



נייר עמדה מס 2 לידה במצב עכוז

אושר מרץ 2003 מחליף נייר קודם

נייר זה עודכן בנובמבר 2010

דברי הסבר:

בלידה במועד נמצאים כ-4%-3% מכלל העוברים במצב עכוז. שיעור זה משתנה עם גיל ההריון, ככל שגיל ההריון עולה שיעור העוברים במצב עכוז יורד. בשבוע 32 שיעור מצג זה היינו 7%, ומתחת לשבוע 28 שיעור זה מגיע לכ-25%.

האבחנה של מצג עכוז יכולה להתבצע בבדיקה חיצונית או בבדיקה לדנית וניתן לאשרה בעל-קול. גורמי הסיכון למצג זה כוללים: לידה מוקדמת, מומים עובריים, מומים רחמיים, ריבוי מי שפיר ומיקום שליה פתולוגי. שיעור תמותת העוברים במצג עכוז גבוה פי 3-5 בהשוואה לעוברים הנולדים במצג ראש, ללא קשר לאופן הלידה. ניתוח קיסרי ביולדת עם מצג עכוז מבוצע בשיעורים גבוהים בארץ ובעולם.

גישה זו מושתתת על מאמר רב-מרכזי פרוספקטיבי כפול-סמיות שתוצאותיו

1. ניתוח קיסרי ביולדת עם מצג עכוז בלידה פעילה מעלה במקצת את התחלואה האימהית.

2. ניתוח קיסרי מתוכנן ביולדת עם מצג עכוז שאינה בלידה אינו מעלה את התחלואה האימהית בהשוואה ללידה נרתיקית.

3. התמותה הסב-לידתית פוחתת משמעותית בנייתוח מתוכנן.

4. התחלואה הנאונאטלית נמוכה משמעותית בנייתוח קיסרי לעומת לידה לדנית.

ממאמר זה ניתן להסיק שניתוח קיסרי מתוכנן ביולדת עם עובר במצג עכוז שלא בלידה, מפחית את שיעור התחלואה והתמותה הסב-לידתית. יש לציין שהתחלואה האימהית לטווח ארוך כתוצאה מניתוח קיסרי לא נבדקה. המדיניות של ניתוח קיסרי מתוכנן במצג עכוז אינה מתייחסת למקרים בהם היולדת מגיעה בתהליך לידה מתקדם, או כאשר מדובר בעובר שני בהריון תאומים.

ניתן לשקול ניסיון מוקדם להיפוך חיצוני ביולדת עם מצג עכוז

על כן עמדתנו היא

נייר עמדה מס' 2 לידה במצג עכוז

המלצות:

1. בעת קבלת יולדת עם עובר במצג עכוז יש להציג לה את הנתונים הנ"ל (סעיפים 1-4) ולתעד זאת בכתובים.

2. אם תבחר היולדת בניסיון ללידה לדנית רופא מיילד מומחה חייב לבצע הערכה.

3. היילוד הלדני יבוצע בנוכחות שני רופאים אשר לפחות אחד מהם הוא הרופא האחראי בחדר לידה או התורן. הבכיר. על רופאים אלה להיות בעלי ניסיון בקבלת לידות עכוז

4. רופא מרדים ורופא ילדים יהיו זמינים לחדר לידה בזמן היילוד.

התוויות נגד ליילוד לדני של עובר במצג עכוז יהיו

1. חוסר הסכמתה של היולדת ללידת עכוז לדנית.

2. משקל עובר שהוערך בהערכה קלינית או על-קולית מעל 3,800 גרם או מתחת ל-1,500 גרם.

3. עובר במצג רגליים.

4. זקיפות ראש של העובר בבדיקת על-קול.

הבהרות נוספות:

1. מומלץ לבצע הערכה על קולית הכוללת הערכת משקל, עמדת הראש וכמות מי השפיר לפני קבלת ההחלטה. על אופן היילוד

2. ניתן לבצע כל אלחוש, כולל אלחוש אפידוראלי.

3. בהעדר מידע על שיטת היילוד העדיפה בעוברים שמתחת לשבוע 32 הנמצאים במצג עכוז, ניתן לילדם. הנבלידה לדנית והן בניתוח קיסרי, על פי החלטת הרופא הבכיר והפרוטוקול המחלקתי

4. ניתן לבצע השראת לידה והחשת לידה בהתאם להתוויות מילדותיות רגילות על-פי שיקוליו של הרופא הבכיר.

5. ניתן לבצע לידת עכוז בגישה לדנית גם במבכירות בתנאי והיולדת עומדת בקריטריונים המופיעים בסעיף. ההמלצות

6. במצבים שבהם למרות קיום התוויות נגד ליילוד לדני של עובר במצג עכוז, אך הלידה נמצאת בשלב לידה. מתקדם וואין זמן מספיק לביצוע ניתוח קיסרי, רשאי המיילד להחליט על ילוד לדני

7. בכל שלב בלידה הלבנית המתוכננת, כאשר היולדת מבקשת לבצע ניתוח קיסרי, יש לבצעו, אלא אם. התנאים ו/ או מצבה הרפואי מהווים התווית נגד לביצוע ניתוח כזה

הנייר הוכן ע"י

פרופ' ארנון ויזניצר - בי"ח סורוקה באר שבע

ד"ר יוסי עזרא - בי"ח הדסה עין כרם ירושלים

(מליאת ועדת ניירות עמדה (לפי סדר א"ב

ח. אברמוביץ; ג. אוהל; מ.אטינגר; ו. אינסלר; י. איצקוביץ; ר. בכר ש. בלס; ע. בלר; מ. בן עמי; צ. בן רפאל;
א. גבע; מ. גולדנברג; מ. גלזרמן; מ. גלסנר; א. הרמן; א. ויזניצר; ש. זוהר; ד. זיידמן; צ. חגי; ח. יפה; מ. כץ;
נ. לאופר; ; לסינג; מ. מזור; א. מלויצקי; ש. סגל; א. סמואלוב; ע. פישמן; ד. פלדברג; מ. פישר; י. רבינוביץ; ר.
;ב. חן - נציג המחלקות שאינן נותנות מומחיות; רבינוביץ; א. שיף; א. שלו; ד. שרמן