

# מגמות בשימוש בחתך החיץ בלידה

ד"ר שרון שולביץ<sup>1</sup>,  
פרופ' יעקב בר<sup>2</sup>

<sup>1</sup>רופאה מתמחה, אגף נשים ויולדות, מרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון, חולון  
<sup>2</sup>מנהל יחידת רפואת אם-עובר, אגף נשים ויולדות, מרכז הרפואי ע"ש אדית וולפסון, חולון

## מבוא

בעבר מקובל היה לחשוב שכדי להימנע מקרעים לדניים במהלך הלידה יש לבצע באופן יזום חתך ניתוחי מבוקר הנקרא חתך חיץ הנקבים (פרינאום) (Episiotomy) בידי המיילד, על מנת להרחיב את מפתח הולדן ולהקל את לידת העובר. קרע לדני הנוצר במהלך הלידה הוא נפוץ ועלול להתרחש באופן עצמוני, אך גם לאחר חיתוך חיץ – אז רוב הקרעים נוצרים במפתח הולדן בעת יציאת ראש היילוד.

בשנים האחרונות התעורר ספק אם אותו חתך חיץ יזום אכן מונע קרע בלתי מבוקר בתעלת הלידה ובלידה פעילה.

קרעי אזור חיץ הנקבים הקדמי עלולים, במהלך הלידה, לכלול פגיעה בשפתיים (לביות), בנרתיק הקדמי באזור השופכה או באזור הדגדגן, וקשורים בשיעורי תחלואה נמוכים בדרך כלל.

קרעים באזור חיץ הנקבים האחורי כוללים פגיעה בקיר האחורי של הנרתיק, בשרירי החיץ או בסוגר (הספינקטר) של פי הטבעת (אנוס). קר עים אלו נחלקים ל-4 דרגות חומרה על פי מידת עומק הפגיעה. קרעים בדרגה IV כוללים פגיעה בסוגר האנאלי וברירית פי הטבעת. קרעים אלו עלולים להתבטא בסיבוכים ארוכי טווח, כמו היצרות לדנית, אי נקיטת צואה ואי נקיטת שתן, כאב ביחסי מין (דיספרוניה) ורצון להימנע מהיריון נוסף עקב הסיפור הטראומטי.

מטרת חיתוך החיץ היא הגדלה של מפתח הנרתיק על ידי חיתוך כירורגי של אזור חיץ הנקבים, בסוף שלב הלידה השני. הליך זה מתואר בספרות הרפואית כבר ב-1741, אז ביצע אותו Ould, וזאת, כפי שציין, כדי למנוע קרעים חמורים באזור החיץ. השימוש בחיתוכי החיץ הלך וגבר בכל רחבי העולם עם עליית המעורבות של רופאים בתהליך הלידה הלידנית, והפך למעשה לאחד ההליכים הכירורגיים הנפוצים ביותר ברפואת נשים.

את ביצוע חיתוך החיץ הצדיקו ביתרונות אפשריים לאם ולעובר.

יתרונות אפשריים לאם הם הפחתת הסיכוי להיווצרות קרעים בדרגות גבוהות, מניעת איבוד שליטה על הסוגרים, שיפור התפקוד המיני והפחתת דיספרוניה. כמו כן הועלתה השערה שלנוכח העובדה שמדובר בחתך מבוקר, ישר ו"נקי" – קל יותר לתקנו, והוא אף יחלים בצורה טובה יותר מחתך ספונטני העלול להיות משונן, עמוק, נרחב יותר ומבוקר פחות.

יתרונות אפשריים לעובר הם קיצור השלב השני של הלידה ולפיכך הפחתת אפשרות לאספיקציה, טראומה קרניאלית ודימום מוחי. כמו

כן נטען שחיתוך החיץ יאפשר התמודדות טובה יותר עם פרע כתפיים. אף שהליך זה הפך לשכיח ברבות השנים, אין הוכחות מוצקות דיין להוכחת יעילותו בהשגת המטרות שצוינו.

לכן משנות השמונים של המאה הקודמת קיימת מגמה של הפחתה בשימוש בחתך החיץ באופן שגרתי, ומתרבים הפרסומים בספרות הרפואית על תוצאות שליליות אפשריות הכרוכות בהליך זה<sup>1,2</sup>.

חסרונות ההליך המוזכרים הם אובדן דם רב, הרחבת החתך (אקסטנציה) אל הסוגר האנאלי, כאבים ובצקת באזור החיתוך, זיהום ופתיחה מחדש של הצלקת (דהיסנס), דיספרוניה ופגיעה בתפקוד המיני, תוצאות מבניות (אנטומיות) בלתי מספקות כגון אי סימטריה, שיירי עור (Skin Tags), היצרות מוגזמת של מפתח הנרתיק, צניחת הנרתיק (Vaginal Prolapsed) והיווצרות פיסטולות רקטו-וגינליות או פיסטולות בין הולדן לפי הטבעת.

הנתונים הסותרים בספרות לגבי חיתוך החיץ הובילו למחקרים רבים המשווים את תוצאות ההליך בשימוש שגרתי, אל מול שימוש מבוקר בלבד. נמצא שחיתוך חיץ שגרתי לא הפחית את הטרואמות המשמעותיות לאזור החיץ, לא הפחית את הכאבים באזור החיץ ולא שיפר את החלמת האזור לאחר הלידה<sup>4-2</sup>.

נחקר גם הקשר בין חיתוכי החיץ ובין נזקים לרצפת האגן. נמצא כי אין לחיתוכי החיץ יתרון בהגנה על שרירי החיץ ועל אי שליטה בסוגרים – בתקופת משכב הלידה וכן בחודשים ובשנים שלאחריה – אולם אין בספרות מחקרים ארוכי טווח שבדקו את השפעתם של חיתוכי החיץ בגילים מאוחרים יותר – גילים שבהם נשים סובלות בדרך כלל מהשלכותיהן של פגיעות ברצפת האגן<sup>5-2</sup>.

## חיתוך חיץ ולידות מכשירניות

אם בעבר, באופן מסורתי, בוצעו חיתוכי החיץ באופן שגרתי בעת לידות מכשירניות (לידות שולפן ריק ולידות מלקחיים) – מתוך מטרה להגן על הסוגר האנאלי ולהפחית את הסיכון ללידה טראומטית עבור העובר – גם באינדיקציה זאת הועלו ספקות לגבי היעילות. ואכן, Macleod ואח' שבדקו את יעילותם של חיתוכי החיץ במצבים אלה מצאו קשר בין חיתוכי החיץ בלידות מכשירניות ובין סיבוכים דווקא: שיעורים גבוהים יותר של דימום לאחר הלידה (Post-Partum Hemorrhage), זיהום אזור החיץ וצורך באנלגטיקה רבה יותר עד 10 ימים לאחר הלידה – זאת ללא הפחתה מובהקת בשיעורי קרעי הסוגר האנאלי, באירועי פרע כתפיים או בטרואמה עוברית<sup>6</sup>.

## קשר בין חיתוך חיץ לקרעים ספונטניים וצורך בביצועו בלידה הבאה

בספרות הרפואית מופיע מידע מצומצם בלבד על הקשר בין חיתוך החיץ ובין הסיכון לקרעים עצמוניים של אזור חיץ הנקבים בלידה הבאה. מחקר מוביל שפורסם ב-2008 ב-Obstetrics & Gynecology בא לבדוק את הקשר הזה, מתוך הנחה שתכונות הריפוי הביוכימיות של רקמה שעברה טראומה נפגעות. לפיכך רקמה שהחלימה לאחר חתך החיץ תהיה חשופה יותר לפגיעה כתוצאה מלחץ על אזור חיץ הנקבים בלידה הבאה. מחקר זה, שכלל יותר מ-6,000 ילודות, אכן מצא קשר מובהק בין חיתוך החיץ בלידה הראשונה ובין שכיחות גבוהה יותר של קרעים בדרגה II ומעלה בלידה שאחריה. הסיכוי לקרע עצמוני בדרגה II או בילדת שעברה חיתוך חיץ בלידתה הקודמת היה גבוה פי 4.47 מביולדת שלא עברה חיתוך חיץ בלידתה הקודמת, והסיכוי לקרע בדרגה III וברדרגה IV היה גבוה פי 5.25. אמנם יש לציין כי גם לקרע ספונטני בדרגה II או הייתה בלידה הראשונה השפעה שלילית על הסיכוי לקרעים בלידה הבאה. גורמים נוספים שנמצאו כמגבירים את הסיכויים להיווצרות קרעים ספונטניים הם גיל היולדת, עישון, השראת לידה, פרק הזמן בין ההריונות ועוד.<sup>7</sup>

### מגמות בחיתוך החיץ בעולם

כאמור, בשלושת העשורים האחרונים מספר חיתוכי החיץ במהלך לידות לדניות הוא במגמת הפחתה. עם זאת ולמרות מחקרים רבים המצדדים בהגבלת ביצוע חיתוך החיץ ועל אף המלצתם של גופים רפואיים רבים לבצע את התהליך רק במקרים מיוחדים – עדיין מדובר באחת הפרוצדורות הכירורגיות השכיחות ביותר. שיעורי ביצוע חיתוכי החיץ משתנים במדינות שונות ובאזורים גאוגרפיים שונים. מחקר שבדק שיעורי חיתוכי חיץ בארצות הברית ב-1998–1980 מצא ירידה של 39% בממוצע בשיעורי חיתוכי החיץ. עם זאת השיעורים השתנו באוכלוסיות שונות: בנשים לבנות הם היו גבוהים יותר מבנשים אפרו-אמריקאיות, בנשים בעלות ביטוח רפואי פרטי הם היו גבוהים יותר ביחס מבנשים בעלות ביטוח ממלכתי (Medicaid) ועוד. יש לציין כי גם במחקר זה נמצא כי באוכלוסיית הנשים שעברה חיתוך חיץ היו שיעורים נמוכים יותר של קרעים בדרגה I וברדרגה II, אך שיעורים גבוהים יותר של קרעים בדרגה III וברדרגה IV.<sup>8</sup>

מחקר חתך שפורסם ב-Birth ב-2005 ושסקר את שיעורי חיתוכי החיץ באזורים גאוגרפיים שונים ובמדינות שונות בעולם, מצא שונות רבה בין המקומות השונים: משיעורים נמוכים מאוד בצפון אירופה (9.7% בשבדיה), עד שיעורים קרובים ל-100% בטיוואן ובמדינות אחדות באמריקה הלטינית. יש לציין כי החוקרים ציינו קושי בהשגת נתונים מספריים מדויקים, בשל חוסר אחידות בדיווחים ולנוכח הבדלים בשיעורי חיתוכי החיץ במבכירות ובולדניות, כמו גם באוכלוסיות שונות שבהן שיעור הילודה שונה.<sup>9</sup>

### מגמות בחיתוך החיץ בישראל

לפי נתונים על שיעורי חיתוכי החיץ שהתקבלו מ-25 מרכזים רפואיים בישראל ונאספו לקראת הכנס הדו-שנתי של החברה

הישראלית לרפואת האם והעובר בנובמבר 2011 – נמצא כי בשנת 2010 נעו שיעורי חיתוכי החיץ מ-3.6% ל-21.9% במרכזים רפואיים שונים, וב-13.4% בממוצע. בסקירה רב-שנתית מודגמת ירידה הדרגתית בשיעור חיתוכי החיץ מ-20% ל-13.4% בשנים 2005–2010. יש לציין כי שיעור הקרעים בדרגה III וברדרגה IV לא עלה מעבר לשיעורים המדווחים בספרות ונע מ-0.1% ל-1.04% ו-0.26% בממוצע.<sup>10</sup>

### טיפולים חלופיים למניעת טראומה לאזור החיץ ומניעת צורך בחיתוך חיץ

כפי שצוין, טראומה לאזור החיץ הנגרמת מקרעים ספונטניים או מחיתוך חיץ כרוכה בתחלואה משמעותית, קצרת טווח וארוכת טווח. במהלך השנים הוצעו התערבויות שונות למניעת פגיעה זו.<sup>11</sup> Beckmann ואח' מצאו כי עיסוי אזור החיץ במבכירות טרם הלידה, החל משבוע 35 להיריון, מצמצם את פגיעות החיץ הדורשת תפירה.<sup>12</sup> כמה מההתערבויות היכולות לצמצם פגיעה לאזור החיץ בשלב II של הלידה נסקרו על ידי קבוצת Cochrane מאוקספורד במטה-אנליזה שפורסמה ב-2011.<sup>13</sup> להלן מסקנותיה העיקריות:

הימנעות ממגע באזור החיץ מהלידה עד לשלב ה-Crowning – אל מול הגנה ידנית על אזור החיץ בטכניקות שונות (Hands off Versus Hands on) – הובילה להפחתה בחיתוכי החיץ. עם זאת לא הייתה הפחתה בשיעור הקרעים בדרגה III וברדרגה IV.

הנחת קומפרסים חמים על אזור החיץ והגניטליה הפחיתה את שיעור הקרעים מדרגות גבוהות.

עיסוי אזור החיץ הוכח כיעיל סטטיסטית בהפחתת קרעים בדרגה III וברדרגה IV.

התמרון ע"ש Ritgens (אחיזת הסנטר העוברי בין האנוס והקוקסיקס ביד אחת והנחת היד האחרת על האזור האוקסיפוטלי העוברי, לשמירה על פלקסיציית הראש. בדרך זו לשלוט במהירות יציאת הראש) לא הוכח סטטיסטית כמפחית קרעים מדרגות גבוהות או את שיעורי חיתוכי החיץ.

באחרונה פורסם שימוש בג'ל מיילדותי המוחדר ללדן במהלך השלב הראשון ובמהלך השלב השני של הלידה, ומטרתו לקצר את משך השלב השני ולהפחית שיעור קרעים ספונטניים של החיץ ואת הצורך בחיתוך חיץ. ג'ל זה מורכב מחומצה פולי-אקרילית, הידרוקסיאיתיל צלולוז ופרופילן גליקול, ומבוסס על מניעת החיכוך בתעלת הלידה (המשווק בארץ תחת השם Dianatal). עד כה בוצע מחקר מבוקר אחד בבני אדם שהוכיח את יעילות הג'ל בקיצור משך השלב השני של הלידה ב-26 דקות בממוצע ובהפחתת שיעור הקרעים העצמוניים של אזור החיץ.<sup>14</sup> עם זאת דרושים כמובן מחקרים נוספים כדי להעריך את יעילותו.

לסיכום, קיימת מגמה של הפחתה בשימוש בחתך החיץ בלידה באופן שגרתי ומתרבים הפרסומים בספרות הרפואית על תוצאות שליליות אפשריות הכרוכות בהליך זה ועל יתרונותיו המועטים. עם זאת מדובר בפרוצדורה כירורגית שכיחה שמבוצעת בימינו בצורה סלקטיבית, לפי שיקולו הקליני של הרופא והמיילדת.

## References

1. Thacker SB, Banta HD. Benefits and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980. *Obstet Gynecol Surv.* 1983 Jun; 38(6):322-38. Review
2. Woolley RJ. Benefits and risks of episiotomy: a review of the English-language literature since 1980. Part I and II. *Obstet Gynecol Surv.* 1995 Nov; 50(11): 806-35. Review
3. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 Jan 21; (1): CD000081. Review.
4. Hartmann K, Viswanathan M, et al.,. Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *JAMA.* 2005 May 4; 293 (17):2141-8. Review
5. Sartore A, De Seta F, et al., The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2004 Apr;103 (4): 669-73.
6. Macleod M, Strachan B, Bahl R, et al., A prospective cohort study of maternal and neonatal morbidity in relation to use of episiotomy at operative vaginal delivery. *BJOG.* 2008 Dec;115 (13):1688-94.
7. Alperin M, Krohn MA, Parviainen K. Episiotomy and increase in the risk of obstetric laceration in a subsequent vaginal delivery. *Obstet Gynecol.* 2008 Jun; 111 (6): 1274-8.
8. Weeks JD, Kozak LJ. Trends in the use of episiotomy in the United States: 1980-1998. *Birth.* 2001 Sep; 28 (3): 152-60.
9. Graham ID, Carroli G, Davies C, Medves JM. Episiotomy rates around the world: an update. *Birth.* 2005 Sep; 32 (3): 219-23.
10. פרופ' קובי בר, ד"ר מיכל קובו. המיילדות בישראל 2010, המפגש השנתי של החברה הישראלית לרפואת האם והעובר, נובמבר 2011
11. Albers LL, Sedler KD, Bedrick EJ, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: a randomized trial. *J Midwifery Womens Health.* 2005 Sep-Oct; 50 (5): 365-72.
12. Beckmann MM, Garrett AJ. Antenatal perineal massage for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jan 25;(1):CD005123.
13. Aasheim V, Nilsen AB, Lukasse M, Reinart LM. Perineal techniques during the second stage of labour for reducing perineal trauma. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011 Dec 7; 12: CD006672.
14. Schaub AF, Litschgi M, Hoesli I, Holzgreve W, Bleul U, Geissbühler V. Obstetric gel shortens second stage of labor and prevents perineal trauma in nulliparous women: a randomized controlled trial on labor facilitation. *J Perinat Med.*2008; 36 (2): 129-35.2.