

ניהול היריון שלאחר המועד

נכתב על-ידי:

פרופ' יואב ינון
פרופ' טל בירון-שנטל
פרופ' אשר בשירי
ד"ר עידו שולט
ד"ר יפעת וינר
פרופ' רינת גבאי בן-זיו
ד"ר חן סלע

בשם:

החברה הישראלית לרפואת האם והעובר
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

נייר עמדה מספר 3
מהדורה שלישית
פברואר 2022

המכון לאיכות
ברפואה



ניירות עמדה מתפרסמים ככלי עזר לרופא/ה ואינם באים במקום שיקול דעתו/ה בכל מצב נתון

צוות הכנת נייר העמדה (2011):

ד"ר אלי גוטרמן

פרופ' קובי בר

צוות עדכון נייר העמדה (2017):

פרופ' אריאל מני

פרופ' טל בירון-שנטל

פרופ' יואב יינן

פרופ' משנה קליני זהר נחום

ד"ר חן סלע

פרופ' משנה קליני עידו שולט

פרופ' אייל שיינר.

אושר במועצת האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה ב-28.10.2020

במקום שהוא קיים, דירוג ה EBM - יופיע בצבע ירוק

היתר, בניטור לא תקין.

סיבוכים נוספים כוללים שאיפת מקוניום, היפוגליקמיה לאחר הלידה, אי ספיקה נשימתית, פרכוסים וסיבוכים נירולוגיים מאוחרים המיוחסים, בעיקר, לעלייה בסיכון לתשניק. היריון שלאחר המועד, תואר כגורם סיכון בלתי תלוי לאנצפולופתיה שלאחר הלידה ולמוות בשנה הראשונה לחיי היילוד^[1,4-5].

סיכונים לאם Level II

הסיבוכים באם עולים גם הם בהדרגה מ-39 שבועות ואילך וכוללים: עלייה בשיעורי כוריואמיניוטיס, עלייה בשכיחות קרעים בדרגה 3-4 הקשורה למאקרוזומיה, עלייה בשיעורי לידה מכשירנית ובניתוחים קיסריים, יחד עם סיכון יתר לסיבוכים נלווים כגון: זיהומים רחמיים, דימומים ואירועים טרומבואמבוליים^[1,6]. מומלץ, להתחיל בניטור טרום לידתי לא יאוחר משבוע 41, במטרה לאתר היריונות שבהם תהליכי בשלות היתר מתרחשים בקצב מואץ, ואשר בהם השראת לידה אפשר שתמנע סיבוכים.

אשר על כן עמדת האיגוד היא:

א. קביעת גיל ההיריון המדויק

ניתן לבצע בעזרת מספר נתונים: תאריך הווסת האחרון בנשים עם מחזור סדיר וספונטני, מועד הביוץ אם ידוע, בדיקת היריון (BHCG) אם בוצעה עד שבוע ממועד הווסת החסר. מומלץ, להשתמש בבדיקת אולטרה-סאונד עם עדיפות למדידה של CRL בשליש הראשון להיריון^[1].

Level A

החל מ-14 שבועות להיריון נהוג להתבסס על מדידת גיל ההיריון ע"פ היקף ראש, מרחק ביפריאטלי או שילוב המדדים הביומטריים.

תיקון תאריך הלידה המשוער ייעשה כאשר הפרש בין גיל ההיריון הקליני לפי וסת אחרון, והגודל באולטרה-סאונד ע"פ הבדיקה המוקדמת^[14]:

- עולה על 4 ימים בשבועות 10-7
- עולה על 6 ימים בשבועות 13-11
- עולה על 9 ימים בשבועות 20-14

דברי הסבר

היריון שלאחר תקופת המועד (post-term pregnancy) מוגדר כהיריון הנמשך מעבר ל-294 יום - 42 שבועות, מהיום הראשון של הוסת האחרונה^[1-2]. **Level III**

קביעה מדויקת של גיל ההיריון חיונית לאבחנה ולניהול תקין של היריון. שכיחות היריון עודף 3%-8% והיא מושפעת ממספר גורמים ובעיקר, מהדיוק בקביעה של גיל ההיריון^[3]. **Level II-3**

במרבית המקרים, הסיבה להיריון עודף אינה ידועה. גורמי סיכון: היות היולדת מבכירה, היריון קודם שהסתיים בלידה לאחר המועד (עלייה בסיכון פי 2-3), גורמים גנטיים אימהיים, עובר ממין זכר והשמנת יתר. אנאצפליה וחסר עוברי של סולפטאז, תוארו אף הם כגורמי סיכון להיריון עודף^[1].

הגדרות^[14]

- היריון בתקופת המועד המוקדם - 0+37 ועד 6+38 שבועות (early term)
- היריון בתקופת מועד מלא - 0+39 ועד 6+40 שבועות (full term)
- היריון בתקופת מועד מאוחרת - 0+41 ועד 6+41 שבועות (late term)
- היריון שלאחר תקופת המועד - לאחר 0+42 שבועות (post term pregnancy)

סיכונים לעובר Level III

הסיכונים והסיבוכים בהיריון שלאחר המועד, הינם תהליכים הדרגתיים, המתרחשים החל מהמועד המשוער ללידה, ושיעורם הולך ועולה עם המשך ההיריון. סיבוכי היריון עודף כוללים עלייה בשיעור התמותה הפרינאטלית. עלייה חדה מתוארת החל מ-40 שבועות כאשר, החל מ-42 שבועות נצפתה עלייה של פי 2 לעומת 40 שבועות. הגורמים העיקריים לכך הינם, תשניק-אספיקסיה, שאיפת מקוניום וזיהומים תוך רחמיים. בנוסף, קיימת עלייה בשיעור המאקרוזומיה עם סיבוכים אורטופדיים ונירולוגיים הנלווים לעלייה בסיכון לכליאת כתפיים^[1,4-5].

תסמונת בשלות יתר (post maturity) מופיעה בכ-20% מההיריונות העודפים מתארת מאפייני תת תזונה כרוניים, איבוד שומן תת-עורי ומסת שריר, דהידרציה וקילוף עור. נמצא גם סיכון מוגבר למיעוט מי שפיר שמתבטא, בין

לידה החל מסיום 41 שבועות, כאשר יש תיארוך מדויק של ההיריון וללא קשר לתנאים הצוואריים. השראת לידה במקרים אלו, מפחיתה את השיעור היחסי של סיבוכים פרינאטליים הכוללים: תמותה, מבלי לגרום לעלייה בשיעור הניתוחים הקיסריים **Level A** [1,8-11]

■ ניתן להמתין ללידה ספונטנית עד סיום שבוע 42 מאחר, שהעלייה בסיכון האבסולוטי לסיבוכים השונים נמוכה ביותר [1,6,8].

■ בהיריון עודף מעבר ל-294 יום, 42 שבועות מלאים, מומלץ להשרות לידה [1-11].

ניתן להפחית את הסיכון להיריון עודף על ידי סטריפינג של הקרומים [1,12].

סטריפינג עלול לגרום לדימום נרתיקי וגורם לאי נוחות עד כאב רגעי בעת ביצוע הפעולה.

ב. סיווג היולדות בהיריון בסיכון נמוך לקבוצת הניטור או השראת הלידה בהתאם לקריטריונים הבאים:

ניטור Level B

■ ניטור עוברי יבוצע לא יאוחר מ-41+0 שבועות. מומלץ, להעריך את מצב העובר על ידי ניטור דופק העובר וביצוע בדיקת סונאר לכמות מי השפיר בתדירות של פעמיים בשבוע. הערכה כזו מקטינה את הסיכונים לתמותה ולתחלואה פרינאטליים [1,7].

השראת לידה

■ אין לבצע השראת לידה אלקטיבית (ללא הורייה רפואית) לפני 39 שבועות.

■ הנתונים העכשוויים מצביעים על יתרון בהשראת

מקורות

1. Management of late-term and postterm pregnancies. Practice Bulletin No. 146. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2014;124:390–6.
2. Spong CY. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. *JAMA* 2013;309:2445–6. (Level III).
3. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Curtin SC, Mathews TJ. Births: final data for 2012. *Natl Vital Stat Rep* 2013;62(9):1–27. (Level II-3).
4. Doherty L, Norwitz Er. Prolonged pregnancy: when should we intervene? *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2008; 20:519. 547.
5. Smith GC. Estimating risks of perinatal death. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:17–22. (Level III).
6. Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2004;103:57–62. (Level II-3).
7. Lalor JG, Fawole B, Alfirevic Z, Devane D. Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
8. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. *N Engl J Med* 1992;326:1587–92. (Level I).
9. A clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:716–23. (Level I).
10. Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:609–17. (Level I).
11. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, et al. Systematic review: Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med* 2009; 151:252.
12. Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
13. Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 169 (2013) 10–16.
14. ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122:1139. Reaffirmed 2019.



החברה הישראלית לרפואת האם והעובר
Israeli Society of Maternal-Fetal Medicine

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
Israel Society of Obstetrics and Gynecology



המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה