



## נייר עמדה מספר 3

### ניהול הריון שלאחר המועד

### מהדורה שלישית

במקום שהוא קיים, דירוג ה- EBM יופיע בצבע ירוק

#### דברי הסבר

הריון שלאחר תקופת המועד (pregnancy post-term) מוגדר כהריון הנמשך מעבר ל 294 יום - 42 שבוע, מהיום הראשון של הוסת האחרונה [1-2]. **Level III**.

קביעה מדויקת של גיל ההריון חיונית לאבחנה ולניהול תקין של הריון. שכיחות הריון עודף 3-8% והיא מושפעת ממספר גורמים ובעיקר מהדיוק בקביעה של גיל ההריון [3]. **Level II-3**.

במרבית המקרים הסיבה להריון עודף אינה ידועה. גורמי סיכון: היות היולדת מבכירה, הריון קודם שהסתיים בלידה לאחר המועד (עליה בסיכון פי 2-3), גורמים גנטיים אימהיים, עובר ממין זכר והשמנת יתר. אנאצפליה וחסר עוברי של סולפטאז תוארו אף הם כגורמי סיכון להריון עודף [1].

הגדרות [14]:

- הריון בתקופת המועד המוקדם - שבוע 37+0 ועד 38+6 (early term)
- הריון בתקופת מועד מלא - שבוע 39+0 ועד 40+6 (full term)
- הריון בתקופת מועד מאוחרת - שבוע 41+0 ועד 41+6 (late term)
- הריון שלאחר תקופת המועד - לאחר שבוע 42+0 (post term pregnancy)

#### סיכונים לעובר **Level III**

הסיכונים והסיבוכים בהריון שלאחר המועד הינם תהליכים הדרגתיים, המתרחשים החל מהמועד המשוער ללידה ושיעורם הולך ועולה עם המשך ההריון. סיבוכי הריון עודף כוללים עלייה בשיעור התמותה הפרינטלית. עליה חדה מתוארת החל משבוע 40 כאשר בשבוע 42 נצפתה עליה של פי 2 לעומת שבוע 40. הגורמים העיקריים לכך הינם תשניק-אספיקסיה, שאיפת מקוניום וזיהומים תוך רחמיים. בנוסף קיימת עליה בשיעור המאקרזומיה עם סיבוכים אורטופדיים ונירולוגיים הנלווים לעליה בסיכון לכליאת כתפיים [1,4-5].

תסמונת בשלות יתר (post maturity) מופיעה בכ- 20% מההריונות העודפים מתארת מאפייני תת תזונה כרוניים, איבוד שומן תת-עורי ומסת שריר, דהידרציה וקילוף עור. נמצא גם סיכון מוגבר למיעוט מי שפיר שמתבטא בין היתר בניטור לא תקין .

סיבוכים נוספים כוללים שאיפת מקוניום, היפוגליקמיה לאחר הלידה, אי ספיקה נשימתית, פרכוסים וסיבוכים נוירולוגיים מאוחרים המיוחסים בעיקר לעליה בסיכון לתשניק. הריון שלאחר המועד תואר כגורם סיכון בלתי תלוי לאנצפולופתיה שלאחר הלידה ולמוות בשנה הראשונה לחיי היילוד [1,4-5].

## סיכונים לאם Level II

הסיבוכים לאם עולים גם הם בהדרגה משבוע 39 ואילך וכוללים עליה בשיעורי כוריאומניוניטיס, עליה בשכיחות קרעים בדרגה 3-4 הקשורה למאקרוזומיה, עלייה בשיעור לידה מכשירנית ובניתוחים קיסריים יחד עם סיכון יתר לסיבוכים נלווים כגון: זיהומים רחמיים, דימום ואירועים טרומבואמבוליים [1,6]. מקובל לבצע ניטור טרום לידתי לאחר מועד הלידה המשוער, במטרה לאתר הריונות שבהם תהליכי בשלות היתר מתרחשים בקצב מואץ, ואשר בהם השראת לידה אפשר שתמנע סיבוכים .

## השראת לידה במועד בהריונות בסיכון נמוך Level A

עבודות עדכניות הראו כי השראת לידה בהריונות יחיד בסיכון נמוך במועד או לאחריו (37-42 שבועות) קשורה בירידה בתמותה הפרינטלית, בירידה בתמותה התוך רחמית, בשיעור הניתוחים הקיסריים, בשיעור האשפוזים בטיפול נמרץ/פגיה וכן בירידה במספר היילודים עם ציוני אפגר נמוך משבע בחמש דקות [15]. השראת לידה אלקטיבית (ללא הוריה רפואית) בהריונות יחיד בסיכון נמוך בשבוע 39 להריון קשורה באפשרות לירידה בניתוחים הקיסריים [16], בתחלואת יתר ל"ד לאם [16] ובירידה בתסמונת שאיפת מקוניום לילוד [17].

עם זאת, השראת לידה אלקטיבית בשבוע 39 להריון בהריונות בסיכון נמוך, היתה קשורה בעבודות שונות עם עליה בשיעור הלידות המכשירניות, הארכת משך האשפוז טרם הלידה, הגברת העומס בחדרי הלידה ועליה בהוצאות רפואיות נלוות [15-16].

**אשר על כן עמדת האיגוד היא :**

### א. קביעת גיל ההריון המדויק

ניתן לבצע בעזרת מספר נתונים: תאריך הווסת האחרון בנשים עם מחזור סדיר וספונטני, מועד הביוץ אם ידוע, בדיקת הריון (BHCG) אם בוצעה עד שבוע ממועד הווסת החסר. מומלץ להשתמש בבדיקת אולטרהסאונד עם עדיפות למדידה של CRL בשליש הראשון להריון [1] . **Level A**

החל משבוע 14 להריון נהוג להתבסס על מדידת גיל ההריון ע"פ היקף ראש, מרחק ביפריאטלי או שילוב המדדים הביומטריים.

תיקון תאריך הלידה המשוער ייעשה כאשר הפרש בין גיל ההריון הקליני לפי וסת אחרון והגודל האולטרה סוני [14]:

• עולה על 5 ימים עד שבוע 8+6

• עולה על 7 ימים משבוע 9 ועד 15+6

עולה על 10 ימים משבוע 16+0 ועד שבוע 21+6

• עולה על 14 יום משבוע 22+0 ועד שבוע 27+6

**ב. סיווג היולדות לקבוצת הניטור או השראת הלידה בהתאם לקריטריונים הבאים:**

## ניטור Level B

- האישה תעקוב אחר תנועות העובר.
- כאשר ההריון נמשך מעבר ל- 280 ימים – מעבר לשבוע 40, מומלץ להעריך את מצב העובר על ידי ניטור דופק העובר וביצוע בדיקת סונאר לכמות מי השפיר בתדירות של פעמיים בשבוע. הערכה כזו מקטינה את הסיכונים לתמותה ולתחלואה פרינטליים [1,7].

### השראת לידה :

- במידה וקיים סיכון ספציפי למצבם התקין של האם או העובר יש לילד [1,2]. **Level B**
- בהריון מעבר ל- 280 יום, 40 שבועות, ניתן להשרות לידה אם קיימים תנאים צוואריים המתאימים לכך
- הנתונים העכשוויים מצביעים על יתרון בהשראת לידה החל מסיום 41 שבועות, כאשר יש תיארוך מדויק של ההריון וללא קשר לתנאים הצוואריים. השראת לידה במקרים אלו מפחיתה את השיעור היחסי של סיבוכים פרינטליים הכוללים תמותה מבלי לגרום לעליה בשיעור הניתוחים הקיסריים [1,8-11] **Level A**
- ניתן להמתין ללידה ספונטנית עד סיום שבוע 42 כיוון שהעלייה בסיכון האבסולוטי לסיבוכים השונים נמוכה ביותר [1,6,8].
- בהריון עודף מעבר ל 294 יום, 42 שבועות מלאים, מומלץ להשרות לידה [1-11].  
ניתן להפחית את הסיכון להריון עודף על ידי סטריפינג של הממברנות [1,12].  
סטריפינג עלול לגרום לדימום נרטיקי וגורם לאי נוחות עד כאב רגעי בעת ביצוע הפעולה.

### מקורות

1. Management of late-term and postterm pregnancies. Practice Bulletin No. 146. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2014;124:390–6.
2. Spong CY. Defining “term” pregnancy: recommendations from the Defining “Term” Pregnancy Workgroup. JAMA 2013;309:2445–6. (Level III)
3. Martin JA, Hamilton BE, Osterman MJ, Curtin SC, Mathews TJ. Births: final data for 2012. Natl Vital StatRep 2013;62(9):1–27. (Level II-3)
4. Doherty L, Norwitz Er. Prolonged pregnancy: when should we intervene? Curr Opin Obstet Gynecol. 2008; 20:519. 547.
5. Smith GC. Estimating risks of perinatal death. Am J Obstet Gynecol 2005;192:17–22. (Level III)
6. Caughey AB, Musci TJ. Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation. Obstet Gynecol 2004;103:57–62. (Level II-3)
7. Lalor JG, Fawole B, Alfirevic Z, Devane D. Biophysical profile for fetal assessment in high risk pregnancies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008, Issue 1.

8. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willan A. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy. A randomized controlled trial. The Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. *N Engl J Med* 1992;326:1587–92. (Level I)
9. A clinical trial of induction of labor versus expectant management in postterm pregnancy. The National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units. *Am J Obstet Gynecol* 1994;170:716–23. (Level I)
10. Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson LA, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;109:609–17. (Level I)
11. Caughey AB, Sundaram V, Kaimal AJ, et al. Systematic review: Elective induction of labor versus expectant management of pregnancy. *Ann Intern Med* 2009; 151:252.
12. Boulvain M, Stan CM, Irion O. Membrane sweeping for induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 1.
13. Prolonged and post-term pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* 169 (2013) 10–16.
14. [ACOG Committee Opinion No 579: Definition of term pregnancy. \*Obstet Gynecol\* 2013; 122:1139. Reaffirmed 2019.](#)
15. [Middleton P, Shepherd E, Crowther CA. Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. \*Cochrane Database Syst Rev\* 2018; 5:CD004945.](#)
16. Grobman WA, et al. Labor Induction Versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. *N Engl J Med*. 2018 Aug 9;379(6):513-523
17. [Saccone G et al. Induction of labor at full-term in pregnant women with uncomplicated singleton pregnancy: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. \*Acta Obstet Gynecol Scand\* 2019 Aug;98\(8\):958-966.](#)

צוות הכנת נייר העמדה: ד"ר אלי גוטרמן, פרופ' קובי בר .

צוות עדכון נייר העמדה (2017): פרופ' אריאל מני, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' יואב יינון, פרופ' משנה קליני זהר נחום, ד"ר חן סלע, פרופ' משנה קליני עדו שולט, פרופ' אייל שיינר.

צוות עדכון נייר העמדה (2020): פרופ' יואב יינון, פרופ' טל בירון-שנטל, פרופ' אשר בשירי, ד"ר עידו שולט, ד"ר יפעת וינר, ד"ר רינת גבאי בן-זיו, ד"ר חן סלע