

הגישה לדימומים בהיריון בגיל החיות

נכתב על-ידי:

פרופ' אריאל מני
פרופ' טל בירון-שנטל
פרופ' יואב ינון
פרופ' משנה קליני זהר נחום
ד"ר חן סלע
פרופ' משנה קליני עדו שולט
פרופ' אייל שיינר

בשם:

החברה לרפואת האם והעובר
החברה לאולטרה סאונד
האיגוד הישראלי למיילדות וגinekולוגיה

נייר עמדה מספר 15
מהדורה שניה

דצמבר 2025

המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה

צוות עדכון נייר העמדה (ועד החברה לרפואת האם והעובר)

פרופ' אריאל מני, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' יואב ינון, פרופ' משנה קליני זהר נחום, ד"ר חן סלע, פרופ' משנה קליני עדו שולט, פרופ' אייל שיינר.

עדכון נייר עמדה 2025

ד"ר הדר רוזן, פרופ' גלי פריאנטה, פרופ' לירן הירש, פרופ' מיכל פישל ברטל, ד"ר גיל שכטר מאור, פרופ' מאיה וולף, פרופ' רינת גבאי בן זיו

בשיתוף עם החברה לאולטרה סאונד:

פרופ' גוסטבו מלינגר, ד"ר ורד אייזנברג, פרופ' יינון גלבווע, ד"ר דן ולסקי, ד"ר נילי ינאי, ד"ר אתי שפיגל וד"ר אלון שרים.

אושר במועצת האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה ב-9.5.2018

הנייר עודכן ואושר בישיבת האיגוד למיילדות וגינקולוגיה ב 03.11.2025

נייר העמדה עוסק בגישה לדימומים מיילדותיים בהיריונות בגיל החיות.

רקע

דימומים בשבועות אלו קורים בכ-5%-3% מההיריונות ומהווים גורם סיכון משמעותי לתחלואה אימהית, על רקע אובדן דם ולתחלואה ותמותה פרינטלית על רקע לידה מוקדמת וסיבוכי פגות⁽¹⁾.

מקובל להתייחס אל חומרת הדימום בהתאם להערכה הקלינית של המטופלת.

עקרונות טיפול

לכל הרה עם דימום לדני, מומלץ, להיבדק ע"י צוות רפואי. יש להעריך את כמות הדימום, את מצבה ההמודינמי של ההרה ואת חיוניותו של העובר בהתאם לשבוע ההיריון.

במידה ומיקום השליה אינו ידוע, מומלץ לבצע סונאר להערכת מיקום השליה טרם בדיקה נרתיקית ידנית ולשקול הערכה של צוואר הרחם והנרתיק ע"י בדיקה בספקולום.

בהתאם להערכה הקלינית מומלץ, לבצע בדיקות דם הכוללות: ספירת דם, תפקודי קרישה, סוג דם וסקר נוגדנים ולשקול ביצוע בדיקת Kleihauer Betke או FACS (Fluorescence Activated Cells), אם יש צורך להעריך את כמות הדם העוברי אליו הייתה ההרה עלולה להיחשף.

להרות עם סוג דם Rh - יש להעריך את הצורך במתן Rh Immunoglobulins - Anti D בזריקה תוך - שרירית במינון של 300 מק"ג (או יותר אם קיימת הערכה של דימום מוגבר).

ניתן לשקול, טיפול לעצירת צירים במצבים בהם המשך ההיריון אינו מסכן את ההרה או את עובריה ועל פי שבוע ההיריון לפי שיקול דעת הרופא.

בשבועות המתאימים וכאשר ניתן לדחות את מועד היילוד, יש לטפל בסטרואידים להאצת בשלות ריאות העובר.

במידה וקיים חשד קליני ללידה מוקדמת בשעות הקרובות, מומלץ טיפול במגנזיום להגנה פוטנציאלית על מוח העובר בהתאם לגיל ההריון וע"פ נייר עמדה לידה מוקדמת.

החלטה על אשפוז תתקבל בהתאם לחומרת הדימום ולהערכה הקלינית.

התוויות בהן יש לשקול יילוד:

- אי יציבות המודינמית אימהית
- ניטור עוברי לא תקין
- דימום משמעותי פעיל או הגורם לאנמיה משמעותית או להפרעת קרישה בתלות בגיל ההריון

שליית פתח

שליית פתח היא מצב בו השלייה מושרשת בחלק התחתון של הרחם, וחוסמת בצורה חלקית או מלאה את הפתח הפנימי של צוואר הרחם⁽¹⁻⁴⁾. שלייה נמוכה מוגדרת כהימצאות קצה השלייה במרחק של עד 2 ס"מ מהפה הפנימי של צוואר הרחם.

השכיחות של שליית פתח באוכלוסייה נעה בין 0.28%-1.5%, ונקבעת על ידי אבחנה סונוגרפית (אולטרה סאונד) במהלך ההריון⁽¹⁻⁴⁾. היריונות עם שליית פתח, הינם בסיכון גבוה לדימום במהלך השליש השני והשלישי, אשר מעלה את הסיכון לתמותה ולתחלואה עוברית, וכן, קשורים בתוצאות אימהיות ועובריות פחות טובות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית⁽¹⁻⁴⁾. בכל מקרה של שליית פתח / שלייה נמוכה אשר אובחנה במחצית השנייה של ההריון, יש לבצע הערכה לנעיצות ו/או לנוכחות של vasa previa (פירוס בהמשך).

גורמי סיכון:

גורמי הסיכון הידועים של שליית פתח מסוכמים בטבלה 1 וכוללים בין היתר, את הבאים: גיל אימה מתקדם, מספר היריונות גבוה, עישון אימהי, טיפולים באי-פריון, היסטוריה של ניתוחים קיסריים קודמים, היסטוריה של הפלות חוזרות והיריונות מרובי עוברים (תאומים, שלישיות וכד'). שכיחותם של מספר גורמי הסיכון שתוארו נמצאת בעלייה באוכלוסייה הכללית שכן, אחוז הניתוחים הקיסריים עולה ומספר גדל והולך של נשים הבוחרות ללדת לראשונה בגיל מבוגר יחסית וכן, עלייה בשכיחות ההיריונות כתוצאה מטיפול אי-פריון⁽¹⁻⁴⁾.

מאפיינים קליניים:

בד"כ ההיסתמנות הקלינית הינה דימום נרתיקי שאינו מלווה בכאבים⁽¹⁻³⁾.

סיבוכים אימהיים: (1-3)

- ניתוחים קיסריים.
- סיבוכים אימהיים הקשורים בדימום: צורך במתן מוצרי דם, זיהום אימהי, פקקת ותסחיפים.
- כריתות רחם לאחר הלידה, בעיקר, במקרים של שליית פתח נעוצה (עקב דימום בלתי נשלט).

סיבוכים עובריים: (1-4)

- שכיחות גבוהה של לידות מוקדמות ובהתאם סיבוכי פגות ועלייה בתמותה הסב-לידתית.
- מצגים פתולוגיים.
- ציוני אפגר נמוכים בגיל דקה וחמש דקות (1-4).

טיפול:

במרבית המקרים, שליית פתח מאובחנת בבדיקת אולטרה סאונד שגרתית. אם שליית הפתח גבולית, דהיינו, מגיעה לצוואר הרחם אך אינה מכסה אותו מצד לצד, עם התקדמות ההיריון וגדילת הסגמנט התחתון של הרחם, השלייה עשויה לשנות את מיקומה היחסי ולא להגיע כלל אל צוואר הרחם ולכן, נדרש מעקב אחר מיקום השלייה. אם האבחנה של שליית פתח מתגלה עקב

דימומים, מומלץ, להימנע מיחסי מין.

במקרי דימום משמעותי, יש לבצע בדיקת אולטרסאונד למיקום השלייה לפני בדיקה ידנית נרתיקית. מומלץ, להימנע מבדיקות נרתיקיות ידניות כאשר מאובחנת שליית פתח (1-4).

בהתאם לכמות הדימום ולשבוע ההיריון, יש לשקול מתן סטרואידים להאצת הבשלות הריאתית וכן, מגנזיום להגנה פוטנציאלית על מח היילוד.

אם מדובר בשליית פתח הלידה תהייה כתלות בשבוע ההריון בניתוח קיסרי. בשלייה נמוכה ניתן לשקול יילוד נרתיקי.

יש לזכור, כי שליית פתח קדמית תדרוש מעבר דרך השלייה בניתוח קיסרי וקיים חשש לדימום ניכר. במידה ואכן יש מעבר דרך שליה יש להמנע מביצוע DCC delayed cord clamping.

תזמון יילוד: (5)

- כאשר היולדת יציבה יש לשקול ניתוח בין השבועות 36.0-38.0 במקרים של אירועים חוזרים של דימום משמעותי לפני שבוע 36, יש לשקול יילוד מוקדם ע"מ להפחית את הסיכון לאירועי דמם חוזרים.

טבלה 1: גורמי סיכון לשליית פתח

שליית פתח בעבר	סיכון של פי 9.7
ניתוחים קיסריים קודמים:	
ניתוח קודם אחד	סיכון של פי 2.2
שני ניתוחים קודמים	סיכון של פי 4.1
שלושה ניתוחים קודמים	סיכון של פי 22.4
הפסקות היריון קודמות	
ולדות גבוהה	
גיל מבוגר (וספציפית מעל 40)	
היריון מרובה עוברים	
עישון	
בעיות באנדומטריום	היסטוריה של צלקות רחמיות, אנדומטריטיס, הוצאה ידנית של שלייה, גרידות, שרירנים סב-מוקוזאליים.
היריון לאחר טיפולי פריין	

Antepartum Haemorrhage, Green-top Guideline No. 63 November 2011, RCOG ⁽¹⁾.

היפרדות שלייה

קליני וכי אולטרסאונד עלול שלא לאבחן היפרדות שלליה בחלק ניכר מהמקרים⁽⁵⁾.

סיבוכים אימהיים:

סיבוכים אימהיים הקשורים בדימום עקב היפרדות שלליה הם הלם תת-נפחי, צורך בקבלת מוצרי דם, קרישה תוך כלית ממושטת (DIC), זיהום אימהי, פקקת ותסחיפים, אטוניה של הרחם עד לכדי כריתת רחם⁽⁶⁻⁹⁾.
היפרדות שלליה בנוכחות מוות תוך-רחמי מהווה מצב מסכן חיים העלול להתבטא באי יציבות המודינמית.

סיבוכים עובריים:

הסיבוכים העובריים של היפרדות שלליה כוללים מצוקת עובר עם ציוני אפגר נמוכים בגיל דקה וחמש דקות, PH נמוך ואף מות עובר⁽⁶⁻⁹⁾.

טיפול:

הטיפול תלוי בשבוע ההיריון ובמצב האם והעובר. במקרי פגות וכאשר המצב מאפשר, יש לשקול, מתן סטרואידים להאצת הבשלת ריאות העובר ומגנזיום להגנה פוטנציאלית על מח היילוד. יחד עם זאת, בחלק מהמקרים, מדובר על תהליך חריף, שכולל דימום שיביא למצוקת העובר. במקרה כזה, הטיפול יהיה ניתוח קיסרי בהול. במקרים אחרים, היפרדות השלליה היא קלה וחלקית. במקרים אלה ניתן יהיה לבצע מעקב בלבד.

גם במקרים של היפרדות שלליה לאחר שבוע 34 (שבועות 34-36+5), ניתן לשקול, מתן סטרואידים לילודת, אם צופים כי הלידה תתרחש בשבוע הקרוב והיולדת טרם קיבלה סטרואידים⁽⁵⁾.

במקרי דימום פעיל משמעותי מומלץ, שלא לעכב יילוד לצורך מתן קורס סטרואידים.

באם מצב האם והעובר מאפשר זאת, ניתן לבצע יילוד נרתיקי, אלא אם קיימת התווית נגד לכך. במקרי דימום יש לשלוח בדיקות מעבדה שתכלולנה: את סוג דם היולדת וסקר נוגדנים, ספירת דם, תפקודי קרישה (כולל פיברינוגן), קראטינין ואנזימי כבד.

מועד היילוד:

חסרים מחקרים לגבי תזמון מיטבי ליילוד במקרה של היפרדות שלליה. מועד היילוד ייקבע ע"פ מצבם הקליני של האם והיילוד ושבוע ההיריון^(5,1).

היפרדות שלליה מוגדרת כהתנתקות (חלקית או מלאה) של השלליה מדופן הרחם טרם לידת העובר⁽⁶⁻⁹⁾. היפרדות שלליה קשורה לכשליש מהדימומים הרחמיים במהלך המחצית השנייה של ההיריון וכן, בסיכון גבוה במיוחד לתמותה ולתחלואה סב-לידתית וללידה מוקדמת. גם האם חשופה לסיבוכים אשר לרוב קשורים בדימום. למרות חשיבותה הקלינית של התופעה, אין כיום כלים אמנים דיים לחיזוי או למניעה ומרבית הדימומים בהריון מסתיימים בלידת מועד.

גורמים וגורמי סיכון:

הסיבה העיקרית למרבית המקרים של היפרדות שלליה עדיין אינה ידועה. קרע של כלי דם אימהיים פגומים ב-deciduals basalis הינה סיבה אפשרית המתחילה את היפרדות השלליה. על אף שהאתיולוגיה אינה ברורה, ניתן להבחין בין גורמים מכאניים חריפים כגון: טראומה לבטן, חבל טבור קצר וריקון פתאומי של חלל הרחם לבין גורמים אחרים אשר מעידים על כך שהיפרדות שלליה היא תוצאה של תהליך כרוני ממושך יותר (ראה טבלה 2). בין הגורמים הכרוניים נמנים טרומבוזיס שלילית, מצבי דלקת, זיהום ופתולוגיה בכלי הדם במפגש רחם-שלליה. מוכרים מספר גורמי סיכון להיפרדות שלליה, ביניהם המשמעותיים ביותר הם היפרדות שלליה בעבר, רעלת היריון, יתר לחץ דם כרוני, ירידת מים מוקדמת וזיהום תוך-רחמי. עישון ושימוש בקוקאין, אף הם, מעלים סיכון להיפרדות שלליה ולבסוף טרומבופיליה נרכשת (APLA) (קרישיות יתר) מגבירה סיכון להיפרדות שלליה⁽⁶⁻⁹⁾.

מאפיינים קליניים:

המאפיינים הקליניים תלויים במספר גורמים, ביניהם מאפייני הדימום ובעיקר כמות הדימום: קל או חמור בנוסף, האם מדובר בדימום כרוני או אקוטי, וכן הדימום גלוי או נסתר⁽⁶⁻⁹⁾.

המאפיינים הבולטים כוללים: דימום נרתיקי המלווה בכאב ובהתכווצויות חוזרות ונשנות של הרחם, טונוס מוגבר של הרחם ותבניות לא תקינות של קצב לב העובר. האבחנה היא בעיקרה קלינית אך ממצאים שליליים בלתי תקינים בבדיקת אולטרסאונד עשויים לתמוך באבחנה. יחד עם זאת, יש לזכור, כי אבחון של היפרדות שלליה הינו

טבלה 2: גורמי סיכון להיפרדות שליה

אירוע חריף:	טראומה ביטנית	
	שימוש בסמים ובפרט קוקאין	סיכון של פי 5-10
	ריבוי מי שפיר	סיכון של פי 2-3
גורמי סיכון מיילדותיים:	יתר לחץ דם כרוני	סיכון של פי 1.8-5.1
	רעלת היריון	סיכון עד פי 4.5
	אקלמפסיה	סיכון של פי 3-5.5
	ירידת מים מוקדמת	סיכון של פי 1.8-5.0
	כוריאמניוניטיס	סיכון של פי 2-2.5
אירוע קודם של איסכמיה שליתית על רקע של:	רעלת היריון	סיכון של פי 1.5
	עיכוב גדילה תוך-רחמית או יילוד קטן לגיל ההיריון	סיכון של פי 1.4
	היפרדות קודמת	סיכון של פי 8-12
גורמים סוציאקונומיים	גיל אם מבוגר	סיכון של פי 1.1-1.3
	ולדנות גבוהה	סיכון של פי 1.1-1.6
	עישון	סיכון של פי 1.4-2.5

מקור:

Ananth, CV , Kinzler, WL .Placental abruption: Clinical features and diagnosis. Up-To-Date Dec 19, 2017 (7).

שלייה נעוצה

שלייה נעוצה נובעת מהשרשה לא תקינה של השלייה אל דופן הרחם (10-13).

הגדרות (מבוססות על אבחנה פתולוגית):

- Accreta - סיסי השלייה חודרים את הדצידואה ומגיעים עד למיומטריום.
 - Increta - חדירה של סיסי שלייה אל המיומטריום.
 - Percreta - חדירה של סיסי שלייה לאורך כל המיומטריום ועד הסרוזה או האיברים הסמוכים.
- השכיחות עלתה בעשורים האחרונים ועלייה זו מיוחסת בעיקר לעלייה בשיעורי הניתוחים הקיסריים.
- הפתופיזיולוגיה המקובלת ביותר כגורם לשלייה נעוצה הינה פגיעה בדצידואה על רקע צלקת (מניתוח קודם או גרידה).

גורמי סיכון:

- הסיכון לשלייה נעוצה עולה במצבים של ניתוח קיסרי קודם בנוכחות שליית פתח. ככלל, עלייה במספר ניתוחים הקיסריים בנוכחות שלייה קדמית באזור הצלקת או שליית פתח, מעלים את הסיכון לשלייה נעוצה.
- הסיכון לשלייה נעוצה: (10)

מספר הניתוחים הקיסריים בעברה של ההרה	% הסיכון לשלייה נעוצה כשאינן שליית פתח	% הסיכון לשלייה נעוצה כשאין שליית פתח
0	3	0.03
1	11	0.2
2	40	0.1
3	61	0.8
4	67	4.7

- ניתוח רחמי קודם (היסטרוסקופיה, גרידה, אבלציה, כריתת מחיצה / פולפ / שריר).
- גיל אימהי מעל 35.
- IVF.
- היסטוריה של קרינה לאגן.
- השרשה נמוכה של שק ההיריון.

מאפיינים קליניים:

ניתן לחשוד בשלייה נעוצה, במהלך בדיקות אולטרה סאונד במחצית השנייה של ההיריון. הסימנים הסונוגרפיים האופייניים לשלייה נעוצה הם אזורים היפואקוגניים (לקנות) ברקמת השלייה עם זרימת דם אופיינית ואובדן ההיפואקוגני מאחורי רקמת השלייה, בינה לבין האנדומטריום. סימנים סונוגרפיים נוספים כוללים הידקקות של המיומטריום מאחורי השלייה, אובדן הקו ההיפראקוגני המאפיין את קו שלפוחית השתן, בליטה של רקמת שלייה לתוך שלפוחית השתן או לרקמות סמוכות מעבר לסרוזה. לעיתים, דופלר יכול לעזור ולשפר את רגישות וסגוליות הבדיקה עם אבחנה של עושר כלי דם במיטת השלייה. ככלל, לא הוכח יתרון לסונאר תלת - מימד או ל-MRI באבחון של שלייה נעוצה. אין חובה לבצע MRI בכל מקרה של חשד לשלייה נעוצה (12).

בנשים עם סיכון גבוה לשלייה נעוצה, מומלץ, להתייחס לנושא נעיצות השלייה במסגרת סונאר במחצית השנייה של ההיריון. נשים עם שלייה נעוצה הן בסיכון גבוה יותר לדימום במהלך ההיריון. ההיסתמנות הקלינית הבעייתית ביותר הינה דימום משמעותי אחרי הלידה בעת הניסיון להוציא את השלייה מחלל הרחם.

סיבוכים אימהיים:

דימום משמעותי אחרי הלידה, המחייב כריתת רחם ופגיעה בפריון. DIC, כשל רב מערכתי עד מוות כתוצאה מדימום משמעותי וממתן תכשירי דם מרובים. סיבוכים עובריים: קיימות עבודות הקושרות בין שלייה נעוצה לבין האטה בצמיחה התוך-רחמית. לרוב, הסיבוכים בהקשר של שלייה נעוצה הינם אימהיים ולא עובריים.

הטיפול:

- במהלך ההיריון מומלץ, לשמור על המוגלובין מעל 10 לקראת הניתוח הקיסרי בשל הצפי לדימום מוגבר.
- במקרה של צפי ללידה בתוך שבוע על רקע

דימומים, או לפני ניתוח מתוכנן מומלץ, לשקול מתן סטרואידים להאצת בשלות ריאות העובר, וכן, מגנזיום להגנה פוטנציאלית על מח העובר, בהתאם לשבוע ההיריון ולחומרת הדימום.

■ במקרה בו קיימת אבחנה של שלייה נעוצה, חשוב לנהל עם המטופלת שיחה על המשמעות ועל מידת החשיבות עבורה, לשמירה על הרחם בעת הניתוח הקיסרי.

■ קיימים מצבים בהם כריתת רחם, היא הדרך הבטוחה ביותר לטיפול בשלייה נעוצה, בעיקר, כאשר אזורים נרחבים של השלייה נעוצים באופן משמעותי וכאשר האישה אינה מעוניינת בשימור פריון.

■ ההיערכות צריכה לכלול צוות רב מקצועי - גינקולוג המיומן בניתוחים מורכבים מסוג זה, צוות הרדמה וטיפול נמרץ למהלך הניתוח ולהתאוששות שאחרי, נאונטולוג, צוות בנק הדם, צוות חדר ניתוח מיומן, כתלות בסיכון של מעורבות מערכת השתן - אורולוג. ניתן לשלב בדיון רדילוג מתחום הרדילוגיה הפולשנית.

■ מומלץ לתכנן את הניתוח לזמן מיטבי מבחינת כל המעורבים.

■ יש להיערך עם מוצרי דם בכמות מספקת בעזרת בנק הדם המקומי ובתאום אתו.

■ חשוב לזכור, שדימום משמעותי, ניתוח ממושך ומתן מוצרי דם, כולם מעלים את הסיכון לאירועים טרומבו אמבוליים, סיכון המוגבר לכל הרה מלכתחילה, ולכן, מחייב התייחסות מיוחדת. רצוי לשקול שימוש ב-Pneumatic cuffs לניתוחים מסוג זה.

■ כאשר מחליטים מראש על כריתת רחם במהלך הניתוח הקיסרי, רצוי להשאיר את השלייה ברחם ולא לנסות להוציאה, הליך המגביר את הדימום.

■ צנתור עורקי ואמבוליזציה להפחתת הסיכון לדימום ו/או לכריתת רחם במקרים של שלייה נעוצה: הנושא שנוי במחלוקת. לא ניתן לנבא למי מבין המטופלות עם שלייה נעוצה, יוכלו הצנתרים להועיל ולא ניתן להבטיח שהצנתר יאפשר לשמור על הרחם. חשוב לזכור, שלשימוש בצנתרים יש סיבוכים אפשריים כגון המטומות, זיהומים וסיבוכים טרומבו אמבוליים. ההליך מחייב היערכות ולרוב אינו

מתאים לניתוחים דחופים.

■ כאשר מחליטים על ניתוח שמרני ומנסים לשמר את הרחם, ניתן להשאיר את השלייה ברחם ולנסות לעצור את הדימום בעזרת תרופות לכיווץ הרחם וטמפונדה בעזרת בלון. ההליך שנוי במחלוקת, כרוך בסיכון מוגבר לדימום ולזיהום, בצורך בניתוח נוסף לכריתת הרחם ובהחלמה ממושכת. ההליך אינו מבטיח שימור פריון וחשוב להסביר זאת ליולדת. טיפול לאחר הניתוח במתוטרקסטט לשיפור הספיגה של השלייה נבדק ונמצא כלא יעיל ועם סיכון לתופעות לוואי משמעותיות, ולכן אינו מומלץ⁽¹⁴⁾.

Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA)

היא טכניקה המשמשת לשליטה בדימום חמור על ידי חסימה זמנית של אבי העורקים באמצעות צנתר בלון מתנפח. ההליך כולל גישה דרך העור לעורק הפמורלי המשותף, הקדמת צנתר בכיוון הנגדי לתוך אבי העורקים, וניפוח הבלון באזור ספציפי כדי לשלוט בדימום.

התוויות לREBOA בהקשר של ספקטרום שיליה נעוצה כוללות טיפול בדימום חמור סביב הניתוח או באופן מניעתי על מנת לאפשר שימור הרחם בניתוח או הפחתת כמות הדימום בכריתת רחם קיסרית.

סיבוכים אפשריים הינם פגיעה בכלי דם, איסכמיה של הגפיים, פגיעת רה-פרפוזיה, ואי-יציבות המודינמית בעת הוצאת הבלון.^[16,17]

תזמון יילוד:

בחלק גדול מהמקרים של שלייה נעוצה, יש לבצע ניתוח דחוף על רקע דימום וצירים מוקדמים. מומלץ לתכנן את הניתוח לשבוע 34-37, כתלות בסימפטומים ובגורמי הסיכון הפרטניים של כל מטופלת ללידה מוקדמת.

יש לשקול את סיכויי הפגות אל מול היתרונות של ניתוח מתוכנן.

מומלץ, לשקול מתן סטרואידים לצורך האצת בשלות ריאות העובר לפני ניתוח מתוכנן בהתאם לשבוע ההיריון.

וזה פרביה - Vasa Previa

ממצא של כלי דם עוברי אשר אינו נתמך על ידי חבל הטבור או השלייה ועובר חשוף על פני קרומי השפיר, מעל הפה הפנימי של צוואר הרחם (15,16). אבחון תוך-רחמי ויילוד יזום טרם פקיעת קרומים, משפרים את הפרוגנוזה של העוברים והיילודים (15,16).
שכיחות - 1:1275-1:5000 היריונות.

כאשר קיימים גורמי סיכון ל- vasa previa במחצית השנייה של ההיריון (ראה פירוט בהמשך), מומלץ, לנסות ולבצע אבחנה טרום לידתית בעזרת סונאר בשילוב דופלר. יש לזכור, כי גם באמצעים אלו לא תמיד ניתן לאבחן vasa previa.

גורמי סיכון: (16)

- במרבית המקרים קשור ל-velamentous insertion של חבל הטבור
- שלייה דו-אונתית
- היריון מרובה עוברים
- טיפולי הפרייה חוץ גופית (IVF)
- השרשה נמוכה של השלייה במחצית השנייה של ההיריון

מאפיינים קליניים:

היסתמנות קלינית עלולה להיות דימום בעת פקיעת מי שפיר או אף תמותת עובר ברחם, ניטור עוברי עם האטות משתנות או עם דופק סינוסואידלי המעיד על אנמיה עוברית משמעותית (17).

סיבוכים אימהיים:

הסיכון לאם נובע בעיקר מניתוח קיסרי על סיבוכי המידיים והמאוחרים.
במקרים של velamentous cord insertion קיימת שכיחות גבוהה יותר של קושי בהוצאת השלייה.

סיבוכים עובריים:

הסיכון לעובר נובע מפקיעת קרומים באזור כלי הדם, דימום ואובדן משמעותי של דם עוברי.
מומים וסיבוכים עובריים שתוארו כקשורים: עורק טבורי בודד, ספינה ביפידה, האטה בצמיחה התוך-רחמית.

טיפול ומעקב:

- ברבע מהמקרים בהם אובחן vasa previa בשליש השני של ההיריון, האבחנה תשתנה עם התקדמות ההיריון ולכן, מרגע שאובחן, יש להמשיך מעקב לצורך תכנון המשך ההיריון והלידה (18).
- יש להתחשב באורך הצוואר ובצירים מוקדמים בהחלטה על אשפוז ועל תזמון היילוד היזום במקרים של vasa previa (19-21).
- מומלץ, לתכנן ניתוח קיסרי יזום טרם התפתחות לידה, בשבוע 34-37, גם לנשים אסימפטומטיות (21). מכיוון שאין הוכחה כי אשפוז אלקטיבי מפחית סיבוכים במקרים של VASA PREVIA החלטה על אופן המעקב באשפוז או אמבולטורי תתקבל בדיון משותף עם המטופלת.

References

1. Antepartum Haemorrhage, Green-top Guideline No. 63 November 2011, RCOG.
2. Lockwood CJ, Russo-Stieglitz, K, Placenta previa: Management Up-To-Date Dec 19, 2017.
3. Lockwood CJ, Russo-Stieglitz, K, Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality Up-To-Date Aug 04, 2017.
4. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, et al. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. *J Matern Fetal Med* 2001; 10:414.
5. SMFM issues guidelines for managing patients with third trimester bleeding between 34 0/7-36 6/7 weeks. December 3, 2017
6. Oyelese, Y, Ananth, CV. Placental abruption: Management. Up-To-Date Oct 03, 2017.
7. Ananth, CV, Kinzler, WL. Placental abruption: Clinical features and diagnosis. Up-To-Date Dec 19, 2017.
8. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, et al. Incidence, obstetric risk factors and pregnancy outcome of preterm placental abruption: a retrospective analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2002; 11:34.
9. Pariente G, Wiznitzer A, Sergienko R, Mazor M, Holcberg G, Sheiner E. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2011 May;24(5):698-702.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion #529. Placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2012; 120:207.
11. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218:B2.
12. Jauniaux E, Collins SL, Jurkovic D, Burton GJ. Accreta placentation: a systematic review of prenatal ultrasound imaging and grading of villous invasiveness. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:712.
13. Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218(1):B2.
14. Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, Winer N, Pierre F, Benachi A, Dreyfus M, Bauville E, Mahieu-Caputo D, Marpeau L, Descamps P, Goffinet F, Bretelle F. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115(3):526.
15. No. 231 Guidelines for the management of Vasa previa, *J Obstet Gynecol Can* 2017;39(10):e415-e421.
16. Webster LA, Little O, Villalobos A, Nguyen J, Nezami N, Lilly M, Dariushnia S, Gandhi R, Kokabi N. REBOA: Expanding Applications From Traumatic Hemorrhage to Obstetrics and Cardiopulmonary Resuscitation, From the AJR Special Series on Emergency Radiology. *AJR Am J Roentgenol*. 2023 Jan;220(1):16-22. doi: 10.2214/AJR.22.27932. Epub 2022 Aug 3. PMID: 35920708.

17. Kluck SL, Russo RM, Appel NB, Frankfurt AI, Weltge C, Shimer T, Feagins B, Frotan A, Rinehart B, Cohen RA. Aortic balloon occlusion in distal zone 3 reduces blood loss from obstetric hemorrhage in placenta accreta spectrum. *J Trauma Acute Care Surg.* 2023 May 1;94(5):710-717. doi: 10.1097/TA.0000000000003917. Epub 2023 Feb 24. PMID: 36812423; PMCID: PMC10155693.
18. Rebarber A, Dolin C, Fox NS, Klauser CK, Saltzman DH, Roman AS. Natural history of vasa previa across gestation using a screening protocol. *J Ultrasound Med* 2014;33(1):141-147.
19. Odibo AO, Berghella V, Reddy U, Tolosa JE, Wapner RJ. Does transvaginal ultrasound of the cervix predict preterm premature rupture of membranes in a high-risk population? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18(3):223-7.
20. Sinkey RG, Odibo AO, Dashe JS. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee, *Am J Obstet Gynecol.* 2015;213(5):615.
21. Spong CY, Mercer BM, D'alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol* 2011;118(2 Pt 1):323-333.



החברה הישראלית לאולטרה-סאונד
במייילדות וגינקולוגיה

האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה
Israel Society of Obstetrics and Gynecology



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

המכון לאיכות
ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל
המכון לאיכות ברפואה