



ניהול הלידה בהריון רב עוברים

אושר ב- 23.02.2011

דברי הסבר

שכיחות לידות תאומים היא כ-2-3% מלידות החי בארץ. למרות זאת תרומת לידות תאומים לתחלואה ולתמותה של היילוד הינה גבוהה. שיעור לידות תאומים מקרב הלידות המוקדמות לפני שבוע 37 הוא כ-17%, ושיעורם מתוך מהלידות המוקדמות לפני שבוע 32 הוא 24%. יילודים בלידות תאומים מהווים אחוז ניכר מהיילודים המאושפזים ביחידות לטיפול נמרץ ומהיילודים הסובלים משיתוק מוחין. התמותה המתוארת בלידות תאומים הינה כפולה מהתמותה בלידות יחיד.

זיהוי והערכה טרם הלידה של הריונות תאומים חיוניים לקביעת מועד הלידה ולניהול התקין של הלידה. יש להקפיד על קבלת המידע לגבי הכרוניות של התאומים, המצגים, מדדי הגדילה ומיקום השלייה.

מועד הלידה

תאומים בהריונות מונוכרוניים נמצאים בסיכון יתר לתמותה, NEC, ותחלואה נירולוגית. יש לילד תאומים מונוכרוניים דיאמניוטים עד שבוע 37 להריון (2). בתאומים מונוכרוניים מונואמיניוטים מועד הלידה המקובל הוא בשבועות 32-34 להריון.

בתאומים דיכרוניים מומלץ לא לעבור את השבוע ה-40 להריון.

דרך הלידה

לידת תאומים מתייחדת בשינויים החלים בסביבה התוך רחמית לאחר שנולד התאום הראשון. שינויים אילו המסכנים את התאום השני כוללים: היפרדות שליה, צניחת חבל הטבור, ומצג פתולוגי של התאום השני. תיתכן גם חולשת צירים לאחר לידת התאום הראשון. שיעור הניתוחים הקיסריים של התאום השני לאחר לידה נרתיקית של התאום הראשון מגיע עד ל-4% בלידות ראש-ראש, ועד ל-20% בלידות ראש-עכוז או ראש-רוחבי (3).

הגורמים העיקריים בהחלטה על דרך הלידה בהריון תאומים הם: שבוע ההריון בלידה, הערכת המשקל והמצגים של העוברים. גורמים נוספים כוללים זמינות חדר ניתוח, וניסיון הצוות הרפואי בביצוע חילוץ התאום השני.

בבדיקת שיעור הניתוחים הקיסריים בהריונות תאומים בארה"ב נמצא כי שיעור הניתוחים עלה מ-54% ב-1995, ל-71% ב-2005 (3). הסיבות לכך כוללות ירידה בניסיון הצוותים בחדרי הלידה בביצוע חילוץ של עובר שני במצג שאינו ראש וכן חשש כי לידה נרתיקית הינה פחות בטוחה לתאום השני.

הצורפים של מצגי העוברים בהריונות תאומים הם: תאום א' במצג ראש, תאום ב' במצג ראש (כ-42% מלידות תאומים). תאום א' במצג ראש, תאום ב' במצג שאינו ראש (כ-38% מלידות תאומים). תאום א' במצג שאינו ראש, תאום ב' בכל מצג (כ-19% מלידות תאומים).

ההוריות לניתוח קיסרי בלידה מרובת עוברים מלבד ההתייחסות למצגי התאומים הינן:

הוריות מוחלטות לניתוח קיסרי:

- כל הוריה לניתוח קיסרי במצג יחיד הינה גם הוריה לניתוח בלידת תאומים.
- תאומים מונוכוריונים מונואמניוטים.

הוריות יחסיות לניתוח קיסרי:

- o מצב לאחר ניתוח קיסרי אחד קודם המתועד כחתך רוחבי בסגמנט התחתון.
 - o דיסקורדנטיות בין התאומים בה התאום השני גדול ביותר מ 20% ממשקל התאום הראשון שאינו במצג ראש.
 - o הריון שלישיה.
- 1. תאום א' במצג ראש, תאום ב' במצג ראש:**

דרך היילוד המומלצת היא לידה נרתיקית. במצב זה ניתוח קיסרי יתבצע על פי ההוריות המיילדותיות המקובלות כמו בעובר יחיד. המלצה זו מקובלת לכל גיל הריון באם ניתן לנטר היטב את העוברים. יש להתכונן ללידה כמפורט בהמשך.

2. תאום א' במצג ראש, תאום ב' במצג שאינו ראש:

דרך היילוד במצב זה הינה שנויה במחלוקת. מרבית המחקרים מראים כי התוצאות בשתי שיטות היילוד, נרתיקית ובניתוח קיסרי, הן דומות.

נראה כי שיעור הסיבוכים המקובצים (composite) הכוללים: ציון אפגר נמוך, פציעה - Injury בלידה, התכווצויות ומות עובר, גדול במידה קלה בלידה נרתיקית לעומת ניתוח קיסרי. לעומת זאת, שיעור הצורך בהנשמה גדול יותר בניתוחים קיסריים (3).

כאשר מתוכננת לידה נרתיקית: משקל העוברים צריך להיות מעל 1500 גרם, הצוות צריך להיות בעל יכולת לבצע חילוץ תאום שני, רצוי כי תהיה הרדמה אזורית, ורצוי שהתאום השני לא יהיה גדול (דיסקורדנט) לעומת התאום הראשון. יש להתכונן ללידה כמפורט בהמשך.

3. מצבים שבהם קיימת אפשרות ליילוד קיסרי או יילוד לדני:

1. עובר ראשון מצג עכוז- frank או complete, אשר נתונו היו מאפשרים לידת עכוז בעובר יחיד, ללא קשר למצגו של התאום השני.

2. במצבים שבהם עובר ראשון במצג ראש והשני במצג אחר ומשקלו המוערך גדול מ- 1700 גרם או קטן מ- 3500 גרם.

הכנה ללידת תאומים:

- א. דם זמין בבנק הדם
- ב. עירוי נוזלים
- ג. ניטור שני העוברים
- ד. יכולת הרדמה זמינה. יש יתרון במתן הרדמה אזורית.
- ה. רופא ילדים זמין
- ו. מכשיר אולטרסאונד זמין
- ז. חדר ניתוח וצוות חדר ניתוח זמין

ח. נוכחים בלידה: שני מיילדות / ים אשר אחד מהם הוא רופא בכיר במיילדות וגינקולוגיה או התורן הבכיר בחדרי הלידה.

מהלך הלידה לאחר לידת התאום הראשון:

- יש לבדוק מיידית את המצג והמנח של התאום השני, ולנטר את הדופק שלו.
- כאשר התאום השני הינו במנח שאינו ראש מומלץ לבצע חילוץ ידני של התאום השני (Total breech extraction). ניתן לשקול היפוך חיצוני ויילוד.
- כאשר התאום השני במצג ראש וניטור הדופק שלו תקין, ניתן להמתין ללידה עצמונית. פרק הזמן האידיאלי בין לידת התאום הראשון לשני הוא עד 30 דקות. ניתן להשתמש באוקסיטוצין להחשת לידת התאום השני.
- במידה וקיים קושי ביילוד התאום שני יש לבצע ניתוח קיסרי

אישה המבקשת ניתוח קיסרי, גם אם הוחלט שהיא מתאימה ללידה לידנית, תקבל הסבר על הסיכון בניתוח קיסרי בנסיבות הקיימות. אם האישה תעמוד על דעתה יבוצע ניתוח קיסרי, אלא אם התנאים או מצבה הרפואי יגבירו משמעותית את הסיכון בביצוע הניתוח לפי החלטת הצוות המטפל.

השראת לידה בהריון תאומים

ניתן לבצע השראת לידה בלידת תאומים לאחר שיקול דעת של רופא בכיר ובאמצעים המקובלים.

צות הכנת נייר העמדה

פרופ' אייל ענתבי – המרכז הרפואי ברזילי, אשקלון
דר' מוטי ברדיצ'ב – המרכז הרפואי כרמל, חיפה
פרופ' איל סיון-המרכז הרפואי שיבא, תל השומר
פרופ' יוסי עזרא – המרכז הרפואי הדסה עין-כרם, ירושלים
דר' אריאל מני – המרכז הרפואי ליס לילודות, תל-אביב
דר' יורי פרליץ, בי"ח פוריה, טבריה

מקורות:

1. Walsh CA et al. Trends in intrapartum fetal death. 1979-2003. AJOG 2008; 198:47-1-7.
2. Hack KE et al. Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twins. BJOG 2008; 115:58-67.

3. Peaceman A et al. Infant morbidity and mortality associated with vaginal delivery in twin gestations. *AJOG* 2009; 200:462-.