidsbehandeling, dan bepalen het tijdstip van de eisprong, de datum van de bevruchting of de leeftijd van het teruggeplaatste embryo de juiste zwangerschapsduur.



Op de 12 weken echografie kunnen we ook al bepaalde ernstige afwijkingen in de aanleg van de organen uitsluiten. Het eerste zwangerschapstrimester is ook het tijdstip waarop we de kans op chromosomale afwijkingen zoals het syndroom van Down kunnen berekenen, als u dit wenst. Omdat monochoriale tweelingen identiek zijn, komt het syndroom van Down bijna altijd bij beide kinderen voor.

Er zijn twee manieren om de kans op een chromosomale afwijking te berekenen. Dit kan ofwel met een **echografie en een bloedafname**, waarbij we via de echografie bij elke baby de dikte van de nekplooi meten, de verkalking van het neusbot bekijken en de werking van het hart beoordelen. Op basis van deze echografische bevindingen, de waarden van twee hormonen in uw bloed en uw leeftijd berekent de computer dan het risico dat beide baby's een chromosomaal probleem hebben. Deze gecombineerde eerste trimester screening spoort negen van de tien zwangerschappen met het syndroom van Down op (één op de tien wordt gemist), maar er is één kans op tien dat de test u nodeloos ongerust maakt als de testresultaten een verhoogd risico aangeven terwijl de baby's gezond zijn.

Een andere mogelijke test is **de NIPT-test** (niet-invasieve prenatale test) waarbij we met een bloedafname bij u het DNA van de baby's nakijken om eventuele chromosomale problemen op te sporen. Alhoewel er momenteel nog niet veel ervaring is met de NIPT-test bij tweelingzwangerschappen, neemt men aan dat de NIPT-test nauwkeuriger is dan de gecombineerde screening. Bij een monochoriale en dus identieke tweeling verwachten we dat de NIPT-test even nauwkeurig is als bij een eenlingzwangerschap. Zo spoort de NIPT-test 999 van de 1.000 zwangerschappen met het syndroom van Down op (mist 1 op 1.000) en er is maar één kans op 100 dat u nodeloos ongerust wordt gemaakt.

De NIPT-test kost 290 euro. Er zijn al enkele ziekenfondsen die een deel van dit bedrag terugbetalen. U kunt best contact opnemen met uw ziekenfonds voor meer informatie over een eventuele terugbetaling van de NIPT-test.

Verder kijken we op de 12 weken echografie al de groei en de hoeveelheid vruchtwater na van iedere baby, omdat er soms al vroeg in de zwangerschap verschillen kunnen zijn. Tenslotte controleren we waar de navelstreng van iedere baby in de moederkoek toekomt (in het midden of meer aan de rand). Tweelingen waarbij één baby de navelstreng in het midden van de koek heeft en de andere de navelstreng op de rand, hebben vaak al vroeg in de zwangerschap een verschil in groei, omdat de baby met de navelstreng aan de rand een kleiner stukje van de moederkoek heeft (figuur 2, pagina 7). De meest rechts gelegen baby noemen we altijd baby 1 en de linker baby wordt als baby 2 aangeduid. We noteren ook waar iedere navelstreng in de moederkoek toekomt. Omdat de plaats van de navelstrenginsertie niet meer verandert, weten we op de volgende echografieën wie baby 1 en baby 2 is en kunnen we de groei van iedere baby apart volgen.

## ECHOGRAFISCHE OPVOLGING OM DE TWEE WEKEN BIJ EEN ZWANGERSCHAPSTERMIJN TUSSEN DE 16 EN 32 WEKEN

Bij een zwangerschapstermijn van **16 weken** kijken we voor het eerst gedetailleerd de aanleg van alle organen na. Als er een afwijking is of als de risicoberekening voor chromosomale afwijkingen een verhoogd risico toonde, kan er, als u dit wilt, op 16 weken een **vruchtwaterpunctie** gebeuren om een onderliggend chromosomaal

probleem uit te sluiten. We controleren ook de groei van de baby's om eventuele groeiverschillen op te sporen.

Omdat TTS meestal voorkomt tussen de 16e en 26e zwangerschapsweek kijken we de blaasvulling en de hoeveelheid vruchtwater na. Hoewel TAPS meestal pas optreedt na de 26e zwangerschapsweek, controleren we vanaf 16 weken al de snelheid van de hersendoorbloeding, zodat we een vergelijking hebben als er later in de zwangerschap verschillen zouden ontstaan.

Mocht u het geslacht nog niet kennen, dan komt u dit misschien te weten op de 16 weken-echografie, tenzij u zich liever laat verrassen bij de geboorte.

Bij een termijn van **18 weken** controleren we de groei, de hoeveelheid vruchtwater en de doorbloeding bij beide baby's.

Bij een zwangerschapsduur van **20 weken** kijken we voor de tweede keer alle organen van de baby's gedetailleerd na. We controleren ook opnieuw de groei, het vruchtwater en de doorbloeding.

**Tussen de 22 en 30 weken** blijven we om de twee weken kijken naar eventuele verschillen in groei, vruchtwater en doorbloeding. We controleren ook telkens de verdere ontwikkeling van het hart, de hersenen en de nieren, omdat dit organen zijn waar soms later in de zwangerschap nog afwijkingen kunnen ontstaan.

## OPVOLGING BIJ EEN ZWANGERSCHAPSTERMIJN TUSSEN DE 32 WEKEN EN DE BEVALLING

Vanaf een zwangerschapsduur van **32 weken** volgen we u wekelijks op omdat de kans op problemen zoals een mindere groei toeneemt

naarmate de zwangerschap vordert. Vanaf 32 weken kunnen baby's goed overleven buiten de baarmoeder en kunnen we dus zo nodig de baby's laten geboren worden. Naast een echografie, zullen we telkens het hartritme van beide baby's een 30-tal minuten registreren. Dit geeft ons naast de echografie bijkomende informatie over hun welzijn.

Als de tweelingzwangerschap uw eerste zwangerschap is, hebt u een groter risico op zwangerschapsvergiftiging of pre-eclampsie dan bij een eenlingzwangerschap. Zwangerschapsvergiftiging is een verwikkeling die optreedt na 26 weken en meestal rond de 32 weken. Zwangerschapsvergiftiging wordt gekenmerkt door een stijging van uw bloeddruk en het verschijnen van eiwit in uw urine. We zullen dus regelmatig ook uw bloeddruk en urine controleren. Symptomen van mogelijke zwangerschapsvergiftiging zijn ernstige hoofdpijn of hevige maagpijn. Als u in de tweede helft van de zwangerschap plots ernstige hoofd- of maagpijn krijgt, gaat u best op controle in het bevallingskwartier.

## DE BEVALLING

Meer dan de helft van de tweelingen wordt geboren bij een zwangerschapstermijn van 36 à 37 weken. Is dat niet het geval, dan raden we aan om de bevalling in te leiden tussen de 36 en 37 weken, omdat de gemeenschappelijke moederkoek na deze termijn onvoldoende kan voorzien in de noden van de baby's. Omdat de longen iets trager rijpen bij jongens, laten we jongenstweelingen eerder rond de 37 weken geboren worden en meisjes rond de 36 weken.

Een vaginale bevalling is mogelijk als de onderste baby met het hoofdje naar beneden ligt, als beide baby's in goede conditie zijn, in aparte vruchtzakjes zitten en als u nog nooit een keizersnede hebt gehad. Bij een vaginale bevalling zal men altijd nauwgezet het hartritme van beide baby's volgen om zeker te zijn dat beiden het goed stellen. We raden ook aan om een epidurale verdoving te nemen omdat dit de kans op een vaginale bevalling vergroot en in geval van nood altijd snel een keizersnede kan worden uitgevoerd. In UZ Leuven wordt iets meer dan de helft van de tweelingen via vaginale weg geboren.

Borstvoeding is ook voor een tweeling de beste voeding. Bij eventuele vroeggeboorte past de samenstelling van de melk zich aan en kunt u tijdelijk uw moedermelk afkolven tot uw baby's sterk genoeg zijn om aan de borst te drinken. Wanneer er twee baby's worden aangelegd, zal er voor beiden melk worden aangemaakt. Het is mogelijk om de tweeling zowel samen als apart te voeden. Wij zullen u hierbij goed begeleiden tijdens de opname op de kraamafdeling. Thuis kan een lactatiedeskundige u eventueel verder bijstaan. Natuurlijk bent u volledig vrij te kiezen of en hoe lang u borstvoeding wilt geven in functie van wat praktisch haalbaar is.

De tabel op de volgende pagina geeft de specifieke opvolging (blauwgedrukt) van een ongecompliceerde monochoriale tweelingzwangerschap nog eens beknopt weer. Daarnaast krijgt u ook een overzicht van de opvolging die standaard gebeurt bij elke zwangerschap. Bij dreigende vroeggeboorte, een mindere groei, TTS of TAPS plannen we uiteraard vaker controles in.

	Opvolging
12 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intakegesprek (het opstellen van het zwangerschapsdossier).</li> <li>• Controle van lengte, gewicht, bloeddruk en urine.</li> <li>• Bloedafname voor bloedgroep, ijzerreserve, screening naar infectieziekten, schildklierfunctie, suikergehalte en eventueel hormoonbepaling voor gecombineerde screening naar het syndroom van Down of de NIPT-test.</li> <li>• Eerste trimesterechografie: <ul style="list-style-type: none"> <li>- bepalen van de zwangerschapsduur;</li> <li>- uitsluiten van bepaalde ernstige afwijkingen;</li> <li>- risicoberekening voor het syndroom van Down;</li> <li>- bepalen van de navelstrenginsertie in de moederkoek;</li> <li>- opsporen van verschil in groei en vruchtwater;</li> <li>- benoemen van de baby's als baby 1 en 2.</li> </ul> </li> <li>• Opstarten zwangerschapsvitaminen.</li> <li>• Opstarten lage dosis aspirine bij een eerste zwangerschap.</li> </ul>
16 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle van bloeddruk, gewicht en urine.</li> <li>• Griepvaccinatie oktober-maart.</li> <li>• Echografisch nazicht aanleg organen, groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> </ul>
18 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echografisch nazicht groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> </ul>
20 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle van bloeddruk, gewicht en urine.</li> <li>• Echografie met gedetailleerd nazicht van de aanleg van de organen, vruchtwater en doorbloeding.</li> <li>• Opstarten ijzersupplement.</li> </ul>
22 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Echografisch nazicht groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> </ul>
24 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Controle van bloeddruk, gewicht en urine.</li> <li>• Suikertest om zwangerschapssuikerziekte op te sporen.</li> <li>• Echografisch nazicht groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> </ul>

	Opvolging
26 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Echografisch nazicht groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> </ul>
28 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle van bloeddruk, gewicht en urine.</li> <li>Kinkhoestvaccinatie.</li> <li>Echografisch nazicht groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> </ul>
30 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Echografisch nazicht groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> </ul>
32-33-34-35-36 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle van bloeddruk, gewicht en urine.</li> <li>Echografisch nazicht groei, vruchtwater en doorbloeding.</li> <li>Monitoring van het hartritme van beide baby's.</li> </ul>
36-37 weken	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inleiden van de bevalling of geplande keizersnede.</li> </ul>

## TIPS VOOR EEN GEZONDE LEVENSTIJL

Bij een tweelingzwangerschap gelden grotendeels dezelfde aanbevelingen over voeding, vitamines en levensstijl als bij een eenlingzwangerschap. Hieronder volgen enkele specifieke adviezen voor een tweelingzwangerschap.

### VOEDINGSADVIES

Tijdens een tweelingzwangerschap komt u normaal tussen de 12 à 18 kilogram bij in gewicht. Uw dagelijkse caloriebehoefte (ongeveer 2.200 kcal) ligt echter niet zo veel hoger dan buiten de zwangerschap. Het is

dus zeker niet de bedoeling dat u voor drie gaat eten. Anderzijds raden we ook niet aan om de calorieën te gaan tellen. Het beste is om naar uw lichaam te luisteren en gezond, vers en gevarieerd te eten als u honger hebt en te stoppen als u voldoende gegeten hebt. Vanaf de 26e week stijgt de caloriebehoefte lichtjes (300 kcal extra). Deze extra behoefte wordt al opgevangen door bijvoorbeeld één volkorenboterham met kaas, één glas halfvolle melk of ontbijtgranen te eten.

## EXTRA VITAMINEN

Zoals ook bij een eenlingzwangerschap raden we aan om vanaf 12 weken te starten met zwangerschapsvitaminen. U mag het foliumzuur dat u eventueel al innam van voor de zwangerschap verder uitnemen samen met de zwangerschapsvitamines. Vanaf een zwangerschapstermijn van 20 weken starten we ook met een ijzersupplement. De baby's putten voor de aanmaak van hun rode bloedcellen uit uw ijzerreserve en bij de bevalling is er gemiddeld iets meer bloedverlies dan bij de geboorte van één baby. Om te voorkomen dat u bloedarmoede hebt na de bevalling, is het belangrijk uw eigen ijzerreserves voldoende op peil te houden.

## LICHAAMSBEWEGING EN WERK

Ook tijdens een tweelingzwangerschap is het belangrijk om in beweging te blijven. Zoals eerder vermeld, verhoogt bedrust de kans op vroeggeboorte. Matig intensieve lichaamsbeweging, zoals zwemmen en wandelen zijn bewegingsvormen die u mag uitoefenen tot op het einde van de zwangerschap. Vooral zwemmen is aangenaam tijdens een tweelingzwangerschap omdat u gewichtloos bent in het water en zwemmen uw rug niet belast. Het is wel belangrijk om naar uw lichaam te luisteren. Zo kunnen klachten zoals bekkenlast, rugpijn en



vermoeidheid sneller optreden bij een tweelingzwangerschap. Prenatale oefeningen kunnen u ook helpen. Hierbij wordt vooral aandacht besteed aan ademhalingsoefeningen, de rug en de bekkenbodem. U kunt hiervoor terecht bij een kinesitherapeut (<http://www.vrouw-en-kine.be/>).

Weet ook dat vrijen niet schadelijk is, ook niet bij een tweelingzwangerschap. Vrijen mag tijdens de gehele zwangerschap, tenzij we u het expliciet afraden, bijvoorbeeld bij een erg korte lengte van uw baarmoederhals.

Elke zwangere vrouw is verplicht om één week voor de vermoedelijke bevallingsdatum te stoppen met werken. Bij een meerlingzwangerschap hebt u recht op acht weken verlof voor de geboorte waarvan één week verplicht. Aangezien de bevalling rond 36-37 weken gepland wordt, kunt u dus vanaf 28-29 weken met zwangerschapsverlof gaan. Dit is zeker geen verplichting en als u graag werkt en het is niet te belastend, mag u gerust tot 35 weken aan het werk blijven. Als het werk echter erg zwaar wordt of als er verwikkelingen optreden, kan er individueel bekeken worden op welk tijdstip u best stopt.

## GETUIGENISSEN OUDERS

Om u een hart onder de riem te steken, delen zes ouders met een monochoriale tweelingzwangerschap hun ervaring.

- Twee tweelingen met groot groeiverschil tussen de baby's
- Een tweeling met TTS
- Een tweeling met TAPS
- Een monoamniotische tweeling
- Een tweeling zonder complicaties

**TWEELING MET GROOT  
GROEIVERSCHIL TUSSEN DE BABY'S**



**Marthe en  
Marit**

‘Stel je voor dat ze met z’n tweetjes zijn’, grapte mijn man onderweg naar onze eerste echo toen ik acht weken zwanger was. Daar zagen we tot onze grote verbazing niet één, maar twee kloppende hartjes. We waren blij, verrast en sterk onder de indruk van het nieuws, maar tegelijkertijd ook wat ongerust. De gynaecologe wees ons er op dat de kindjes waarschijnlijk eeneiig waren en dus de moederkoek deelden, wat mogelijk complicaties met zich meebracht.

Ik was twaalf weken zwanger toen ik voor de eerste trimester-echo doorverwezen werd naar UZ Leuven. Het begin van een spannend verhaal want onmiddellijk werd duidelijk dat het om een hoog-risico-zwangerschap ging die van nabij moest opgevolgd worden.

Al op die vroege termijn in de zwangerschap was er een groei- en vruchtwaterschil te zien tussen de twee kindjes. Bovendien werd er een verdikte nekplooi bij een van de kindjes vastgesteld, wat nog kon kaderen binnen het groeiverschil, maar ook kon wijzen op het syndroom van Down.

Wij besloten af te wachten tot een eventuele vruchtwaterpunctie op 16 weken en werden wekelijks opgevolgd. Lange, bange weken waar initieel alles stabiel bleef tot rond de 18e week van de zwangerschap een verminderde doorbloeding van de navelstreng van de kleinste baby werd vastgesteld. De controles werden opgedreven naar soms twee keer per week in functie van wat de arts op de echo zag. Er werd een ongelijke verdeling van de moederkoek vermoed, waarbij de kleinste baby een significant kleiner deel van de koek had gekregen. Het tweeling transfusie syndroom bleef echter om de hoek loeren met nu eens wat meer en dan weer wat minder vruchtwaterschillen. Een slopende periode waarin we ons vaak machteloos hebben gevoeld tegenover wat er gaande was in mijn lichaam. Ik voelde mij immers goed en had weinig last van zwangerschapskwaaltjes. Tijdens deze weken werden

wij er ook stilaan op voorbereid dat de meisjes vroeger zouden geboren worden. We streefden naar een zwangerschapsduur van 32 weken, voorbij deze termijn zou weinig winst geboekt worden op het vlak van groei en zou de kans op verwikkelingen aanzienlijk toenemen.

Toen we de eerste mijlpaal op 28 weken hadden bereikt, werd ik in UZ Leuven opgenomen voor een intensieve opvolging. Drie keer per dag werd het hartritme gemeten en twee keer per week kreeg ik een echografie. Ik kreeg ook medicatie toegediend om de longblaasjes van de meisjes optimaal voor te bereiden op hun vroeggeboorte. Hoewel er fijnere plaatsen zijn om de laatste zwangerschapsweken door te brengen, bracht de ziekenhuisopname ook de nodige rust, zowel fysiek als mentaal. Ik voelde me veilig in de handen van een deskundig team dat heel erg met ons meeleefde. Tijdens mijn opname kregen we een rondleiding op de dienst neonatologie waar onze meisjes na hun geboorte zouden verblijven. Een intens en confronterend moment.

Mijn opname verliep vrij rustig, een paar keer sloeg de monitor alarm, maar daar werd telkens snel en adequaat op gereageerd. Uiteindelijk kwam de zwangerschapsduur van 32 weken in zicht en werd besloten om de meisjes op 32 weken en 5 dagen te verlossen. Het zou een geplande keizersnede worden omwille van het laag geboortegewicht van de meisjes en de daarbij horende risico's van een vaginale bevalling. De medicatie voor de longrijping werd herhaald en op woensdag 14 oktober was het zover. Na een verfrissende douche werd ik naar het verloskwartier gebracht waar de meisjes rond de middag werden geboren. Beiden kwamen met luid geschrei op de wereld: Marit (1,560 kg), heel snel gevolgd door Marthe (1,950 kg). Er werd enkele minuten gewacht voor er werd afgenaveld om zo nog wat bloed te 'melken' vanuit de navelstreng naar de baby's, hetgeen het risico op hersenbloedingen zou verminderen. Ondertussen kon ik onze meisjes al even bewonderen, een prachtig moment ...

Nadat de meisjes door de kinderartsen werden nagekeken en ze een buisje in hun neus kregen om hun ademhaling te ondersteunen, kon ik hen nog even knuffelen voor ze naar de dienst neonatologie werden gebracht. Ik kreeg verder de nodige zorgen in het bevalligskwartier en werd geholpen bij het afkolven van de eerste druppeltjes moedermelk. Nog diezelfde avond kon ik de meisjes een kort bezoekje brengen. Na zes nachten op de kraamafdeling mocht ik na lange tijd eindelijk terug naar huis. Een emotioneel moment want de meisjes moesten nog wat langer blijven. Hun verblijf op neonatologie verliep zonder problemen. De ademhalingsondersteuning kon heel snel worden afgebouwd, ze moesten vooral nog leren drinken. Een maand na hun geboorte mochten we hen samen meenemen naar huis.



Marthe en Marit zijn nu twee vrolijke en gezonde baby's van 14 maanden en nog altijd gaat er geen dag voorbij waarbij we niet even stilstaan bij het feit dat we ontzettend veel geluk hebben gehad. Hoe weinig we hebben kunnen genieten van deze zwangerschap, des te meer genieten we nu van onze meisjes. We zijn het hele team van UZ Leuven ontzettend dankbaar voor de deskundige begeleiding en de oprecht goede zorgen.

**TWEELING MET GROOT  
GROEIVERSCHIL TUSSEN DE BABY'S**



**Stijn en  
Ruben**



Onze zoontjes Stijn en Ruben, een identieke monochoriale tweeling, werden geboren op 28 weken en 4 dagen. Intussen zijn het al twee flinke kereltjes van 5 jaar. Mijn zwangerschap en hun eerste levensjaar zijn niet verlopen zoals je meestal te horen of te lezen krijgt. Zwangerschapsdiabetes, een verschil in groei tussen beide baby's, spoedkeizersnede, vroeggeboorte, operaties ... brachten veel emoties, vragen en angsten met zich mee.

De eerste twee maanden verliep alles goed en had ik geen problemen. Alles is begonnen in januari, toen ik op een avond bloedverlies had. Op de echo was te zien dat er een verschil in groei was tussen beide baby's. Er werd getwijfeld of mijn zwangerschap al dan niet kon doorgaan. Omdat ik in een klein ziekenhuis opgevolgd werd, verwezen ze me door naar UZ Leuven waar ze een team hebben dat gespecialiseerd is in monochoriale tweelingen.

Mijn zwangerschap hield verschillende risico's in, zoals het tweeling transfusie syndroom tussen de 16 en 26 weken zwangerschap, verschil in groei of een afwijking bij een van de baby's. Na het eerste onderzoek bleek duidelijk dat het om een verschil in groei ging. Om de baby's optimaal te kunnen volgen en geen enkel risico te nemen, werd ik wekelijks opgevolgd via echografie. Telkens weer een heel angstig moment. Zullen beide hartjes nog kloppen? Zullen er nog bijkomende problemen vastgesteld worden? Je zwangerschap wordt hierdoor een emotionele en stresserende periode. Andere zwangere vrouwen kunnen genieten en hopen dat hun zwangerschap niet te snel voorbij is, maar ik wenste telkens dat ik al een week verder was.

Naarmate de zwangerschap vorderde, kregen we opnieuw slecht nieuws. De hersenen van de kleinste baby evolueerden niet zo goed. Ook hier werden we goed over geïnformeerd. Het hersenvolume werd vaak gemeten en op 23 weken zou de eindbalans opgemaakt worden. Gaan we verder met de zwangerschap? Gaan we voor één

baby of geven we alles op? Wetende dat er veel risico's waren, zei mijn moederhart dat we samen gingen vechten en niet zouden opgeven. Vanaf dat moment wou ik een naam geven aan de baby's. De grootste werd Ruben en de kleinste Stijn. Voor mij was dit enorm belangrijk. Het was een geruststelling dat onze jongens toch al een naam hadden, mocht er iets misgaan.

Je blijft hopen en bang afwachten. Ondanks alles en de mindere groei van de hersenen van Stijn, zag het er toch relatief goed uit. Toen ik 23 weken zwanger was, werd de balans opgemaakt, gelukkig waren Stijn zijn hersenen genoeg gegroeid om verder te kunnen gaan. Het werd wel duidelijk dat ik op 28 weken zou opgenomen worden in observatie en zou bevallen met een keizersnede op 32 weken. Tijdens mijn opname in het ziekenhuis werd ik drie keer per dag aan de monitor gelegd. Ik moest regelmatig een glucosetest ondergaan voor mijn zwangerschapsdiabetes, waar ik een vrij streng dieet voor moest volgen.

Op zondag 22 mei 2011, de vierde dag van opname, ging alles ineens heel snel. 's Morgens gaf de curve van de monitor duidelijk aan dat Stijn een probleem had, zijn hartslag ging van 80 naar 200. Er was geen andere mogelijkheid dan zo snel mogelijk een keizersnede uit te voeren. Ruben woog 1,550 kg en Stijn woog 670 g.

De adrenaline die toen door mijn lichaam ging, heeft mij sinds de geboorte van Ruben en Stijn een doorzettingsvermogen gegeven waarvan ik niet wist dat dit mogelijk was. Je wordt opnieuw geconfronteerd met angsten over hoe alles verder zal verlopen, wat de kansen van de baby's zijn ... Tijdens de zwangerschap werd ons al verteld dat de baby's een bepaalde periode op neonatologie zouden doorbrengen. Door de spoedkeizersnede hadden mijn man en ik geen tijd gehad om deze dienst te bezoeken. Omdat ik zelf verpleegkundige ben, wist ik ongeveer aan wat ik mij mocht verwachten, zoals monitors, alarmen, infusen ... Maar toch, ik was mama geworden en de eerste confrontatie was hard en emotioneel.





De eerste dagen waren moeilijk. Je mist je baby's, je weet geen blijf met je emoties, je vraagt je af waarom je zo vroeg moest bevallen. Allemaal zaken die je zelf niet in de hand hebt en waar je machteloos tegenover staat. Achteraf werd duidelijk dat Stijn in mijn buik gered werd dankzij de bloeditwisseling met Ruben. Was Ruben er niet geweest, zou Stijn maar 100 g gewogen hebben. Dat nieuws was heel confronterend, we hebben enorm veel geluk gehad.

Op neonatologie werden we zeer goed begeleid en opgevangen. We konden onze kindjes zien wanneer we maar wilden. Ondanks alles, ging de tijd toch relatief snel vooruit. Met Ruben en Stijn ging het de ene dag beter dan de andere, kleine stapjes vooruit en soms eens een stapje achteruit. Er kwamen altijd weer andere zorgen en angsten bij. Bij Stijn kregen we vijf dagen na zijn geboorte te horen dat

hij een vernauwing had in zijn lichaamsslagader. Dit kon geopereerd worden, maar hij moest hiervoor 2,5 kg wegen. Er werd besloten om een tijdelijke stent te plaatsen als hij 1 kg zou wegen. In de periode voor het plaatsen van de stent, werd er medicatie opgestart. Na een tijdje kreeg Stijn een longbloeding, maar ook hier spartelde hij zich door. Met Ruben evolueerde het relatief goed, tot hij op een bepaald moment erg bloederige stoelgang kreeg door een darminfectie. Hij kreeg hierdoor bijna een darmperforatie. Gelukkig hebben ze spoedig kunnen ingrijpen. Op 20 juni werd bij Stijn de tijdelijke stent geplaatst. Het was een heel risicovolle operatie die 50 procent slaagkans had. Maar onze kleine vechter sloeg zich ook hier doorheen.

Op 30 juli mocht Ruben naar huis. We hadden hier gemengde gevoelens bij. Enerzijds ben je blij, maar anderzijds ook verdrietig omdat je je tweede kindje moet achterlaten. Stijn deed het steeds beter, heeft wel nog twee keer in isolatie gelegen omdat er een bacterie in zijn stoelgang gevonden was. Op 6 september moest zijn stent gedilateerd worden. Maar dan ... eindelijk!!!! Op 15 september mocht Stijn het ziekenhuis verlaten. Mijn man en ik gingen hem samen met Ruben halen, een heel emotioneel moment. Hier had ik zo lang op gewacht, eindelijk was mijn gezin samen! De operatie voor de vernauwing op de lichaamsslagader bij Stijn verliep goed. De jongens doen het prima. De eerste drie jaar waren ze heel gevoelig en werden ze sneller ziek. Nu gaat dit al veel beter.

Door alles wat ik meegemaakt heb tijdens mijn zwangerschap en de problemen na de geboorte van Ruben en Stijn, heb ik geleerd om te relativiseren in het leven. Het was zeker niet gemakkelijk, maar ik heb altijd rondom mij gekeken en gezien dat sommige mensen het nog moeilijker hadden. We hebben geluk gehad dat onze jongens twee vechters zijn. Het is niet altijd gemakkelijk, maar je moet ondanks alles toch proberen de moed erin te houden en blijven hopen en geloven dat het goed zal komen. Ik ben altijd in Stijn en Ruben blijven geloven en als ik zie hoe ver ze nu staan, kan ik alleen maar blij en vooral heel dankbaar zijn.

## EEN TWEELING MET TTS

Cas en  
Jules

### Ongewoon gewoon!

We gingen voor een derde kindje. Bij de eerste consultatie in UZ Leuven maakten we ons niet druk. We waren blij dat het vertrouwd aanvoelde. In de wachtzaal keken we onvermijdelijk naar een affiche die ouders van een meerling uitnodigde voor een informatieavond. Mijn man zei al lachend “Hopelijk komen we niet met een folderdje voor de meerlingavond naar buiten!”. “Ja, want dat zou wat zijn ...”. Toen het onze beurt was, installeerde ik mij gezwind op de tafel, T-shirt omhoog, laat maar komen die harttonen! Of we er geen probleem mee hadden dat de vroedvrouw de echo uitvoerde? Neen, natuurlijk niet, het was al ons derde kindje, we kenden de procedure. De koude gel, het toestel en woelige lawaai. De vroedvrouw zei niets. Ik raakte lichtjes in paniek, want ik verwachtte mij aan geruststellende woorden. Na ettelijke minuten, die een eeuwigheid leken te duren, durfde ik toch te vragen of alles in orde was. “Ja hoor mevrouw, alles is in orde, met alle twee!”

Vanaf dat moment begon ons ongewoon avontuur (met foldertje voor de meerlingavond!). We leefden van echo naar echo, werden experten in het tweeling transfusie syndroom, maakten er tekeningetjes over voor familie en vrienden, geraakten gehecht aan assistenten en artsen van gynaecologie, leerden ons lot en dat van de tweeling in professionele handen te leggen en probeerden elkaar en grote broer en zus in deze rollercoaster niet te verliezen.

Ik wou de jongens al snel namen geven, mijn zoontjes zouden het hoe dan ook halen, daar was ik zeker van! Mijn man was terughoudender en wou ons gezin behoeden en beschermen, want de toekomst van de tweeling was onzeker. Er volgen nog een laseringreep en een hersenscan. Gelukkig hoefden we hierna geen hartverscheurende beslissing te nemen, de resultaten waren hoopgevend.

Uiteindelijk werden Cas en Jules met een spoedkeizersnee geboren,

na 30 weken en 5 dagen zwangerschap. Cas woog 1,640 kg en Jules 1,340 kg. We legden aan grote broer en zus uit dat hun broertjes nog niet meteen naar huis konden komen. Dat ze nog veel moesten groeien en sterker worden in het ziekenhuis. Ze knikten begripvol, speelden verder, maar voelden uiteraard dat er van alles op til was. Er brak een tijd aan van permanent tekort schieten. Mano (3,5 jaar) ging naar school en wou hier honderduit over vertellen. Lou (1,5 jaar), een wilde teddybeer, had zijn structuur en portie knuffels hard nodig. Naar welke box van neonato ga ik eerst? Met wie kan ik vandaag kangoeroeën? Heb ik tijd voor alle twee en haalt iemand anders Lou en Mano op van school en de crèche? Wanneer ga ik kolven? Bij wie maak ik de verzorging mee? Er was ook nog een kerstmusical op school, verkleedkleden die moesten gezocht worden, Lou die zindelijk moest worden ... 'Verstand op nul en schuldgevoel negeren', dat werd mijn overlevingsstrategie!



Overdag lukte dat redelijk, maar 's nachts als het stil was, was het moeilijk. Na 7 weken mocht Cas naar huis en nog eens 7 weken later Jules. De kerstdagen zijn in een waas aan mij voorbij gegaan, maar op 19 januari was ons gezin samen thuis, eindelijk! Een vreemd proces

trok zich op gang: onze zoontjes waar we al weken naast zaten te bidden en te hopen, moesten we nu nog echt leren kennen. Geen monitor of klok die je zegt hoe het met hen gaat en of ze moeten eten. Je moet weer gaan vertrouwen op je moederinstinct. En wil dat nu net hetgeen zijn dat je hebt uitgeschakeld om de laatste weken en maanden te overleven. Langzaam ontdooide mijn moederhart, een lawine aan emoties gleed over me heen. Een ergotherapeut van KOOKOS, de Brabantse dienst voor thuisbegeleiding, kwam regelmatig langs met oefeningen voor Cas en Jules en bemoedigende woorden. Zij was een van de vele lieve mensen rond mij die lieten voelen dat het ok was, dat we het goed deden en dat ik vertrouwen mocht hebben. Als mensen me nu vragen hoe we dat toen gedaan hebben, dan moet ik het antwoord nog altijd schuldig blijven. Omdat we de ongewone start, gewoon genomen hebben?

Ondertussen zijn Cas en Jules twee flinke kleuters van 4,5 jaar. Ze gaan volgend jaar al naar de derde kleuterklas. Ik had het nooit durven dromen. En toch heb ik dat stiekem wel altijd gedaan: hopen dat alles gewoon 'gewoon' zou zijn. Ze maken veel plezier samen en zijn ook fysiek erg aan elkaar gehecht. Soms kan het verschil niet groter zijn en kan Jules uren zitten tekenen, terwijl Cas met zijn grote broer als een echte 'Power Ranger' een ingebeelde vijand verslaat. Soms zijn ze samen 'Rode Duivel' en worden er kampioenschappen gewonnen in de tuin. Ze kruipen 's nachts bij elkaar in bed en verklikken de deugnietenstreken van de ander. 'Twin to twin', de Engelse benaming voor tweeling transfusie syndroom, krijgt een heel eigen betekenis, ze zijn verbonden voor het leven. Zoals op hun geboortekaartje stond: 'beiden uniek, uniek samen', zo voelt het elke dag. Een laatste boodschap aan alle mama's en papa's die niet weten wat hen te wachten staat: het is niet naïef om hoopvol te zijn, het is het mooiste cadeau dat je je tweeling kunt geven. Courage!



## EEN TWEELING MET TAPS



**Mara en  
Kyra**

Na veel twijfelen besloten mijn man en ik om voor een derde en laatste kindje te gaan.

Tot onze grote verbazing was ik onmiddellijk zwanger. Bij de eerste controle volgde nog een schok: er was niet één kindje, maar twee. Volgens de gynaecoloog was het beter om dit nog even voor ons te houden, omdat er veel kans was dat er nog iets mis zou gaan met een of beide baby's. Dat was een moeilijke tijd, het was zo'n grote verrassing om zwanger te zijn van een tweeling en tegelijkertijd was er onmiddellijk de angst dat er iets mis zou gaan.

Bij de tweede controle op 12 weken kregen we dan toch goed nieuws. Beide hartjes klopten en alles leek in orde. Er volgde een periode van ongeloof en geluk. Zoals de meeste koppels die zwanger zijn van een tweeling, hadden we dit totaal niet zien aankomen.

Bij 20 weken zwangerschap kregen we een uitgebreide controle in UZ Leuven in de tweelingkliniek. Dit werd door onze gynaecoloog aangeraden omdat daar de meeste ervaring is op het gebied van tweelingen. We kregen een lange en uitgebreide echografie waaruit bleek dat we een identieke meisjestweeling mochten verwachten. En als kers op de taart kregen we het nieuws dat ze het heel goed deden en dat er geen problemen te zien waren. We kregen wel het advies om ook op 30 weken een uitgebreide controle te laten uitvoeren in de tweelingkliniek van UZ Leuven.

Tijdens dit onderzoek op 30 weken merkte men op dat de uitwisseling van bloed via de moederkoek niet gelijkmatig was, waardoor het ene kindje te weinig en het andere kindje te veel bloed kreeg. Ze omschreven dit als Twin Anemie Polycythemie Sequentie of kortweg TAPS. Dit was voor beide meisjes slecht nieuws, maar het was vooral kleine Mara die het moeilijk had. Zij was diegene die te weinig bloed had en ze was ook minder beweeglijk dan haar zusje. We moesten twee dagen later terugkomen om te kijken hoe dit evolueerde. Opeens was de toestand van onze kindjes omgeslagen van normaal naar potentieel levensbedreigend. Gelukkig werden we



goed opgevangen door het tweelingteam dat ons verzekerde dat de kindjes heel goed zouden opgevolgd worden en dat er indien nodig tijdig kon ingegrepen worden. Na twee verschrikkelijke dagen bleek dat de toestand niet stabiel was, maar ook nog niet onrustwekkend. Dus moesten we nogmaals twee dagen wachten en dan uitgebreid onderzoeken.

Bij deze controle bleek het steeds slechter te gaan met Mara, het kindje met te weinig bloed, en er werd besloten dat een opname noodzakelijk was om alles goed in het oog te kunnen houden. Tijdens deze opname werd beslist om een bloedtransfusie toe te dienen aan Mara. Op de dag van de transfusie ging het echter heel slecht met haar. Haar hartslag viel regelmatig weg en ze bewoog bijna niet. Ik kreeg een spuitje om de longrijping te bevorderen en alles werd in gereedheid gebracht voor de bloedtransfusie en eventueel als het fout ging een spoedkeizersnede. Ik was op dat moment alleen in het ziekenhuis omdat mijn dochter jarig was. Iedereen was thuis aan het vieren, dat probeerden ze toch. Dat was ongetwijfeld een van de moeilijkste dagen in mijn leven. Heel snel na de bloedtransfusie merkten we dat het inderdaad hielp, Mara's hartje klopte weer beter en ze bewoog ook al meer.

Men waarschuwde ons dat de meisjes ook nu nog regelmatig moesten onderzocht worden om te kijken of het bloed niet te snel bij Kyra terechtkwam, ons meisje dat teveel bloed kreeg. Tot dan hadden we ons vooral zorgen gemaakt om Mara maar nu bleek dat het voor Kyra al even gevaarlijk was omdat ze door het teveel aan bloed een beroerte zou kunnen krijgen.

We moesten dus om de twee dagen op controle komen. Elke dag meer in de buik was een dag gewonnen. Bij de eerste controle na de bloedtransfusie bleek dat het bloed toch op een redelijk snel tempo bij Kyra terechtkwam. Uiteindelijk werd een week na de bloedtransfusie beslist dat de meisjes op 32 weken geboren moesten worden.

We hebben besproken wat het beste was: een inleiding of een keizersnede. Aangezien ik liever op een 'natuurlijke manier' wou bevallen en ook omdat dit beter was voor de meisjes, gingen we voor een inleiding. Ik kreeg wel een epidurale verdoving zodat een spoedkeizersnede onmiddellijk zou kunnen uitgevoerd worden.

De bevalling op zich verliep heel snel, Mara en Kyra werden met enkele minuten verschil geboren. Beide meisjes mochten even bij mij blijven, maar moesten al snel naar neonatologie overgebracht worden. Mijn man ging met hen mee en daar lag ik dan, alleen en vol emoties. Het was zo'n rare dag. Tot op dat moment was ik niet zeker geweest dat alles goed zou komen met de meisjes. Pas toen ik alleen in de verloskamer lag, besepte ik hoeveel geluk we hadden.

Er volgde een heel emotionele periode want ik lag op de kraamafdeling, maar mijn kleintjes lagen niet bij mij. Ik ging zoveel mogelijk bij hen op bezoek en probeerde ook te genieten van die twee kleine wondertjes. Mara heeft uiteindelijk na de geboorte het minste last gehad, maar Kyra had het toch moeilijk. Dat wat voor mij heel raar omdat het net andersom was geweest in mijn buik.

Uiteindelijk hebben de meisjes twee weken op neonatologie en drie weken op de neonatale zorgafdeling (N\*) verbleven, voor we ze eindelijk mee naar huis mochten nemen. Dit was emotioneel een heel moeilijke periode, maar we zijn echt dankbaar voor de steun en hulp die we kregen van iedereen in het ziekenhuis.

Nu bijna twee jaar later zijn de breekbare prematuurtjes uitgegroeid tot flinke peuters zonder lichamelijke of geestelijke problemen. We willen met ons verhaal benadrukken hoe belangrijk een goede opvolging is. Zonder de bijkomende onderzoeken op 30 weken was het voor ons waarschijnlijk niet zo goed afgelopen. We zullen het team in UZ Leuven altijd dankbaar blijven omdat ze zo begaan waren met onze meisjes.



EEN MONOAMNIOTISCHE TWEELING



Manon en  
Julie

De komst van een tweeling is een ongewoon avontuur. Tijdens de eerste consultatie bij onze eigen gynaecoloog kregen we, naast het nieuws dat we een tweeling verwachtten, onmiddellijk ook te horen dat dit geen gewone zwangerschap zou zijn. Onze kindjes zaten volledig samen en deelden zowel de moederkoek als de vruchtzak. Dit is zeldzaam en omwille van de risico's werden we doorverwezen naar UZ Leuven. Ik vond het belangrijk dat mijn gynaecoloog van bij het begin openlijk heeft gecommuniceerd over de mogelijke risico's, zodat we wisten waar we aan toe waren. Ook tijdens de eerste consultatie in UZ Leuven werden alle mogelijke risico's open besproken en werd er ook gepraat over de verdere opvolging. Zo werd onder andere gezegd dat ik om de twee weken op controle moest komen en op 28 weken zou moeten opgenomen worden in UZ Leuven om dan meer nauwkeurig te worden opgevolgd. De bevalling zou met een keizersnede zijn en dit tussen de 32 en 33 weken.

Deze open communicatie maakte het voor ons mogelijk om alles goed te plannen en onze andere kinderen ruim op voorhand voor te bereiden op mijn tijdelijke afwezigheid thuis. Zowel bij de eigen gynaecoloog als bij het tweelingteam in UZ Leuven konden we altijd met onze vragen en zorgen terecht. De goede en nauwkeurige opvolging zorgde telkens voor geruststelling. Ook tijdens de periode van opname voor de bevalling, stonden de vroedvrouwen altijd klaar voor mij. Een opname in het ziekenhuis is niet evident als je de weken voordien thuis nog de zorg hebt opgenomen voor drie kinderen. Vroedvrouwen, assistenten en artsen die dit begrijpen en een luisterend oor zijn, zijn van onschatbare waarde.

Hoe dichter we tegen de datum van de geplande keizersnede kwamen, hoe meer bezoek ik kreeg van vroedvrouwen, artsen, kinesitherapeuten. De vroedvrouwen gaven uitleg over borstvoeding en gingen mee naar de rondleiding op de dienst neonatologie. Een



kinderarts kwam langs om het verloop van de opname en de opvolging op neonatologie te bespreken. Omdat ik zelf verpleegkundige ben, was niet alles nieuw of ongekend voor mij. Toch moet ik toegeven dat ik toch gehoopt heb dat alles goed zou verlopen en onze kindjes niet te lang op neonatologie zouden moeten blijven.

Ondertussen werd ook onze tweeling voorbereid op hun geboorte. Ik kreeg medicatie om de longrijping te versnellen, zodat ze na de geboorte sneller zelfstandig zouden kunnen ademen. Toen ik 32 weken ver was, kreeg ik in de late avond spontaan weeën. Tijdens de nacht waren ze dragelijk en zijn ze zelfs even stilgevallen. 's Ochtends kwamen de weeën frequenter en werden ze pijnlijker waardoor de arts-assistent werd opgebeld. Ik werd aan de monitor gelegd en vanaf dan ging het allemaal vrij snel. Na het plaatsen van de epidurale verdoving en een vlotte keizersnede werden onze meisjes geboren.



Na hun geboorte werden ze onmiddellijk naar neonatologie gebracht. De eerste dag kregen ze nog zuurstof toegediend. Omdat beide baby's het goed deden, werd dit vrij snel stopgezet. Ook op neonatologie konden we altijd bij de verpleegkundigen, vroedvrouwen en artsen terecht met onze vragen. Ze probeerden om alle contactmomenten met onze meisjes zo aangenaam mogelijk te maken. Kangoeroeën en zélf de zorg opnemen, in de mate van het mogelijke, werd enorm gestimuleerd. Van zodra borstvoeding mogelijk was, werd ook hiervoor alle tijd genomen om mij daarin te ondersteunen. Na twee weken kregen we het nieuws dat de baby's sterk genoeg waren om te worden overgebracht naar het ziekenhuis dichterbij ons thuis. Na een verblijf van bijna twee weken, mochten we onze meisjes mee naar huis nemen. Een nieuw hoofdstuk voor ons gezin kon beginnen.



**EEN TWEELING  
ZONDER COMPLICATIES**

**Roos en  
Renée**



Eerlijk? We schrokken een beetje toen ik zwanger bleek ...

En toen we al bij de eerste echo te horen kregen dat er twee hartjes klopten, waren we eventjes helemaal van de kaart.

MCDA. Monochoriale diamniotische tweeling. Ik werkte zelf als vroedvrouw in het bevallingskwartier van UZ Leuven en kreeg toen al regelmatig te maken met tweelingzwangerschappen waarbij een tweeling transfusie syndroom of groeiverschil optrad.

Ik zag het beeld al voor me dat ook ik een laseringreep zou moeten ondergaan.

De artsen stelden me echter gerust. De kans op een tweeling transfusie syndroom is slechts 1 op 10. Veel meer kans dus dat alles goed zou verlopen. En daar hebben we op gehoopt!

Ik kreeg regelmatig echografieën waaruit bleek dat de baby's goed groeiden en hun gewichtjes mooi stegen. Het ene kindje was telkens een beetje lichter dan het andere, maar verder stelden de echo's ons toch altijd gerust.

Rond 32 weken zwangerschap werd een grote bloedvatverbinding vastgesteld en werden er vaker echocontroles gedaan. Er werd me op het hart gedrukt dat ik blij zou mogen zijn als ik een termijn van 34 weken haalde. De stress verhoogde, maar ik was al blij dat ik zo ver geraakt was zonder noemenswaardige problemen. De misselijkheid tot ongeveer 20 weken en harde buiken vanaf 20 weken had ik er met liefde bij genomen en dat is nadien ook zo snel vergeten.

Uiteindelijk ben ik op 36 weken en 2 dagen via keizersnede bevallen van twee gezonde meisjes. Wat waren we trots! Roos woog een krappe 2,2 kg en Renée een dikke 2,5 kg.

Piepklein waren ze, zo tener en zo fragiel, maar tegelijk zo roze en levendig en alert dat ze bij mij op de kamer mochten blijven.

Een intensieve periode brak aan om onze mini-dochtertjes op gewicht en op temperatuur te krijgen en gezond te houden.

Roos dronk slecht en kreeg het snel koud, ze hadden allebei nood aan acht voedingen per dag de eerste weken. Dus ook 's nachts ging de wekker om de drie uur om onze meisjes te wekken en te voeden.

We waren de eerste maanden vaak doodmoe, maar ook zo blij en dankbaar dat de hele zwangerschap op deze manier was verlopen. Gelukkig hadden we de raad opgevolgd (die we nochtans vooraf overbodig achtten) om kraamhulp in te schakelen. Het bleek een godsgeschenk: een dame die de eerste weken je huishouden een beetje organiseert, terwijl jij wat slaap recupereert, of in de zetel twee kinderen voedt. Nu zijn we tien jaar later en leren ze hun eerste woorden Frans, volgen ze tekenacademie en dansles. Roos is nog altijd een tikkeltje kleiner en lichter dan Renée, ze lusten elkaar soms rauw, maar gaan toch liever samen dan alleen naar de bakker ...



## INFORMATIEAVONDEN

Onze vroedvrouwen organiseren vier keer per jaar een infoavond met handige tips en praktische informatie speciaal voor aanstaande tweelingouders. U bent van harte welkom om hieraan deel te nemen.

Meer informatie hierover vindt u op de informatieschermen en de flyers in het echocentrum van gynaecologie en verloskunde.

Omdat we zo veel mogelijk monchoriale tweelingzwangerschappen tot een goed einde willen brengen, lopen er altijd een aantal onderzoeksprojecten waaraan u kunt deelnemen. U krijgt hierover meer informatie bij de artsen van het tweelingteam UZ Leuven of via de flyers van het echocentrum van gynaecologie en verloskunde.

Als u het tweelingonderzoek financieel wilt steunen, kan dit via een bijdrage voor het mecenaatsfonds voor het tweelingonderzoek. Storten kan op rekeningnummer IBAN BE45 7340 1941 7789; BIC-code: KREDBEBB van KU Leuven met vermelding 'voor EQQ-MCLL01-O2010'. Er wordt een fiscaal attest afgeleverd voor giften vanaf 40 euro. Voor meer informatie over giften kunt u contact opnemen met het Leuvens Universitair Fonds, tel. 016 32 37 39.

## PRAKTISCHE GEGEVENS

U mag altijd contact met ons opnemen in de volgende situaties:

- X Pijnlijke, op- en afgaande menstruatieachtige onderbuikspijn, bloed- of vochtverlies.  
→ Deze klachten kunnen wijzen op (vroegtijdige) arbeid.
- X De baby's die duidelijk minder bewegen dan u gewoon bent.  
→ Deze klachten kunnen wijzen op een verminderd welzijn van de baby's.
- X Een plotse, felle opzetting van de buik met pijn in de onderbuik of moeite om te ademen.  
→ Deze klachten kunnen wijzen op een plotse TTS.
- X Hevige hoofdpijn of hevige maagpijn na 26 weken zwangerschap.  
→ Deze klachten kunnen wijzen op een zwangerschapsvergiftiging.

Ook bij alle andere klachten waarover u zich zorgen maakt, mag u ons contacteren.

U kunt ons overdag bereiken via het secretariaat verloskunde:  
tel. 016 34 42 00.  
's Avonds of 's nachts kunt u ons bereiken via de verloskamer  
E 496: 016 34 36 04.







© oktober 2019 UZ Leuven

Overname van deze tekst en illustraties is enkel mogelijk na toestemming van de dienst communicatie UZ Leuven.

### Ontwerp en realisatie

Deze brochure werd opgesteld door prof. dr. Liesbeth Lewi, gynaecologe en verantwoordelijke voor het zorgprogramma meerlingen in UZ Leuven; Lauren Fiers, student vroedvrouw aan de Odisee Hogeschool Sint-Niklaas; dr. Isabel Couck, gynaecologe en PhD student; Nele Thijsen en Kathleen De Neef, beiden vroedvrouw en organisator van de tweeling ouderavond in samenwerking met de dienst communicatie. Een speciale dankjewel aan de ouders die zo vriendelijk waren om hun verhaal te delen.

U vindt deze brochure ook op [www.uzleuven.be/brochure/700873](http://www.uzleuven.be/brochure/700873).

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kunt u bezorgen via [communicatie@uzleuven.be](mailto:communicatie@uzleuven.be).

Verantwoordelijke uitgever  
UZ Leuven  
Herestraat 49  
3000 Leuven  
tel. 016 33 22 11  
[www.uzleuven.be](http://www.uzleuven.be)

 mynexuzhealth



Raadpleeg uw medisch dossier  
via [www.mynexuzhealth.be](http://www.mynexuzhealth.be)  
of download de app

