

**טיוטה**  
עדיין לא מאושרת



## נייר עמדה מספר 122

### נייר עמדה – אבחון וטיפול בשארית תוצרי הריון

#### מהדורה ראשונה

#### רקע

שארית תוצרי הריון (Retained products of conception, Residual trophoblastic disease) הינו מצב שבו נותרת בחלל הרחם שארית של תוכן הריוני לאחר לידה נרתיקית, לידה בניתוח קיסרי, הפלה טבעית, והפסקת הריון תרופתית או כירורגית. מצב זה מאובחן בכ- 1-3% מההריונות (1). הביטוי הקליני בטווח הקצר עשוי להיות דימום לדני בדרגות שונות ו/או סימני זיהום רחמי. עם זאת, בכ-30% מהנשים המאובחנות עם שארית הריון אין הסתמנות קלינית משמעותית והשארית מאובחנת בבדיקת סונר שגרתית (2). טיפול כירורגי בשארית תוצרי הריון על ידי גרידת חלל הרחם כרוך בשיעור משמעותי של הידבקות תוך רחמיות (תסמונת אשרמן, Asherman's syndrome) (3). טיפול כירורגי בשארית תוצרי הריון על ידי היסטרוסקופיה כרוך בשיעור הידבקות תוך רחמיות נמוכים יותר (5-20%) (4). אין כיום מידע אמין בספרות לגבי התוצאות בעקבות טיפול כירורגי, מול טיפול תרופתי, מול מעקב שמרני בלבד.

#### אבחון

שארית תוצרי הריון מאובחנת בבדיקת סונר אגן (לרוב בשילוב בדיקת דופלר) המבוצעת בתקופת משכב הלידה או לאחר סיום הריון. כמפורט בנספח 1, ממצאים המצביעים על שארית הריון בסבירות גבוהה (high probability) הינם ממצא אקוגני בחלל הרחם עם זרימת דם בתוכו או רירית מעובה ( $\geq 10\text{mm}$ ) עם זרימת דם בתוכה (5). ממצאים שיכולים להצביע על שארית תוצרי הריון בסבירות

בינונית (moderate probability) כוללים ממצא אקוגני או רירית מעובה ( $\geq 10\text{mm}$ ) ללא זרימות דם או נוזל והדים (complex fluid) מעל 10 מ"מ (5). כאשר אין מסה אקוגנית, והרירית/ תוכן מתחת ל- 10 מ"מ המצב מוגדר כ- low probability. בזמן ביצוע בדיקת הסונר, יש לשים לב לאבחנה מبدלת אפשרית בין שארית תוצרי הריון וסקולרית לבין מצב של (AVM) Arterio-Venous malformation שכן הטיפול בשני המצבים שונה (6).

ממצאים בבדיקה גינקולוגית קלינית שיכולים להצביע על שארית תוצרי הריון הינם דימום לדני ממקור רחמי וצוואר רחם פעור (7). עם זאת, כאמור, מספר רב של נשים עם שארית הריון אינן תסמיניות.

במקרים שבדיקת האולטרסאונד מעלה חשד לשארית תוצרי הריון, ניתן להפנות את האישה לבדיקת היסטרוסקופיה אבחנתית המתבצעת באופן מרפאתי וללא הרדמה לאבחון שארית הריון. בבדיקה זו ניתן לזהות את הממצא האופייני של השארית בחלל הרחם וכן לתאר את גודלו, מיקומו ואת חיבורו לדופן הרחם, וזאת על מנת לתכנן את הטיפול הכירורגי.

#### סוגי שארית תוצרי הריון

##### 1. שארית תוצרי הריון לאחר לידה

שארית תוצרי הריון לאחר לידה עשויה להיות מאובחנת בנשים שלהן היה אירוע הקשור להפרדות השליה לאחר הלידה (כגון הפרדה ידנית של השלייה, ביקורת חלל הרחם עקב חשד לשארית שליה, עיכוב בהיפרדות השלייה לאחר הלידה, או אירועי דימום לדני [Postpartum hemorrhage] (2)). בנוסף, נשים עם סיפור עבר של שארית הריון לאחר לידה קודמת או הריון קודם נמצאות בסיכון מוגבר לשארית הריון בהריונותיהן הבאים (8). בנשים הללו, ניתן להציע מעקב קליני וסונוגרפי מכוון לאחר הלידה על מנת לאפשר אבחון מוקדם של השארית (9). עם זאת, אין עדות בספרות כי אבחון מוקדם של שארית תוצרי הריון משפר את תוצאות הטפול ואין הסכמה האם מעקב זה הכרחי.

שארית תוצרי הריון גם עשויה להופיע בנשים עם מהלך לידה תקין ללא סיבוכי שליה ולאחר שלא נמצא חסר בבדיקת השליה לאחר לידה (2).

##### 2. שארית תוצרי הריון לאחר הפלה טבעית או סיום הריון תרופתי

במקרים אלה מאובחנת שארית הריון בסונר לאחר הפלה טבעית, או לאחר טיפול תרופתי בהפלה נדחית מוקדמת על ידי (Cytotec) Misoprostol או לאחר הפלה מוקדמת יזומה על ידי Mifepristone (Mifegyne) ו-(Cytotec) Misoprosol. אין הסכמה בספרות מהו משך הזמן מאבחון הפלה טבעית או ממתן טיפול לגרימת הפלה שלאחריו הממצאים בבדיקת סונר נחשבים כחשודים לשארית תוצרי הריון ובהעדר תלונות כגון דימום לדני חזק או סימני זיהום מומלץ להתייחס לפרק זמן של 4 שבועות מסיום הטיפול ועד לאבחנה.

### 3. אבחון שארית תוצרי הריון לאחר הפסקת הריון כירורגית

למרות שאין המלצה חד משמעית בספרות לבצע מעקב סונר בנשים לאחר ריקון הרחם, בפועל מתבצע מעקב זה ברוב המטופלות לאחר 2 עד 6 שבועות מהפעולה. גם במצב זה, ממצא אקוגני בחלל הרחם עם או ללא זרימת דם מחשיד לשארית וניתן להפנות את המטופלת לביצוע הסטרוסקופיה אבחנתית ללא הרדמה לאישוש או שלילת החשד.

### טיפול בשארית הריון

#### 1. מעקב שמרני

מעקב שמרני מוצע לנשים עם חשד לשארית הריון שהינן א-תסמיניות או עם הסתמנות קלינית קלה, מאחר והמתנה לא צפויה לגרום לנזק וחלק מהמקרים יסתיימו באופן עצמוני על ידי פליטת השארית. קיימים מחקרים בודדים המתארים את אחוזי ההצלחה של מעקב שמרני ואת טווח הזמן המומלץ להמתין לפליטה עצמונית של התוכן ההריוני. Grewal ו'חב' תיארו הצלחה של כ- 60% במעקב שמרני אחרי נשים עם חשד לשארית תוצרי הריון לאחר הפלה טבעית בטרימסטר הראשון. עם זאת, משך הזמן עד לפליטת תוכן ההריון עמד בממוצע על 49 ימים (10). Takahashi ו'חב' תיארו רזולוציה עצמונית של שארית הריון לאחר לידה וגינלית או ניתוח קיסרי בעד 40% מהמקרים, אך לא התייחסו לתוצאות ארוכות של טווח של שיעורי הידבקות תוך רחמיות או שיעורי פוריות לאחר מעקב זה. כמו כן, משך המעקב השמרני הרצוי לא דויין בעבודה זו או במחקרים אחרים (11).

על כן, ניתן להציע אפשרות של מעקב שמרני לנשים עם חשד לשארית הריון במידה ואין להן הסתמנות קלינית משמעותית. בנשים עם חשד לשארית תוצרי הריון לאחר הפלה עצמונית או לאחר הפלה יזומה תרופתית או כירורגית, ניתן להציע מעקב שמרני למשך 1-2 מחזורי וסת מסיום ההריון.

בנשים עם חשד לשארית תוצרי הריון לאחר לידה, מומלץ מעקב שמרני עד סוף משכב הלידה ולבצע ביקורת סונוגרפית כעבור 6 שבועות מהלידה. זאת מאחר ויש עלייה ב-PPV של הבדיקה כאשר מבוצעת בתום משכב הלידה (5).

## 2. טיפול תרופתי

המידע בספרות לגבי טיפול תרופתי בשארית הריון הינו מוגבל. ניתן להציע טיפול בתכשיר (Cytotec) Misoprostol בצורת מתן שונות (פומי, תת-לשוני או נרתיקי) בנשים עם חשד לשארית הריון, אך אין מידע בספרות לגבי שיעורי הצלחת הטיפול או משך הזמן המומלץ למעקב לאחר טיפול תרופתי טרם החלטה על התערבות ניתוחית. כמו כן, אין מידע בספרות לגבי שיעורי ההידבקויות הרחמיות לאחר טיפול תרופתי או לגבי שיעורי הפוריות בהריונות הבאים לאחר טיפול זה.

## 3. טיפול ניתוחי

טיפול ניתוחי בשארית הריון כולל ריקון חלל הרחם על ידי שאיבה (suction curettage) עם או ללא גרידה או בהסטרוסקופיה ניתוחית. הטיפול בשאיבה מומלץ במקרה של דימום לדני חזק הדורש ריקון מיידי של חלל הרחם כדי למנוע אובדן דם משמעותי וסיכון של חיי המטופלת (12). במקרים בהם לא נדרש ריקון מידי של חלל הרחם, מומלץ להציע למטופלת ריקון של חלל הרחם בהסטרוסקופיה ניתוחית.

השיטה המקובלת להסרת השארית בהסטרוסקופיה ניתוחית היא ביצוע הפעולה על ידי מכשיר Resectoscope בהרדמה כללית. בשיטה זו מזהים את מיקום השארית בחלל הרחם ומפרידים אותה בעדינות מדופן הרחם על ידי הפעלה קהה (blunt) של לולאת ההסטרוסקופ תוך העזרות מינימלית בהפעלת חשמל. יתרונות שיטה זו על פני שאיבה הם פעולה כירורגית ממוקמת לאזור השארית במקום פעולה עיוורת, האפשרות לזהות בראיה אם נותרו ממצאים בחלל הרחם בתום הפעולה, ואפשרות לזיהוי מומי רחם כגון מחיצה או רחם דו קרני (13).

שיטה נוספת להסרת השארית היא בהסטרוסקופיה ניתוחית המתבצעת ללא הרדמה באמצעות מכשיר הסטרוסקופי בקוטר זעיר. בשיטה זו מופרדת השארית מדופן הרחם על ידי מספרים ו/או גרספר הסטרוסקופיים (14). שיטה זו מתאימה בעיקר לשארית הריון בגודל קטן (לרוב פחות מ-1.5 ס"מ) אשר אינה דבוקה לדופן הרחם באופן הדוק.

טכניקה ניתוחית נוספת להסרת שארית הריון היא שימוש ב- Hysteroscopic morcellator.

גם בשיטה זו תואר שיעור קטן יחסית של הידבקויות תוך רחמיות לטווח ארוך בדומה לטיפול ההסטרוסקופי המקובל. עם זאת, מדובר במכשור שאינו זמין בכל המרכזים הרפואיים עקב עלותו הגבוהה ולפי הידוע כיום אין לו יתרון על פני הסטרוסקופיה ניתוחית בשימוש עם Resectoscope מבחינת סיבוכי הניתוח או תוצאותיו (15).

חסרונות הטיפול הניתוחי הינם סיכוני ההרדמה הכללית (במידה ומתבצעת), וסיכוני הניתוח הכוללים זיהום רחמי לאחר הפעולה וסיכון לנקב בדופן הרחם במהלכה. סיכונים אלו נדירים יחסית. בנוסף, קיים סיכון להיווצרות הידבקויות בחלל הרחם בטווח הארוך אשר עשויות להשפיע לרעה על פוריות עתידית. לפי הספרות, שיעור ההידבקויות גבוה יותר בהסרה של שארית ההריון בגרידה לעומת הסטרוסקופיה (16). ייתכן כי שימוש בחומרים למניעת הידבקויות (כגון ג'ל המכיל חומצה היאלורונית) בתום הפעולה הניתוחית ו/או מתן טיפול אסטרוגני לאחר הפעולה עשויים להקטין את שיעורי ההידבקויות בחלל הרחם, אולם אין על כך עדויות מחקריות מספקות (17).

בנשים העוברות הסרה כירורגית של שארית הריון מקובל להציע ביצוע הסטרוסקופיה אבחנתית במסגרת מרפאתית לאחר 4 עד 8 שבועות מהניתוח. מטרת בדיקה זו היא אבחון מוקדם של הידבקויות תוך רחמיות והסרתן, מתך מחשבה כי אבחון וטיפול מוקדמים קשורים בתוצאות פריון טובות יותר בעתיד (18).

בטיפול כירורגי ניתן להציע טיפול אנטיביוטי שמטרתו הקטנת הסיכון לזיהום לאחר הפעולה. יש לציין כי מתן טיפול אנטיביוטי מניעתי לא נבדק במחקרים מבוקרים.

#### תוצאות טיפול בשארית שלייה

רוב המחקרים הדנים בתוצאות טיפול בשארית הריון מתייחסים לטיפול הכירורגי, הוה אומר ריקון חלל הרחם על ידי גרידה/שאיבה או הסטרוסקופיה, כאשר המידע לגבי תוצאות הטיפול לאחר מעקב שמרני או טיפול תרופתי מועט. לגבי טיפול כירורגי, למרות שאין מחקרים פרוספקטיביים אקראיים המשווים בין טיפול בגרידה/שאיבה לבין הסטרוסקופיה, קיימות עדויות ממחקרים רטרופקטיביים ומטה-אנליזה כי שיעורי ההידבקויות התוך-רחמיות פחותים לאחר טיפול הסטרוסקופי (4). בשתי הגישות הניתוחיות, שיעורי ההריונות לאחר הסרת שארית תוצרי הריון גבוהים. עם זאת, צפויים

שיעורים גבוהים יותר של בעיות פוריות חדשות לאחר הסרה בגרידה (19), וכן שיעורים גבוהים יותר של בעיות שלייה בשלב השלישי של הלידה ושל שארית הריון חוזרת (8).

סיווג ממצאים בסוגר החשודים לשארית תוצרי הריון.

<b>Low probability</b>	<b>Moderate probability</b>	<b>High probability</b>
No endometrial mass, endometrial thickness <10 mm OR complex fluid <10 mm	Endometrial echogenic mass or thick endometrium ( $\geq 10$ mm) without vascularity OR complex fluid ( $\geq 10$ mm)	Endometrial echogenic mass or thick endometrium ( $\geq 10$ mm) with vascularity

## References

1. Van den Bosch T, Daemen A, Van Schoubroeck D, Pochet N, De Moor B, Timmerman D. Occurrence and outcome of residual trophoblastic tissue: a prospective study. *J Ultrasound Med.* 2008; 27: 357–361.
2. Smorgick N, Ayashi N, Levinsohn-Tavor O, Wiener Y, Betser M, Maymon R. Postpartum retained products of conception: Retrospective analysis of the association with third stage of labor placental complications. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 201;234:108-111
3. Yu D, Wong YM, Cheong Y, Xia E, Li TC. Asherman syndrome--one century later. *Fertil Steril.* 2008;89:759-79.
4. Hooker AB, Aydin H, Brölmann HA, Huirne JA. Long-term complications and reproductive outcome after the management of retained products of conception: a systematic review. *Fertil Steril.* 2016;105:156-64.e1-2.
5. Levinsohn-Tavor O, Feldman N, Svirsky R, Smorgick N, Nir-Yoffe A, Maymon R. Ultrasound criteria for managing postpartum patients with suspicion of retention of conception products. *Acta Radiol.* 2019, In press.
6. Timor-Tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, Khatib N, Kovács S. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations. *Am J Obstet Gynecol.* 2016;214:731.e1-731.e10.
7. Ben-Ami I, Schneider D, Maymon R, Vaknin Z, Herman A, Halperin R. Sonographic versus clinical evaluation as predictors of residual trophoblastic tissue. *Hum Reprod.* 2005;20:1107-11.
8. Smorgick N, Mittler A, Ben-Ami I, Maymon R, Vaknin Z, Pansky M. Retained products of conception: What is the risk for recurrence on subsequent pregnancies? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018;224:1-5.



9. Smorgick N, Krakov A, Maymon R, Betser M, Tovbin J, Pansky M. Postpartum Retained Products of Conception: A Novel Approach to Follow-Up and Early Diagnosis. *Ultraschall Med.* 2018;39:643-649.
10. Grewal K, Al-Memmar M, Fourie H, Stalder C, Timmerman D, Bourne T. The natural history of pregnancy-related enhanced myometrial vascularity following miscarriage. *Ultrasound Obstet Gynecol.* In press.
11. Takahashi H, Ohhashi M, Baba Y, Nagayama S, Ogoyama M, Horie K, Suzuki H, Usui R, Ohkuchi A, Matsubara S. Conservative management of retained products of conception in the normal placental position: A retrospective observational study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;240:87-92.
12. Fejgin MD, Shvit TY, Gershtansky Y, Biron-Shental T. Retained placental tissue as an emerging cause for malpractice claims. *Isr Med Assoc J.* 2014;16:502-5.
13. Cohen SB, Kalter-Ferber A, Weisz BS, Zalel Y, Seidman DS, Mashiach S, Lidor AL, Zolti M, Goldenberg M. Hysteroscopy may be the method of choice for management of residual trophoblastic tissue. *J Am Assoc Gynecol Laparosc.* 2001;8:199-202.
14. Jiménez JS, Gonzalez C, Alvarez C, Muñoz L, Pérez C, Muñoz JL. Conservative management of retained trophoblastic tissue and placental polyp with diagnostic ambulatory hysteroscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;145:89-92.
15. Hamerlynck TW, Blikkendaal MD, Schoot BC, Hanstede MM, Jansen FW. An alternative approach for removal of placental remnants: hysteroscopic morcellation. *J Minim Invasive Gynecol.* 2013;20:796-802.
16. Rein DT, Schmidt T, Hess AP, Volkmer A, Schöndorf T, Breidenbach M. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage. *J Minim Invasive Gynecol.* 2011;18:774-8.

17. Johary J, Xue M, Zhu X, Xu D, Velu PP. Efficacy of estrogen therapy in patients with intrauterine adhesions: systematic review. *J Minim Invasive Gynecol.* 2014;21:44-54.
18. Sebbag L, Even M, Fay S, Naoura I, Revaux A, Carbonnel M, Pirtea P, de Ziegler D, Ayoubi JM. Early Second-Look Hysteroscopy: Prevention and Treatment of Intrauterine Post-surgical Adhesions. *Front Surg.* 2019;16;6:50.
19. Ben-Ami I, Melcer Y, Smorgick N, Schneider D, Pansky M, Halperin R. A comparison of reproductive outcomes following hysteroscopic management versus dilatation and curettage of retained products of conception. *Int J Gynaecol Obstet.* 2014;127:86-9.