

טיוטה
עדיין לא מאושרת



הצעה לנייר עמדה מס' 23: הנחיות לניהול מוות עוברי תוך רחמי יוני 2011

הגדרה

מוות עוברי תוך רחמי (IUFD) מוגדר כעובר ללא רוח חיים בשבוע הריון ≤ 20 שבועות או משקל ≤ 500 גרם כאשר גיל ההריון אינו וודאי

הקדמה

שכיחות מוות עוברי תוך רחמי הינה כ-5-6/1000 לידות. כמחצית מן המקרים מתרחשים במהלך הטרימסטר השלישי (לאחר שבוע 28) וחמישית המקרים לאחר שבוע 37 (במועד) [1]. הגורמים המשוערים למוות עוברי תוך רחמי מתחלקים לגורמים עובריים, שלייתיים או ע"ר מחלות אימהיות. כ-25% מכלל מקרי המוות העובריים התוך רחמיים מקורם בהפרעות עובריות כגון מומים כרומוזומאליים (7-10%), מומים מבניים (כ-15%). כ-25-30% נוספים ממקרי המוות העוברי התוך רחמי קשורים להפרעות שליתיות וחבל טבור. הפרדות שליה מהווה הסיבה למוות עוברי תוך רחמי הכ-10-15% מכלל המקרים. כ-10% מכלל מקרי המוות התוך רחמי ניתנים לייחוס למחלות אימהיות כגון יל"ד, סוכרת ומחלות בלוטת המגן. [2-5]. ב-20-40% מכלל מקרי המוות העוברי התוך רחמי למרות ברור רחב לא ניתן להצביע על הסיבה המשוערת. ברור מקיף הכולל בדיקות סרולוגיות, משטחים ותרביות ויראליות וחידקיות, ברור גנטי ומבני יכול להביא לאיתור הסיבה למוות העוברי התוך רחמי. החשיבות בכל כך היא הן מבחינת המידע לבני הזוג והן מבחינת האפשרות למניעת חזרת ארוע דומה בהריון הבא.

על כן עמדת האיגוד היא:

שלב טרם הלידה

א. כללי

1. אבחנה

- האבחנה תבוצע ע"י העדר הדגמת דופק עוברי בסונר ע"י הרופא האחראי

- רופא ינהל שיחה עם בני הזוג במסגרתה יינתן הסבר לגבי המקרה כולל גורמים אפשריים, החשיבות בהשלמת הבירור והמשך המהלך הצפוי באשפוז.
- מומלץ ליידע עובדת סוציאלית במקרה של מות עובר תוך רחמי, שכן יש יתרון למתן ייעוץ ותמיכה כבר בשלב הראשוני

ב. הערכה

1. אנמנזה מכוונת

- **עיתוי המוות התוך רחמי** – תיעוד אחרון לדופק עוברי, תחושת תנועות אחרונה
- **גורם** – חבלת בטן, צירים/דימום, מחלת חום
- **רקע רפואי** – מחלות רקע, תרופות, הרגלים
- **מהלך הריון נוכחי** – זיהוי גורמי סיכון אפשריים
- **משפחה**
 - סיפור אישי/משפחתי מחשיד לקרישתיות יתר (תרומבוזיס, הפלות חוזרות, CVA/MI בגיל צעיר)
 - סיפור משפחתי מצד האם/אב של תסמונת/פיגור/הפרעה התפתחותית/מומים
- **קרבת משפחה בין בני הזוג**
- **עבר מיילדותי** – הפלות חוזרות, סבוכי הריון, IUGR

2. בדיקה גופנית מכוונת

- **סמנים חיוניים** – חום, דופק, ל"ד
- **רחם** – טונוס רחמי, רגישות על פני הרחם
- **PV** – ירידת מים/דימום, פתיחה צווארית

3. סונר

- **עיתוי המוות** – ביומטריה, סמנים לשינויים מבניים עובריים
- **אתיולוגיה** – מראה שליה, כמות מי שפיר, סימני הידרופס

ג. השראת לידה

תהליך השראת הלידה יתבצע על פי הפרוטוקול המקובל להשראת לידה, כתלות בשבוע ההריון, ונוכחות צלקת רחמית ותנאי צוואר הרחם.

ד. מהלך בחדר לידה

1. מומלץ להשלים את הבדיקות הבאות: (LEVEL A)

הערות	בדיקה
	תרבויות מהשליה
	שליה לפתולוגיה
יש לודא את חתימת ההורים	עובר לנתיחה
במידה ולא נשלחה דגימת מי שפיר לקריוטיפ רצוי לשלוח עור מאזור העורף של העובר יש לשמור את הדגימה בתמיסת סליין בטמפרטורת החדר	דגימת עור עוברי לקריוטיפ
במידה ונצפים איזורים חשודים מקרוסקופית בשליה (חשד למוזאיקה מוגבלת לשליה-CPM) יש לשמור את הדגימה בתמיסת סליין בטמפרטורת החדר	דגימת שלייה לקריוטיפ

2. במידה ובני הזוג אינם מעוניינים בנתיחה ניתן להשלים את הבדיקות הבאות: (LEVEL B)

הערות	בדיקה
ניתן להוסיף הדמיה כסקירת שלד לפי הצורך	בדיקה ע"י רופא ילדים
יש לתעד ממצאים חריגים בעובר / שלייה / חבל טבור בכתב	הערכת השליה/חבל טבור
	שקילת העובר

ה. אשפוז לאחר הלידה

א. מעקב וטיפול

- מעקב כמקובל לאחר לידה אחר סמנים, דם לידני וכדומה
- תרופות למניעת הנקה
- Anti D במידת הצורך

- השלמת ייעוץ גנטי ובהתאם יוחלט האם יש מקום לבצע את בדיקת הקריוטיפ תוך שימוש בדגימת מי השפיר/עור/שליה במידה ונלקחו קודם לכן

ב. המלצות בשחרור

1. השלמת בירור

- **בירור מלא לתרומבופיליה** – רק במידה ויש קליניקה מחשידה (IUGR/מיעוט מי שפיר), שליה נראית עם אוטמים או סימני היפרדות (בלידה, או על פי דוח פתולוגיה בהמשך) (LEVEL B)

3. המשך מעקב

- הסבר על הצורך במרפאה מיעצת ייעודית לפני ובמהלך ההריון הבא

נספח מעבדה: הבדיקות המומלצות כאשר חלק מהבדיקות ניתן לביצוע בקבלה
(LEVEL A) וחלק יושלם לאחר הלידה

הערות	מעבדה	מבחנה	בדיקה
בעת הקבלה למחלקה		ס"ד, SMA מלא, תפקודי קרישה	רוטינה
בעת הקבלה למחלקה			שתן לכללית
בעת הקבלה למחלקה			דם לסוג+סקר נוגדנים
במהלך האשפוז			TSH
במהלך האשפוז			HBA1C
יש לקחת את הבדיקה בהקדם		ס"ד	KB (קלייהאור בטגה)
במהלך האשפוז	סרולוגיה	סרולוגיה	TORCH
במהלך האשפוז		סרולוגיה	Parvo virus
בקבוצות בסיכון	סרולוגיה	סרולוגיה	VDRL
במהלך האשפוז	סרולוגיה	סרולוגיה, קרישה	APLA – ACL, LAC, AB2GP1
כאשר קיים חשד קליני		מקלון יעודי לשתן	סקר לטוקסיקולוגיה

רשימת ספרות:

1. Copper RL, Goldenberg RL, DuBard MB, Davis RO. Risk factors for fetal death in white, black, and Hispanic women. Collaborative Group on Preterm Birth Prevention. Obstet Gynecol 1994;84:490–5.
2. Faye-Petersen OM, Guinn DA, Wenstrom KD. Value of perinatal autopsy. Obstet Gynecol 1999;94:915–20.
3. Fretts RC. Etiology and prevention of stillbirth. Am J Obstet Gynecol 2005;193:1923–35.
4. Pauli RM, Reiser CA. Wisconsin Stillbirth Service Program: II. Analysis of diagnoses and diagnostic categories in the first 1,000 referrals. Am J Med Genet 1994;50:135–53.
5. Incerpi MH, Miller DA, Samadi R, Settlege RH, Goodwin TM. Stillbirth evaluation: what tests are needed? Am J Obstet Gynecol 1998;178:1121–5.

חברי הצוות לעידכון נייר עמדה מס' 23: ועד החברה הישראלית

לרפואת האם והעובר

פרופ' יריב יוגב-מנהל חדרי לידה, מרכז רפואי רבין, פתח תקווה

פרופ' קובי בר- יו"ר החברה לרפואת האם והעובר, מנהל היחידה

לרפואת האם והעובר, מרכז רפואי וולפסון, חולון

ושאר חברי הועד:

ד"ר אלי גוטרמן- מנהל שירות מחוזי להריון בסיכון גבוה, מחוז חיפה

,בית חולים כרמל, שרותי בריאות כללית

ד"ר סורינה גריסרו-גרנובסקי- אחראית אגף מיילדותי, מרכז רפואי

שערי צדק, ירושלים

ד"ר יורי פרליץ- מנהל היחידה לרפואת האם והעובר, מרכז רפואי ע"ש

ברוך פדה, פוריה, טבריה

ד"ר מיכל קובו- מנהלת מחלקת יולדות, מרכז רפואי אדית וולפסון, חולון

פרופ' אייל ענתבי- מנהל אגף נשים ויולדות, מרכז רפואי ברזילי, אשקלון