

Autorenrichtlinie für die Rubrik „Sonografische Blickdiagnosen“

Herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft, einen Beitrag für die Rubrik „Sonografische Blickdiagnosen“ in der „Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie“, kurz „ZGN“, zu schreiben!

Damit Ihr Beitrag sich in das Rubriken-Konzept einfügen kann, bitten wir Sie herzlich darum, sich beim Verfassen des Artikels an dieser Richtlinie zu orientieren.

Bitte beachten Sie: Wir nehmen nur Artikel an, die noch nicht andernorts publiziert oder eingereicht worden sind. Es werden fortlaufend Plagiatsprüfungen an Stichproben durchgeführt.

Die Rubrik

In der Rubrik „Sonografische Blickdiagnosen“ soll der typische Ultraschallbefund, der, wenn er gezielt beachtet wird, praktisch eine Anbietsdiagnose erlaubt, dargestellt werden. Unterstützt durch Abbildungen – **wichtig:** ein großes Hauptbild oder ein Hauptbildpaar und bis zu 2 Nebenbilder – werden Anamnese, Diagnostik und Therapie dargestellt, in einem Kommentar wird der Befund eingeordnet, auch mit Hilfe einer kurzen Literaturdiskussion, und in einem kurzen Fazit werden Bedeutung und Schlussfolgerungen für die Praxis zusammengefasst.

Länge Ihres Beitrags

Ihr Beitrag sollte eine Länge von ca. **9.000 Zeichen inklusive Leerzeichen** (2 Druckseiten) haben und 1 bis 3 Abbildungen umfassen.

Abbildungen: Nutzungsrecht / Urheberrecht / Persönlichkeitsrecht

Wir können leider **keine Abbildungen annehmen, die bereits in Büchern, Zeitschriften oder elektronischen Produkten anderer Anbieter** publiziert worden sind. Der Grund: Auch gegen Lizenzgebühr ist es kaum noch möglich, die Nutzungsrechte in dem für uns erforderlichen Umfang zu erhalten. **Bitte zahlen Sie deshalb keine Lizenzgebühren** (z.B. bei „RightsLink“ / Copyright Clearance Center) – auch die Standard-Lizenzverträge von „Creative Commons“ sind für unsere Arbeit leider nicht ausreichend. Sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen zur Abbildungsverwendung haben.

Wenn **Sie als Urheber eigene Abbildungen** einreichen, die frei von Rechten Dritter sind und für die Sie uns die erforderlichen Nutzungsrechte übertragen wollen, greifen wir gern darauf zurück.

Wenn Sie **Fotos von erkennbaren Personen** (z.B. Patienten, Interviewpartnern, Mitarbeitern) einreichen, benötigen wir von diesen (bei Kindern auch von beiden Erziehungsberechtigten) eine schriftliche Einverständniserklärung. Das zugehörige Formular erhalten Sie von Ihrem Ansprechpartner im Verlag.

Abbildungen, in denen **personenbezogene Daten Dritter** enthalten sind, können wir nicht annehmen oder speichern. Bitte reichen Sie uns deshalb Abbildungen immer in vollständig anonymisierter Form, **frei von personenbezogenen Daten** ein!

Solche Daten können nicht nur direkt im Bild sichtbar sein (z.B. ein Patientename oder ein Geburtsdatum in einem Röntgenbild); sie können sich z.B. auch in den Metadaten zum Bild befinden, die Sie mit

entsprechender Software einsehen können. Oder sie können durch eine Zuschneide-Funktion (z.B. in Powerpoint oder in Word) verdeckt sein, sich aber darunter wieder sichtbar machen lassen. Wenn Sie Fragen zum Datenschutz haben, sprechen Sie uns bitte vor dem Einreichen Ihres Manuskriptes an.

Tarnnamen / Fake-Namen / erfundene personenbezogene Daten

Daten zu realen Personen müssen nach Thieme-Vorgabe systematisch verfremdet werden, um Persönlichkeitsrechte zu schützen und um jederzeit Tarnnamen als solche identifizieren zu können. Wenn eine oder mehrere Personen in Abbildungen und Texten mit fiktiven Namen versehen werden müssen, sind die folgenden Möglichkeiten anzuwenden:

- **Einzelne Personen** (z.B. einzelne Personen auf Formularen / beispielhaft ausgefüllten Rezepten / Vorlagen):
 - männlich: Herr M., M. Mustermann, Max Mustermann
 - weiblich: Frau M., E. Musterfrau, Erika Musterfrau
- **Mehrere Personen** (z.B. für beispielhafte Tabellen / Schaubilder / Übersichten / komplexere Fallbeispiele usw.):
 - männlich: Alexander, Alfred, Felix, Johannes, Julius, Karl, Leon, Ludwig, Niklas, Samuel
 - weiblich: Anna, Charlotte, Clara, Emma, Frieda, Johanna, Laura, Lena, Mia, Sophie
- Einsatz von Nachnamen: **Im Standard werden nur abgekürzte Nachnamen** verwendet. Zulässige Abkürzungen lauten: B., D., L., M., N., P., R., S., T. Falls im Einzelfall zwingend erforderlich, sind folgende ausgeschriebene deutsche Nachnamen zulässig: Bauer, Müller, Meyer, Schneider, Fischer.
- **Einzelne** Personen, Variante Englisch:
 - männlich: Mr. D., J. Doe, Jon Doe
 - weiblich: Ms. D., J. Doe, Jane Doe
- **Mehrere** Personen, Variante Englisch:
 - männlich: Andrew, Charles, David, George, James, Michael, Matthew, Robert, Thomas, William
 - weiblich: Anne, Bridget, Catherine, Emily, Elizabeth, Jane, Melissa, Sarah, Susan, Victoria
- Falls im Einzelfall zwingend erforderlich, sind folgende ausgeschriebene englische Nachnamen zulässig: Brown, Jones, Smith, Taylor, Williams.
- Falls **Namen aus weiteren Sprachräumen** benötigt werden (z.B. türkische, russische, spanische Namen), müssen diese im Text, bei Abbildungen auch in der Bildunterschrift, unmissverständlich als redaktionell veränderte Namen ausgewiesen werden (z.B. durch Fußnote oder nachgestellt in Klammern: „Name redaktionell verändert“).
- Weitere erfundene Daten werden kombiniert mit dem Wort „Muster“ bzw. im Englischen „Sample“ (z.B. Musterfirma, Musterinstitut, Sample Company, Sample Institute); zudem gilt für
 - Adressen: Musterstraße 123, 1234 Musterstadt
 - Geburtsdatum ohne Zahlen: TT.MM.JJJJ
 - Telefonnummer: (01234) 56789-0
 - Medikamente: Mustermedikament
 - Befund: Musterbefund

Sprachgebrauch

Gerade bei komplizierten Sachverhalten wünschen sich viele Leser eine leichte Sprache. Bitte verwenden Sie

- tendenziell **einfache Satzgefüge** bis max. 25 Wörter,
- bei denen sie Nebensätze ab ca. 7 Wörtern hinten anhängen.

- Pflegen Sie mehr **Verbalstil** als Nominalstil („intubieren“ statt „Intubationsmaßnahme durchführen“),
- mehr **Aktiv** als Passiv, und
- verzichten Sie bitte auf semantisch blasse Wörter („durchführen“, „statthaben“, „Maßnahme“).
- **Rhythmisieren** Sie die Texte mit Bindestrichen, Doppelpunkten oder Gedankenstrichen.

Ein Beispiel:

Original:

- Unter krankenhausbetriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten ist die Errichtung eines OP-Traktes nicht nur in Zeiten knapper werdender Mittel als eine überaus bedeutende Investition mit mittel- bis langfristigen Auswirkungen anzusehen. Es ist daher von zentraler Bedeutung, dass die Planungsvorbereitungen sich darauf konzentrieren, die neuen Strukturen optimal an die Prozesse des Betriebs und das künftige Arbeitsvolumen zu adaptieren.

Besser:

- Der Bau eines OP-Traktes ist eine bedeutende Investition. Wegen der mittel- bis langfristigen Auswirkungen gilt: Die neuen Strukturen müssen optimal zu Prozessen und Arbeitsvolumina des Betriebs passen.

Amtlich registrierte Präparate, Verfahren, Substanzen, Geräte usw. sollen **höchstens einmal im Beitrag mit dem Markenzeichen versehen werden** (z.B. ATLS®) – danach nicht mehr (z.B. ATLS). Idealerweise wird die Auszeichnung an der ersten Verwendungsstelle vorgenommen, z.B. im Vorspann oder im Fließtext (**nicht aber in der Überschrift**). Danach wird das Markenzeichen nicht mehr verwendet (z.B. nur noch ATLS). Die Auszeichnung mit ®, TM oder SM muss dabei **gleichberechtigt** auf alle im Beitrag genannten Produkte angewandt werden. Eine ungleichgewichtige Behandlung, bei der nur ein Teil der registrierten Produkte als solche ausgezeichnet werden, ist aus Gründen des Markenschutzes unbedingt zu vermeiden.

Es gilt die **Thieme Rechtschreibkonvention** unter Berücksichtigung der neuen deutschen Rechtschreibung nach Duden. Bei Wahlmöglichkeit verwenden Sie bitte die gelb unterlegte Dudenempfehlung.

Elemente Ihres Beitrags

1) Überschrift: max. 80 Zeichen inkl. Leerzeichen

- Bitte das Thema klar benennen – Verständlichkeit ist wichtiger als Vollständigkeit
- Beispiel: Kommunikation mit Schwerstkranken – Gespräche gegen die Angst

2) Haupttext

Der Haupttext besteht aus der **Fallpräsentation** und dem **Kommentar**. Bitte unterteilen Sie den Text, zur besseren Lesbarkeit, in Abschnitte (800–1400 Zeichen inkl. Leerzeichen).

3) Fakten- / Infoboxen: max. 1000 Zeichen inkl. Leerzeichen

- Bündeln Sie nach Bedarf ausgewählte Fakten.
- Wählen Sie einen **Box-Titel (max. 20 Zeichen** inkl. Leerzeichen), z.B. „Praxistipp“ / „Fallbeispiel“ / „Hintergrundwissen“ / „Definition“ / „Rechtliches“ / „Info“.
- Zusätzlich können Sie eine oder mehrere **Überschriften** in der Box vergeben (jeweils **max. 30 Zeichen** inkl. Leerzeichen).

4) Tabellen

- Wir unterscheiden **echte Tabellen** von **Boxen mit Listen**

- Echte Tabellen haben mind. 2 Spalten.
- „1-spaltige Tabellen“ heißen „Listen“ und stehen in einer Fakten-/Infobox
- Bitte erstellen Sie Ihre Tabellen in Word und formulieren Sie zu jeder Tabelle einen **Tabellenkopf** (Kopfzeile der Tabelle, z.B. „Tab. 1: Differenzialdiagnosen des akuten Thoraxschmerzes“).
- Eine Gliederung mit **Zwischenüberschriften** ist möglich – bitte achten Sie darauf, die Tabellen-Zellen entsprechend zu verbinden (Zellen markieren – rechte Maustaste – „Zellen verbinden“).

5) Abbildungen mit Abbildungs-Legenden

- Bitte schicken Sie Ihre Abbildungen als **einzelne Dateien** (nicht in Word oder Powerpoint eingebettet)
- Format .jpg, .tif, .eps oder .png
- Auflösung: 300 dpi bei mindestens 8 cm Breite
- Fügen Sie für jede Abbildung einen **Verweis** an passender Stelle im Text ein (z.B.: Abb. 1).
- Formulieren Sie bitte zu jeder Abbildung eine präzise **Bildlegende**. Sie muss in sich verständlich und möglichst vollständig sein – auch, damit das Bild z.B. in Datenbanken gefunden werden kann.
- Beschreiben Sie genau, **was oder wer** auf dem Foto zu sehen ist („H1-Antihistaminikum“ statt „Heuschnupfen-Tablette“). Falls das Bild eine Untersuchungsmethode, einen Befund oder eine Diagnose zeigt, nennen Sie diese immer ausdrücklich.
- Formulieren Sie den Bildtext im Präsens und wählen Sie kurze Sätze.
- Falls die Abbildung **Abkürzungen** enthält, erklären Sie diese bitte.
- Wenn Sie Archivfotos, nachgestellte Fotos oder Symbolbilder verwenden, weisen Sie in der Legende darauf hin. Beispiel: Therapiekreis in der geschlossenen Psychiatrie (Symbolbild) / (nachgestellte Situation).

6) Fazit

Bitte ziehen Sie am Ende Ihres Beitrags ein **Fazit (max. 500 Zeichen inkl. Leerzeichen)**

7) Vorstellung der Autoren

Schreiben Sie für jeden Autor bitte Titel, Vor- und Nachnamen sowie Institutsangabe und Ort unter den Text. Beispiele:

- Dr. Max Mustermann, Musterhausen
- Prof. Dr. Erika Musterfrau, Musterdorf

8) Korrespondenzadresse

Die Adresse des korrespondierenden Autors benötigen wir bitte wie folgt:

Prof. Dr. med. Erika Musterfrau
Universitätsklinikum Musterdorf
Klinik für Mustermedizin
Musterstraße 123
1234 Musterdorf
E-Mail: erika.musterfrau@uni-musterdorf.de

9) Literaturverzeichnis

Falls Sie Literatur zitieren, sollte das Literaturverzeichnis am Ende Ihres Beitrags **alle im Text erwähnten Literaturstellen** aufführen. Im Text erscheint nur die **Nummer des Zitats**, z.B.: [9]. Die Reihenfolge folgt der Reihenfolge im Text, nicht dem Alphabet.

- ➔ Falls Sie ein **Literaturverwaltungsprogramm** (Endnote, Zotero, Mendeley) verwenden, nutzen Sie dort bitte den **Output Style „Thieme-German“**. Er steht auch in unserer Autorenlounge als Download zur Verfügung: www.thieme.de/de/autorenounge/fuer-zeitschriftenautoren-1789.htm
- ➔ **doi** (Digital Object Identifier): Der doi ist ein eindeutiger und dauerhafter digitaler Identifikator. Er wird v.a. für elektronisch publizierte wissenschaftliche Artikel verwendet, zunehmend auch für Bücher und Buchkapitel. **Wenn der doi bekannt/vorhanden ist, nehmen Sie in bitte in der international empfohlenen Schreibweise (s. unten) mit auf!**
- **Zeitschriften** bitte so zitieren (nach 3 Autoren „et al“):
[1] Schnoor J, Gillmann B, Pavlakovic G et al. Characteristics of repeated emergency physician use. Notarzt 2006; 22: 141–146
mit doi: Schnoor J, Gillmann B, Pavlakovic G et al. Characteristics of repeated emergency physician use. Notarzt 2006; 22: 141–146. doi:10.1055/s-0041-118769
- **Bücher** bitte so zitieren (möglichst alle Autoren/Hrsg. nennen):
[2] Erdmann E, Sproch C. Klinische Kardiologie. 8. Aufl. Heidelberg: Springer; 2011
[3] Erdmann E, Sproch C, Hrsg. Klinische Kardiologie. 8. Aufl. Heidelberg: Springer; 2011
- **Online-Quellen** bitte so zitieren:
[4] Universitätsklinikum Schleswig-Holstein. „Door to balloon“-Zeiten bei akutem Myokardinfarkt (Dezember 2014). Im Internet: www.uksh.de/innere2-luebeck/d2bt.html; Stand: 21.11.2015

Eine ausführliche Beschreibung der Zitierweise bei Thieme entnehmen Sie bitte unserer Rechtschreibkonvention.

10) Metadaten für die Meldung an Datenbanken (z.B. PubMed)

- Überschrift und Abstract / Kernaussagen / Fazit bitte auf Deutsch und Englisch
- 3–5 Schlüsselwörter in Deutsch und Englisch

Abgabe des Beitrags

Schicken Sie Ihren Beitrag bitte per E-Mail direkt an Ihren **Ansprechpartner im Verlag** oder an zqn@thieme.de.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre Mitarbeit als Autor – bei Fragen kommen Sie bitte jederzeit auf uns zu!

Nachfolgend finden Sie zur Orientierung einen beispielhaften Beitrag.

Twin Anemia Polycythemia Sequence (TAPS)



Fallpräsentation

Vorstellung einer Erstgebärenden mit 33+3 Schwangerschaftswochen (SSW) bei monochorialer-diamnioter Zwillingsschwangerschaft. Im zweiten Trimenon engmaschige Verlaufskontrollen bei Fruchtwasserdiskrepanz mit tiefstem vertikalen Depot von maximal 8 cm (Fetus 1) und minimal 2,5 cm (Fetus 2). Ab der 24. SSW zeigten sich die Fruchtwassermengen und der weitere 2-wöchige dopplersonografische Verlauf unauffällig.

Am Tage der Vorstellung präsentierten sich beide Feten in Schädellage. Die tiefsten vertikalen Fruchtwasserdepots waren 3,2 cm und 3,4 cm. Die Harnblasen waren gut gefüllt. Beide Feten waren mit einem Schätzwert um jeweils 2000 g symmetrisch gewachsen. Die Doppleruntersuchung zeigte ein unauffälliges Blutflussmuster der Arteria umbilicalis und des Ductus venosus bei beiden Feten. Die maximalen systolischen Geschwindigkeiten (V_{\max}) in der Arteria cerebri media (ACM) betrug 39 cm/sec (0,79 MoM) für Fetus 1 und 80 cm/sec (1,64 MoM) für Fetus 2. Die Plazenta war an der Vorderwand und zeigte unterschiedliche Echogenitäten: Fetus 1 wies einen hypoechogenen, Fetus 2 eine verdickten, hyperechogenen Plazenta-Anteil auf (► **Abb. 1**).

Es erfolgte die stationäre Aufnahme zur Lungenreifeinduktion und Geburtsplanung bei Twin Anemia Polycythemia Sequence (TAPS). Die Entbindung wurde vier Tage später bei weiterhin nachweisbarer Diskrepanz der V_{\max} der ACM per Sectio caesarea durchgeführt. Der Hämoglobin-Wert betrug 19,6 g/dl bei Fetus 1 und 11,2 g/dl bei Fetus 2. Die weiteren kindlichen Daten waren unauffällig (Fetus 1: Geburtsgewicht 1900 g, Länge 45 cm, pH 7,38, APGAR 8/10/10; Fetus 2: Geburtsgewicht 2170, Länge 47 cm, pH 7,42, APGAR 8/8/9). Postnatal erfolgte eine Volumengabe bei dem polyglobulenen Neugeborenen und eine Gabe von Erythrozyten-Konzentrat an das anämi-

sche Neugeborene; der weitere Verlauf war komplikationslos.

Die Farbstoffinjektion der Plazenta zeigte nur wenige, dünne arterio-venöse Anastomosen, vor allem in der Peripherie, die von Fetus 2 zu Fetus 1 verliefen (► **Abb. 2**).

Kommentar

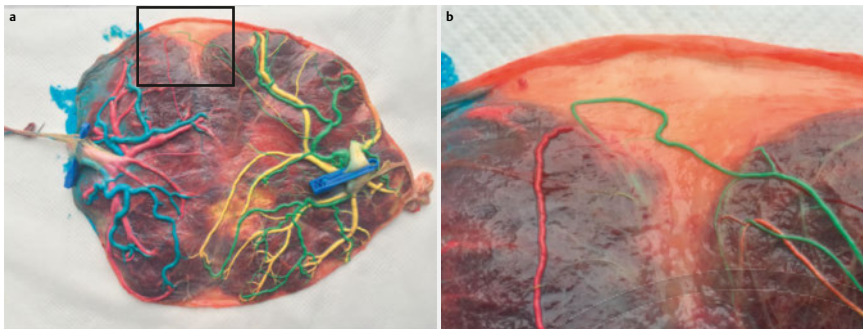
Monochoriale Zwillingsschwangerschaften teilen sich eine gemeinsame Plazenta. In annähernd allen Fällen zeigen sich durch die Gefäßarchitektur dieser gemeinsamen Plazenta arterio-arterielle oder veno-venöse Anastomosen oder arterio-venöse Anastomosen [1]. Der Blutaustausch ist in der Regel ausgewogen. Kommt es allerdings zu einem unbalancierten Blutaustausch, entwickelt sich ein Zwillingstransfusionssyndrom.

Die Twin Anemia Polycythemia Sequence (TAPS) ist eine chronische Form eines Zwillingstransfusionssyndroms und tritt typischerweise im späten zweiten und dritten Trimenon auf. Es kommt spontan in 3–5% vor [2], kann aber auch in 2–13% als eine Komplikation nach einer Lasertherapie auftreten [3]. In 2007 wurde das Akronym TAPS anhand zweier postnataler Fallbeispiele geprägt [4].

Pränatal wird es über die Diskrepanz der systolischen Maximalgeschwindigkeiten (V_{\max}) der Arteria cerebri media (ACM) diagnostiziert, wobei der anämische Fetus unterhalb der 1 MoM und der polyglobule über 1,5 MoM zu finden ist [5]. Eine Diskrepanz in der Fruchtwassermenge ist typischerweise nicht zu sehen und die Harnblasen beider Feten sind unauffällig darstellbar. Die pränatale Diagnose kann folglich



► **Abb. 1** Vorderwandplazenta bei monochorialer-diamnioter Zwillingsschwangerschaft. Das Nebeneinander eines hypoechogenen (links, Fetus 1, Akzeptor) und eines verdickten, hyperechogenen Plazenta-Anteils (rechts, Fetus 2, Donor) ist charakteristisch für eine Twin Anemia Polycythemia Sequence (TAPS).



► **Abb. 2** **a** Postpartale Farbstoff-Injektion in die gemeinsame Plazenta: links Fetus 1, Arterien blau, Venen rosa; rechts Fetus 2, Arterien grün, Venen gelb. **b** Herausvergrößert ist eine arterio-venöse Anastomose, die von Fetus 2 (Donor) zu Fetus 1 (Akzeptor) verläuft.

nur über die Dopplersonografie erfolgen, die bei monochozialen Zwillingsschwangerschaften im 2-wöchigen Abstand empfohlen wird [6]. Die Plazenta zeigt unterschiedliche Echogenitäten, die mit der V_{max} der ACM korrelieren [7]. Dies kann als zusätzlicher Hinweis im Sinne einer „sonografischen Blickdiagnose“ herangezogen werden.

Postnatal lässt sich die Diagnose anhand der Hämoglobin- und Retikulozytenwerte der Neugeborenen oder der Farbstoffinjektion der Plazenta verifizieren [5]. Es zeigt sich in typischen Fällen eine Diskrepanz in den Hämoglobinwerten von über 8 g/dl, wobei der anämische Fetus als Zeichen einer chronischen Anpassung eine Retikulozytose aufweist. Die Plazentainjektion lässt nur wenige, dünne arterio-venöse Anastomosen erkennen.

Das Langzeitoutcome der Neugeborenen wurde bei TAPS nach Lasertherapie evaluiert [8]: Eins von fünf Neugeborenen zeigte neurologische Auffälligkeiten oder eine Verzögerung in der kognitiven Entwicklung. Zur spontanen TAPS fehlen diese Daten noch.

Zusammenfassend ist TAPS eine typische Komplikation des späten zweiten und dritten Trimenon bei monochozialer-diamniotischer Zwillingsschwangerschaft. Die pränatale Diagnose wird in erster Linie über die Diskrepanz der V_{max} der ACM gestellt. Die sofort ins Auge fallende unterschiedliche Echogenität der gemeinsamen Plazenta kann als weiterer Hinweis herangezogen werden.

Interessenkonflikt

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Autoren

Manuela Tavares de Sousa, Andrea Fonseca, Kurt Hecher

Institut

Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin, Universitätsklinikum Eppendorf, Hamburg

Korrespondenzadresse

Dr. med. Manuela Tavares de Sousa
Klinik und Poliklinik für Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
m.tavares-de-sousa@uke.de

Literatur

- [1] Robertson EG, Neer KJ. Placental injection studies in twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 147: 170–174
- [2] Lewi L, Jani J, Blickstein I et al. The outcome of monochoionic diamniotic twin gestations in the era of invasive fetal therapy: a prospective cohort study. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 514e.1–8

- [3] Robyr R, Lewi L, Salomon LJ et al. Prevalence and management of late fetal complications following successful selective laser coagulation of chorionic plate anastomoses in twin-to-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 796–803
- [4] Lopriore E, Middeldorp JM, Oepkes D et al. Twin anemia-polycythemia sequence in two monochoionic twin pairs without oligo-polyhydramnios sequence. *Placenta* 2007; 28: 47–51
- [5] Slaghekke F, Kist WJ, Oepkes D et al. Twin anemia-polycythemia sequence: diagnostic criteria, classification, perinatal management and outcome. *Fetal Diagn Ther* 2010; 27: 181–190
- [6] Khalil A, Rodgers M, Baschat A et al. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in twin pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 247–263
- [7] Bamberg C, Diemert A, Glosemeyer P et al. Quantified discordant placental echogenicity in twin anemia-polycythemia sequence (TAPS) and middle cerebral artery peak systolic velocities. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017, epub ahead of print doi:10.1002/uog.17535
- [8] Slaghekke F, van Klink JM, Koopman HM et al. Neurodevelopmental outcome in twin anemia-polycythemia sequence after laser surgery for twin-twin transfusion syndrome. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014; 44: 316–321

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0043-123406>
Z Geburtsh Neonatol 2018; 222: 37–38
© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0948-2393