



## ניהול הריון שלאחר המועד

אושר ב- 10.05.2011

יופיע בצבע ירוק EBM - במקום שהוא קיים, דירוג ה

### דברי הסבר

מוגדר כהריון הנמשך מעבר ל- 294 יום (42 שבועות). [1] (POSTTERM PREGNANCY)) הריון שלאחר המועד קביעה מדויקת של גיל ההריון הינה חיונית לאבחנה. השכיחות הינה בין 3%-12% ומושפעת ממספר גורמים ובעיקר מהדיוק בקביעת גיל ההריון. [1,2] שכיחות הריון עודף עם תיארוך מדויק שנתמך עי בדיקת אולטראסאונד בשליש הראשון הינה 2% בקירוב. [6]

רוב מקרי הריון שלאחר המועד הינם מסיבה לא ידועה. גורמי סיכון מוכרים הינם: יולדת מבכירה, הריון קודם [שנסתיים בלידה לאחר המועד (סיכון פי 2-3), גורמים גנטיים אימהיים, עובר ממין זכר, והשמנת יתר. [1,2]

### סיכונים לעובר:

הסיכונים והסיבוכים בהריון שלאחר המועד הינם תהליכים הדרגתיים, המתרחשים החל מהמועד המשוער ללידה ושיעורם הולך ועולה עם התמשכות ההריון. סיבוכי הריון שלאחר המועד כוללים עלייה בשיעור התמותה הפרינטלית לעומת שבוע 40. PNM-עליה חדה מתוארת החל משבוע 40, כאשר בשבוע 42 נצפתה עליה של פי 2 ב PNM – הגורמים העיקריים לכך הינם תשניק-אספיקסיה, שאיפת מיקוניום וזיהומים תוך רחמיים. בנוסף קיימת עליה פרע, CPD, בשיעור המקרוזומיה (משקל ילוד מעל 4000 גרם) המביאה לעליה בשכיחות של לידה ממושכת [כתפיים וסיבוכים אורטופדיים ונירולוגיים. [1,2] 4-9

המופיעה בכ 20% מההריונות העודפים מתארת מאפייני תת תזונה (POSTMATURITY), תסמונת בשלות יתר כרוניים, איבוד שומן תת-עורי ומסת שריר, דהידרציה וקילוף עור. נמצא גם סיכון מוגבר למיעוט מי שפיר שמתבטא בין היתר בניטור לא תקין, שאיפת מקוניום, וסיבוכים שלאחר הלידה הכוללים היפוגליקמיה, פרכוסים אי ספיקה נשימתית, כמו כן גם סיבוכים נירולוגיים מאוחרים.

הריון שלאחר המועד תואר כגורם סיכון בלתי תלוי לאנצפולופתיה שלאחר הלידה ולמוות בשנה הראשונה לחיי הילוד.

### סיכונים לאם:

הסיבוכים לאם עולים גם הם בהדרגה משבוע 39 ואילך וכוללים עליה בשכיחות פרע לידה, עליה בשיעור מקרי כוריאומניוניטיס, עליה בשכיחות קרעים בדרגה 3-4 הקשורה למקרוזומיה, עלייה בשיעור לידה מכשירנית ועלייה בשיעור הניתוחים הקיסריים יחד עם סיכון יתר לסיבוכים כגון: זיהומים רחמיים, דימום ואירועים טרומבואמבולים.

]]9-1

מקובל לבצע ניטור טרום לידתי לאחר מועד הלידה המשוער, במטרה לאתר הריונות שבהם תהליכי בשלות היתר מתרחשים בקצב מואץ, ואשר בהם השראת לידה אפשר שתמנע סיבוכים

**אשר על כן עמדת האיגוד היא**

**א. קביעת גיל ההריון המדויק**

ניתן לבצע בעזרת מספר נתונים: תאריך הווסת האחרון בנשים עם מחזור סדיר וספונטי, מועד הבייץ אם ידוע, אם בוצעה עד שבוע ממועד הווסת החסר. בעקרון מומלץ להשתמש בבדיקת אולטראסאונד (BHCG) בדיקת הריון LEVEL A [בשליש ראשון להריון [1 CRL ועדיף ע"י מדידת

תיקון תאריך הלידה המשוער ייעשה כאשר ההפרש בין גיל ההריון הקליני לפי וסת אחרון והגודל האולטראסוני הוא מעל

1. (CRL) שבוע במידה והאולטראסאונד בוצע עד שבוע 13.
2. שבועיים במידה והאולטראסאונד בוצע בין שבוע 14-20.

**ב. סיווג היולדות לקבוצת הניטור או השראת הלידה בהתאם לקריטריונים הבאים**

**(הריון בסיכון נמוך )**

**1. ניטור טרום לידתי:**

ככלל מומלץ לעקוב אחר תנועות העובר ע"י האישה. בהריון הנמשך מעבר ל- 287 יום (41 שבועות) מומלצת הערכת מצב העובר שיקול מעקב אלקטרוני אחר דופק לב העובר ומעקב אולטראסוני אחר כמות מי השפיר. יש לבצע הערכה בתדירות של פעמיים בשבוע. הערכה כזו מקטינה את הסיכונים לתמותה ותחלואה פרינטליים.

LEVEL B [1,4,6,8,9]

**2. השראת לידה:**

LEVEL B [א] במידה וקיים סיכון ספציפי למצבם התקין של האם או העובר יש לילד. [1,2,4-9]

(ב. בהריון מעבר ל- 280 יום (40 שבועות) ניתן להשרות לידה אם קיימים תנאים צוואריים המתאימים לכך (ג. הנתונים העכשוויים מצביעים על יתרון קטן בהשראת לידה החל משבוע 41 בהריונות בסיכון נמוך, עם תיארוך מדויק וזאת ללא קשר לתנאים הצוואריים, שתוביל להפחתה בשיעור היחסי של סיבוכים פרינטליים הכוללים תמותה LEVEL 2A [3-6,8,9,10]. וללא עליה בשיעור הניתוחים הקיסריים

(ד. עדיין ניתן להמתין ללידה ספונטנית עד שבוע 42 כיוון שהעלייה בסיכון אבסולוטי לסיבוכים השונים הינו נמוך

LEVEL A. ביותר

LEVEL B [3,4,9]. במידה והוחלט על המתנה מומלץ מעקב וניטור

(ה) בהריון עודף מעבר ל- 294 יום (42 שבועות) מומלצת השראת לידה. [1-9]

מקורות

1. ACOG Practice Bulletin, Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. Number 55, september 2004. management of postterm pregnancy. Obstet Gynecol. Sep 2004;104(3): 639.
2. Doherty L, Norwitz Er. Prolonged pregnancy: when should we intervene? Curr Opin Obstet Gynecol. 2008; 20:519. 547 .
3. Gulmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. Induction of labor for improving birth outcome for women at or beyond term. Cochrane Database Syst Rv. Oct 18 2006; CD004945.

4. Siozos C, Stanley KP. Prolonged pregnancy . Current Obstetrics & gynecology 2005. 15:73
5. 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.
6. Norwitz ER in UpToDate . Postterm pregnancy Last update Feb 2010 , Last literature review Jan 2011.
7. Nakling J, Backe B, Pregnancy risk increases from 41 weeks of gestation, Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:663
8. Caughey AB , Butler JR in eMedicine Obstetrics and Gynecology : Postterm pregnancy . update :sep 13, 2010<http://emedicine.medscape.com/article/261369-overview>
9. Mandruzzato G, Alfirevitc Z, Chervenac F, et al . Guidelines for the management of postterm pregnancy. J. perinat. Med. 2010; 38:111-119.
10. Kaimal AJ, Little SE, Obido AO, et al Cost-effectiveness of elective induction of labor at 41 weeks in nulliparous women. Am. J. Obstet. Gynecol. 2011;204:e1-9

#### **צוות הכנת נייר העמדה**

ועד החברה הישראלית לרפואת האם והעובר

ד"ר אלי גוטרמן- מנהל שירות מחוזי להריון בסיכון גבוה, מחוז חיפה, בית חולים כרמל, שרותי בריאות כללית  
פרופ' קובי בר- יו"ר החברה לרפואת האם והעובר, מנהל היחידה לרפואת האם והעובר, מרכז רפואי וולפסון, חולון