

ד"ר אלחנן בראון  
 ד"ר חנה קטן  
 הרב יואל קטן

## עיתוי הריון חוזר לאחר חיתוך דופן

אחת מהתופעות המובהקות הקשורות במיילדות המודרנית היא העליה החדה בשיעור חיתוכי הדופן בקרב אוכלוסית היולדות. מניתוח נדיר ביותר בתקופה שלפני עידן האנטיביוטיקה והכירורגיה המודרנית, הפך ניתוח זה, הידוע יותר בשמו הפופולרי "ניתוח קיסרי", לפעולה שכיחה המגיעה במקומות מסויימים במערב עד לכ-25% מכלל הלידות<sup>1</sup>. הדבר מביא להשלכות רפואיות רבות, שבשתיים מהן נעסוק הפעם.

אחת השאלות השכיחות שבה אנו נתקלים היא, מהו פרק הזמן המינימלי הדרוש להפסקה בין הריון שהסתיים בחיתוך דופן לבין הריון חדש. למרבה הפלא כמעט שאין התייחסות בספרות הרפואית לשאלה זו. ספרו של יאן מקדונלד [Ian McDonald]<sup>2</sup> הוא המקור הרפואי היחיד שהצלחנו למצוא שאכן ממליץ על דחית הריון לאחר חיתוך דופן לששה חודשים, משום שהוא עלול להפריע לריפוי הצלקת. לדעתו חוזק הצלקת בתקופה זו מוטל בספק, וגדל הסיכון לקרע בזמן הלידה. גם מקור הלכת-רפואי המתייחס לשאלה זו, הספר "נשמת אברהם" של פרופ' אברהם<sup>3</sup>, כותב כי ברור שאחרי ניתוח קיסרי יהיה מסוכן לאשה להיכנס מיד להריון, ובדרך כלל מומלץ על הרחקה של חצי שנה עד ההריון הבא, ועליה לשאול שאלת חכם. עם זה הוא מדגיש שכל מקרה ומקרה יצטרך בירור ופסק-הלכה נפרד, כי הדבר תלוי בבריאות האשה, האם היו סיבוכים אחרי הניתוח, בסיבה או בסיבות שבגללן נזקקה לניתוח, וכו'. לעומת זאת,

1. ראה דיון ממצה על ההיסטוריה של הניתוחים הקיסריים בחוברת [שיכפול]: 'ליקוטים בקורות הניתוח הקיסרי' מאת חנה קטן, עבודת-גמר במילוי חלקי של הדרישות לשם קבלת תואר דוקטור לרפואה, בהדרכת פרופ' שמואל קוטק, ירושלים, 1982. ע' 58.
2. McDonald Ian: A Method of Obstetrics & Gynecology. Wilke & Co., 1971.
3. ח"ג ע' 10.

במשאל מקרי בין רופאים שונים בענין זמן ההפסקה הדרוש לפני כניסה להריון חדש, קיבלנו תשובות הנעות מאפס עד שנה! נבדוק אם-כן מהם הנתונים שעל פיהם יש להכריע בשאלה זו, וננסה להגיע למסקנה.

### הצלקת הניתוחית בעקבות חיתוך דופן

הסכנה המיוחסת להריון המתרחש זמן קצר לאחר חיתוך דופן, על ידי אותם רופאים הממליצים על דחית הריון חדש לתקופה זו או אחרת, היא "תולשה" של הצלקת הניתוחית. זו נגרמת לדעתם מחוסר זמן מספיק להבראת הצלקת, ועלולה לדבריהם לגרום לכישלון של עמידה בלחצי ההריון או הלידה הבאים, וכתוצאה מכך לקרע של הרחם באיזור הצלקתי.

מקובל לבדוק כל אשה שילדה בעבר בחיתוך דופן, לאחר כל לידה נרתיקית, בבדיקה דו-ידינית, שמטרתה לבצע סקירה של הסגמנט התחתון של הרחם, על מנת לוודא שהצלקת שלימה. חוסר שלימות של הצלקת נגרם בדרך-כלל מהיפרדות שולי החתך [DEHISCENCE], ולא מקרע.

עבודות העוסקות בלידה לאחר ניתוח קיסרי יחיד בעבר מראות, כי בלמעלה מ-50% מהמקרים ניתן ליילד אשה בלידה נרתיקית<sup>4</sup>. במקרים שבהם מופיע "קרע" של הצלקת הניתוחית מדובר בהיווצרות של מעין חלון בשכבה החיצונית של דופן הרחם באיזור הצלקת הניתוחית. הפרוגנוזה במקרים אלה טובה בדרך כלל, הן לאם והן לעובר. הסימפטומים, דימום ותחלואה אמהית או עוברית, הם מינימליים. לכן, אם קיימת התנקבות והאשה אי-תסמינית לא מקובל לבצע פתיחת בטן ע"מ לתקן את הצלקת, וברוב המקומות יאפשרו לה להמשיך ולהרות, עם מעקב על-שמעי וקליני צמוד במשך ההריון, כל זה בניגוד למצב שבו ישנו קרע של שריד הרחם, מצב שהוא מסוכן גם לעובר וגם לאם, ומהווה מצב חירום הדרוש התערבות מיידית.

יש שניסו לבדוק את תקינות הצלקת הניתוחית ע"י צילום רחם לפני הריון נוסף<sup>5</sup>. נוכחות של פגם-מילוי בדופן הרחם עשויה היתה להצביע על ריפוי לא מלא של החתך. שיטה זו לא אומצה כשיגרה.

4. Flamm B.L.: Vaginal Birth after Caesarean Section: Controversies Old & New. *Clin. Obst. Gyn.* 28:735, 1985.

5. Riuz-Velasco V., Ganz R.: Prognosis of the Caesarean Section Scar. *Am. J. Obst. & Gyn.* 95(8):1119, 1966.

עדיין אין תשובה מוסכמת לשאלה האם מותר לנסות לידה נרתיקית גם לאחר שני ניתוחים קודמים או יותר. ע"פ עבודות שבוצעו לאחרונה נראה כי גם במקרים אלה אין צורך לבצע ניתוח אלקטיבי, אלא ניתן לנסות לידה נרתיקית<sup>7,6</sup>. המסקנה הנובעת מכך היא כי ניתן לסמוך על חוזה של הצלקת, גם אם הסגמנט התחתון נחתך יותר מפעם אחת. גם העובדה כי ניתן לבצע מספר חיתוכי דופן חוזרים, ללא הגבלה מספרית מוגדרת, תומכת בריפוי מלא של הצלקת בין ניתוח למשנהו.

גם בספרות ההלכתית-רפואית יש סימוכין לכך. ראה בספר נשמת אברהם<sup>8</sup>, הכותב בפשטות שבאופן עקרוני אין הגבלה במספר הניתוחים שאשה יכולה לעבור, השאלה אם [ומתי!] האשה יכולה להיכנס שוב להריון תלויה רק במצב הצלקת של הרחם.

על-מנת לבסס את ההנחה שאין צורך לחשוש לחוזה הצלקת בהריון בתקופה הקרובה לניתוח, נתייחס למנגנון הריפוי הנורמלי של פצע ניתוח<sup>9</sup>.

ריפוי פצעים מהווה שורה של מאורעות תאיים פיזיולוגיים וביוכימיים. הם כוללים התרבות תאים, נדידתם, סינטזה של קולגן והתקשרות הסיבים. הפסקת רציפות [שלמות] הריקמה ע"י סכין המנתחים או חבלה [טראומה] מחוללת סידרת שינויים מרשימה:

בתחילה מתרחשת התכווצות חולפת של כלי הדם, שבעקבותיה ישנה התרחבות מקומית של כלי הדם הקטנים. הנימים נעשים חדירים לחלבונים, ופלסמה [נסיוב] דולפת לאיזור הפגיעה. בד בבד עם השינויים בכלי הדם ישנם שינויים במגע בין תאי הדם הלבנים והציפוי הפנימי של כלי הדם [אנדותרל]: תאי הדם הלבנים נדבקים לאנדותרל, ומשם עוברים באופן אקטיבי דרך הדפנות, איזור הפגיעה מתמלא תוך שעות באקסודט [תפליט] המורכב מתאי דם אדומים, לבנים, חלבוני פלסמה ופיברין. נוכחות של

6. Phelan J.P., Clark S.L., Diaz F., Paul R.W.: Vaginal Birth after Caesarean. *Am. J. Obst. Gyn.* 157(2):1510-15, 1987.

7. Stovael T.G., Shaver D.C., Solomon S.K., Anderson G.D.: Trial of Labor in Previous Caesarean Section Patients, Excluding Classical Caesarean Sections, *Obst. Gyn.* 70(2):713-717, 1987.

8. שם [הע' 3].

9. Madden J.W.: Wound healing Biologic & Clinical Features. In: David Christopher *Textbook of Surgery*, 10th Ed. W.B. Saunders Co. 1972, p. 249.

גופים זרים או חיידקים עלולה להאריך את השלב הדלקתי בחודשים, אך בפצע הנקי מסתיימת הדלקת החריפה תוך ימים ספורים.

### הפאזה התאית

ביום השני או השלישי מופיעים תאים דמויי כישור עם גרעינים אובליים, אשר תוך עשרה ימים שולטים באוכלוסיית התאים. תאים אלה נקראים פיברובלסטים. מקור הפיברובלסטים הוא כנראה מתאים הנמצאים במעטפת כלי הדם. זמן קצר אח"כ מופיעים בתוך הפצע סיבי קולגן הנוצרים על ידי הפיברובלסטים, והיוצרים יותר מאוחר את ריקמת הצלקת שלמעשה קושרת את הרקמות הפגועות. בהמשך פוחתת אוכלוסית הפיברובלסטים, וסיבי הקולגן הופכים לשולטים באיזור הפצע. סיבי הקולגן הראשונים מופיעים ארבעה-חמישה ימים אחרי הפגיעה, והם מתרבים בהדרגה ויוצרים את המבנה הקולגנוזי המסיבי הקושר את קצות הפצע, הלא היא הצלקת.

כל רקמות החיבור מכילות כמויות שונות של גלוקוזאמינוגליקנים. אלו הם מקרומולקולות המורכבות בעיקר מקרבوهידרטים וכמויות שונות של חלבונים. במשך שלושה עד ארבעה הימים הראשונים של ריפוי הפצעים נוצרים בפצע כמויות גדולות של גלוקוזאמינוגליקנים, שכנראה מכינים ומכוונים את הפיברובלסטים ליצור קולגן.

### מאורעות פיזיקליים

תהליכי ריפוי הפצע מביאים בסופו של דבר לצלקת הנעשית חזקה יותר עם הזמן. הקצב שבו קורה הדבר תלוי בכוחות הפועלים על הפצע.

לעיתים רחוקות בלבד רוכשת הריקמה הפצועה את החוזק שהיה קיים בה לפני הפגיעה. עם זאת, נמצא בעבודה נסיונית בחזירי ים וחתולים [מיושנת אמנם, מתחילת המאה<sup>10</sup>], כי איזור החתך ברחם לאחר חיתוך דופן היה עמיד יותר לקרע תחת מתח מאשר רחם שלא נותח.

### מסקנות:

מכל האמור לעיל ניתן להסיק כי עד להיווצרותו של הריון חדש, אשר לכל המוקדם יתרחש ארבעה עד ששה שבועות לאחר הניתוח, יושלמו

תהליכי הריפוי של פצע הניתוח. עד לשלבים מתקדמים של ההריון יחלפו מספר חודשים, ועד הלידה עצמה יעברו מספר חודשים נוספים. עיתוי הריון חוזר אחרי חיתוך דופן שיגרתי יכול להיקבע ע"י בני הזוג, ואין צורך בתקופת המתנה כלשהי, ארוכה יותר או פחות. ברור כי לעייפות האשה עלולה להיות השלכה על מצבה הגופני והנפשי הכללי, וכל מקרה ידרוש הכרעה רפואית והלכתית לגופו, אולם אין הדבר קשור בריפוייה של הצלקת. גם צורת הלידה, אם תהיה נרתיקית או בחיתוך דופן חוזר, אינה תלויה בפרק הזמן שחלף מאז הניתוח, אלא קשורה בגורמים רבים אחרים.

(מקור: אסיא נג-נד (יד, א-ב), אלול תשנ"ד, 107-111)