

"קיימות התפתחות משמעותיות בטיפול בתסחיף ריאתי בחדר הצנתורים"

השכיחות של תסחיף ריאתי הינה כ- 50 מקרים ל- 100,000 נפש לשנה, כלומר, בישראל צפויים כ- 4,500 מקרים בשנה. על טיפול פולשני חדשני בתסחיף ריאתי



ד"ר גדי בן-שושן | צילום: מירי גטניו

מוכנס קטטר לעורק הריאתי דרך קריש הדם ומתבצע הזלפה מקומית של תרופה המפרקת את הקריש במיני-נים נמוכים משמעותית מאילו הניתנים באופן מערכתי דרך הווריד. חלק מן הטכנולוגיות בהן נעשה שימוש בצנתור מעין זה, כמו זו שהוכנסה לאחרונה למערך הקרדיולוגי במרכז הרפואי תל-אביב, עושות בנוסף שימוש בגלי אולטראסאונד המפרקים את סיבי הקריש. טיפול חדשני זה הראה יעילות במניעת הידרדרות תפי-קוד הלב בחולים עם תסחיף ריאתי וסימני עומס על הלב, תוך צמצום הסכנה לדימומים.

במקרה של א', עם ההתדרדרות במצבו בוצעה במהרה בדיקת טומוגרפיה ממוחשבת (CT) שאישרה את האבחנה של תסחיף ריאתי גרול המערב את שני עורקי הריאה הראשיים. הוא הובא ברחיפות לחדר צנתורים שם הוכנסו דרך וריד המפשעה שני קטטרים לעורקי הריאה הימני והשמאלי ובוצעה הזלפה מקרי-מית איטית של תרופה הממסה את קריש דם במקביל לפירוק הקריש בגלי אולטראסאונד. לאחר מספר שעות חל שיפור ניכר במצבו הנשימתי של א', ובאקו לב נצפה שיפור משמעותי בתפקוד החדר הימני. בהמשך שוחרר לביתו עם המלצה לטיפול בתרופות נוגדות קרישה והשתקם ללא כל נזק שארי.

לסיכום, תסחיף ריאתי עלול להיות מסכן חיים וקיימת חשיבות רבה באבחון מוקדם והתחלת טיפול על מנת למנוע את הידרדרותו של המטופל. האבחון דורש רמת חשד גבוהה של הצוות המטפל, על פי גודל מי הסיכון והתמונה הקלינית של המטופל, וכן שימוש בבדיקות דם והדמיה ממוקדים. הטיפול מבוסס על תרופות נוגדות קרישה ובמקרי הצורך שימוש בתרופות המפרקות באופן אקטיבי את קריש הדם. טכנו-לוגיות חדשניות, המבוססות על צנתור עורקי הריאה, מאפשרות פירוק ממוקד של הקריש, מבלי לחשוף את המטופל לסיכונים הקיימים בנייתוח, תוך צמצום סכנת הדימום שכרוכה בטיפול תרופתי מערכתי.

ד"ר הוכשטט הוא רופא מתמחה בקרדיולוגיה, ד"ר גדי בן-שושן הוא מצנתר בכיר ביחידה לקרדיולוגיה התערבותית, במערך הקרדיולוגי של המרכז הרפואי איכילוב - ת"א



ד"ר אבירם הוכשטט | צילום: מירי גטניו

שמטרתן פירוק/המסה אקטיביים של הקריש. תרופות אלו, הקרויות טרומבוליזה או פברינוליזה, בדרך כלל ניתנות דרך הוריד למחזור הדם. הן נמצאות במחקרים כיעילות במניעת התדרדרות של תפקוד הלב ובהפחית תת תמותה. ברם, תופעת הלוואי העיקרית של תרופות אלו הינה דימום, שיכול להיות מסכן חיים, כגון דימום מוחי המתרחש ב- 2-5% מהמקרים לאחר מתן טיפול זה. במקרים קיצוניים בהם המטופל נוטה לחוסר יציבות ולא ניתן לטפל על ידי התרופות הנ"ל, קיימת אפשרות של טיפול ניתוחי הכולל הוצאה של הקריש על מנת לחדש את זרימת הדם התקינה לריאות.

בשנים האחרונות חלו התפתחויות משמעותיות בתחום הטיפול הפולשני בתסחיף ריאתי על ידי צנתור מטרתו של טיפול זה הוא לאפשר פירוק מוקד וממוקד של הקריש, מבלי לחשוף את המטופל הן לסיכונים הכרוכים בנייתוח עם פתיחת בית חזה, והן לסכנת הדימום שבטיפול בתרופות להמסת קרישי דם. במהלך הצנתור

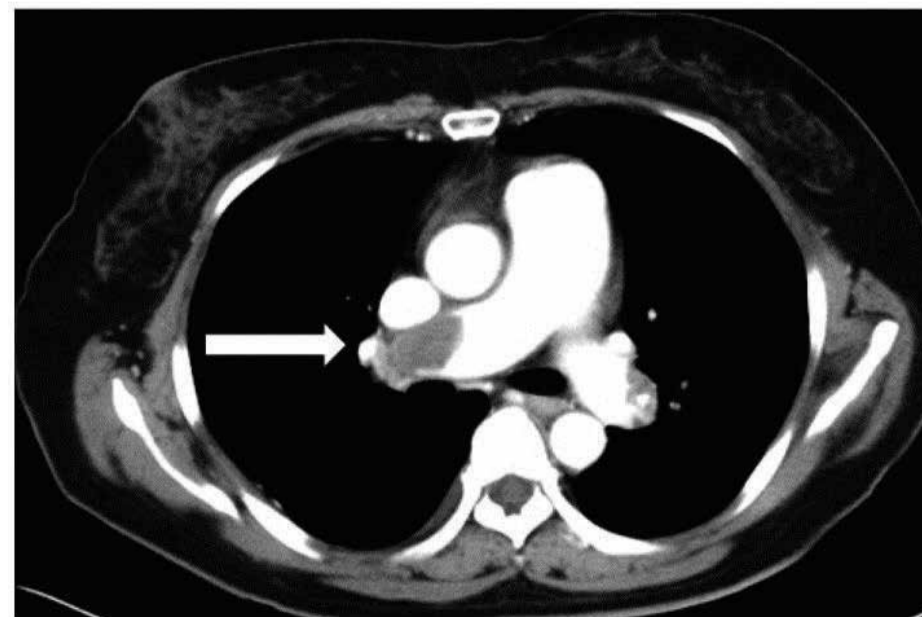
יקר עד להשגת האבחנה הנכונה והתחלת טיפול מיטבי אשר על כן, נדרשת מהצוות הרפואי רמת חשד גבוהה, וסף נמוך לביצוע בדיקות דם ממוקדות ובדיקות הדמיה כגון אקו לב, אולטראסאונד של ורידי הרגליים וטומוג-רפיה ממוחשבת (CT) של עורקי הריאה.

הטיפול

מיד לאחר ביסוס האבחנה של תסחיף ריאתי, חשוב להתחיל בטיפול שמטרתו העיקרית היא מניעת הידרדרות מצבו של המטופל. הטיפול הראשוני הניתן כבר בחדר המיון הינו תרופות נוגדות קרישה (כמתן תוך ורידי, תת-עורי או פומי) שמטרתן למנוע התרחבות של קריש הדם ולאפשר לקריש הקיים להתפרק על ידי גורמים טבעיים ברם. במקרים בהם המטופל אינו יציב או קיים חשש ממשי להתדרדרות, ניתן לטפל בתרופות



טיפול התערבותי בתסחיף ריאתי בחדר צנתורים. שילוב של מתן תרופה מקומית וגלי אולטראסאונד לפירוק הקריש | צילום: באדיבות המרכז הרפואי איכילוב - ת"א



תסחיף ריאתי בטומוגרפיה ממוחשבת (CT). מודגם פגם מילוי (אפור) של חומר ניגוד המזורק אל כלי הדם (לבן), הנובע מנוכחות קריש דם באחד מעורקי הריאות | צילום: באדיבות המרכז הרפואי איכילוב - ת"א

ד"ר אבירם הוכשטט וד"ר גדי בן-שושן

א' גבר כבן 40, הסובל מיתר לחץ דם, אושפז בבית החולים עקב חום ושיעול ואובחן כחולה בקור-רונה. לאחר מספר ימי אשפוז שוחרר כשהוא חש בטוב, וכעבור שבועיים מחשבים. כעבור חודש פנה שוב לעבודתו כמתכנת מחשבים. כעבור חודש פנה שוב למיון עקב כאבים דוקרים בחזה וקוצר נשימה. תרשים האק"ג היה תקין למעט עדות לקצב לב מהיר, ונלקחו בדיקות דם לצורך החלטה על המשך הטיפול. בטרם חזרו תוצאות בדיקות הדם חלה החמרה פתאומית בקוצר הנשימה ובמקביל ירידה בלחץ הדם. בוצעה בדיקת אקו לב רחופה אשר הדגימה תפקוד תקין של החדר השמאלי, אך עם הרחבה וירידה ביכולת ההתי-כווצות של החדר הימני של הלב - תמונה המהירה לנוכחות של תסחיף ריאתי.

תסחיף ריאתי

מדובר בחסימה של אחד או יותר מן העורקים המרי-בילים דם לריאות, לרוב על ידי קריש דם שנוצר בווריד הרגליים, נסחף אל החדר הימני של הלב עם זרם הדם, ומשם לעורקי הריאות. חסימת עורק ריאתי מובילה להפרעה בודימת הדם לריאה ובחילוף הגזים בריאות, שתתבטא בין השאר בירידה ברמת החמצן ברם. בנוסף, העלייה הפתאומית בתנגודת עורקי הריאה כתוצאה מנוכחות הקריש גורמת לעומס חריג על מדורי הלב הימניים (אשר אחראיים על רחיפת הדם לכיוון הריאות לצורך חמצון), אשר גורם במקרים קיצוניים לירידה חדה בתפוקת הלב, לאיבוד הכרה, ואף למוות.

השכיחות של תסחיף ריאתי הינה כ- 50 מקרים ל- 100,000 נפש לשנה, כלומר, בישראל צפויים כ- 4,500 מקרים בשנה. גורמי סיכון לתסחיף ריאתי כרו-ללים גיל מבוגר, הידריון, הפרעות קרישה מולדות או נרכשות, טיפול הורמונלי כגון גלולות למניעת הידריון, מחלה ממארת, עישון, השמנה, חוסר נייירות (כגון לא-חר שבר/ניתוח, או בזמן טיסה ממושכת). גורם סיכון חדש, שהתגלה לאחרונה הינו תחלואה COVID-19 (קורונה) שגורמת להיווצרות של קריש דם הן בזמן מהלך המחלה החריפה והן בחודשים לאחר ההחלמה. האבחון של תסחיף ריאתי ידוע כמאתגר במיוחד, בעיקר בגלל קשת התסמינים הרחבה בגינם פונים המי-טופלים לעזרה רפואית- החל מהיעדר תסמינים, דרך תסמינים קלים בלבד של עייפות/קוצר נשימה, כאבים בחזה, עילפון, הפרעות קצב, ועד להלם לבני, קריסת מערכות ואף מוות פתאומי. תמונה קלינית מגוונת זו גורמת פעמים רבות לחשוד בתסמונות אחרות, כגון התקף לב או חרדה, שעלולות למסך את האבחנה של תסחיף ריאתי. מאידך, בדיקות המעבדה הרוטיניות וכן בדיקות נוספות כגון אק"ג וצילום חזה יפוענחו לעיתים קרובות כתקינות. כל אילו עלולים לגרום לאיבוד זמן