

טיוטה
עדיין לא מאושרת



נייר עמדה מספר 15: דמומים במחצית השנייה להריון

2018

הנייר נכתב ע"י ועד החברה לרפואת האם והעובר בשיתוף החברה לאולטרה סאונד

נייר העמדה עוסק בגישה לדימומים מיילדותיים במחצית השניה של ההריון.

רקע

דימומים בשבועות אלו קורים בכ- 3-5% מההריונות ומהווים גורם סיכון משמעותי לתחלואה אימהית על רקע אובדן דם משמעותי ולתחלואה ותמותה פרינטלית על רקע לידה מוקדמת וסיבוכי פגות (1).

אין הגדרות ברורות לחומרת הדימום אך מקובל להתייחס לדימום של מעל ליטר כאל דימום משמעותי, בעיקר כאשר הוא מלווה בסימנים קליניים נלווים של הלם.

עקרונות טיפול

לכל הרה עם דימום לדני, מומלץ להיבדק ע"י צוות רפואי. יש להעריך את כמות הדימום, את מצבה ההמודינאמי של ההרה ואת חיוניותו של העובר בהתאם לשבוע ההריון.

בהתאם להערכה הקלינית של כמות הדימום מומלץ לבצע בדיקות דם הכוללות: ספירת דם, תפקודי קרישה, סוג דם וסקר נוגדנים, ולשקול ביצוע בדיקת Kleihauer Betke או FACS (Fluorescence Activated Cells), אם יש צורך להעריך את כמות הדם העוברי אליו הייתה ההרה עלולה להיחשף. במקרים של דימום פעיל – מומלץ לאשפז להשגחה ולהזמין מנות דם ומוצרי דם בהתאם לחומרת הדימום. כאשר יש דימום נרתיקי משמעותי, מומלץ לבצע סונאר להערכת מיקום השליה, טרם בדיקה נרתיקית ידנית ולשקול לבצע הערכה של צוואר הרחם והנרתיק ע"י בדיקה בספקולום. בשבועות המתאימים וכאשר ניתן לדחות את מועד היילוד, יש לטפל בסטרואידים להאצת בשלות ריאות העובר ובמגנזיום להגנה פוטנציאלית על מח העובר. כאשר קיימים צירים סדירים בנוכחות דימום פעיל, טיפול לעצירתם צריך להינתן רק במקרים בהם המשך ההריון אינו מסכן את ההרה או את עובריה ועל פי שיקול דעת רופא. להרות עם סוג דם Rh- יש להעריך את הצורך במתן Rh Immunoglobilins – Anti D בזריקה תוך שרירית במינון של 300 מק"ג (או יותר, אם קיימת הערכה של דימום מוגבר).

התוויות בהן יש לשקול יילוד:

- דימום נרתיקי פעיל משמעותי
- דימום פעיל הגורם לאנמיה משמעותית או להפרעת קרישה
- ניטור עוברי לא תקין
- מצב אימהי לא יציב

שילית פתח

שליית פתח היא מצב בו השליה מושרשת בחלק התחתון של הרחם, וחוסמת בצורה חלקית או מלאה את הפתח הפנימי של צוואר הרחם, דרכו צריך לעבור הילוד במהלך לידה נרתיקית (1-4).

שליה נמוכה מוגדרת כהמצאות קצה השליה במרחק של עד 2 ס"מ מהפה הפנימי של צוואר הרחם.

השכיחות של שליית פתח באוכלוסייה נעה בין 0.28-1.5%, ונקבעת על ידי אבחנה סונוגרפית (אולטרסאונד) במהלך ההיריון (1-4). הריונות עם שליית פתח הינם בסיכון גבוה לדימום במהלך השליש השני והשלישי, אשר מעלה את הסיכון לתמותה ולתחלואה עוברית, וכן קשורים בתוצאות אימהיות ועובריות פחות טובות בהשוואה לאוכלוסייה הכללית (1-4). בכל מקרה של שליית פתח / שליה נמוכה- אשר אובחנה במחצית השנייה של ההיריון, יש לבצע הערכה לנעיצות ו/או לנוכחות של vasa previa (פירוט בהמשך).

גורמי סיכון:

גורמי הסיכון הידועים של שליית פתח מסוכמים בטבלה 1, וכוללים בין היתר את הבאים: גיל אימהי מתקדם, מספר הריונות גבוה, עישון אימהי, טיפולים באי-פריון, היסטוריה של ניתוחים קיסריים קודמים, היסטוריה של הפלות חוזרות, והריונות מרובי עוברים (תאומים, שלישיות וכד'). שכיחותם של מספר גורמי הסיכון שתוארו נמצאת בעלייה באוכלוסייה הכללית שכן אחוז הניתוחים הקיסריים עולה, מספר הולך וגדל של נשים בוחרות ללדת לראשונה בגיל מבוגר יחסית וכן יש עלייה בשכיחות ההריונות כתוצאה מטיפולי אי-פריון (1-4).

מאפיינים קליניים:

בד"כ ההסתמנות הקלינית הינה דימום נרתיקי, לאו דווקא מלווה בכאבים (1-3).

סיבוכים אימהיים: (1-3)

- ניתוחים קיסריים, גם בהולים, עקב דמם.
- סיבוכים אימהיים הקשורים בדימום: צורך במתן מנות דם, זיהום אימהי, פקקת

ותסחיפי דם.

- סיבוך חמור אליו יש לתת את הדעת הוא השכיחות הגבוהה של כריתות רחם לאחר הלידה בנשים עם שלית פתח, ובייחוד שילייה חודרנית (ראה בהמשך), עקב דימום בלתי מבוקר.

סיבוכים עובריים: (1-4)

- שכיחות גבוהה של לידות מוקדמות ובהתאם סיבוכי פגות ועליה בתמותה הסב לידתית
- מצגים פתולוגיים
- ציוני אפגר נמוכים בגיל דקה וחמש דקות (1-4)

טיפול:

במרביית המקרים שליית פתח מאובחנת בבדיקת אולטרסאונד שגרתית, אזי נדרש מעקב בלבד. אם שליית הפתח התגלתה בשלב מוקדם של ההיריון, והיא גבולית, דהיינו מגיעה לצוואר הרחם אך אינה מכסה אותו מצד לצד, בד"כ מדובר לעתים בתופעה חולפת. עם התקדמות ההיריון וגדילת הסגמנט התחתון של הרחם, השילה עשויה לשנות את מיקומה היחסי ולא להגיע כלל אל צוואר הרחם. אם התופעה התגלתה עקב דימומים מומלץ להימנע ממאמץ פיזי קשה ומיחסי מין, לפחות לתקופת מה. במקרי דמם משמעותי יש לבצע בדיקת אולטרסאונד למיקום השלייה לפני בדיקה ידנית נרתיקית. מומלץ להמנע מבדיקות נרתיקיות ידניות כאשר מאובחנת שליית פתח (1-4).

במקרי דימום בשבועות המתאימים וכאשר המצב מאפשר, יש לשקול מתן סטרואידים להאצת הבשלות הריאתית וכן מגנזיום להגה פוטנציאלית על מח הילוד. אם מדובר בשליית פתח הלידה תהייה בניתוח קיסרי.

יש לזכור כי שליית פתח קדמית תדרוש מעבר דרך השלייה בניתוח קיסרי, וקיים חשש לדמם ניכר. יש להיערך בהתאם.

בשליה נמוכה שאינה מכסה את הפה הפנימי של צוואר הרחם ניתן לשקול יילוד נרתיקי.

תזמון יילוד: (5)

- כאשר היולדת יציבה יש לשקול ניתוח בין השבועות 36.0-38.0
- במקרים של אירועים חוזרים של דימום משמעותי לפני שבוע 36, יש לשקול יילוד מוקדם ע"מ להפחית את הסיכון לאירועי דמם חוזרים.

טבלה 1: גורמי סיכון לשליית פתח

שליית פתח בעבר	סיכון של פי 9.7
ניתוחים קיסריים קודמים:	
ניתוח קודם אחד	סיכון של פי 2.2
שני ניתוחים קודמים	סיכון של פי 4.1
שלושה ניתוחים קודמים	סיכון של פי 22.4
הפסקות הריון קודמות	
ולדנות גבוהה	
גיל מבוגר (וספציפית מעל 40)	
הריון מרובה עוברים	
עישון	
בעיות באנדומטריום	הסטוריה של צלקות רחמיות, אנדומטריטיס, הוצאה ידנית של שיליה, גרידות, שרירנים סב-מוקוזאליים.
הריון לאחר טיפולי פיריון	

Antepartum Haemorrhage, Green-top Guideline No. 63 November 2011, RCOG (1).

היפרדות שלייה

היפרדות שליה מוגדרת כהתנתקות (חלקית או מלאה) של השליה מדופן הרחם טרם לידת העובר (6-9). היפרדות שליה אחראית עד לכדי שליש מהדימומים הרחמיים במהלך המחצית השנייה של ההריון וכן בסיכון גבוה במיוחד לתמותה ולתחלואה סב לידתית וללידה מוקדמת. גם האם נתונה לסיבוכים אשר לרוב קשורים בדימום.

למרות חשיבותה הקלינית של התופעה, אין כיום כלים אמינים דיים לחיזוי או למניעה.

גורמים וגורמי סיכון:

הסיבה העיקרית למרבית המקרים של הפרדות שלייה עדיין אינה ידועה. קרע של כלי דם אמהיים פגומים ב deciduas basalis הינה סיבה אפשרית המתחילה את הפרדות השלייה.

על אף שהאתיולוגיה אינה ברורה, ניתן להבחין בין גורמים מכאניים חריפים כגון טראומה לבטן, חבל טבור קצר וריקון פתאומי של חלל הרחם, לבין גורמים אחרים אשר מעידים על כך שהפרדות שלייה היא תוצאה של תהליך כרוני ממושך יותר (ראה טבלה 2). בין הגורמים הכרוניים נמנים טרומבוזיס שלייתי, מצבי דלקת, זיהום ופתולוגיה בכלי הדם במפגש רחם-שלייה. מוכרים מספר גורמי סיכון להפרדות שלייה, ביניהם המשמעותיים ביותר הם הפרדות שלייה בעבר, רעלת הריון, יתר לחץ דם כרוני, ירידת מים מוקדמת וזיהום תוך רחמי. עישון ושימוש בקוקאין אף הם מעלים סיכון להפרדות שלייה ולבסוף טרומבופיליה (קרישיות יתר) מגבירה סיכון להפרדות שליה (6-9).

מאפיינים קליניים:

המאפיינים הקליניים תלויים במספר גורמים, ביניהם מאפייני הדימום ובעיקר כמות הדם: קל או חמור, בנוסף האם מדובר בדימום כרוני או אקוטי, וכן הדימום גלוי או נסתר(6-9). המאפיינים הבולטים כוללים דימום נרתיקי המלווה בכאב ובהתכווצויות חוזרות ונשנות של הרחם, טונוס מוגבר של הרחם ותבניות לא תקינות של קצב לב העובר. האבחנה היא בעיקרה קלינית אך ממצאים שליתיים בלתי תקינים בבדיקת אולטרסאונד עשויים לתמוך באבחנה. יחד עם זאת, יש לזכור כי אבחון של הפרדות שלייה הינו קליני וכי אולטרסאונד עלול שלא לאבחן הפרדות שליה בחלק ניכר מהמקרים (5).

סיבוכים אימהיים:

סיבוכים אימהיים הקשורים בדימום עקב היפרדות שילייה הם הלים תת נפחי, הצורך בקבלת מנות דם, קרישתיות תוך כלית ממושטת (DIC), זיהום אימהי פקקת ותסחיפי דם ואטוניה ניכרת של הרחם המובילה להתערבות, עד הצורך לעתים בכריתת רחם (6-9).

סיבוכים עובריים:

הסיבוכים העובריים של היפרדות שליה כוללים מצוקת עובר עם ציוני אפגר נמוכים בגיל דקה וחמש דקות, PH נמוך ואף מות עובר (6-9).

טיפול:

הטיפול תלוי בשבוע ההיריון ובמצב האם והעובר. במקרי פגות וכאשר המצב מאפשר, יש לשקול מתן סטרואידים להאצת השלת ריאות העובר ומגנזיום להגנה פוטנציאלית על מח הילוד. יחד עם זאת, בחלק מהמקרים מדובר על תהליך חריף, שכולל דמם שיביא למצוקת העובר. במקרה כזה הטיפול יהיה ניתוח קיסרי בהול. במקרים אחרים, הפרדות השליה היא קלה וחלקית. במקרים אלה ניתן יהיה לבצע מעקב בלבד.

גם במקרים של הפרדות שליה לאחר שבוע 34 (שבועות 34-36+5), ניתן לשקול מתן סטרואידים לילודות אם צופים כי הלידה תתרחש בשבוע הקרוב והיולדת טרם קיבלה סטרואידים (5).

במקרי דמם פעיל משמעותי מומלץ שלא לעכב יילוד לצורך מתן קורס סטרואידים. באם מצב האם והעובר מאפשר זאת ניתן לבצע יילוד נרתיקי, אלא אם קיימת התווית נגד לכך.

במקרי דמם יש לשלוח בדיקות מעבדה שיכללו את סוג דם היולדת וסקר נוגדנים, ספירת דם, תפקודי קרישה (כולל פיברינוגן), קראטינין ואנזימי כבד.

מועד היילוד:

חסרים מחקרים לגבי תזמון מיטבי ליילוד במקרה של היפרדות שלייה. מועד היילוד ייקבע ע"פ מצבם הקליני של האם והיילוד (5).

מומלץ ליילד בכל שבוע במצבים הבאים: דמם ניכר, ניטור עוברי לא תקין, אי יציבות המודינמית אימהית. יולדת יציבה, עם חשד קליני להיפרדות שליה, מומלץ ליילד בשבועות 34-36.6 (1,5).

טבלה 2: גורמי סיכון להיפרדות שלייה

אירוע חריף:	טראומה בטנית	
	שימוש בסמים ובפרט קוקאין	סיכון של פי 5-10
	ריבוי מי שפיר	סיכון של פי 2-3
גורמי סיכון מיילדותיים:	יתר לחץ דם כרוני	סיכון של פי 1.8-5.1
	רעלת היריון	סיכון עד פי 4.5
	אקלמפסיה	סיכון של פי 3-5.5
	ירידת מים מוקדמת	סיכון של פי 1.8-5.0
	כוריאמניוניטיס	סיכון של פי 2-2.5
אירוע קודם של איסכמיה שלייתית על רקע של:	רעלת היריון	סיכון של פי 1.5
	עיכוב גדילה תוך רחמי או ילוד קטן לגיל ההיריון	סיכון של פי 1.4
	היפרדות קודמת	סיכון של פי 8-12
גורמים סוציאקונומיים	גיל אם מבוגר	סיכון של פי 1.1-1.3
	ולדנות גבוהה	סיכון של פי 1.1-1.6
	עישון	סיכון של פי 1.4-2.5

מקור:

Ananth, CV , Kinzler, WL .Placental abruption: Clinical features and diagnosis. Up-To-Date Dec 19, 2017 (7).

Vasa Previa - זזה פרביה

זהו מצב בו כלי דם עובריים אינם נתמכים על ידי חבל הטבור או השליה ועוברים חשופים על פני קרומי השפיר, מעל הפה הפנימי של צוואר הרחם (10,11). אבחון תוך רחמי ויילוד יזום טרם פקיעת קרומים משפרים את הפרוגנוזה של העוברים והיילודים (10,11). שכיחות - 1:1275-1:5000 הריונות.

הישרדות יילודים בהריונות עם vasa previa אשר אובחנו במהלך ההריון גבוהה מאלו שלא אובחנו טרם הלידה ואבחנה טרום לידתית מפחיתה את הצורך בעירוי דם ליילודים. כאשר קיימים גורמי סיכון ל – vasa previa במחצית השניה של ההריון (ראה פירוט בהמשך), מומלץ לנסות ולבצע אבחנה טרום לידתית בעזרת סונאר בשילוב דופלר. יש לזכור כי גם באמצעים אלה לא ניתן תמיד לאבחן vasa previa.

גורמי סיכון: [11]

- במרבית המקרים קשור ל – velamentous insertion של חבל הטבור
- שליה דו-אונתית
- הריון מרובה עוברים
- טיפולי הפרייה חוץ גופית (IVF)
- השרשה נמוכה של השליה במחצית השניה של ההריון

מאפיינים קליניים:

אם לא אובחן בסונאר במהלך ההריון, הסתמנות קלינית אופיינית – דימום בעת פקיעת מי שפיר, ניטור עוברי עם האטות משתנות או עם דופק סינוסואידלי המעיד על אנמיה עוברית משמעותית [12].

סיבוכים אימהיים:

הסיכון לאם נובע בעיקר מניתוח קיסרי על סיבוכי המידיים והמאוחרים. במקרים של velamentous cord insertion קיימת שכיחות גבוהה יותר של קושי בהוצאת השליה.

סיבוכים עובריים:

הסיכון לעובר נובע מפקיעת קרומים באזור כלי הדם, דימום ואובדן משמעותי של דם עוברי. מומים וסיבוכים עובריים שתוארו כקשורים: עורק טבורי בודד, ספינה ביפידה, האטה בצמיחה התוך רחמית.

טיפול: [LOE-II]

- חשוב לזכור כי בכרבע מהמקרים בהם אובחן vasa previa בשליש ההריון השני, הממצא יהיה קשה לאבחון בהמשך ההריון, ולכן מרגע שאובחן יש להמשיך לעקוב לצורך תכנון המשך ההריון והלידה. [13]
- מומלץ לעקוב אחר אורך צוואר הרחם. צוואר המקוצר לפחות מ 10 מ"מ בשבועות 14-24, קשור בסיכון מוגבר לירידת מים מוקדמת וללידה מוקדמת. נוכחות של משפכיות (Funneling), מהווה סמן סונוגרפי מנבא ללידה מוקדמת. שינויים אלה בצוואר הרחם יכולים לעזור בהחלטה על תזמון אשפוז ויילוד במקרים של vasa previa. [14]
- ניתן לשקול אשפוז סביב שבוע 34 – מאפשר קרבה לניתוח קיסרי דחוף במידת הצורך [15]
- אם קיימת ירידת מים או דימום – יש לבצע ניתוח קיסרי דחוף.

- יש לתכנן ניתוח קיסרי יזום טרם התפתחות לידה, בשבוע 34-37 גם לנשים אסימפטומטיות. [16]

שליה נעוצה

שליה נעוצה נובעת מהשרשה לא תקינה של השליה אל דופן הרחם [17-20].

הגדרות (מבוססות על אבחנה פתולוגית):

- Accrete – סיסי השליה חודרים את הדצידואה ומגיעים עד למיומטריום
- Increta – חדירה של סיסי השליה אל המיומטריום
- Percreta – חדירה של סיסי השליה לאורך כל המיומטריום ועד הסרוזה או האיברים הסמוכים.

השכיחות עלתה בעשורים האחרונים ועליה זו מיוחסת בעיקר לעליה בשיעורי הניתוחים הקיסריים.

הפתופיזיולוגיה המקובלת ביותר כגורם לשליה נעוצה הינה פגיעה בדצידואה על רקע צלקת (מניתוח קודם או גרידה).

גורמי סיכון:

- הסיכון לשליה נעוצה עולה במצבים של ניתוח קיסרי קודם בנוכחות שליית פתח. ככלל עליה במספר ניתוחים הקיסריים בנוכחות שלייה קדמית באיזור הצלקת או שליית פתח, מעלים את הסיכון לשליה נעוצה.
- הסיכון לשליה נעוצה: [17]

מספר הניתוחים הקיסריים בעברה של ההרה	% הסיכון לשליה נעוצה כשיש שליית פתח	% הסיכון לשליה נעוצה כשאין שליית פתח
0	3	0.03
1	11	0.2

0.1	40	2
0.8	61	3
4.7	67	4

- ניתוח רחמי קודם (היסטרוסקופיה, גרידה, אבלציה, כריתת מחיצה / פוליפ / שרירן)
- גיל אימהי מעל 35
- IVF
- היסטוריה של קרינה לאגן

מאפיינים קליניים:

ניתן לאבחן או לפחות לחשוד בשליה נעוצה במהלך בדיקות אולטרה סאונד במחצית השנייה של ההריון. הסימנים הסונוגרפיים האופייניים לשליה נעוצה הם אזורים היפואקוגניים (לקונות) ברקמת השליה עם זרימת דם אופיינית ואובדן האיזור ההיפואקוגני מאחורי רקמת השליה, בינה לבין האנדומטריום. סימנים סונוגרפיים נוספים כוללים הידקקות של המיומטריום מאחורי השליה, אובדן הקו ההיפראקוגני המאפיין את קו שלפוחית השתן, בליטה של רקמת שליה לתוך שלפוחית השתן או לרקמות סמוכות מעבר לסרוזה. לעיתים, דופלר יכול לעזור ולשפר את רגישות וסגוליות הבדיקה עם אבחנה של עושר כלי דם במיטת השליה [u1]. ככלל לא הוכח יתרון לסונאר תלת מימד או ל – MRI באבחון של שליה נעוצה.

יתכן שיש תפקיד ל MRI במקרים של ספק לגבי נעיצות השליה כאשר היא אחורית או במקרים בהם קיים ספק לגבי עומק הנעיצות של השליה ומעורבות של איברים סמוכים.

בנשים עם סיכון גבוה לשליה נעוצה, מומלץ להתייחס לנושא נעימות השליה במסגרת סונאר במחצית השנייה של ההריון.

נשים עם שלייה נעוצה הן בסיכון גבוה יותר לדימום במהלך ההריון. ההסתמנות הקלינית הבעייתית ביותר הינה דימום משמעותי אחרי הלידה בעת הנסיון להוציא את השליה מחלל הרחם.

סיבוכים אימהיים:

דימום משמעותי אחרי הלידה, המחייב כריתת רחם ופגיעה בפריון. DIC, כשל רב מערכתי כתוצאה מדימום משמעותי וממתן תכשירי דם מרובים עד מוות.

סיבוכים עובריים:

קיימות עבודות הקושרות בין שליה נעוצה לבין האטה בצמיחה התוך רחמית. לרוב הסיבוכים בהקשר של שליה נעוצה הינם אימהיים ולא עובריים.

הטיפול: [LOE III]

- במהלך ההריון מומלץ לשמור על המוגלובין מעל 10 לקראת הניתוח הקיסרי בשל הצפי לדימום מוגבר.
- במקרה של צפי ללידה בתוך שבוע על רקע דימומים, או לפני ניתוח מתוכנן, מומלץ לשקול מתן סטרואידים להאצת בשלות ריאות העובר וכן מגנזיום להגנה פוטנציאלית על מח העובר, בהתאם לשבוע ההריון ולחומרת הדימום.
- במקרה בו קיימת אבחנה של שליה נעוצה, חשוב לנהל עם המטופלת שיחה על המשמעויות ועל מידת החשיבות עברה, לשמירה על הרחם בעת הניתוח הקיסרי.
- כריתת רחם במהלך ניתוח קיסרי במקרה של שליה נעוצה הינה הדרך הבטוחה ביותר לשמירה על בריאות האישה.
- בסמוך למועד הניתוח המתוכנן, יש לשקול סונאר חוזר לאישור סופי של האבחנה ולמיקום השליה לצורך תכנון הניתוח המיועד.

- ההיערכות צריכה לכלול צוות רב מקצועי – גינקולוג המיומן בניתוחים מורכבים מסוג זה, צוות הרדמה וטיפול נמרץ למהלך הניתוח ולהתאוששות שאחריו, נאונטולוג, צוות בנק הדם, צוות חדר ניתוח מיומן, כתלות בסיכון של מעורבות מערכת השתן – אורולוג. ניתן לשלב בדיון רדיולוג מתחום הרדיולוגיה הפולשנית.
- מומלץ לתכנן את הניתוח לזמן מיטבי מבחינת כל המעורבים.
- יש להיערך עם מוצרי דם בכמות מספקת בעזרת בנק הדם המקומי ובתאום איתו.
- חשוב לזכור שדימום משמעותי, ניתוח ממושך ומתן מוצרי דם, כולם מעלים את הסיכון לאירועים טרומבואמבוליים, סיכון המוגבר לכל הרה מלכתחילה, ולכן מחייב התייחסות מיוחדת. רצוי לשקול שימוש ב – Pneumatic cuffs לניתוחים מסוג זה.
- צנתור עורקי ואמבוליזציה להפחתת הסיכון לדימום ו/או כריתת רחם במקרים של שלייה נעוצה: הנושא שנוי במחלוקת ולא ניתן לנבא למי מבין המטופלות עם שלייה נעוצה, יוכלו הצנתרים להועיל. חשוב לזכור שלשימוש בצנתרים יש סיבוכים אפשריים כגון המטומות, זיהומים וסיבוכים טרומבו אמבוליים. ההליך מחייב היערכות ולרוב אינו מתאים לניתוחים דחופים.
- כאשר מחליטים מראש על כריתת רחם במהלך הניתוח הקיסרי, רצוי להשאיר את השלייה ברחם ולא לנסות להוציאה, הליך המגביר את הדימום.
- כאשר מחליטים על ניתוח שמרני ומנסים לשמר את הרחם, ניתן להשאיר את השלייה ברחם ולנסות לעצור את הדימום בעזרת תרופות לכיווץ הרחם וטמפונדה בעזרת בלון. ההליך כרוך בסיכון מוגבר לדימום ולזיהום, בצורך בניתוח נוסף לכריתת הרחם ובהחלמה ממושכת. ההליך אינו מבטיח שימור פריון וחשוב להסביר זאת ליולדת. טיפול לאחר הניתוח במתוטרקסאט לשיפור פירוק השלייה נבדק ונמצא כלא יעיל ועם סיכון לתופעות לוואי משמעותיות, ולכן אינו מומלץ. [21]

תזמון יילוד:

- בחלק גדול מהמקרים של שלייה נעוצה, יש לבצע ניתוח דחוף על רקע דימום וצירים מוקדמים.

- מומלץ לתכנן את הניתוח לשבוע 34-37, כתלות בסימפטומים ובגורמי הסיכון הפרטניים של כל מטופלת ללידה מוקדמת.
- יש לשקול את סיכוני הפגות אל מול היתרונות של ניתוח מתוכנן.
- מומלץ לשקול מתן סטרואידים לצורך האצת בשלות ריאות העובר לפני ניתוח מתוכנן.

צוות עדכון נייר העמדה (ועד החברה לרפואת האם והעובר)

פרופ' אריאל מני, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' יואב יינן, פרופ' משנה קליני זהר נחום, ד"ר חן סלע, פרופ' משנה קליני עדו שולט, פרופ' אייל שיינר.

בשיתוף עם החברה לאולטרה סאונד:

פרופ' גוסטבו מלינגר, ד"ר ורד אייזנברג, פרופ' יינן גלבע, ד"ר רן ולסקי, ד"ר נילי ינאי, ד"ר אתי שפיגל וד"ר אלון שרים.

References

1. Antepartum Haemorrhage, Green-top Guideline No. 63 November 2011, RCOG.
 2. LockwoodCJ, Russo-Stieglitz, K, Placenta previa: Management Up-To-Date Dec 19, 2017.
 3. LockwoodCJ, Russo-Stieglitz, K, Placenta previa: Epidemiology, clinical features, diagnosis, morbidity and mortality Up-To-Date Aug 04, 2017.
 4. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hallak M, et al. Placenta previa: obstetric risk factors and pregnancy outcome. J Matern Fetal Med 2001; 10:414.
 5. SMFM issues guidelines for managing patients with third trimester bleeding between 34 0/7-36 6/7 weeks. December 3, 2017
 6. [Oyelese, Y.](#), [Ananth, CV.](#) Placental abruption: Management. Up-To-Date Oct 03, 2017.
 7. Ananth, CV , Kinzler, WL. Placental abruption: Clinical features and diagnosis. Up-To-Date Dec 19, 2017.
 8. Sheiner E, Shoham-Vardi I, Hadar A, et al. Incidence, obstetric risk factors and pregnancy outcome of preterm placental abruption: a retrospective analysis. J Matern Fetal Neonatal Med 2002; 11:34.
 9. Pariente G, Wiznitzer A, Sergienko R, Mazor M, Holcberg G, Sheiner E. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. J Matern Fetal Neonatal Med. 2011 May;24(5):698-702.
- [10] No. 231 Guidelines for the management of Vasa previa, J Obstet Gynecil Can 2017;39(10):e415-e421.

- [11] Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol*. 2006 Apr;107(4):927-41.
- [12] Baumfeld Y, Gutvitz G, Shoshan Im Sheiner E. Fetal heart rate patterns of pregnancies with vasa previa and vasa previa insertion. *Arch Gynecol Obstet* 2016;293:361-367.
- [13] Rebarber A, Dolin C, Fox NS, Klauser CK, Saltzman DH, Roman AS. Natural history of vasa previa across gestation using a screening protocol. *J Ultrasound Med* 2014;33(1):141-147.
- [14] Odibo AO, Berghella V, Reddy U, Tolosa JE, Wapner RJ. Does transvaginal ultrasound of the cervix predict preterm premature rupture of membranes in a high-risk population? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001;18(3):223-7.
- [15] Sinkey RG, Odibo AO, Dashe JS. Society of Maternal-Fetal (SMFM) Publications Committee, *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(5):615.
- [16] Spong CY, Mercer BM, D'Alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol* 2011;118(2 Pt 1):323-333.
- [17] American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee opinion #529. Placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2012; 120:207.
- [18] Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). Electronic address: pubs@smfm.org, Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol* 2018; 218:B2.

- [19] Jauniaux E, Collins SL, Jurkovic D, Burton GJ. Accreta placentation: a systematic review of prenatal ultrasound imaging and grading of villous invasiveness. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:712.
- [20] Gyamfi-Bannerman C. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) Consult Series #44: Management of bleeding in the late preterm period. *Am J Obstet Gynecol* 2018;218(1):B2.
- [21] Sentilhes L, Ambroselli C, Kayem G, Provansal M, Fernandez H, Perrotin F, Winer N, Pierre F, Benachi A, Dreyfus M, Bauville E, Mahieu-Caputo D, Marpeau L, Descamps P, Goffinet F, Bretelle F. Maternal outcome after conservative treatment of placenta accreta. *Obstet Gynecol* 2010;115(3):526.