

Information om reduktion vid trillinggraviditet

Du väntar något så ovanligt som trillingar! Endast ca 20 gravida om året i Sverige föder just trillingar. Det kan vara roligt och välkommet att vänta trillingar, men det är också förenat med en del ökade risker. Denna patientinformation är tänkt att ge dig mer kunskap om riskerna med graviditeten och med åtgärderna man kan vidta, för att du ska ha möjlighet att fatta ett informerat beslut om hur du vill gå vidare. Oavsett vad du väljer så kommer du följas och övervakas med täta kontroller under din graviditet.

Tre olika typer av trillingar

Det vanligaste är trillingar som har var sin moderkaka och ligger i var sin inre fostersäck. De kallas trikoriona triamniotiska (TCTA). Mindre vanligt är trillingar där två av fostren utgör ett enäggstvillingpar och delar en gemensam moderkaka, men ligger i var sin fostersäck. De kallas dikoriona triamniotiska (DCTA). Den ovanligaste varianten av trillingar är monokoriona triamniotiska (MCTA) där alla trillingar delar en gemensam moderkaka, men ligger i varsin fostersäck. Risken för fosterdöd, för tidig födelse samt för sjuklighet och neurologisk funktionsnedsättning är större hos DCTA trillingar än hos TCTA och allra störst hos MCTA. Detta beror framför allt på komplikationer som kan uppstå, när flera foster delar en gemensam moderkaka. Risk för fosterdöd vid DCTA trillingar är 3 gånger ökad, jämfört med TCTA (ca 15% i jämförelse med ca 5% för TCTA) och risken för neurologisk funktionsnedsättning är 5 ggr ökad, jämfört med TCTA. Motsvarande siffror för MCTA är mer osäkra då det är väldigt ovanligt med den typen av trillingar, men är troligen högre än övriga.

Risker med en trillinggraviditet

Att vänta trillingar ökar riskerna för komplikationer både för den gravida kvinnan och för de väntade barnen. För kvinnan ökar risken bland annat för högt blodtryck, havandeskapsförgiftning, graviditetsdiabetes, blodbrist, större blödning i samband med förlossningen och kejsarsnittsförlossning. Du kommer därför att gå på extra kontroller under graviditeten.

Trillingar föds i genomsnitt i graviditetsvecka 32–33. En tredjedel av trillingar föds ännu tidigare. Barn som föds före vecka 32 har ökad risk att dö eller för att få cerebral pares eller annan neurologisk funktionsnedsättning. Dessa risker är högre ju tidigare barnen föds. Risken är 5–17% för att något av barnen dör under fosterlivet eller nyföddhetsperioden, respektive 2–12% för neurologisk skada, beroende på vilken typ av trillinggraviditet det rör sig om (se nedan). Risken för annan sjuklighet, till exempel infektioner och lungsjukdom, är också ökad vid födelse före graviditetsvecka 32.

Reduktion vid trillinggraviditet

Fosterreduktion innebär att hjärtaktivitet avslutas på ett eller flera, men inte alla, foster i en flerbördsgraviditet. Detta görs vanligtvis genom att kaliumklorid sprutas in i hjärtat på det/de foster vars läge ger bäst möjlighet att komma åt med sprutan. Ingreppet görs oftast mellan graviditetsvecka 13 och 15 och ska helst göras före graviditetsvecka 16+0. Innan ingreppet görs bör ultraljudsundersökning av fostren utföras, för att försöka upptäcka eventuella missbildningar eller ökad risk för kromosomavvikelse hos något av fostren.

De vetenskapliga studier som finns har vissa svagheter vad gäller att kunna utvärdera för- och nackdelar med fosterreduktion. Vid reduktion av tre till två foster vid TCTA trillingar är risken för missfall under graviditeten ca 7%, vilket är ungefär dubbelt så högt jämfört med om man behåller alla tre foster. Risken för missfall är troligen lägre ju tidigare i graviditeten ingreppet görs och stiger med graviditetslängden, framför allt efter vecka 16+0. Däremot medför reduktion till två foster mer än halverad risk för att barnen föds mycket för tidigt och för den sjuklighet det kan innebära. Graviditetslängden vid födelsen ökar i medel 2–3 veckor efter en sådan reduktion. Det finns ännu inga

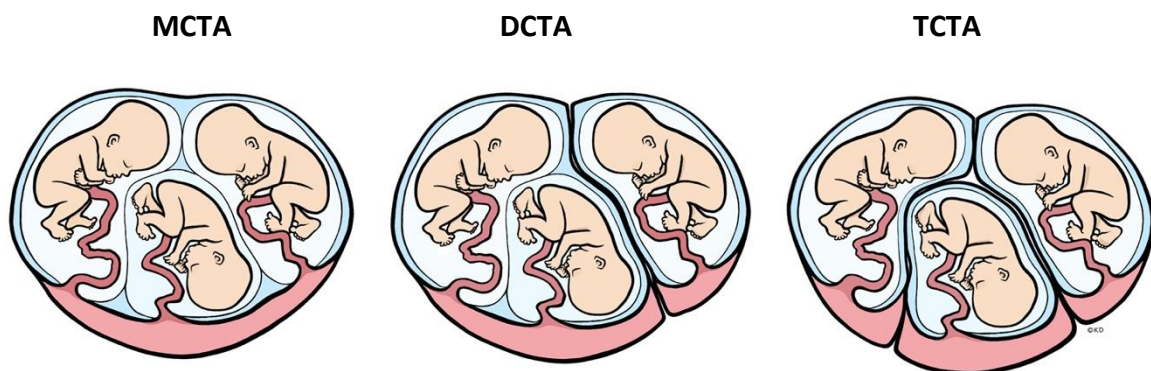
studier som kan påvisa fördelar längre fram, som exempelvis mindre risk för neurologisk skada, vid fosterreduktion, även om vi tror att längre graviditetslängd bör göra detta. Det finns heller inga studier som anger huruvida kvarvarande foster påverkas av det/de andra avlidna fostren.

Reduktion vid DCTA är lite mer komplicerat. Det är medicinskt mest fördelaktigt att ta bort en eller båda i enäggstvillingparet, då det är just den delade moderkakan som särskilt ökar riskerna vid DCTA trillingar. Reduktion till två (där ena enäggstvillingen tas bort) halverar risken för barnen att födas för tidigt och reduktion till en (där båda enäggstvillingar tas bort), minskar risken att födas för tidigt till 8%, dvs med 6 gånger. Vid reduktion av tre till två DCTA-foster är risken för missfall 15%, vilket är ungefär dubbelt så högt jämfört med om man behåller alla tre foster, medan vid reduktion till ett foster förefaller missfallsrisken inte vara ökad, jämfört med om man behåller alla tre. MCTA trillinggraviditet är extremt ovanligt och här är kunskapsläget mycket dåligt. Risken för komplikationer vid denna sorts trillinggraviditet är i sig extremt hög. Individuell information krävs.

Sammantaget så är tyvärr alla studier små och i nuläget kan vi inte vara säkra på om fosterreduktion är att föredra eller inte. Vid TCTA talar tillgängliga forskningresultat möjligen för att avvaktan (avstå reduktion) är att föredra om tre levande födda barn prioriteras medan reduktion kan vara att föredra om man prioriterar att minimera risken för förtidig förlossning. Reduktion vid DCTA påverkar sannolikt inte heller det totala antalet överlevande barn, men minskar risken för förtidig förlossning, särskilt vid reduktion från tre till en. Vid MCTA är kunskapsläget mycket osäkert.

Vad som är rätt beslut för dig beror på vad som är viktigast för just dig i det du just läst. Har du som gravid några riskfaktorer för att utveckla allvarliga graviditetskomplikationer för din egen del, så kan det också påverka beslutet. Oavsett om du väljer reduktion eller inte, så kommer vi i mödra- och förlossningsvården se till att du får bästa möjliga vård och omhändertagande under graviditeten.

Har du frågor, så prata gärna med din läkare.



Illustratör Katarzyna Duchnowska

Författare:

Ylva Carlsson, Överläkare, Med Dr, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Eleonor Tiblad, Överläkare, Med Dr, Karolinska Universitetssjukhuset

Jana Brodzki, Överläkare, Med Dr, Skånes Universitetssjukhus

På Uppdrag av Ultra-ARG/SFOG