



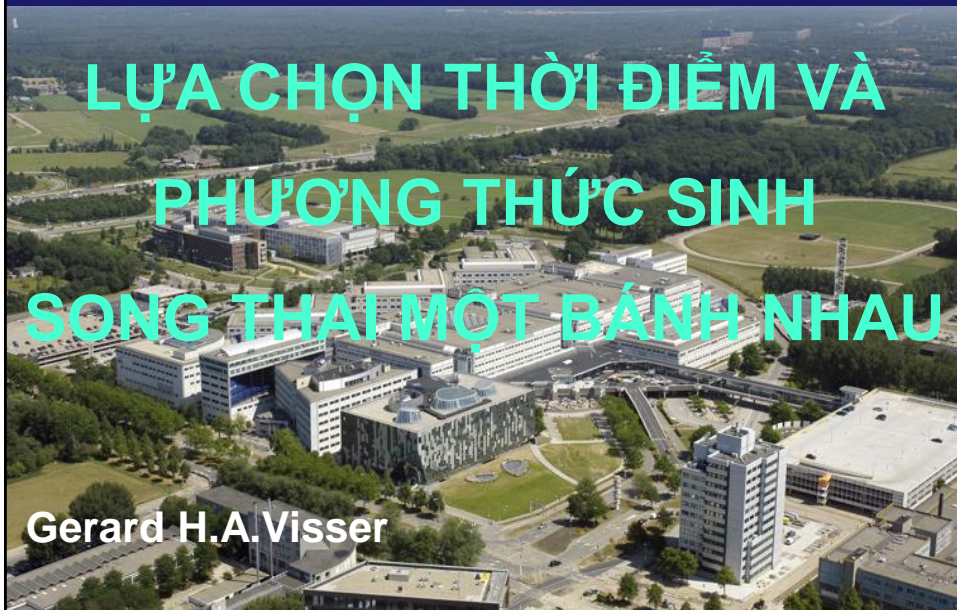
Hội nghị Sản Phụ khoa
Việt - Pháp - Châu Á - Thái Bình Dương
Lần thứ 17
TP. HCM, ngày 18 & 19/5/2017

GERARD H.A. VISSER

Giáo sư

Khoa Phụ Sản – Trung tâm Y khoa Đại học Utrecht – Hà Lan

University Medical Center, Utrecht, the NL




**LỰA CHỌN THỜI ĐIỂM VÀ
PHƯƠNG THỨC SINH
SONG THAI MỘT BÀNH NHAU**

Gerard H.A.Visser

**“Song thai” ??
không tồn tại thuật ngữ này**


**Ý của bạn là Một bánh nhau (MC)
hay Hai bánh nhau (DC)?**

Đa thai



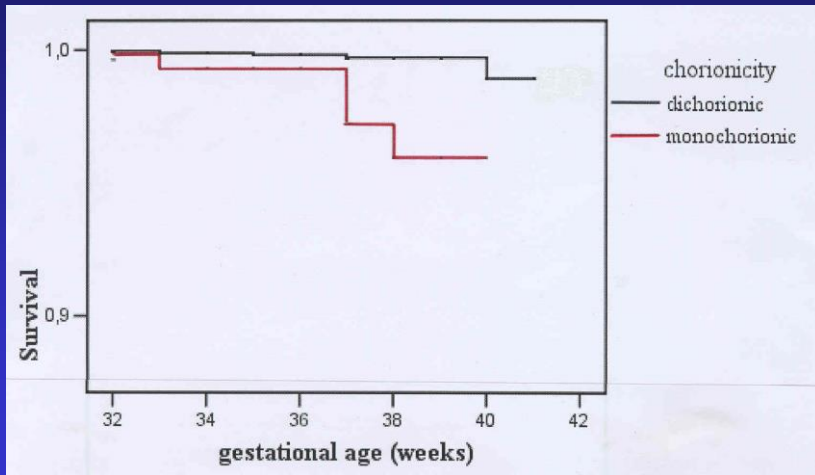
Sự phân chia bánh nhau

	DC	MC
Sảy thai (11-23 tuần)	2%	10%
Tử vong chu sinh (>23 tuần)	2%	4%
Thai chậm tăng trưởng (≥ 1)	20%	30%
Sinh non (<32 tuần)	5%	10%
Khiếm khuyết lớn	1%	4%



12 tuần	- Giải phẫu, đo NT	yes	yes
16, 18 & 20 tuần	- HC truyền máu song thai, thai chậm tăng trưởng chọn lọc	-	yes
20-22 tuần	- Giải phẫu, tăng trưởng, cổ tử cung	yes	yes
28, 32 & 36 tuần	- tăng trưởng*	yes	yes

Biểu đồ khả năng sống của 153 song thai 'không biến chứng' MC & 900 song thai DC trên 32 tuần

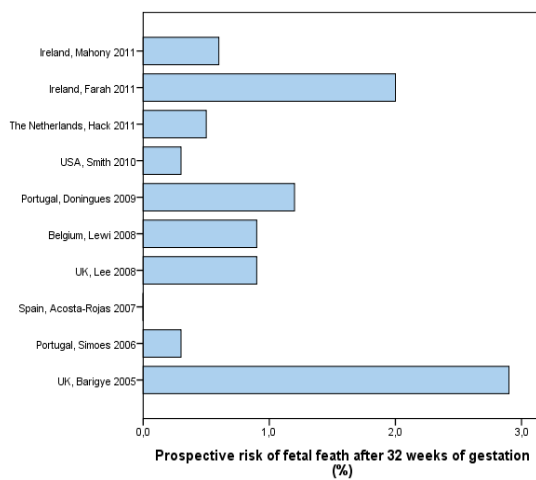


(Hack et al, BJOG, 2008)

Theo Y văn



Universitair Medisch Centrum
Utrecht



Tỉ lệ tử vong ở
thai > 32 tuần :
0.5-1.0%

Song thai một nhau hai ối > 32 tuần không biến chứng – Thai lưu

Author, year	Delivery 32-37 weeks		Delivery ≥37 weeks		Total (≥32 weeks)	
	IUD	No. of infants born	IUD	No. of infants born	IUD	No. of infants born
Cordero, 2005	0	106	0	0	0	106
Simões, 2006	1 (0.3)	314	0	18*	1 (0.3)	322
Acosta-Rojas, 2007	0	156	0	32	0	188
<u>This study</u>	3 (0.6)	512	2 (0.5)	420	5 (0.5)	932
Lee, 2008	1 (0.6)	170	1 (1.7)	60	2 (0.9)	230
Lewi, 2008	3 (1.3)	232	0	90	3 (0.9)	322
Hack, 2008	2 (1.3)	150	4 (2.8)	144	6 (2.1)	294
Barigye, 2005	8 (3.0)	264	0	14*	8 (2.9)	278

* According to personal communication with authors total number of infants born After 37 weeks of gestation estimated <5% of their total population.

Trẻ sơ sinh	1.904	778	2.682
Thai lưu	18	7	25

Song thai một nhau hai ối > 32 tuần không biến chứng – Thai lưu

Author, year	Delivery 32-37 weeks		Delivery ≥37 weeks		Total (≥32 weeks)	
	IUD	No. of infants born	IUD	No. of infants born	IUD	No. of infants born
Cordero, 2005	0	106	0	0	0	106
Simões, 2006	1 (0.3)	314	0	18*	1 (0.3)	322
Acosta-Rojas, 2007	0	156	0	32	0	188
This study	3 (0.6)	512	2 (0.5)	420	5 (0.5)	932
Lee, 2008	1 (0.6)	170	1 (1.7)	60	2 (0.9)	230
Lewi, 2008	3 (1.3)	232	0	90	3 (0.9)	322
Hack, 2008	2 (1.3)	150	4 (2.8)	144	6 (2.1)	294
Barigye, 2005	8 (3.0)	264	0	14*	8 (2.9)	278

* According to personal communication with authors total number of infants born After 37 weeks of gestation estimated <5% of their total population.

0.95%

0.90%

0.94%

Hack et al, BJOG 2011

Tử vong chu sinh ở song thai một nhau hai ối > 32 tuần

Tuổi thai	n Số trẻ	Tử vong chu sinh*	
32-34	50	2	2
34-36	58	0	
36-38	107	3 (37 ⁺³ ;37 ⁺⁶)	2
>38	78	2 (1 sơ sinh)	2
Total	293	7 (2.4%)	6*

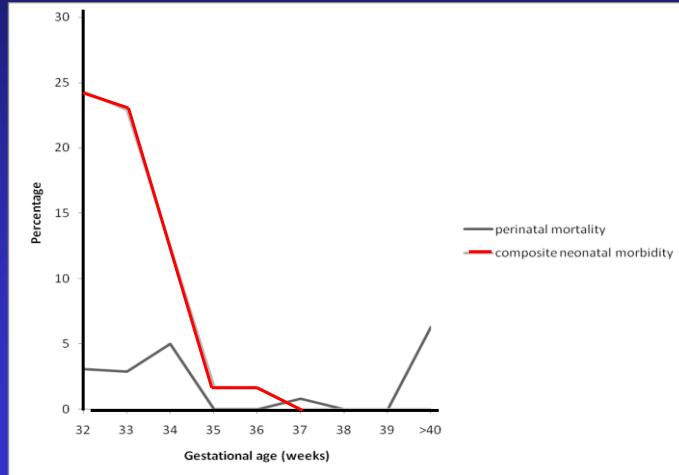
**6/7 trường hợp có dấu hiệu HC truyền
máu song thai**

Hack et al, BJOG, 2008 *= signs of TTS post mortum

Kết luận

- Tỷ lệ song thai một bánh nhau chết trong tử cung:
32-37 tuần 0.95%
>37 tuần 0.90%
- Song thai một bánh nhau không có biến chứng nên
chấm dứt thai kỳ lúc 37 tuần

Tỉ lệ tử vong và biến chứng nặng ở song thai một bánh nhau



Hack et al, BJOG, 2011,

RCOG Greentop guidelines 51

© 2016 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Timing and mode of delivery in uncomplicated monochorionic pregnancies

What is the optimal timing and method of delivery for otherwise uncomplicated monochorionic pregnancies (without TTTS, sGR or TAPS)?

Women with monochorionic twins should have timing of birth discussed and be offered elective delivery from 36⁺⁰ weeks with the administration of antenatal steroids, unless there is an indication to deliver earlier. [New 2016] C

It is appropriate to aim for vaginal birth of monochorionic diamniotic twins unless there are other specific clinical indications for caesarean section. A

Monochorionic monoamniotic (MCMA) pregnancies

What are the specific problems of MCMA pregnancies and how should they be managed?

MCMA twins almost always have umbilical cord entanglement when visualised using colour flow Doppler. Such a finding has not consistently been demonstrated to contribute to overall morbidity and mortality. [New 2016] D

MCMA twins have a high risk of fetal death and should be delivered by caesarean section between 32⁺⁰ and 34⁺⁰ weeks. [New 2016] D

Higher order multiple pregnancies with reference to monochorionicity

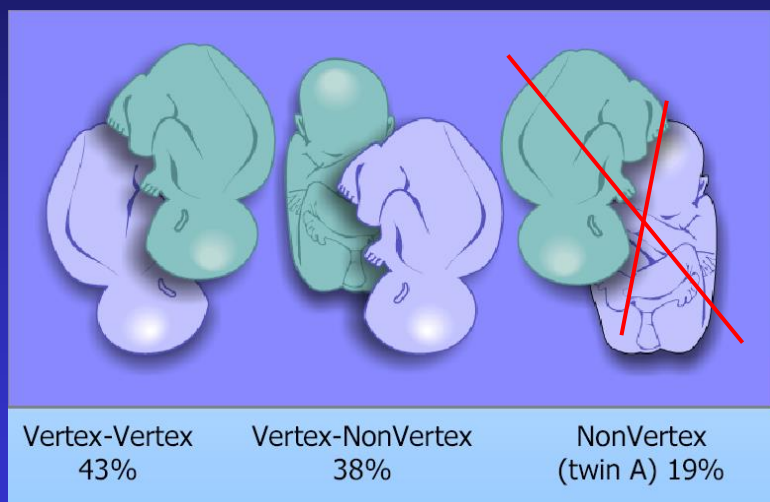
Mổ lấy thai chủ động hay khởi phát chuyển dạ ở song thai một bánh nhau?

Kết cục xấu: tử vong chu sinh hay biến chứng nặng

	MLT chủ động	KPCD
• N	1398	1406
• MLT	89.9%	39.5-43.5%
• Kết cục xấu*	57 (2.05%)	52 (1.87%)

Nghiên cứu về song thai tại Canada; Barrett et al, New England J Med 2013
32-39 tuần; thai A ngôi đầu; không đánh giá tiền căn sản khoa, tuổi thai bất kì, ngôi thai B

Phương thức sinh



Phương thức sinh và tỉ lệ tử vong Song thai một bánh nhau

	n Thai kỳ	Tử vong (%)
MLT chủ động	47	2.5
MLT do bệnh lý mẹ/thai	73	8.9
		(AOR 2.5, CI 1-6)*
Thử thách sinh ngã AĐ: 496		
-- Sinh ngã AĐ (74%)	369	1.8
-- MLT cấp cứu	111	1.8
-- Sinh ngã AĐ thai thứ 2	16	0

616 song thai một nhau hai ối >24 tuần (tuổi thai trung bình 35+5 tuần)

* Tương ứng tuổi thai và cân nặng lúc sinh K.Hack et al, BJOG 2011,

Phương thức sinh và tỉ lệ tử vong

	n Thai kỳ	Suy hô hấp (%)
MLT chủ động	47	17 (AOR 3.8, CI 1.8-8.4)*
MLT do Mẹ/ thai	73	33 (AOR 1.7, CI 1.0 -2.9)*
Thử thách sinh ngã AĐ 496		
-- Sinh ngã AĐ	369	12
-- MLT cấp cứu	111	16
-- Sinh ngã AĐ thai thứ 2	16	16

616 song thai một nhau hai ối >24 tuần (tuổi thai trung bình 35+5 tuần)

* Tương ứng tuổi thai và cân nặng lúc sinh

Phương thức sinh và tỉ lệ tử vong

	n Thai kỳ	pH ĐM rốn < 7.05 (%)
MLT chủ động	47	4.5
MLT do Mẹ/ thai	73	6.3
Thử thách sinh ngả AĐ 496		
-- Sinh ngả AĐ	369	2.8
-- MLT cấp cứu	111	8.7
-- Sinh ngả AĐ thai thứ 2	16	12.5

616 song thai một nhau hai ối >24 tuần (tuổi thai trung bình 35+5 tuần)

* Tương ứng tuổi thai và cân nặng lúc sinh

Song thai một nhau: Sinh ngả âm đạo và tỉ lệ tử vong

Thử thách sinh ngả AĐ > 32 tuần;

992 trẻ. Sinh ngả AĐ 74%

754 trẻ: 1 thai lưu do truyền máu song thai

1 trường hợp tử vong do nhiễm group B streptococ

Hack et al, 2011 BJOG, 2011

Hạn chế: Báo cáo loạt ca từ hệ thống trường đại học

- Nhưng trong bài báo này
- Chỉ có 1 trường hợp tử vong trong 780 trẻ sơ sinh
- Ngôi mộ chiếm 0.5%
- Tất cả đều là một bánh nhau nên nguy cơ tăng theo
- Và đối với ngôi mộ, việc chỉ định MLT cho tất cả các trường hợp vẫn còn nhiều nghi ngờ vì mang lại kết cục không tốt cho thai kỳ tiếp theo.....

Theo dõi trong chuyển dạ

Kết hợp theo dõi tim thai trong và ngoài buồng ối

Lưu ý rằng thai A thường nhận được quan tâm hơn vì hay biểu hiện nhịp giảm (do ối vỡ, chèn ép dây rốn hay đầu thai)

Lưu ý rằng việc ghi nhận tim thai B từ bên ngoài sẽ có chất lượng kém hơn

Lưu ý thay đổi nhịp tim thai giữa thai A và thai B (nhịp thấp hơn ở thai A, nhịp cao hơn ở thai B)

Theo dõi trong chuyển dạ

Kết hợp theo dõi tim thai trong và ngoài buồng ối

Lưu ý rằng thai A thường nhận được quan tâm hơn vì hay biểu hiện nhịp giảm (do ối vỡ, chèn ép dây rốn hay đầu thai)

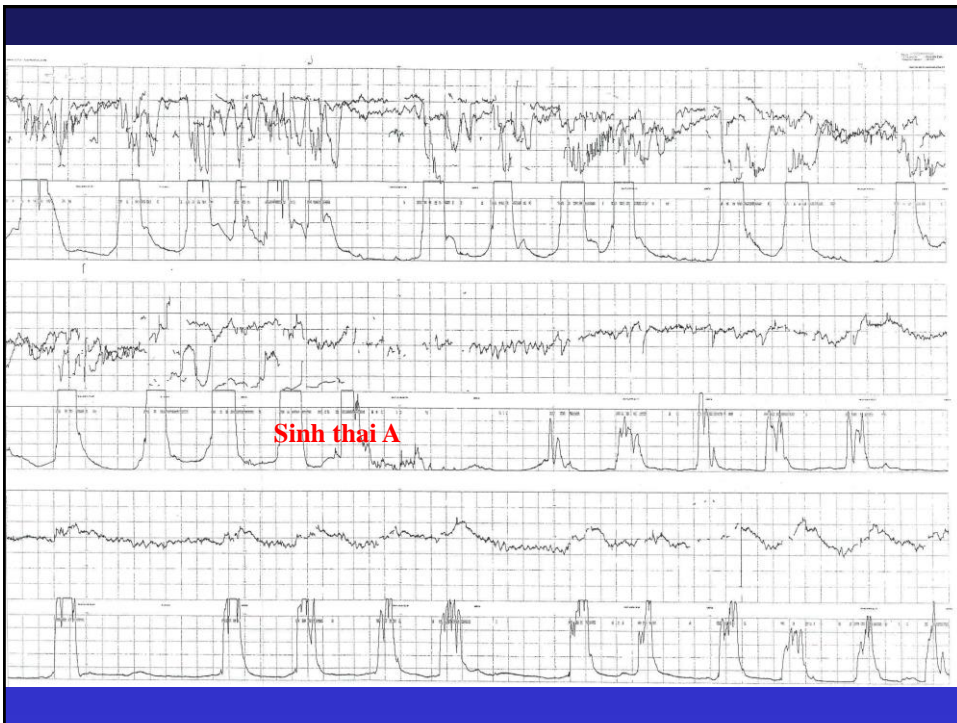
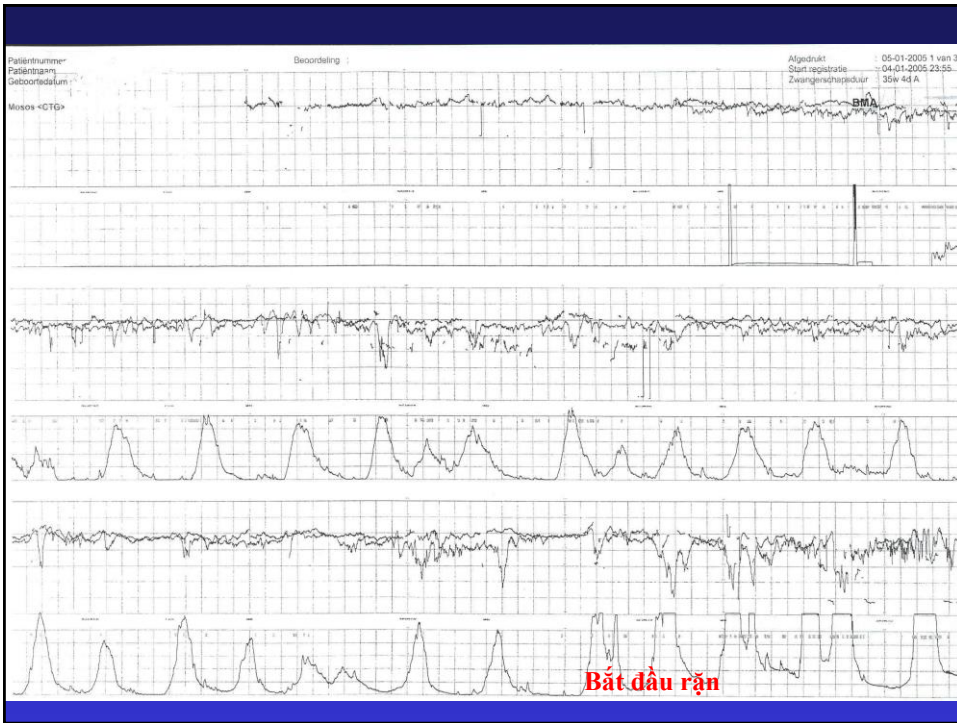
Lưu ý rằng việc ghi nhận tim thai B từ bên ngoài sẽ có chất lượng kém hơn

Lưu ý thay đổi nhịp tim thai giữa thai A và thai B (nhịp thấp hơn ở thai A, nhịp cao hơn ở thai B)

Nói cách khác: cần theo dõi thai B tốt hơn!!

Theo dõi thai B

- Nếu có bất thường tim thai B biểu hiện trong giai đoạn 1 và ở đầu giai đoạn 2 chuyển dạ: chỉ định mổ thấy thai
- Vì không thể đánh giá tình trạng của thai B (pH máu da đầu..) nên việc giúp sinh **có thể** được chỉ định sau khi sinh thai A



Theo dõi trong chuyển dạ

Làm gì sau khi sinh thai A??

Theo dõi trong chuyển dạ

Làm gì sau khi sinh thai A??

Siêu âm xác định ngôi thai B và xác định tim thai, sau đó thay đổi vị trí đầu dò tim thai B bên ngoài

RCOG Greentop guidelines 51

© 2016 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Timing and mode of delivery in uncomplicated monochorionic pregnancies

What is the optimal timing and method of delivery for otherwise uncomplicated monochorionic pregnancies (without TTTS, sGR or TAPS)?

Women with monochorionic twins should have timing of birth discussed and be offered elective delivery from 36⁰ weeks with the administration of antenatal steroids, unless there is an indication to deliver earlier. [New 2016]

C

It is appropriate to aim for vaginal birth of monochorionic diamniotic twins unless there are other specific clinical indications for caesarean section.

A

Monochorionic monoamniotic (MCMA) pregnancies

What are the specific problems of MCMA pregnancies and how should they be managed?

MCMA twins almost always have umbilical cord entanglement when visualised using colour flow Doppler. Such a finding has not consistently been demonstrated to contribute to overall morbidity and mortality. [New 2016]

D

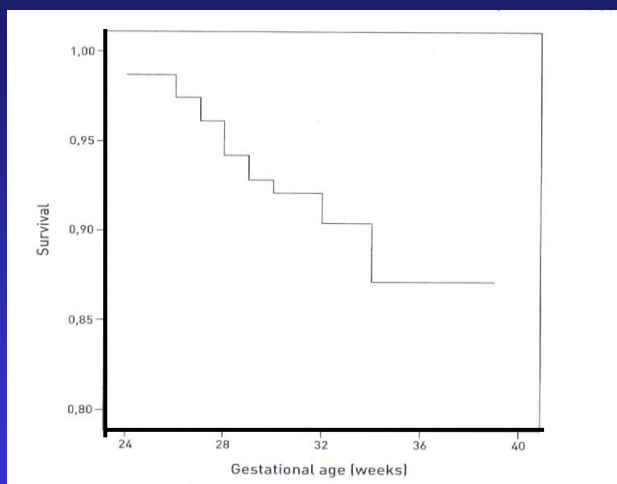


MCMA twins have a high risk of fetal death and should be delivered by caesarean section between 32⁰ and 34⁰ weeks. [New 2016]

D

Higher order multiple pregnancies with reference to monochorionicity

Biểu đồ khả năng sống của 160 song thai một nhau > 24 tuần

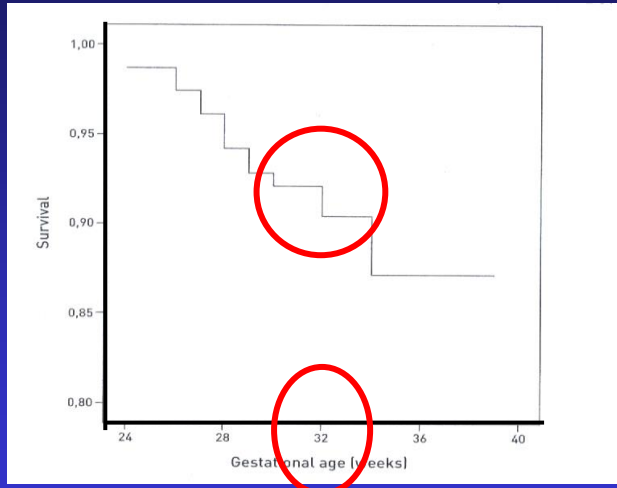


Tử vong chu sinh
17%

Tử vong > 32 tuần:
4/110 trẻ

Hack et al, O&G 2009

Biểu đồ khả năng sống của 160 song thai một nhau > 24 tuần



Tử vong chu sinh
17%

Tử vong > 32 tuần:
4/110 trẻ

Hack et al, O&G 2009

Thai lưu và biến chứng sau sinh ở song thai một bánh nhau

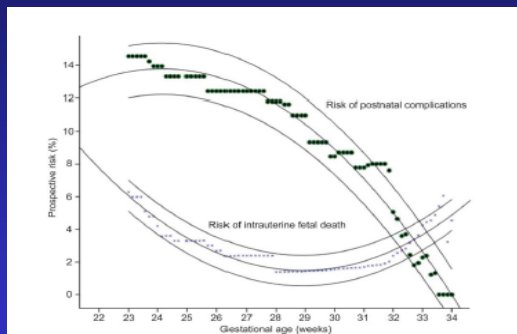


Fig. 1. Regression line (and 95% confidence interval [CI]) of the prospective risk of intrauterine fetal death and postnatal complications between 23 and 34 weeks of gestation. The left and right angles of the polygon formed by the intersection of the 95% CIs of the prospective risk of intrauterine fetal death and the risk of a postnatal complication determine the 95% CI of the "optimal time of delivery."

Van Mieghem. *Management of Monoamniotic Twins. Obstet Gynecol* 2014.

Theo dõi song thai một bánh nhau Nên nhập viện hay không?

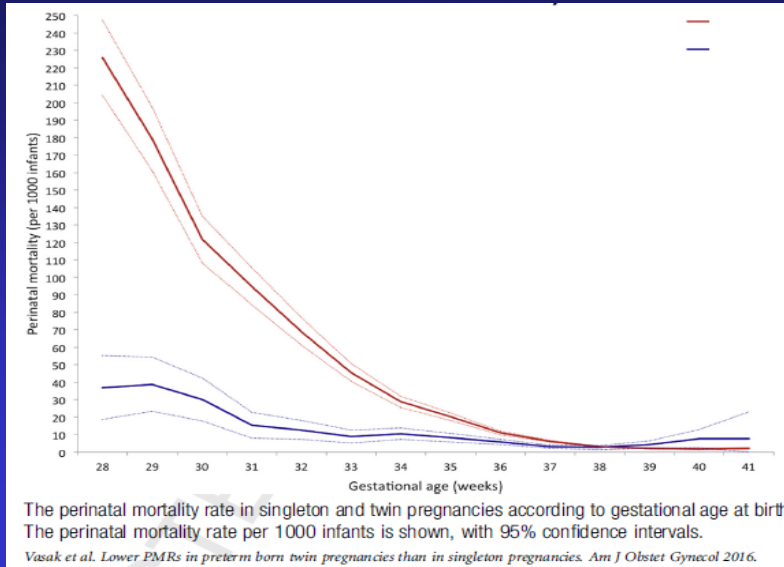
- Thai lưu 26-35 tuần
- Nhập viện hay không lúc 29 tuần
- Tỷ lệ tử vong : -Nhập viện 10.5%
-Ngoại trú 13.2%

Van Mieghem et al, O&G 2014



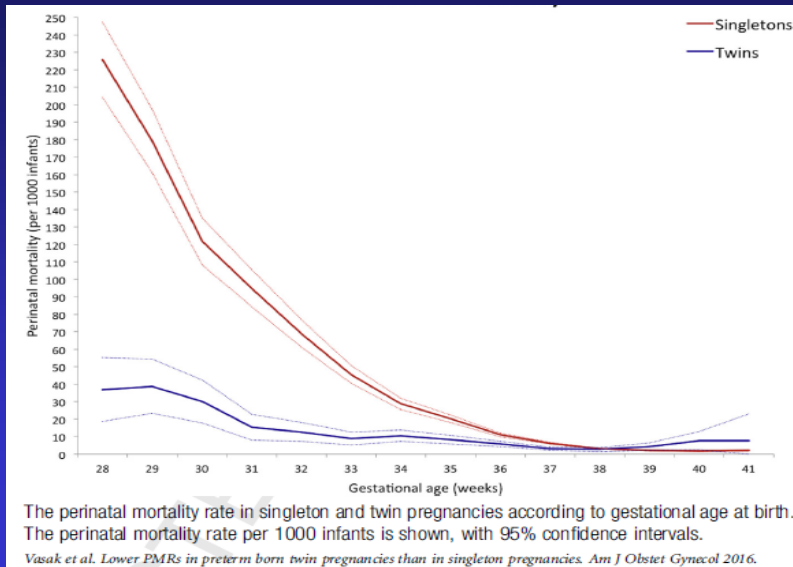
THANK YOU

Tử vong chu sinh: đơn thai so với song thai



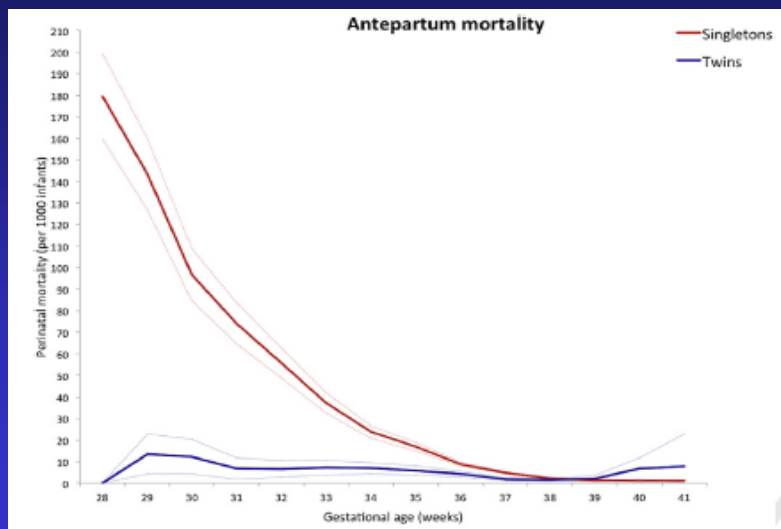
Vasak et al, AJOG 2017 in press

Tử vong chu sinh: đơn thai so với song thai



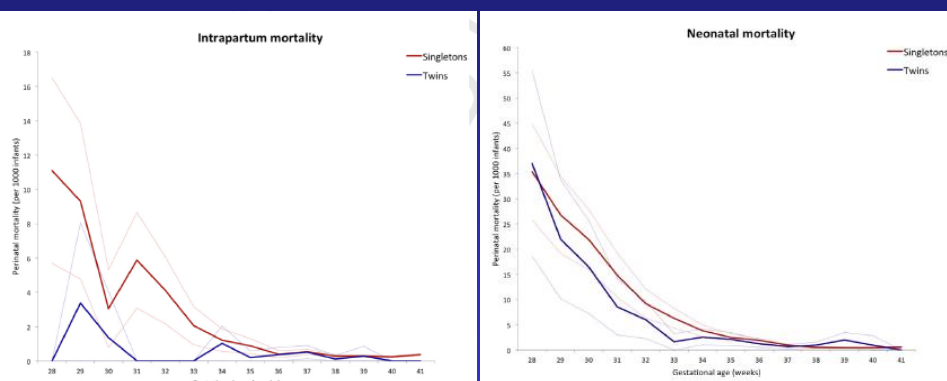
Vasak et al, AJOG 2017 in press

Tử vong trước sinh: đơn thai so với song thai



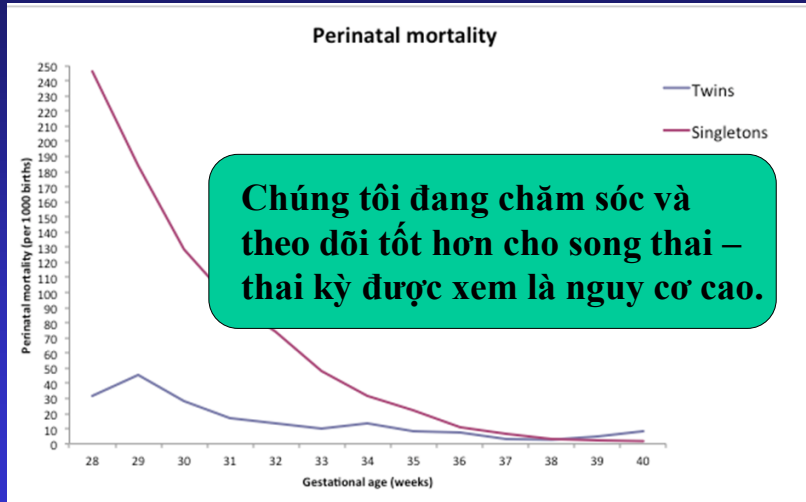
Vasak et al, AJOG 2017 in press

Tử vong trong chuyển dạ và tử vong sơ sinh ở đơn thai so với song thai



Vasak et al, AJOG 2017 in press

Tử vong chu sinh: đơn thai so với song thai



Vasak et al, AJOG 2017 in press

Original Research

ajog.org

OBSTETRICS

Lower perinatal mortality in preterm born twins than in singletons: a nationwide study from The Netherlands

Blanka Vasak, MD; Jessica J. Verhagen, MD; Steven V. Koenen, PhD, MD; Maria P. H. Koster, PhD, MD; P. A. O. M. de Reu, PhD; Arie Franx, PhD, MD; Jan G. Nijhuis, PhD, MD; Gouke J. Bonsel, PhD, MD; Gerard H. A. Visser, PhD, MD

BACKGROUND: Twin pregnancies are at increased risk for perinatal morbidity and death because of many factors that include a high incidence of preterm delivery. Compared with singleton pregnancies overall, perinatal risk of death is higher in twin pregnancies; however, for the preterm period, the perinatal mortality rate has been reported to be lower in twins.

OBJECTIVE: The purpose of this study was to compare perinatal mortality rates in relation to gestational age at birth between singleton and twin pregnancies, taking into account socioeconomic status, fetal sex, and parity.

STUDY DESIGN: We studied perinatal mortality rates according to gestational age at birth in 1,502,120 singletons pregnancies and 51,658 twin pregnancies without congenital malformations who were delivered between 2002 and 2010 after 28 weeks of gestation. Data were collected from the nationwide Netherlands Perinatal Registry.

RESULTS: Overall the perinatal mortality rate in twin pregnancies (6.6/1000 infants) was higher than in singleton pregnancies (4.1/1000 infants). However, in the preterm period, the perinatal mortality rate in twin

pregnancies was substantially lower than in singleton pregnancies (10.4 per 1000 infants as compared with 34.5 per 1000 infants, respectively) for infants who were born at <37 weeks of gestation; this held especially for antepartum deaths. After 39 weeks of gestation, the perinatal mortality rate was higher in twin pregnancies. Differences in parity, fetal sex, and socioeconomic status did not explain the observed differences in outcome.

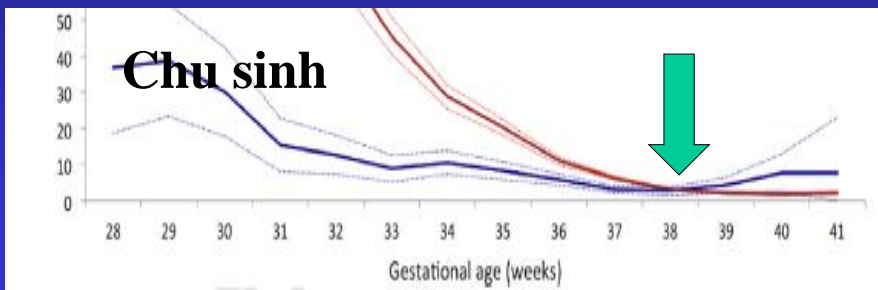
CONCLUSION: Overall the perinatal mortality rate was higher in twin pregnancies than in singleton pregnancies, which is most likely caused by the high preterm birth rate in twins and not by a higher mortality rate for gestation, apart from term pregnancies. During the preterm period, the antepartum mortality rate was much lower in twin pregnancies than in singleton pregnancies. We suggest that this might be partially due to a closer monitoring of twin pregnancies, which indirectly suggests a need for closer surveillance of singleton pregnancies.

Key words: gestational age, perinatal mortality, preterm mortality, singleton pregnancies, twin pregnancies

Twin pregnancies are at increased risk for preterm birth, intrauterine were all small, with the exception of 1 (Kahn et al¹), and did not include sepa- where coverage of twins is even higher. Details of this dataset can be found

56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85

Tỉ lệ tử vong chu sinh đơn thai so với song thai



Vasak et al, AJOG 2017 in press