תאריך פרסום: **אוגוסט 2015** **מהדורה:** **תאריך עדכון:**	**תחום הנוהל:** מיילדות. **שם הנוהל: ניהול לידה בהריון מרובה עוברים** **כותב הנוהל: ד"ר עמאד מטאנס, פרופ' אריה דרוגן.**		**תפוצה**
נספחים:	**מאשר הנוהל:** פרופ' זאב וינר **על החתום:**	**האחראי על ביצוע הנוהל:** פרופ' זאב וינר **על החתום:**	**מס' דפים: 6**

תוכן העניינים

הנושא	העמוד
1. רקע	2
2. מטרות הנוהל	2
3. הגדרות ומונחים	3
4. סמכות ואחריות	3
5. עקרונות הנוהל	3-6
6. דיווח ותיעוד	6
7. סימוכין (אסמכתאות)	6

1. רקע

שיעור הריונות מרובי עוברים עלה בשלושת העשורים האחרונים; עליה זו מיוחסת בעיקר לשימוש הנרחב בטיפולי פוריות. לידות תאומים מהוות 2.2% מכלל לידות החי בישראל, עם נטיה לעליה קלה במהלך העשור האחרון. לעומת זאת, נצפתה ירידה בקרב לידות שלישיה, מ-1.2 ל 1000 לידות חי בתחילת העשור ל- 0.55 ל 1000 לידות חי בשנה האחרונה. הסיבות לירידה זו קשורות להגבלת מספר העוברים המוחזרים בטיפולי הפריה חוץ גופית, פיקוח טוב יותר על השרית ביוץ וביצוע הפחתה בהריונות מרובי עוברים. (1).

הריונות מרובי עוברים מעלים את הסיכון לתחלואה ותמותה אצל העובר והיילוד. הסיכון לתמותה עוברית עולה פי 5 ולתמותה של היילוד פי 7, בעיקר על רקע סיבוכי פגות. לנשים עם הריון רב עוברים יש סיכון פי 6 ללידה מוקדמת (לפני שבוע 37) ופי 13 ללידה מוקדמת טרם שבוע 32. כ 17% מהלידות לפני שבוע 37 ו 24% מהלידות לפני שבוע 32 הינן לידות תאומים (2). תאומים מונוכוריונים ובעיקר מונואמניוטיים נמצאים בסיכון יתר לתמותה, מומים מולדים, פגות, NEC ותחלואה נוירולוגית.

הריון מרובה עוברים מעלה את הסיכון לסיבוכים אצל האם, כגון: הקאות יתר, סוכרת הריונית, יתר לחץ דם / רעלת הריון, אנמיה, דימום סב לידתי, ניתוח קיסרי ודיכאון אחרי לידה.

חשוב לקבוע את ה chorionicity ואת ה amnionicity באמצעות עק"ג במהלך השליש הראשון או בתחילת השליש השני להריון. זיהוי והערכה טרם הלידה של הריונות תאומים חיוני לקביעת מועד הלידה ולניהול התקין של הלידה. גורמים נוספים המשפיעים על צורת ומועד הלידה הם קיום סיבוכי הריון, המצגים, מדדי הגדילה ומיקום השליות.

גיל הלידה הממוצע של יולדות עם הריון תאומים הינו שבוע 37 - 36. כאשר יש צורך רפואי לכך, אין מניעה מהפעלת לידה בהריון תאומים, באמצעים המשמשים להפעלת לידה גם בהריון עם עובר יחיד (2). גיל הלידה המומלץ בהריונות תאומים BCBA הינו שבוע 38 – 40, בתאומים MCBA הינו שבוע 34-38 ובהריונות מונו-אמניוניטיים הינו בשבוע 32 עד שבוע 34 (2-5).

2. מטרות הנוהל

הגדרת אופן ניהול לידה בהריון מרובה עוברים.

3. הגדרות ומונחים

BCBA- Bichorionic Biamniotic

MCBA- Monochorionic Biamniotic

MA- Monoamniotic

4. סמכות ואחריות

המוסמכים על ביצוע נוהל זה הם מיילדות ורופאי מחלקת נשים ויולדות- רמב"ם (מתמחים ומומחים) אשר הוסמכו על ידי מנהל המחלקה.
מנהל המחלקה הוא האחראי על ביצוע נאות של נוהל זה.

5. עקרונות הנוהל

כללי –

- כאשר העובר המוביל הינו במצג ראש, צורת הלידה המומלצת הינה לידה נרתיקית, ללא קשר למצג העובר העליון. (3)
- **ניתוח קיסרי** יתבצע באינדיקציות המקובלות לניתוח קיסרי בעובר יחיד, כגון:
  - שני ניתוחים קיסריים בעבר ומעלה (ניתוח קיסרי אחד בעבר מהווה הורית נגד יחסית ללידה נרתיקית בהריון מרובה עוברים).
  - מצוקה עוברית.
  - שלית פתח.
  - מצג עכוז / רוחבי של העובר המוביל.
- הוריות נגד ל TOLAC בהריונות תאומים זהות לאלו התקפות בהריון עם עובר יחיד (2).
- יש לשקול ניתוח קיסרי ראשוני: 1. בתאומים דיסקורדאנטיים, כאשר התאום העליון גדול מהתאום המוביל ב 20% או יותר ואינו במצג ראש; 2. בלידה מוקדמת של תאומים אחרי שבוע 23+6, כאשר העובר העליון הינו במצג עכוז או רחבי ובמשקל נמוך מ 1500 גרם.
- אין מניעה מהפעלת לידה בהריון תאומים, באמצעים המשמשים להפעלת לידה גם בהריון עם עובר יחיד (1). ההחלטה תדוין ותנומק בגיליון ע"י רופא בכיר או אחראי תורנות, באישור הכונן.

<u>היערכות ללידת תאומים:</u>

לפי (3), כ 42% מהתאומים בלידה הינם במצג ראש / ראש ו 38% במצגים ראש / עכוז או רחבי. אחרי לידת העובר הראשון, במידה והעובר השני אינו במצג ראש, האפשרויות הן:

- היפוך חיצוני של העובר השני תחת הנחיית US.
- ילוד בעכוז, כולל Total breech extraction.

- בלידה רגילה של תאומים ישנם שינויים בסביבה התוך רחמית לאחר לידתו של התאום הראשון שמסכנים את התאום השני, כגון:
  - היפרדות שלייה.
  - צניחת חבל הטבור.
  - מצג פתולוגי של התאום השני.
  - חולשת צירים לאחר לידת התאום הראשון.

- שיעור הניתוחים הקיסריים של התאום השני לאחר לידה נרתיקית של התאום הראשון מגיע עד ל - 4% בלידות ראש-ראש ,ועד ל 20% בלידות ראש-עכוז או ראש-רוחבי.
  סיבוכים אלו מכתיבים את ההיערכות הנדרשת ללידת תאומים:
  - עירוי נוזלים – דם לסוג והצלבה, ספירת דם.
  - ניטור שני העוברים.
  - יכולת הרדמה זמינה, יש יתרון במתן הרדמה אזורית (מרדים נוכח בחדר לידה ליילוד התאום השני).
  - רופא ילדים נוכח בחדר לידה.
  - מכשיר אולטרסאונד בחדר.
  - חדר ניתוח <u>וצוות חדר ניתוח</u> זמין
  - נוכחות בלידה של אחת או שתי מיילדות ושני רופאים אשר אחד מהם הוא רופא בכיר במיילדות וגינקולוגיה או התורן הבכיר בחדר לידה.
  - מצג שאינו מצג ראש של העובר השני מחייבת נוכחות כונן בלידה.

  כל זאת, לאחר שקיבל אישור ללידת עכוז ממנהל חדר לידה או ממנהל אגף נשים ויולדות (או ממלא מקומו בהעדרו).

לאחר לידת התאום הראשון:

- יש לבדוק מיידית את המצג והמנח של התאום השני ולנטר את הדופק שלו.
- כאשר התאום השני הינו במנח שאינו ראש מומלץ לבצע חילוץ ידני של התאום השני ב Total breech extraction.

- ניתן לשקול היפוך חיצוני ויילוד.
- כאשר התאום השני במצג ראש ניתן להמתין ללידה עצמונית, כל עוד הניטור תקין. הפרש הזמנים האידאלי בין שתי הלידות הינו עד 30 דקות. רצוי להגביר צירים עם אוקסיטוצין להחשת לידת התאום השני. פקיעת מי השפיר לתאום העליון תבוצע בהתאם לנתונים המילדותיים.
- כאשר צפוי קושי ביילוד התאום השני יש לילד בניתוח קיסרי (2).

<u>תאומים ביכוריוניים ביאמניוטיים (BC-BA):</u>

- **מעקב טרם הלידה:** מעקב קדם לידתי של הריון תאומים יבוצע בד"כ במרפאת סיכוני הריון. אין הוריה **ל**אשפוז או לתת צלסטון ביולדות אסימפטומטיות עם הריון תאומים.

- **מועד התערבות / הפעלת לידה, בהריונות ללא סיבוכים:** לפי ה ACOG (3) מקובל **ליילד תאומים בשבוע 38** כיון שהסיכון לתמותה עוברית עולה אחרי שבוע זה. לפי ה COCHRANE (4) יש להציע הפעלת לידה לתאומים משבוע 37. המלצה זו תואמת גם את האיגוד הצרפתי (5). לפי מקורות אחרים (2, 6) ניתן להמשיך הריונות עם תאומים BC - BA ללא סיבוכים עד שבוע 39 – 40. <u>המלצות המחלקה</u>:
  - קביעת מועד לניתוח קיסרי אלקטיבי בתאומים בין שבוע 37 לשבוע 38
  - לשקול הפעלת לידה בתאומים BA-BC אחרי שבוע 38+0.

<u>תאומים מונוכוריוניים ביאמוניוטיים (MC–BA):</u>

מעקב טרם הלידה: תדירות המעקב תקבע לפי המצב והעדר או נוכחות סיבוכים

- **מועד לידה:** הסיכון לתמותה עוברית בהריון MC-BA גבוה מהריון שהוא BC. סיכון זה עולה בעיקר אחרי שבוע 37, לכן מקובל ליילד **בין השבועות 34-37** (2, 6). לפי ה ACOG (3) מומלץ לגרום ללידה לא יאוחר משבוע 37+6. <u>המלצת המחלקה</u>: **לשקול הפעלת לידה או ניתוח קיסרי בתאומים MC-BA אחרי שבוע 37+0**

תאומים מונואמניוטים:

- **מעקב טרם הלידה:** אשפוז משבוע 24-26 (viability) , מתן צלסטון וניטור 1-3 פעמים ביום עד הלידה. (6)
- **מועד לידה:** הסיכון לתמותה עוברית מתאונת חבל טבור הוא 5-10% אחרי שבוע 32 (6), לכן מקובל ליילד **בין השבועות 32-34** (2,3).
- **צורת הלידה:** ניתוח קיסרי.

6. דיווח ותיעוד – יש לתעד בפירוט כל לידת תאומים, התיעוד יכלול את ציון הנוכחים בחדר, שעת הלידה והאפגר של כל תאום, פעולות שננקטו ע"מ לחלץ את התאום השני. יש לקחת PH מעורק הטבור **אחרי לידת שני התאומים.**

7. סימוכין (אסמכתאות)

1. הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה
2. ניר עמדה 9 – ניהול לידה בהריון מרובה עוברים
3. ACOG Practice Bulletin No' 144: Multifetal gestations, May 2014
4. Dodd JM et al, The Cochrane Collaboration: Elective birth at 37 weeks' gestation for women with an uncomplicated twin pregnancy, The Cochrane Library 2014, issue 2
5. Vayssier C, et al: Twin pregnancies: guidelines for clinical practice from the French College (CNGOF). European J Obstetrics & Gynecology and Reprod Biol 2011; 156:12-17
6. Newman RB, Unal ER: Multiple gestations: Timing of indicated late preterm and earl term births in uncomplicated dichorionic, monochorionic and monoamniotic twins. Semin Perinatol 2011; 35:277-285