



נייר עמדה 1

לידה לדנית לאחר ניתוח קיסרי קודם

אישור סופי מאי 1997

נייר זה אינו תקף יותר והוחלף בנייר חדש ב מאי 2007

דברי הסבר

בישראל, כמו בכל המדינות המתקדמות, מקובל לאפשר ניסיון לידה נרתיקית לאחר ניתוח קיסרי. בשנים האחרונות שיעור מתן ניסיון לידה במרכזים שונים נע בין 14%-80% מכלל היולדות עם ניתוח קיסרי אחד בעברן, עם שיעורי הצלחה של 54%-95% לידות נרתיקיות בקרב נשים שקיבלו ניסיון לידה. שיעור השימוש במכווצי רחם בדיווחים שונים נע בין 0%-49%. שיעור הקרעים בצלקת ניתוחית קודמת נע במרבית הסדרות בין 0.2%-1.0%. בחלק מהסקירות נצפתה שכיחות גבוהה יותר של קרעים ביולדות שקיבלו מכווצי רחם. היתרונות של לידה נרתיקית/לדנית אחרי ניתוח קיסרי קודם הם מניעת הסיבוכים בניתוח ולאחר הניתוח, הקטנת התחלואה, וקיצור זמן החלמה והשהייה בבית החולים. בכל מקרה יש לשקול את הסיכון לקרע של הרחם לעומת הסיכון שבניתוח בטני והרדמה לצורך ניתוח רוב המחברים תמימי דעים בדבר הביטחון במתן ניסיון לידה בהריונות עם עובר יחיד, במצג ראש, לאחר ניתוח קיסרי אחד, שבוצע בחתך רחבי בסגמנט התחתון. ישנם נושאים, שלגביהם קיימות כמה גישות אפשריות: מתן ניסיון לידה לאחר יותר מניתוח קיסרי אחד, עובר במצג עכוז, שימוש במכווצי רחם אשר על כן עמדת האיגוד היא

הגדרות

TRIAL OF LABOR- TOL - ניסיון לידה

הריון שבו ממתנים להתפתחות לידה עצמונית במועד ו/או מאפשרים המשך תהליך לידה פעילה, או כאשר גורמים ללידה באמצעים מקובלים

UTERINE SCAR DEHISCENSE פתיחה חלקית או שלמה של צלקת הרחם

היפרדות של חלק מעובי דופן הרחם, המלווה התחלואה אימהית או עוברית מינימלית

UTERINE RUPTURE קרע הרחם

קרע המערב את כל עובי דופן הרחם, סימפטומטי (דימום, כאב, שינוי בדופק לב עובר), ומחייב פעולה כירורגית דחופה

כללי

את המצבים והלידות שלאחר ניתוח קיסרי ניתן לחלק ל- 3 קטגוריות ראשיות

1. (TOL) מצבים שבהם יש המלצה למתן ניסיון לידה לדנית.

כאשר מתקיימים כל התנאים להלן

לאחר:

ניתוח קיסרי יחיד, בחתך רוחבי בסגמנט התחתון -

בהריון הנוכחי

עובר יחיד-

הערכת משקל עד 4,000 גרם (קלינית או אולטראסונוגרפית) סמוך למועד הלידה-

בלידה

מצג ראש-

2. מצבים שבהם קיימות גישות שונות, אך ניתן לאפשר ניסיון לידה לאחר שיקול דעת והסכמה מתועדת של

היולדת

לאחר:

חתך אורכי (רטיקלי) קודם בסגמנט התחתון-

ניתוחים קודמים 2 -

צלקת רחמית בלתי ידועה -

בהריון הנוכחי

ריבוי עוברים -

(הערכת משקל של 4,500-4,001 גרם) (בתנאי שהיולדת אינה סובלת מסכרת -

בלידה

מצג עכוז -

3. מצבים שבהם מומלץ בכל מקרה לבצע ניתוח קיסרי חוזר.

כאשר מתקיים אחד התנאים (או יותר) שלהלן

לאחר:

(ניתוח קיסרי קודם בגוף הרחם) (חתך קלאסי -

UTERINE RUPTURE קרע קודם של הרחם -

ניתוחים קיסריים קודמים או יותר 3 -

בהריון נוכחי

הערכת משקל העובר מעל 4,500 גרם -

בלידה

קיימת הוראת נגד מוחלטת אחרת ללידה לדנית -

הבשלת צוואר הרחם וגרימת לידה

אין הוראת נגד להבשלת צוואר הרחם וגרימת לידה בנשים עם ניתוח קיסרי קודם, שבהן אפשרי ניסיון לידה- (TOL).

ניתן לגרום ללידה ע"י פקיעת קרומים או שיטות מכניות מקומיות (הפרדת קרומים, בלון ועוד) להבשלת - צוואר.

שימוש באוקסיטוצין או פרוסטגלינינים לצורך הבשלת צוואר או גרימת לידה דורש שיקול זהיר, והחלטה - (מתועדת של רופא מומחה (על-פי חוק זכויות החולה דרושה הסכמת היולדת

ניהול לידה

בשלב האקטיבי של לידה אחרי ניתוח קיסרי מומלץ ניטור אלקטרוני רציף (חיצוני או פנימי) של פעילות הרחם - ושל דופק לב העובר

יש לדאוג לתנאים שיאפשרו ביצוע ניטור זה-

ראה נייר עמדה - הערכת משקל העובר*

מערכת חדר הלידה חייבת לאפשר ניתוח קיסרי דחוף תוך 30 דקות מרגע ההחלטה

לאחר קבלת היולדת (בלידה פעילה) או לקראת גרימת לידה, ייעשו הכנות לניתוח קיסרי אפשרי, כולל לקיחת - דגימות דם לביצוע בדיקות סוג והצלבה והרכבת עירוני לשמירת הווריד

מומלץ מעקב של רופא/מיילדת (לפחות פעם בשעתיים) אחר מצב היולדת והעובר. הקריטריונים להתקדמות - הלידה יהיו לפי הנורמות שנקבעו לעקומת הלידה הנורמלית

אין הוראות נגד למתן אוקסיטוצין להגברת צירי הלידה, לפי הנחיות ברורות ותוך מעקב (לפחות פעם בשעה) - אחר תגובות היולדת, הרחם, ודופק לב העובר

אין הוראת נגד להרדמה אפידורלית-

אין צורך בבדיקה שגרתית לאחר הלידה של הסגמנט התחתון וחלל הרחם-

אי-הסכמה

אשה לאחר ניתוח קיסרי קודם, הנכללת בקבוצה מס. 1, ואשר אינה מוכנה לעבור לידה לדנית, גם כשהוסברו - לה עקרונות פרוטוקול זה וסיכוני היתר הקיימים בלידה ניתוחית, מומלץ לנתחה, ובלבד שהביעה בכתב את דרישתה להינתח בניגוד להמלצה הרפואית

אשרור ומקורות

מקורות:

מאוקטובר 1994 ACOG - של ה (TC 143) בוליטין טכני

אשרור

הנייר אושר ברוב קולות בהתאם לתקנון

בהכנת נייר העמדה השתתפו:

ראש צוות: דר' ד. שרמן - אסף הרופא

חברי צוות: דר' מ. קופרמינץ - הקריה

דר' ש. אדלשטיין - עפולה

דר' א. צימר - רמב"ם

דר' מ. דולצקי - שיבא

(מליאת "ועדת עמדה" (לפי סדר א"ב

ח. אברמוביץ; ג. אוהל; מ.אטינגר; א. אייבשיץ; ו. אינסלר; י. איצקוביץ; י. בוקובסקי; י. בייט; ש. בלס; ג. בן ברוך; מ. בן עמי; צ. בן רפאל; א. גולן; מ. גלזרמן; י. דיאמנט; ש. זוהר; ח. זכות; צ. חגי; ב. חן; ח. יפה; מ. כץ; מ. - נציג המחלקות שאינן נותנות מומחיות; נ. לאופר; לסינג; מ. מזור; ש. משיח; ש. סגל; א. סדן; א. שלו; י.שנקר שטרק