



נייר עמדה 13

## ניהול הריונות עם פקיעת קרומים מוקדמת לפני המועד (PROM)

נידון במועצה ואושר ינואר 2007

במקום שהוא קיים ניתן בבצבע ירוק EBM דירוג ה

### 1. דברי הסבר

השכיחות של פקיעת קרומים לפני המועד היא כ- 1.7-3.5% והיא הסיבה לכשליש מכלל הלידות המוקדמות. ברוב המקרים (75%) תתרחש הלידה תוך שבוע ממועד הפקיעה

הסיבוכים הקשורים לפקיעת קרומים לפני המועד הינם פגות וסיבוכיה, זיהום תוך רחמי, שמט חבל הטבור, הפרדות שלייה ומצגים פתולוגיים. עקב כך פקיעת קרומים מוקדמת קשורה לתחלואה ותמותה עוברית מוגברת

פקיעת קרומי השפיר לפני תחילת הלידה ולפני שבוע 37: הגדרה 2.

### 3. אבחנת פקיעת קרומים מוקדמת

ובמקרים ferning, תבחין ניטרזין או US מסתמכת על אנמנזה ובדיקה בספקולום. ניתן גם להיעזר בבדיקת - של ספק הזרקת צבע (אינדיגו קרמין) למי השפיר

### 4. ניהול פקיעת קרומים מוקדמת בקבלה

ההחלטה על אופן ניהול המשך ההריון – יילוד או ניהול שמרני – תושפע מגיל ההריון, נוכחות סימני זיהום ומצב העובר

בהערכה הראשונית מומלץ לכלול

א. ניטור עוברי

ב. GBS - תרביות אנו-גניטליות ל

ג. ספירת דם

ד. U.S. ומצג מים

ה. הערכת הסבירות לאמניוניטיס

ו. יש להימנע במידת האפשר מבדיקה ידנית של צוואר הרחם בהעדר חשד ללידה מוקדמת וכשאינ כוונה

(Level I) לזרז את הלידה

לפני שבוע 23

מומלץ לשקול הפסקת הריון (למעט מיקרים של פקיעה מוקדמת אחרי דיקור מי שפיר), לאור סיכויי ההישרדות הנמוכים והסיכונים לנכות ארוכת-טווח. בעובר שאינו בר חיות (הריון צעיר מ-23 שבועות) מאחר ומדובר בפרקטיקה מקובלת של ניהול הריון בלתי תקין, הרי שאין צורך בוועדה להפסקת הריון, ההפך הוא הנכון. במידה ובכל זאת קיימת החלטה שלא לגרום לסיום ההריון יש לדאוג ליידע את האישה כי מדובר בגישה שאינה הפרקטיקה המקובלת ולתעד זאת. במידה שיש כוונה או צורך בביצוע המתת העובר לפני סיום ההריון, אז כמובן שיש צורך בוועדה להפסקת הריון

**שבועות 23-25+6**

מומלץ לדון עם היולדת על הסיכונים לאם, לעובר ולילוד ובהתאם לשקול באופן פרטני את ניהול ההריון והלידה.

**שבועות 26-33+6**

- א. בהיעדר סימני זיהום (והוראות נגד אימהיות או עובריות) יש להמליץ על ניהול שמרני ממתין (latency period) ב. הטיפול האנטיביוטי מאריך את הזמן שבין פקיעת הקרומים המוקדמת להתפתחות לידה (Level I) מפחית תחלואה עוברית ואמניוניטיס קלינית, (period), שפרוטוקול המכיל אריטרומיצין (מקרוליד) הינו (Level I) מהנתונים הקיימים היום בספרות נראה \*
- NEC-עדיף, וכן כי יש להימנע מאוגמנטין בשל העלייה בסיכון ל
- במהלך הלידה GBS-הטיפול האנטיביוטי אינו מהווה תחליף לטיפול שינתן למניעת תחלואה ב \*
- ולתמותה RDS, IVH, NEC-ג. מתן קורס סטרואידים עד שבוע 32 מקטין את הסיכון לסיבוכים הקשורים ל (Level I) ניאונטלית ואינו מגביר את הסיכון לתחלואה אמהית
- ד. בהיעדר חשד לאמניוניטיס אין המלצה לדיקור מי שפיר באופן שגרתי
- ה. (Level I) מתן טוקוליטיקה אגרסיבי אינו משפר את תוצאות ההריון ועלול להגביר את התחלואה האימהית (I).

**מעקב בניהול שמרני ממתין**

המעקב באישפוז נועד להערכת מצב העובר וזיהוי סימנים של אמניוניטיס

המעקב המומלץ:

א. בדיקת סימנים חיוניים (חום, דופק ולחץ-דם) שלוש פעמים ביום

ב. NST X 1-2

ג. ספירה לבנה מדי 2-7 ימים

ד. הערכה עלקולית של כמות מי השפיר פעמיים בשבוע

**שבוע 34 ומעלה**

לאור העלייה בסיכון לכוריאמניוניטיס מצד אחד, וההפחתה בסיכונים העובריים כתוצאה מפגות מצד שני, (Level I) קיימת המלצה לא להמשיך בניהול שמרני מעבר לשבוע 34 אלא במקרים מסויימים ולאחר דיון פרטני (I).

**מצבים מיוחדים הדורשים דיון פרטני**

א. פקיעת קרומים מוקדמת וצירים לפני שבוע 32 – ניתן לשקול מתן טוקוליטיקה למשך 24 שעות (להשיג

- (Level III) השפעה של סטרואידים), בהעדר סימנים המחשידים לאמניוניטיס ולהיפרדות שיליה
- ב. פקיעת קרומים מוקדמת בנוכחות תפר צוארי – העדויות בספרות לגבי הוצאת התפר, ברובן אינן חד משמעיות
- ג. פקיעת קרומים לאחר דיקור מי שפיר – יש להתייחס באופן פרטני

## ספרות:

1. Mercer B. Preterm premature rupture of membranes. *Obstet Gynecol* 2003;101:178-93.
2. Kenyon SL, Taylor DJ, Tarnow-Mordi W, Oracle Collaborative Group. Broad spectrum antibiotics for preterm, prelabor rupture of fetal membranes: The ORACLE I randomized trial. *Lancet* 2001;357:979–88.
3. Kenyon S, Boulvain M, Neilson J. Antibiotics for preterm rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(2):CD001058
4. ACOG practice bulletin. Premature rupture of membranes. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Number 1, June 1998. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* 1998 Oct;63(1):75-84.
5. Mercer B, Miodovnik M, Thurnau G, Goldenberg R, Das A, Merenstein G, et al. Antibiotic therapy for reduction of infant morbidity after preterm premature rupture of the membranes: A randomized controlled trial. *JAMA* 1997; 278:989–95.
6. Naef RW 3rd, Allbert JR, Ross EL, Weber BM, Martin RW, Morrison JC. Premature rupture of membranes at 34 to 37 weeks' gestation: Aggressive versus conservative management. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:126–30.
7. Lieman JM, Brumfield CG, Carlo W, Ramsey PS. Preterm Premature Rupture of Membranes: Is There an Optimal Gestational Age for Delivery? *Obstet Gynecol* 2005;105:12-7.
8. Combs CA, McCune M, Clark R, Fishman A. Aggressive tocolysis does not prolong pregnancy or reduce neonatal morbidity after preterm premature rupture of the membranes. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:1723-8.

הנ״ר הוכן על ידי

פרופ' יוסי עזרא – הדסה ע"כ

ד"ר ורד אייזנברג – הדסה ע"כ

ד"ר מיכל שימחן – תה"ש •

ד"ר סוריה גריסרו-שערי צדק •

אושר ע"י ועד החברה לרפואת האם והעובר ב- 23.6.2006

**חברי "מליאת ועדת העמדה" לפי סדר ה א-ב**

אוסלנדר רון ; אוהל גונן ; אינסלר וצלב ; איצקוביץ יוסף ; אלסנר גבי ; אמודאי אידה ;  
בורנשטיין יעקב ; בייט יורם ; בלר עוזי ; בן-עמי משה ; גלזרמן מרק ; אברהם גולן ;  
הרמן אריה ; זוהר שפרה ; זיידמן דני ; חלק מוטי ; חן אורי ; חן בני ; יפה חיים ; יפו  
אריאל ; כהנא אריק ; לאופר נרי ; לוננפלד איתן ; לסינג יוסי ; יעקב ממת ; מלויצקי א.  
; מנסור שווקי דליה ; מרוואן חכים ; סמואלוב ארנון ; ענטבי אייל ; פורת נוגה ; פיש בני  
; פישמן עמי ; פישר מנחם ; פלדברג דב ; צברי אבינועם ; ציון חגי ; קונדריאה אלכסנדר ;  
קפלן ברי ; שהם זאב ; שיף אייל ; שלו אליעזר ; שכטר אדוארו ; ישראל שפירא ; שרמן  
דן ; תאופיק נסייר

חן אורי : יו"ר הועדה לניירות עמדה מטעם הועד המרכזי

קלנר בנימין מזכיר ניירות עמדה

בן-אורי שושי מזכירת האגוד