

## NAČIN DOVRŠENJA POROĐAJA BLIZANAČKE TRUDNOĆE

*Velena Radošević*

*Pregled*

*Ključne riječi:* blizanačka trudnoća, porođaj blizanaca

**SAŽETAK.** Blizanačke trudnoće imaju povišen rizik komplikacija u porođaju, zbog intraportalne asfiksije i malprezentacija plodova. Porođaj bikorionskih/ biamnijskih blizanaca treba dovršiti između 38. i 39. tjedna trudnoće, a porođaj monokorionskih/ biamnijskih blizanaca treba dovršiti između 36. i 37. tjedna. Kod blizanaca u stavu glava-glava, u odsutnosti drugih opstetričkih indikacija porođaj se treba voditi vaginalno, a kod blizanaca kod kojih vodeća čest prvog blizanca nije glava preporuča se učiniti carski rez. Kod blizanaca kada je kod prvog vodeća čest glava, a drugog zadak, ili je drugi u poprečnom ili u kosom položaju, moguć je vaginalni porođaj u prisutstvu iskusnog opstetričara i uz pristanka trudnice/rodilje. Ishodi vaginalnog porođaja blizanaca nakon prethodnog carskog reza su podjednako uspješni kao kod jednoplodnih trudnoća. Nakon porođaja prvog blizanca potreban je intenzivni nadzor drugog blizanca. Kada je kardiotokografski zapis uredan nije ograničeno vremensko razdoblje unutar kojeg se treba dovršiti porođaj.

Broj i učestalost višeplođnih trudnoća se neprekidno povećava, a djeca iz takvih trudnoća i danas imaju manje izgleda preživjeti i uredno se razvijati.

Blizanačke trudnoće imaju povišen rizik komplikacija u porođaju, poput nepravilnosti fetalnog srčanog ritma i malprezentacija plodova (1). Spontani ili medicinski indicirani prijevremeni porođaj komplicira više od 50% blizanačkih trudnoća tako da je o planiranju dovršenja trudnoće teško govoriti i vrlo često ne ovisi o opstetričaru.

Nema jedinstvenih preporuka za dovršenje bikorionskih/biamnijskih (BCBA) trudnoća. Međutim, kod urednih BCBA blizanaca preporuča se dovršenje između 38 i 39 tjedana trudnoće. Blizanačke trudnoće komplicirane s intrauterinim zastojem u rastu se dovršavaju prije navršenih 38 tjedana (2, 3). Prema epidemiološkim istraživanjima nađena je najniža stopa perinatalnog mortaliteta kada se trudnoća dovršava između 37. i 39. tjedna u usporedbi s jednoplođnim trudnoćama kod kojih je najpovoljnija gestacijska dob za dovršenje trudnoće između 39. i 41. tjedna (1).

Prema randomiziranoj studiji iz 2016. godine preporuča se dovršiti bikorionsku blizanačku trudnoću između 37. i 38. tjedna (4). Autori su pokazali da je u bikorionskoj blizanačkoj trudnoći rizik za intrauterinu smrt jednak stopi neonatalnih smrti između 37. i 38. tjedna, a rizik za intrauterinu smrt značajno premašuje rizik neonatalne smrti između 38. i 39. tjedna i kasnije. Stopa neonatalnog morbiditeta, uključujući respiratorni distress sindrom, sepsu i primitke u jedinice intenzivne skrbi, je niža u kasnijoj gestacijskoj dobi. Ovi zaključci su ograničeni nedostatkom podataka o kvaliteti ultrazvučnih pregleda, antepartalnim nadzorom fetusa, načinom dovršenja trudnoće i razinom neonatalne skrbi. Većina autora smatra da se nekomplikirane bikorionske blizanačke trudnoće dovršavaju između 38. i 39. tjedna (3,4,5).

Kao i u jednoplođnim trudnoćama, postoji značajan rizik za razvoj respiratornog distress sindroma u prije-

vremeno rođenih blizanaca. Chasen i sur. (5) su procjenjivali pojavnost neonatalnih respiratornih poremećaja u novorođenčadi kod 126 žena koje su imale planirani carski rez u gestacijskoj dobi od 36 do 40 tjedana. Većina carskih rezova je učinjena zbog malprezentacije jednog ili oba blizanca, nije bilo fetalnih ili majčinih komplikacija koje su zahtijevale medicinski indicirani porođaj. Neonatalni respiratorni poremećaji su se javljali češće kod djece rođene između 36. i 37. tjedna u usporedbi s onima nakon 38. tjedna. U drugoj studiji blizanaca, koji su rođeni carskim rezom ili vaginalno između 36. i 37. tjedna, prevalencija respiratornog distresa je iznosila 23% u usporedbi sa 7% kod rođenih između 37. i 38. tjedna (6).

Ne postoje jasne preporuke kada dovršiti blizanačku MCBA trudnoću.

Cheong i sur.(1) u preglednom članku o planiranju dovršenja trudnoće kod nekomplikiranih MCBA blizanačkih trudnoća preporučuju porođaj u 36. tjednu trudnoće. ACOG (2) predlaže dovršenje trudnoće MC blizanaica između 34. i 38. tjedna trudnoće. Monokorionske/ biamnijske blizanačke trudnoće s međublizanačkim transfuzijskim sindromom se dovršavaju između 32. i 34. tjedna (7).

Monokorionske/monoamnijske trudnoće treba dovršiti do 34. tjedna trudnoće.

### Način dovršenja trudnoće

Nema jedinstvenog mišljenja o načinu dovršenja blizanačke trudnoće. Blizanačka trudnoća se često dovršava carskim rezom, više od 60% blizanaca je rođeno carskim rezom. Neonatalni ishodi su najbolji kod elektivnog carskoga reza. Međutim, carski rez nosi povećan maternalni morbiditet i mortalitet.

Način dovršenja trudnoće bi se trebao planirati s obzirom na stav blizanca, korioničnost i opstetričkom nalazu. Za vaginalni porođaj bikorionskih blizanaca se treba odlučiti kada je prvi bliznac u stavu glavom.

Sljedeće činjenice potvrđuju da je taj pristup ispravan, u "The Twin Birth Study". U istraživanje je uključeno 1398 trudnica između 32. i 39. tjedna trudnoće, s prvim blizancem u stavu glavicom. Istraživane trudnice s su podijeljene u dvije skupine. U jednoj skupini se porođaj češće dovršio vaginalno, a u drugoj carskim rezom (9). Randomizirano istraživanje je potvrdilo da elektivni carski rez ne poboljšava perinatalni ishod u odnosu na vaginalno rađanje, bez obzira na stav drugog blizanca. Većina autora je suglasna da je vaginalni porođaj jednako siguran za oba blizanca. Međutim, dokazano je da carski rez smanjuje stopu intrakranijskih krvarenja kod djece vrlo niske porođajne težine (ispod 1500 g) kod jednopodne, a i kod blizanačkih trudnoća, bez obzira na njihov stav (10). Stav glava-glava čini otprilike 42% blizanaca i općenito je prihvaćeno da tada porođaj vodi vaginalno u bilo kojoj gestacijskoj dobi. U 7% slučajeva prvi blizanac je u stavu zatkom, a drugi u stavu glavicom. Oba blizanca u stavu zatkom su u 6% slučajeva, a u poprečnom položaju je 5% blizanaca. Ostale kombinacije čine oko 1% blizanaca. Kod stava zadak/glava za vrijeme vaginalnog rađanja postoji opasnost od nastanka tzv. kolizije blizanaca.

Blizanci koji nisu bili u stavu glavom i težili su ispod 1500 grama, a porođeni su vaginalno imali su značajno niži Apgar indeks u usporedbi s onima koji su porođeni carskim rezom (37% : 20%). Većina autora predlaže carski rez ukoliko je prvi blizanac u bilo kojem drugom stavu osim stavom glavicom, a iznimka mogu biti blizanci u stavu zatkom. U 38% slučajeva prvi blizanac je u stavu glavom dok je drugi nije stavu glavom. Prema ACOG-ovim smjernicama kod bikorionskih blizanačkih trudnoća nakon 32 tjedna trudnoće kada je prvi blizanac u stavu glavom smatra se da je vaginalni porođaj realna opcija bez obzira na prezentaciju drugog.

Podaci o pokušaju vaginalnog porođaja blizanaca nakon prethodnog carskog reza su nedostadni no pokazuju da su ishodi slični kao kod žena s jednoplođnim trudnoćama koje rađaju vaginalno nakon prethodnog carskog reza (10,11). Jedna od najvećih serija koja prikazuje učestalost ruptura uterusa u 16 od 1850 žena s blizanačkom trudnoćom, je pokazala da je ova stopa usporediva s jednoplođnim trudnoćama (11). Uspješan vaginalni porođaj je postignut u 45% blizanačkih i 62% kod jednoplođnih trudnoća (11). Trudnoća s monokorionskim blizancima nije kontraindikacija za vaginalni porođaj. Donošenje odluke trebalo bi se povoditi istim načelima kao i za bikorionske, a carski rez će se učiniti kada prvi blizanac nije u stavu glavicom i kod uobičajenih opstetričkih indikacija. Monoamnijske blizance se preporuča poroditi carskim rezom.

Višeplođne trudnoće imaju povišen rizik za nastanak komplikacija u trudnoći i za vrijeme porođaja, pa je

zbog toga potreban kontinuiran kardiokotografski nadzor.

Kod monokorionskih blizanaca nakon porođaja prvog blizanca potrebno je trenutno klemanje pupkovine zbog opasnosti od gubitka krvi kod drugog blizanca. Drugi blizanac ima lošiji perinatalni ishod zbog brojnih komplikacija kao što su intrapartalna asfiksija, ispala pupkovina, abrupcija placente i dr. Porođaj drugog blizanca može se dovršiti i carskim rezom što se dešava u oko 4 do 10% slučajeva.

## Literatura

1. Cheong-See F, Schuit E, Arroyo-Manzano D, et al. Prospective risk of stillbirth and neonatal complications in twin pregnancies: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2016; 354:i4353.
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no.560: Medically indicated late-preterm and early-term deliveries. *Obstet Gynecol* 2013;121:908. Reaffirmed 2017.
3. Breathnach FM, McAuliffe FM, Geary M, et al. Optimum timing for planned delivery of uncomplicated monochorionic and dichorionic twin pregnancies. *Obstet Gynecol* 2012; 119:50.
4. Barrett JF, Hannah ME, Hutton EK, et al. A randomized trial of planned cesarean or vaginal delivery for twin pregnancy. *N Engl J Med* 2013; 369:1295.
5. Chasen ST, Madden A, Chervenak FA. Cesarean delivery of twins and neonatal respiratory disorders. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:1052.
6. Burgess JL, Unal ER, Nietert PJ, Newman RB. Risk of late-preterm stillbirth and neonatal morbidity for monochorionic and dichorionic twins. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210:578.
7. Sullivan AE, Hopkins PN, Weng HY, et al. Delivery of monochorionic twins in the absence of complications: analysis of neonatal outcomes and costs. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 206:257.
8. Burgess JL, Unal ER, Nietert PJ, Newman RB. Risk of late-preterm stillbirth and neonatal morbidity for monochorionic and dichorionic twins. *Am J Obstet Gynecol* 2014; 210:578.
9. Asztalos EV, Hannah ME, Hutton EK, et al. Twin Birth Study: 2-year neurodevelopmental follow-up of the randomized trial planned cesarean or planned vaginal delivery for twin pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2016; 214:371.
10. Rossi AC, Mullin PM, Chmait RH. Neonatal outcomes of twins according to birth order, presentation and mode of delivery: a systematic review and meta-analysis. *BJOG* 2011;118:523.
11. Sansregret A, Bujold E, Gauthier RJ. Twin delivery after a previous caesarean: a twelve-year experience. *J Obstet Gynecol Can* 2003; 25:289.

*Adresa autora:* Dr. Velena Radošević, Klinika za ženske bolesti i porođaje, Petrova 13, 10000 Zagreb, e-pošta: v\_radošević@yahoo.com

Department of Obstetrics and Gynecology, Clinical Hospital Center Zagreb

## MODE OF DELIVERY IN TWIN PREGNANCY

*Velena Radošević*

*Review*

*Key words:* twin pregnancy, delivery of twins

**SUMMARY.** Delivery should be planned between 38 to 39 weeks of pregnancy for dichorionic/diamniotic twins. Delivery of monochorionic/diamniotic twins is best to plan between 36 to 37 weeks. For cephalic–cephalic position of the twins we suggest vaginal delivery in the absence of standard indications for cesarean delivery and when the first twin is not in cephalic position we suggest cesarean delivery. For cephalic – noncephalic twins, suggestion is trial of labor and breech extraction of the second twin. Available data are reassuring that outcomes in women with twins attempting vaginal birth after a previous cesarean delivery are similar to those with singletons undergoing a trial of labor. However, these data are insufficient to definitively establish that the uterine rupture rates are comparable. After the delivery of the first twin, the heart rate and position of the second twin should be evaluated. As long as the fetal heart rate tracing is reassuring, there is no duration of elapsed time from delivery of the first twin necessitates intervention to deliver the second twin.