

## Selectieve foetale groeirestrictie (sFGR)

informatie voor patiënten

WAT IS SELECTIEVE GROEIRESTRICTIE (SFGR)?	3
HOE VAAK KOMT SFGR VOOR?	5
HOE WORDT SFGR VASTGESTELD?	5
DRIE TYPES SFGR	6
UITKOMSTEN	8
Zwangerschapsuitkomsten per type	
Langetermijnuitkomsten	
OPVOLGING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP	12
Echocontroles	
Behandeling	
Ziekenhuisopname en geboorte	
Ouderbegeleiding	
DE CONTRAST-STUDIE	15
SAMENVATTING	16
WAT IS BELAGRIJK VOOR U?	17
HET VERHAAL VAN LARS EN FLORIS	18
MOGELIJKHEID TOT STEUNEN	23
MEER INFORMATIE	23

## WAT IS SELECTIEVE GROEIRESTRICTIE (sFGR)?

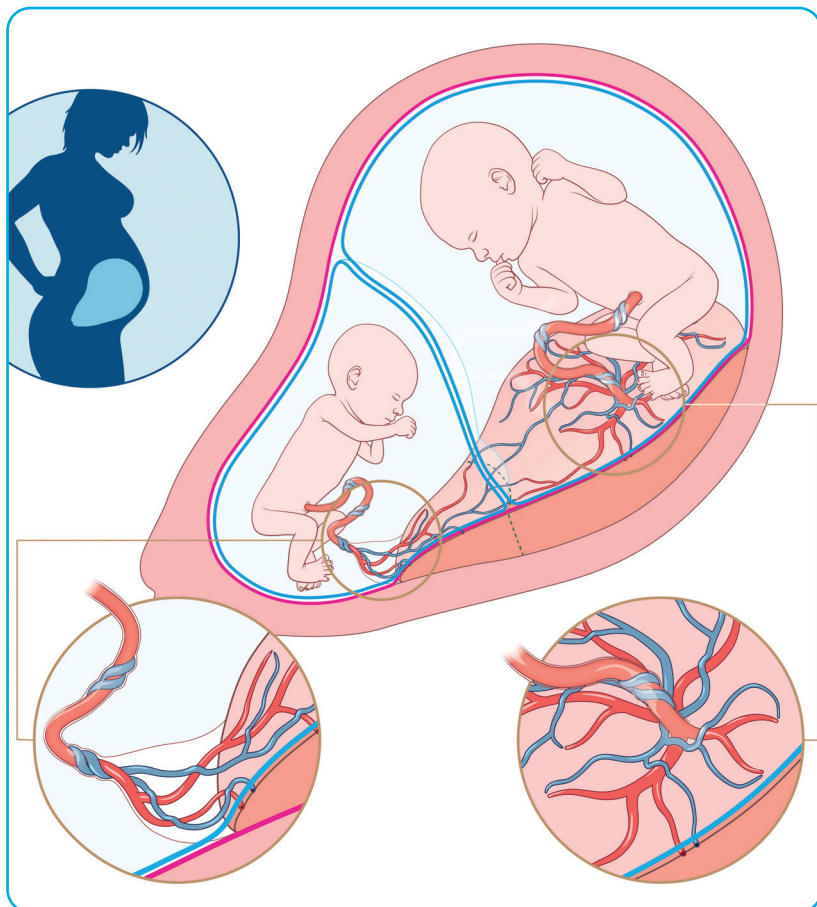
We spreken van selectieve foetale groeirestrictie (sFGR) bij een monochoriale tweeling als er sprake is van een **groot verschil in groei** tussen de twee baby's. Monochoriale tweelingen hebben dezelfde genen en zouden daarom normaal gezien even snel moeten groeien.

Monochoriale tweelingen delen samen één placenta of moederkoek. Op het placentaoppervlak lopen bloedvatverbindingen die de bloedsomlopen van beide baby's met elkaar verbinden. De hoofdoorzaak van sFGR bij monochoriale tweelingen is een **ongelijk verdeelde placenta**. De kleinste baby heeft hierbij vaak het kleinste stuk van de placenta, waardoor het minder toegang heeft tot voedingsstoffen en zuurstof en daardoor minder goed kan groeien. Soms kan de kleinste baby extra voedingsstoffen krijgen via de bloedvatverbindingen van de tweelingbroer- of zus.

De ernst van de sFGR hangt af van **de mate waarin de placenta ongelijk verdeeld is** en de **aanwezigheid en grootte van de bloedvatverbindingen** en daarmee de bloeditwisseling tussen de tweeling. We denken dat de werking van de placenta ook een rol speelt bij de ernst van de sFGR.

Het is belangrijk om op te merken dat er bij sFGR geen sprake is van een onevenwicht in de bloeditwisseling tussen de tweeling, zoals wel het geval is bij het tweelingtransfusiesyndroom (TTTS) en tweeling anemie polycytemie sequentie (TAPS). Soms komt echter een combinatie van deze ziektebeelden voor – vaak is dan een andere behandeling/opvolging nodig.

SFGR kan gevolgen hebben voor het welzijn van beide baby's. Wij zullen daarom de groei en gezondheid van beide baby's aandachtig in de gaten houden tijdens de zwangerschap.



Een ongelijk verdeelde placenta met zichtbare bloedvatverbindingen tussen de tweeling. De navelstreng van de kleinste baby bevindt zich meestal meer aan de rand van de placenta, terwijl die van de grootste baby in het midden is ingeplant. (Illustratie: Amanda Gautier)

## HOE VAAK KOMT SFGR VOOR?

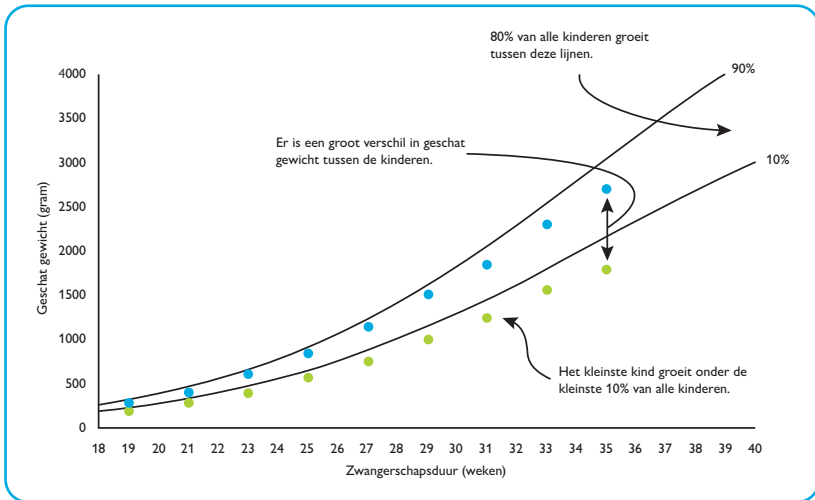
Selectieve groeirestrictie komt voor bij één tot twee op de tien monochoriale tweelingzwangerschappen.



## HOE WORDT SFGR VASTGESTELD?

Als zwangere ervaart u zelf geen klachten van sFGR. De diagnose wordt gesteld met een echografisch onderzoek. Verschillende definities zijn hierbij in omloop. In UZ Leuven hanteren een verschil in geschat gewicht van 20 procent of meer tussen de baby's. In dat geval spreken we van sFGR. Het verschil in geschat gewicht wordt weergegeven in onderstaande figuur.

Het verschil in groei tussen de baby's is nog duidelijker te zien aan het verschil in buikomtrek. De buikomtrek is een van de metingen die gedaan wordt tijdens het echografisch onderzoek om het gewicht in te schatten.

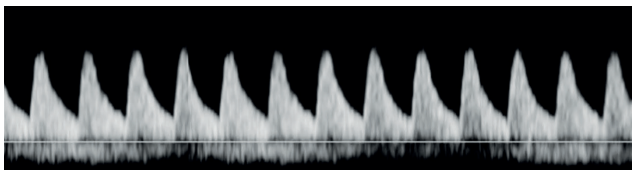


## DRIE TYPES SFGR

sFGR wordt onderverdeeld in **drie types**, op basis van het bloedstroompatroon in de navelstreng van de kleinste baby. Dit patroon wordt door middel van echografisch onderzoek (echo Doppler) bekeken en geeft een beeld van de ernst van de sFGR.

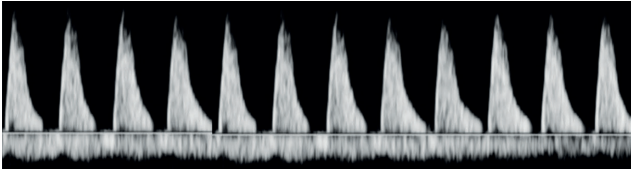
### TYPE 1 – NORMALE VOORWAARTSE BLOEDSTROOM

Het dopplersonderzoek toont een voorwaartse, positieve bloedstroom in de navelstreng van de kleinste baby. Dit is het normale bloedstroompatroon dat ook bij goed groeiende baby's wordt gezien.



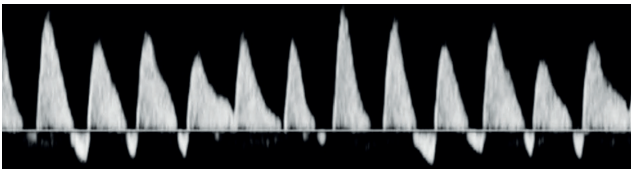
## **TYPE 2 – CONTINUE AFWEZIGE OF NEGATIEVE BLOEDSTROOM**

Het dopplersonderzoek toont een continue afwezige of negatieve bloedstroom in de navelstreng van de kleinste baby tijdens de fase waarin het hart zich ontspant. Die bloedstroom is abnormaal en duidt op een verminderde bloedstroom bij de kleinste baby.



## **TYPE 3 – WISSELEND PATROON (AFWISSELEND VOORWAARTSE - AFWEZIGE OF NEGATIEVE BLOEDSTROOM)**

Het dopplersonderzoek toont een wisselend patroon van een voorwaartse en afwezige of negatieve bloedstroom in de navelstrengslagader van de kleinste baby. Dit patroon wordt vaak gezien bij een ongelijk verdeelde placenta met grote bloedvatverbindingen tussen de tweeling (lees meer hierover in het volgende hoofdstuk).



# UITKOMSTEN

## ZWANGERSCHAPSUITKOMSTEN PER TYPE

De uitkomst voor de baby's hangt af van de ernst en het type selectieve groeirestrictie. sFGR die vroeg in de zwangerschap (vóór 28 weken) wordt vastgesteld, verloopt vaak ernstiger dan laat vastgestelde sFGR (na 28 weken).

Andere echografische bevindingen die invloed hebben op de uitkomst voor de baby's zijn onder andere:

- de mate van groeiverschil tussen de baby's
- stilstaande groei van de kleinste baby
- een abnormale bloedstroom in andere bloedvaten
- te weinig vruchtwater rondom de kleinste baby

Het team dat u opvolgt zal aandacht besteden aan al deze factoren tijdens uw zwangerschap.

### Type 1

Bij de meerderheid van de sFGR-zwangerschappen heeft de kleinste baby een **positieve bloedstroom** in de navelstreng (type 1). De meeste type 1 sFGR-tweelingen doen het goed. De zwangerschapsuitkomsten zijn vergelijkbaar met, of mogelijk iets minder gunstig dan die van monochoriale tweelingzwangerschappen zonder groei-problemen. De aanbevolen zwangerschapstermijn om te bevallen is iets eerder, meestal tussen de 34 en 36 weken zwangerschapsduur.



## Type 2

Een **continue afwezige of negatieve bloedstroom** in de navelstreng van de kleinste baby (type 2) komt weinig voor. We denken dat bij type 2, naast de ongelijk verdeelde placenta, het placentastuk van de kleinste baby niet goed werkt en er slechts weinig bloeditwisseling tussen de baby's plaatsvindt. Bij tweelingen met type 2-sFGR is de uitkomst onzeker, vooral wanneer de abnormale bloedstroom al vroeg in de zwangerschap ontstaat. Het welzijn van de kleinste baby met type 2-sFGR verslechtert meestal naarmate de zwangerschap vordert. De overlevingskansen van deze tweelingen zijn lager dan bij type 1 en 3, namelijk rond de 70 procent. Tweelingen met type 2-sFGR worden gemiddeld rond 32 weken zwangerschapsduur geboren of eerder, als de gezondheid van de kleinste baby verslechtert.

## Type 3

Een **wisselend positieve en afwezige of negatieve bloedstroom** in de navelstreng van de kleinste baby (type 3) wordt veroorzaakt door het heen en weer stromen van bloed in een grote slagaderverbinding (arterio-arteriële bloedvatverbinding) tussen de twee baby's. Bij tweelingzwangerschappen met type 3-sFGR geeft de grootste baby met het grootste placentadeel extra zuurstof en voedingsstoffen aan de kleinste baby met het kleinste placentadeel. Zo kan de kleinste baby toch doorgroeien. De meeste tweelingen met type 3-sFGR doen het goed en de overlevingskansen liggen tussen de 80 en 85 procent.

Maar er zijn ook risico's verbonden aan de grote slagaderverbinding. In één op de tien tweelingzwangerschappen met type 3-sFGR kunnen plotselinge veranderingen ontstaan in de bloeditwisseling

tussen de twee baby's en kan één baby plots veel bloed verliezen via de grote slagaderverbinding. In het ergste geval kan dit leiden tot verlies van de kleinste baby of van beide baby's. Tweelingen met type 3-sFGR worden meestal geboren bij een zwangerschapsduur tussen 32 en 34 weken.

### **Samen sterk of samen kwetsbaar**

Aangezien monochoriale tweelingen een gedeelde bloedsomloop hebben, heeft de gezondheid van de ene baby invloed op de gezondheid van zijn of haar tweelingbroer- of zus. De tweeling kan elkaar via de gedeelde bloedvatverbindingen helpen groeien, maar ook in de problemen brengen. In het verdrietige geval dat de kleinste baby overlijdt in de buik, is er 50 procent kans dat de grootste baby ook komt te overlijden, omdat veel bloed van de grootste baby naar de overleden baby kan stromen. Als de grootste baby overleeft, is er ook ongeveer 30 procent kans op hersenschade.

Tweelingen met type 2- en type 3-sFGR hebben meer kans op problemen na de geboorte dan tweelingen met type 1-sFGR. Dit komt omdat tweelingen met type 2 en 3 vaker veel eerder geboren worden en kleiner zijn dan tweelingen met type 1-sFGR. Verder zien we dat de grootste baby iets vaker hulp nodig heeft met ademondersteuning direct na de geboorte dan de kleinere tweelingbroer of -zus.

## LANGETERMIJNUITKOMSTEN

De risico's op gezondheidsproblemen op lange termijn hangen af van de ernst van de sFGR en de zwangerschapsduur bij geboorte. Als het veilig is om de baby's langer in de buik te laten groeien, zullen ze zwaarder zijn bij de geboorte. De kans op gezondheidsproblemen op lange termijn wordt dan kleiner.

Tweelingen met type 2- en type 3-sFGR worden eerder geboren en zijn kleiner. Daardoor zijn ze kwetsbaarder voor ontwikkelingsproblemen. Op dit moment zijn er slechts een paar studies die de ontwikkeling van kinderen met selectieve groeirestrictie hebben onderzocht.

De meeste kinderen maken een normale ontwikkeling door. Het kleinste kind heeft iets meer kans op milde ontwikkelingsproblemen dan het grootste kind (35 tegenover 10 procent). Zowel het kleinste als het grootste kind heeft een kans van 5 procent op het ontwikkelen van ernstige ontwikkelingsproblemen.

Vanwege de gezondheidsproblemen die bij ernstige vroeggeboorte kunnen bestaan, zal uw tweeling na de geboorte regelmatig controles krijgen om problemen in de ontwikkeling zo vroeg mogelijk op te sporen als de geboorte voor 32 weken moet plaatsvinden of als de baby minder dan 1.500 g weegt. Deze follow-up wordt uitgevoerd door een gespecialiseerd team bestaande uit een kinderarts, ontwikkelingspsycholoog, kinesist, orthopedagoog en logopedist.

# OPVOLGING TIJDENS DE ZWANGERSCHAP

## ECHOCONTROLES

De tweeling zal regelmatig gecontroleerd worden met behulp van echografisch onderzoek.

Met echografie kunnen wij de groei, bloedstromen en het vruchtwater van de baby's controleren. Als we aanwijzingen vinden dat de gezondheid van de baby's achteruitgaat, zullen wij de volgende stappen met u bespreken.

Hoe vaak de echocontroles nodig zijn, hangt af van de ernst van de sFGR en de zwangerschapstermijn. Dit kan van één keer per twee weken toenemen tot twee keer per week. Soms wordt er een ziekenhuisopname geadviseerd om de gezondheid van de tweeling beter in de gaten te kunnen houden (zie 'ziekenhuisopname en geboorte').

## BEHANDELING

Er bestaat op dit moment geen behandeling die sFGR kan genezen. Met behulp van echografisch onderzoek houden wij de tweeling aandachtig in de gaten en bepalen we of een behandeling of een geplande bevalling nodig is.

### Selectieve reductie

Er kan selectieve reductie worden overwogen bij tweelingen met type 2- of type 3-sFGR, als een vermoeden bestaat dat de sFGR

ernstig en levensbedreigend is voor één of beide baby's. Selectieve reductie is een ingreep waarbij de navelstreng van de kleinste baby wordt dichtgemaakt, waardoor de bloedtoevoer naar de kleinste baby stopt. De kleinste baby komt hierdoor te overlijden. Het doel van selectieve reductie is de uitkomst en kans op overleving van de grootste baby verbeteren. De kansen op overleving voor de grootste baby na selectieve reductie zijn goed en liggen tussen de 80 en 90 procent. Deze baby's worden gemiddeld bij 35 tot 37 weken geboren.

Uw gynaecoloog zal deze ingreep verder in detail met u bespreken wanneer dit nodig is. Wij zullen de risico's van de ingreep afwegen tegen de ernst van de sFGR en de risico's van eventuele sterfte en schade zonder behandeling. Bij deze afweging houden we ook rekening met wat u zelf belangrijk vindt.

### Laserbehandeling

Laserbehandeling van de bloedvatverbindingen op het placentaoppervlak is een ingreep die TTTS en TAPS kan genezen. Laserbehandeling kan echter niet de placenta opnieuw verdelen. De ongelijke placentaverdeling – de hoofdoorzaak van sFGR – kan dus niet worden opgelost met een laserbehandeling. Ook bloedvatverbindingen die zorgen dat de kleinste baby extra voedingsstoffen en zuurstof kan krijgen van de grootste baby, worden bij laserbehandeling dichtgemaakt. Dit kan leiden tot een verminderde overlevingskans van 30 tot 40 procent voor de kleinste baby en 70 procent voor de grootste baby. Wij raden laserbehandeling daarom alleen aan bij monochoriale tweelingen met selectieve groeirestrictie én TTTS of TAPS.

## ZIEKENHUISOPNAME EN GEBORTE

Het beste tijdstip van bevallen zal ingeschat worden op basis van de gezondheid van de baby's en de echobevingen.

Er is geen hard bewijs over hét beste tijdstip om te bevallen. Meestal worden tweelingen met type 1-sFGR geboren tussen de 34 en 36 weken zwangerschapsduur. Tweelingen met type 2-sFGR worden gemiddeld rond 32 weken geboren, of eerder, als de gezondheid van de kleinste baby verslechtert. Tweelingen met type 3-sFGR worden meestal geboren bij een zwangerschapsduur tussen 32 en 34 weken.

Soms is het nodig dat u wordt opgenomen in het ziekenhuis om de tweeling nog beter in de gaten te houden met een hartfilmpje (cardiotocografie - CTG). Een geplande ziekenhuisopname is doorgaans alleen nodig bij tweelingen met type 2- of type 3-sFGR en begint rond een zwangerschapsduur van 28 weken of later. De gynaecoloog zal dit met u bespreken.

Wanneer een tweeling geboren wordt vóór een zwangerschapsduur van 32 tot 34 weken is een opname op de afdeling neonatale intensieve zorg vaak noodzakelijk. Hetzelfde geldt voor een baby die heel klein is bij de geboorte (< 2.500 gram). Onze neonatologen zullen u hier meer uitleg over geven vóór de geplande bevalling.

## OUDERBEGELEIDING

De diagnose selectieve groeirestrictie kan een grote invloed hebben op het leven van (aanstaande) ouders. Om ouders te begeleiden en te ondersteunen tijdens deze intensieve en soms onzekere zwangerschap bieden wij ouderbegeleiding aan door

een psycholoog en/of sociaal werker. Zij staan jullie bij tijdens spannende, verdrietige en mooie momenten. Daarnaast bieden ze ook ondersteuning bij praktische vragen (zoals vragen over verzekering, verlof, opties voor ondersteuning via de gemeente). Zij blijven ook na de geboorte betrokken als de baby's op de afdeling neonatale intensieve zorg liggen.

## DE CONTRAST-STUDIE

Om de uitkomsten van tweelingen met selectieve groeirestrictie op termijn beter te kunnen voorspellen, hebben we een internationale studie opgezet. Deze studie heet de CONTRAST-studie. UZ Leuven, LUMC (Leiden), Karolinska University Hospital (Stockholm), BCNatal (Barcelona), Mount Sinai Hospital (Toronto) en Boston Children's Hospital (Boston) werken hierbij samen om de zorg voor tweelingzwangerschappen met selectieve groeirestrictie te verbeteren.

Als u wilt deelnemen aan deze studie, dan zullen wij tijdens de geplande echo enkele extra echografische metingen verrichten en onderzoeken of die mogelijk de gezondheid van de baby's beter kunnen voorspellen. Ook zullen we de placenta's van de tweelingen met selectieve groeirestrictie onderzoeken. Voor meer informatie kunt u terecht bij de artsen van het tweelingteam.

Omdat we de uitkomst van sFGR-tweelingen proberen te verbeteren, zijn er altijd een aantal onderzoeksprojecten (zoals de CONTRAST-studie) waaraan u kunt deelnemen als u dit wenst. U bent hier volledig vrij in. U kunt meer informatie krijgen bij de artsen van het tweelingteam UZ Leuven of via de flyers van het echocentrum van gynaecologie en verloskunde.

## SAMENVATTING

- ✓ Bij sFGR is er sprake van een groot groeiverschil tussen de tweeling. Dit wordt meestal veroorzaakt door een ongelijke verdeling van de placenta.
- ✓ sFGR wordt op basis van het bloedstroomprofiel in de navelstreng van de kleinste baby onderverdeeld in 3 types.
- ✓ Met behulp van echografisch onderzoek houden we de ontwikkeling van de sFGR tweeling nauwlettend in de gaten.

### Selectieve foetale groeirestrictie:

20% van de monochoriale tweelingen

≥ 20% verschil in gewicht

Ongelijke placentaverdeling

Controle met **echografie**

Bevindingen voorspellen **uitkomst** en **behandeling**.

Langetermijn-uitkomsten hangen af van **verschillende** factoren.

**Problemen in ontwikkeling** komen vaker voor.





# HET VERHAAL VAN LARS EN FLORIS

## WAT EEN ROLLERCOASTER IS HET GEWEEST!

Bij het horen van het nieuws dat ik zwanger was van een eeneiige tweeling waren we verrast en erg onder de indruk. We waren blij, maar tegelijkertijd ook wat ongerust. We werden heel snel doorverwezen naar UZ Leuven, omdat het om een hoogrisico-zwangerschap ging die van nabij moest opgevolgd worden.

Om de twee weken ging ik op controle in het ziekenhuis. Het was altijd spannend en bang afwachten. Al vrij snel werd duidelijk dat

“Ik heb niet altijd ten volle beseft dat de situatie op bepaalde momenten toch wel heel ernstig was”

de placenta ongelijk verdeeld was. De navelstreng van de kleinste baby zat aan de rand van de placenta, terwijl de navelstreng van de grote baby mooi in het midden zat. De doorbloeding bij de kleinste baby was verre van optimaal. Het kon nog alle kanten opgaan.

Het vreemde was dat ik me eigenlijk wel goed voelde en weinig last had van zwangerschapskwaaltjes. De geruststellende en motiverende woorden tijdens de consultaties deden deugd en stelden ons ook in staat om ons niet de ganse tijd zorgen te maken en toch ook wat te genieten van de zwangerschap. Achteraf bekeken denk ik wel eens dat ik niet altijd ten volle beseft heb dat de situatie op bepaalde momenten toch wel heel ernstig was.

Ik wist al een hele tijd dat ik op 28 weken zou opgenomen worden, zodat alles goed kon opgevolgd worden. Zo lag ik drie keer per dag aan de monitor en twee keer per week werd een echo genomen. Soms was het even spannend, want de hartslagen van onze kindjes



werden niet altijd even snel gevonden. De bedoeling was om de zwangerschap te rekken tot 32 weken. Maar op 31 weken en 2 dagen zijn Lars en Floris geboren. Lars had nog geen zin om de wereld te ontdekken, maar het risico voor Floris was te groot geworden.

Bij de geboorte woog Floris 915 gram en Lars 1,536 kg. De kindjes werden meteen meegenomen en onderzocht door de kinderartsen. Lars

hebben ze nadien heel eventjes uit de couveuse gehaald zodat ik z'n handje even kon vasthouden. Floris was te klein en moest meteen in de couveuse naar de dienst neonatologie.

Gelukkig kon ik wel dezelfde dag nog bij de jongens op bezoek.

“Hij drinkt gelijk ene van 2 kg”

Hun verblijf op de dienst neonatologie was spannend. Elke keer als ze een sprongetje voorwaarts maakten, waren we heel blij: minder of geen ondersteuning meer bij het ademen, de eerste keer een body'tje aan, de eerste keer in het badje, samen op een tweelingkamer, de eerste keer met hen allebei samen kangoeroeën, het dak dat van de couveuse mag, geen alarmpjes meer, aan de borst drinken, de maagsonde weg, slapen in een gewoon bedje ...

Ook trokken we ons op aan uitspraken als “hij drinkt al 8 keer 25 ml”, “hij is superfliink, hij drinkt *gelijk ene van 2 kg*”, “als hij kan drinken *gelijk ne grote van 2 kg*, dan kan hij ook in bad *gelijk ne grote*”,

“wat een sterke kerel, hij ligt helemaal dwars in z’n couveuse”, “ze zijn sterk, ze bewegen nogal tijdens het verschonen, dat belooft voor later”... Wij gingen dan helemaal mee in het positieve verhaal: “Waaaauw, onze boys doen het supergoed!”

Soms was het een stapje achteruit, om er dan nadien weer vooruit te zetten. Zo moest Floris bijvoorbeeld enkele keren onder de ‘blauwe lamp’ liggen. Op een bepaald moment leek de huid bij allebei wat ‘bloemig’, waardoor de dokters dachten dat ze een virus hadden en een bloedtransfusie nodig was. Een klein deeltje in de hersenen bij Lars dat wat meer oplichtte, waarvan ze geen grote problemen verwachtten, maar wat wel verder opgevolgd moest worden. Zulke dingen zorgden ervoor dat we telkens in een rollercoaster van emoties terecht kwamen: van even schrikken, verdriet hebben, de dingen goed proberen te vatten naar meer relativeren en er op een positieve manier weer tegenaan gaan. De zorgteams hebben ons

“Eindelijk alle jongens thuis!”

daar erg in geholpen. Het deed deugd om onze zorgen te kunnen delen en naar goede raad te kunnen luisteren.

Na zeven weken, op 15 oktober mocht Lars naar huis. Joepie! Grote broer Vince is vol trots zijn broer komen ophalen. Omdat Floris nog te klein was, moest hij in het ziekenhuis blijven. Het was een drukke periode, het was niet zo gemakkelijk om de aandacht te verdelen tussen onze drie jongens. Elke dag zat ik samen met Lars bij Floris in het ziekenhuis. Maar wanneer ik ’s avonds met Lars naar huis ging, moest ik Floris in het ziekenhuis achterlaten. Ook al wist ik dat hij daar de beste zorgen kreeg van een geweldig team, toch voelde het vreemd om mijn ene zoon mee te nemen naar huis en mijn andere zoon niet. Maar een maand later, op 14 november, mocht Floris ook eindelijk naar huis. Yes! Eindelijk alle jongens thuis!

En dan begon ... een nog drukkere periode. Het was ook wel wat wennen dat de veiligheid en de vertrouwdheid van het ziekenhuis wegvielen: geen monitors meer, niet meteen iemand in de buurt om snel een vraag aan te stellen ... We moesten beginnen te vertrouwen op onze eigen intuïtie en ons eigen kunnen. Een bemoedigend woord dat we goed bezig waren, kon wonderen doen. En wat was het fijn om onze jongens echt te leren kennen! De eerste winter thuis was nog erg oppassen omdat Floris en Lars snel ziek konden worden, maar nadien ging het beter en beter.

Na een klein jaar belandden we bij de kinesist, omdat Lars toch wat moeilijkheden ondervond bij bijvoorbeeld de overgangen van lig- naar zithouding en het kruipen. Hij was een echte 'poepschuiver'. Door de oefeningen en bemoedigende woorden van de kinesiste maakte Lars grote vorderingen. Na een afspraak op de dienst kinderneurologie vernamen we dat Lars cerebrale parese (CP) heeft. Ook al werd er enkele weken na de geboorte aangegeven dat er misschien iets kon zijn, toch hadden we daar niet al te veel bij stilgestaan, mede door de drukte.

We (over)leefden in die periode van dag tot dag. Als mensen ons nu vragen hoe we dat toen allemaal gedaan hebben, dan weten we het nog altijd niet goed. We stonden ervoor en we zijn er gewoon voor gegaan. Soms hebben we de dingen heel



“Zijn doorzettings-  
vermogen en durf  
zijn enorm”

bewust en intens beleefd en andere dingen zijn dan weer in een roes aan ons voorbijgegaan. Het was schipperen in aandacht tussen Lars en Floris en ook onze grote man Vince mochten we niet uit het oog verliezen. Want ook voor hem was het wennen, ineens kwamen er twee broertjes bij die veel aandacht en zorg nodig hadden.

Ondertussen zijn Floris en Lars vier jaar. Het zijn twee energieke kereltjes die het heerlijk vinden om buiten te spelen en overall op te klimmen. Elke dag vragen ze: “Gaan we buiten iets leuks doen?” Samen hun grote broer Vince (zeven jaar) zorgen ze voor veel animo. Ze stellen het heel goed. Ze maken veel plezier en halen samen heel wat grapjes en deugnietenstreken uit. Ze zijn gestart met voetbal en judo, zodat ze zich helemaal kunnen uitleven. Het groeiverschil tussen beide is er nog altijd. Ergens wel handig, want moesten ze echt hetzelfde zijn van gestalte, dan zouden we ze heel moeilijk uit elkaar kunnen houden. Lars haalt geregeld aan dat hij groter is dan Floris en is een krak in het geven van opmerkingen als “Ik kan dat al, ik ben al groot. Floris gaat dat niet kunnen he, die is nog een beetje kleiner”. Hij zal verschieten wanneer hij beseft dat hij weliswaar iets groter is, maar toch de jongste is.

Binnenkort moet Lars voor het eerst spalkjes aan zijn benen dragen. Dat is weer even een meer confronterende periode. Ondanks dat onze sterke beer het geweldig doet, hadden we hem dit natuurlijk allemaal liever bespaard. We beseffen dat Lars het ontzettend goed doet en dat het allemaal veel erger had kunnen zijn. Maar anderzijds had er natuurlijk ook niets aan de hand kunnen zijn. Op de moeilijke momenten proberen we verder te gaan, hopen, maar ook wetend dat hij er wel zal komen. Zijn doorzettingsvermogen en durf zijn enorm.

Als we zien hoe klein Lars en Floris bij de geboorte waren en waar ze nu staan, dan kunnen we alleen maar dankbaar en ontzettend trots zijn. En als we ons even beklagen over de drukte in huis met drie energieke, temperamentvolle, discussiërende jongens, dan komt telkens dat zinnetje van op neonatologie weer boven: “We zijn er zeker van dat het twee hevige karaktertjes gaan zijn, maar het is doordat het zo’n vechtertjes zijn dat ze het gehaald hebben.” Dan kunnen we toch alleen maar heel trots en gelukkig zijn met onze geweldige jongens!

## STEUN ONS

Meer informatie over giften vindt u op [www.uzleuven.be/steun](http://www.uzleuven.be/steun).

## MEER INFORMATIE?

### **Informatie over bevallen:**

[www.uzleuven.be/gynaecologie-en-verloskunde/verloskunde/bevalling](http://www.uzleuven.be/gynaecologie-en-verloskunde/verloskunde/bevalling)

### **Informatie over de afdeling neonatologie:**

[www.uzleuven.be/neonatologie](http://www.uzleuven.be/neonatologie)

### **Contactgegevens foetaal team UZ Leuven:**

[fetal.medicineleuven@uzleuven.be](mailto:fetal.medicineleuven@uzleuven.be)

© september 2024 UZ Leuven

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

Ontwerp en realisatie

Deze tekst werd opgesteld door de dienst gynaecologie en verloskunde in samenwerking met de dienst communicatie.

Je vindt deze brochure ook op [www.uzleuven.be/brochure/701733](http://www.uzleuven.be/brochure/701733).

Opmerkingen of suggesties bij deze brochure kun je 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)

 my nexuz health



Raadpleeg je medisch dossier  
via [nexuzhealth.com](http://nexuzhealth.com)  
of download de app

