



atrialfibrillationassociation

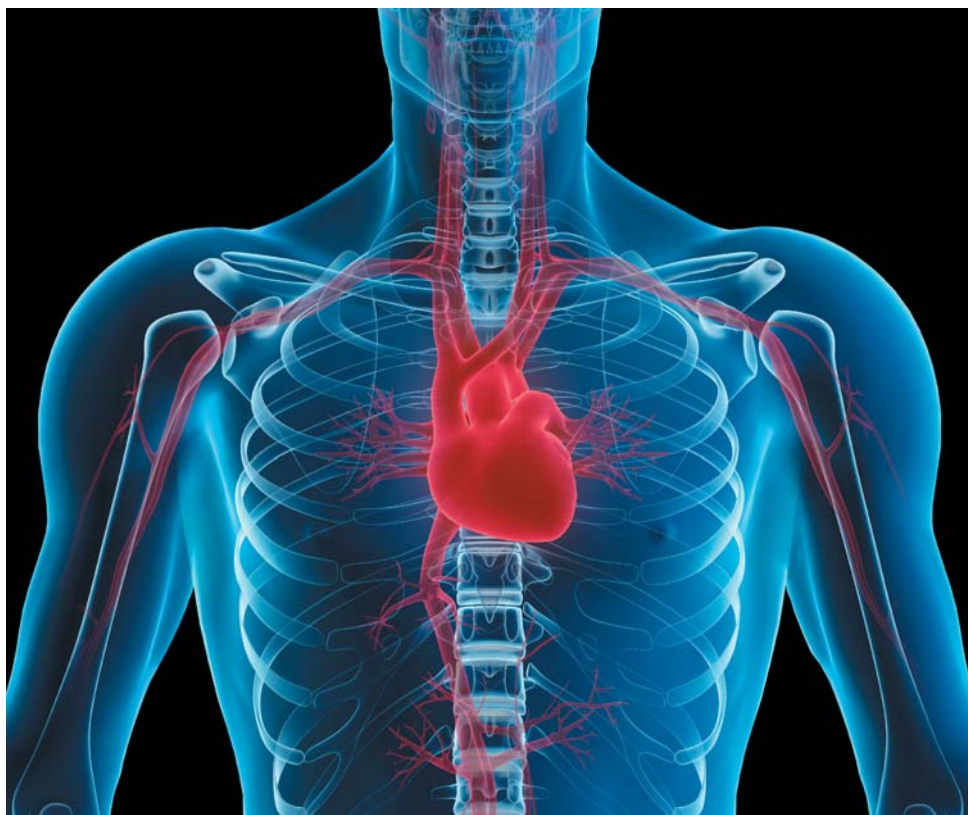
www.atrialfibrillation.org.uk



החוג הישראלי לקיצוב ואלקטרופיזיולוגיה
THE ISRAEL WORKING GROUP ON
PACING AND ELECTROPHYSIOLOGY

CATHETER ABLATION FOR ATRIAL FIBRILLATION

אבלציה בקטטר עבור חולים בפרפור פרוזדורים



חברת מידע זו תורגמה והותאמה לשימוש בישראל ע"י החוג לאלקטרופיזיולוגיה וקיצוב של האיגוד הישראלי לקרדיולוגיה. חלק קטן מן התכנים וההמלצות אינם רלבנטיים לישראל. המידע בחוברת ניתן לצורך חינוך ומתן מידע כללי ואינו תחליף ליעוץ מקיף ומסודר ע"י הקרדיולוג המטפל.

תוכן עניינים

הקדמה

קצב פעימות הלב התקין (קצב סינוס)

פרפור פרוזדורים

האם אני מתאים לביצוע טיפול בפרפור פרוזדורים ע"י אבלציה?

פרוצדורת הטיפול באבלציה

מהי הפרוצדורה הטובה ביותר עבורי?

מה מתבצע בטרם הפרוצדורה?

מה מתרחש במהלך הפרוצדורה?

מה מתרחש לאחר הפרוצדורה?

האם אוכל להפסיק לקחת את התרופות שלי לאחר הטיפול?

האם הפרוצדורה תסייע לי?

מהם הסיכונים הכרוכים בביצוע הפרוצדורה?

האם קיימות אפשרויות טיפול חלופיות.

מילון מושגים

אבלציה (צריבה באמצעות קטטר) טיפול אשר הורס את החלק הזעיר של הלב הגורם לפרפור פרוזדורים

תמונת הפעילות החשמלית של הלב בצורת קווים גליים. אק"ג מופקת באמצעות אלקטרודות הממוקמות על גבי פני העור.

אלקטרוקרדיוגרם או אק"ג

רופא קרדילוג אשר התמחה בטיפול בהפרעות בקצב הלב

אלקטרופיזיולוג -

תמונת הלב המיוצרת ע"י אקוקרדיוגרפיה או טכנולוגייה מבוססת גלי קול. אקוקרדיוגרמה (בקיזור "אקו") הינה תמונה תלת-מימדית של הלב.

אקוקרדיוגרם

הפרעה בקצב הלב.

אריתמיה

טכיקרדיה -

קצב לב מואץ.

נגדי-קרישה

תרופות המשמשות לדילול הדם

פרפור פרזדורים

קצב לב בלתי סדיר שמקורו בעלייה בלב.

קצב סינוס

קצב לב תקין

קרדילוג

רופא המתמחה באבחון ובטיפול בחולים הסובלים מבעיות לב

פרפור פרזדורים

הפרעת קצב המתאפיינת בקצב פעימות פרזדורי מהיר אך קבוע, האיטי יותר מקצב הלב האופייני לפרפור פרזדורים.

שבץ מוחי

מצב רפואי המכונה היום גם "אירוע מוחי", בו המוח אינו מקבל את אספקת החמצן הדרושה לו. חסימת זרם הדם עלולה להווצר כתוצאה מהשתחררותם של קרישי דם, הנוודים דרך כלי הדם וננעצים בכלי דם הארוך מספיק כדי לאפשר את מותו של חלק מן המוח. שבץ מוחי משתנה בחומרתו, ויכול להיות קצר-טווח (התקף איסכמי חולף) או חמור.

הקדמה

חוברת זו מיועדת לשימוש ע"י אנשים אשר עברו בעבר או המתעדים לעבור אצלציה בקטטר כטיפול בפרפור פרזדורים. המידע המצוי בחוברת זו מתבסס על מחקרים ועל ניסיון העבר של מטופלים.

על השימוש בחוברת זו להתבצע במקביל לקבלת המידע הניתן מידי רופאים, אחיות ואלקטרופיזיולוגים. אם יש לך כל שאלה בנוגע למידע המפורט בחוברת זו, אנא פנה לאחות, לרופא, לאלקטרופיזיולוג המטפל או למרפאת טרום-האשפוז שלך.

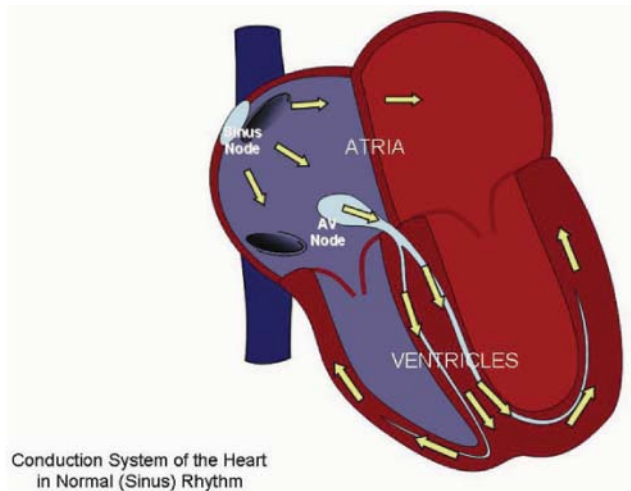
הלב הינו שריר, אשר תפקידו לשאוב דם וחמצן ולהזרימם לאורך הגוף ואל איבריך החיוניים. בלב קיימים ארבעה חללים, שניים עליונים (הפרזדור הימני והשמאלי) ושניים תחתונים (החדר הימני והשמאלי). כמו כן, בלב קיימת מערכת חשמלית, אשר שולחת אותות (פעימות) חשמליים דרך הלב, אשר גורמים לו להתכווץ ולהזרים דם אל איבריך השונים של הגוף.

קצב פעימות הלב התקין (קצב סינוס)

הלב הינו משאבה שרירית אשר מזרימה דם עשיר בחמצן אל איברי הגוף. הלב מחולק לשני חללים עליונים, או "פרוזדורים", אשר קולטים דם השב דרך הורידים, ושני חללים תחתונים, או "חדרים", אשר מזרימים דם דרך אבי העורקים (העורק הראשי) ואל הריאות.

באופן תקין, הלב פועם בקצב סדיר וקבוע, בקצב של כ-100-60 פעימות בדקה. קצב זה נשלט ע"י "קשר הסינוס", אזור בו קיימים תאים מתמחים הפולטים אותות חשמליים, הממוקמים בפרוזדורי הלב. אותות חשמליים אלה מתפשטים דרך הפרוזדור הימני והשמאלי במסלול רציף ואחיד, ולאחר מכן זורמים אל חדרי הלב דרך קו מחבר אחד ("הקשר הפרוזדור-חדרי"), כמתואר בתמונה.

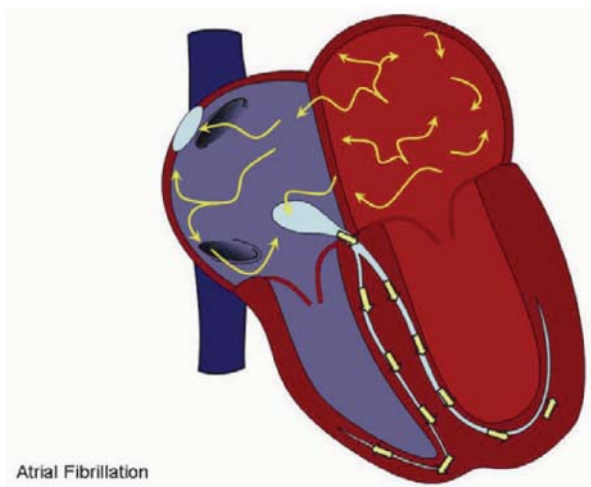
קשר הסינוס מתפקד כקוצב הלב הטבעי של הגוף, המייצר את כל פעימות הלב בהתאם לצרכי הגוף. לדוגמה, במהלך פעילות גופנית, קשר הסינוס מייצר קצב לב מואץ יותר. כאשר קצב הלב פועם באופן תקין שכזה, אנו מכנים זאת "קצב סינוס" או "קצב סינוס תקין". על מנת שהלב יוכל להתמיד בקצב הסינוס, הוא נדרש לקשר סינוס הפועל באופן תקין וכן לתאי פרוזדור הלב המסוגלים להזרים אותות חשמליים ללא הפרעה.



פרפור פרוזדורים

במהלך התפרצות פרפור פרוזדורים, קצב הלב לרוב מואץ ובלתי-סדיר ברמות חומרה שונות. תופעה זו עלולה להוביל לתסמינים בלתי-נעימים כגון דפיקות לב, סחרחורת, קוצר נשימה, כאבים בחזה ואף אובדן הכרה. אם התקפים אלה מתרחשים ופוסקים לסירוגין, אזי פרפור הפרוזדורים מכונה "פרפור פרוזדורים התקפי". עבור מטופלים רבים, עם זאת, הלב פועם באופן בלתי סדיר ללא הפסקה. מטופלים אלה סובלים

מ"פרפור פרוזדורים קבוע" או "מתמשך". במצב זה מטופלים לרוב מתלוננים על עייפות או תשישות. פרפור פרוזדורים מתרחש כאשר קשר הסינוס מאבד את הבקרה על קצב הלב. בפרפור פרוזדורים התקפי, הדבר נובע כתוצאה מהפקת פעימות לב ע"י אזורים אחרים בפרוזדורי הלב, המפיקים אותות חשמליים מהירים ובלתי-נשלטים, המיוצרים לרוב ע"י אחד מארבעה ורידי הריאה, הנושאים בהם דם השב לפרוזדורי הלב מן הריאות. אצל מטופלים החולים בפרפור פרוזדורים מתמשך תאי הפרוזדורים אינם מסוגלים להעביר את האותות החשמליים התקינים מן קשר הסינוס באופן תקין, מה שגורם לאותות החשמליים להיקטע ולהשתחרר במהירות ברחבי שטח הפרוזדורים ובכיוונים שונים רבים. תוצאתן של שתי תופעות אלה היא הרעד המואץ והכאוטי של פרוזדורי הלב. החוט המחבר (הקשר הפרוזדור-חדרי) מגן על חללי השאיבה מפעילות מואצת, אך עם זאת, הוא מתאמץ לעמוד בדרישות האותות החשמליים העודפים. כתוצאה מכך, קצב הלב עלול לעיתים קרובות להיות מואץ ובלתי-סדיר. כתוצאה מכך, קצב הלב עלול לעיתים קרובות להיות מואץ ובלתי-יציב. ניתן על פי רוב להשיב את קצב הלב התקין ע"י שימוש בתרופות או ע"י השבתו לפעילות תקינה באמצעות מתן הלב חשמלי (היפוך חשמלי), הניתן תחת הרדמה. עם זאת, פרפור פרוזדורים לרוב שב לאחר זמן מה. אצל חולים מסוימים ניתן לשלוט בתסמיני פרפור הפרוזדורים ע"י שימוש בתרופות השולטות בקצב בו חדרי הלב פועמים (דיגוקסין (Digoxin), ורפמיל (Verapamil), או חוסמי בטא), בשילוב עם מדללי דם (לרוב וורפארין (Warfarin) או אספירין (Aspirin)) על מנת למנוע שבץ מוחי. אם השימוש בתרופות אלה אינו צולח, ייתכן ורופאך ימליץ לך לעבור טיפול באבלציה.



האם אני מתאים לביצוע טיפול בפרפור פרוזדורים ע"י אבליציה?

הטיפול באבליציה אינו מתאים לכל מטופל הסובל מפרפור פרוזדורים. לפי שעה, הטיפול באבליציה עבור החולים בפרפור פרוזדורים שמור לאותם החולים הסובלים מתסמינים חמורים אשר להם השפעה משמעותית על איכותה חיים, וכן אותם המטופלים אשר אינם מגיבים לטיפול תרופתי, או אלה אשר הטיפול התרופתי אינו אפשרי כתוצאה מבעיות רפואיות אחרות או מאי-סבילות.

לפי שעה, הטיפול באבליציה עבור חולים בפרפור פרוזדורים לא הוכח כיעיל בהארכת חייו של המטופל או בהפחתת הסיכון לשבץ הנלווה לפרפור פרוזדורים, אך מחקרים עכשוויים יוכלו, בתקווה, לענות על שאלות אלה בעתיד הקרוב. כמו כן, ניתן לשלוח בפרפור פרוזדורים ע"י שימוש בתרופות מתאימות ככל ומתי שידרש ע"י מטופלים מסוימים. הרושם העולה מעבודות בספרות המקצועית הוא כי הטיפול בצריבה יעיל יותר מטיפול ב תרופות נגד הפרעות קצב לפחות בטווח של שנה.

כמו כן, מומלץ כי תדון עם הקרדיולוג או האלקטרופיזיולוג שלך בדבר נסיבותיך האישיות ומידת התאמתך האישית לביצוע הטיפול באבליציה.

פרוצדורת הטיפול באבליציה

מטרת טיפול זה הינה לבודד את מקור האותות החשמליים החריגים אשר עלולים ליצור את פרפור הפרוזדורים ולטפל ברקמות הפרוזדורים כך שאלה תוכלנה להזרים את האותות החשמליים מקשר הסינוס ללא הפרעה. ניתן לממש זאת ע"י ביצוע אבליציה על פרוזדורי הלב. אבליציה פירושה ביצוע צריבות זעירות (ע"י תדר רדיו) ברקמות הלב, כך שרקמות אלה תיצרבנה או "תעבורנה אבליציה", ולא תוכלנה עוד להזרים אותות חשמליים. הפרוצדורה מתבצעת ע"י צנטר (קטטר) המוחדר לתוך הלב דרך ורידי המפעה או ורידים אחרים. לאחר הטיפול ברקמות הנגועות באופן הנ"ל, אלה יוצרות צלקת אשר דרכה לא מסוגלים לזרום אותות חשמליים חריגים.

דפוס הצריבות המתבצעות במהלך האבליציה משתנה ממומחה למומחה. **פרפור פרוזדורי התקפי**, במיוחד אם ההתקפים הינם קצרי-מועד, נובע לעיתים קרובות כתוצאה מ"פעילות מעוררות". פעימות אלה לרוב מגיעות מורידי הריאה, אשר מספרם לרוב הינו ארבעה, המנקזים דם מן הריאות אל תוך אחד מחללי הלב המכונה "הפרוזדור השמאלי".

מחקרים מראים כי הפרוזדור השמאלי הוא חלל הלב הקשור באופן השכיח ביותר בפרפור פרוזדורים. לפיכך, פרוצדורת האבליציה מתמקדת בורידי הריאה, או, ליתר דיוק, בצומת שבין ורידי הריאה והפרוזדור השמאלי. ע"י ביצוע אבליציה במקום, או בקרבת

מקום צומת זו, נפסקת זרימת האותות החשמליים בין ורידי הריאה והפרוזדור השמאלי, ועל ידי כך הפעימות המעוררות פוסקות לחלוטין, או נמנע מהן מלייצר את פרפור הפרוזדורים. ביסודו של דבר, הקרדיולוג מנסה "לבודד חשמלית" את ורידי הריאה, ולפיכך, פרוצדורה זו מכונה לעיתים קרובות "בידוד וריד הריאה", "אבלציה היקפית רחבה" או "אבלציה היקפית רחבה של הפרוזדור השמאלי". על פי רוב קיימת הסכמה בין קרדיולוגים כי בידוד וריד הריאה הינו פרוצדורה חשובה ביותר לטיפול פרפור פרוזדורים התקפי, אך קיימות דרכים אחרות לביצוע בידוד זה. ישנם קרדיולוגים אשר יעדיפו לבצע אבלציה בכל השטח הסובב את הצומת החוצצת בין וריד הריאה ולפרוזדור השמאלי, בעוד קרדיולוגים אחרים יעדיפו להתמקד אך ורק באזורים ספציפיים בהם קיים מעבר אותות חשמליים בין הפרוזדור השמאלי ווריד הריאה. למרות ששתי הגישות עשויות להשיג את אותן התוצאות, אבלציית כל השטח הסובב את צומת וריד הריאה נוטה הינה יעילה יותר במניעת פרפור פרוזדורים. הדבר נובע ככל הנראה מן העובדה כי קיימים אזורים זרימת אותות חריגים אחרים, הקיימים באזורים היקפיים לצומת, המושמדים במהלך האבלציה (ראה תרשים מטה). לעיתים, הפעימות המעוררות פרפור פרוזדורי עלולות להיווצר באזורים שונים לחלוטין של הלב, כגון הפרוזדור הימני. ניתן לבצע אבלציה באזורים אלה ככל שיזוהו ואצל חולים מסוימים, אבלציה זו תעניק להם סיכויים גבוהים יותר לריפוי פרפור הפרוזדורים.

פרפור פרוזדורים מתמשך קשור לא רק לפעימות מעוררות, אלא גם לחריגויות חשמליות רחבות יותר הקיימות בפרוזדור השמאלי (ולעיתים בימני). משמעות הדבר היא שכל פרוצדורה המשמשת לריפוי סוג זה של פרפור פרוזדורים כרוכה בביצוע אבלציה מקיפה יותר בהשוואה לאלה המתבצעות עבור החולים בפרפור פרוזדורים התקפי. מוסכם לרוב כי אפילו עבור מטופלים הסובלים מפרפור פרוזדורים מתמשך, חשוב "לבודד" חשמלית את ורידי הריאה. בידוד זה מתמשש ע"י סדרת הפרוצדורות לעיל. עם זאת, לאחר ביצוע פרוצדורות אלה, מרבית הקרדיולוג לאחר מכן יבצעו אבלציה נוספת כמתואר להלן:

(א) "קווי" אבלציה.

ניתן לבצע את האבלציה כך שיווצר "קו" בתוך פרוזדור הלב. הדבר עשוי לסייע לא רק במניעת פרפור הפרוזדורים, אלא גם בטיפול במעגלים חשמליים חריגים נוספים (אשר השפעתם דומה לפרפור פרוזדורים), המסוגלים להיווצר בלב.

(ב) אבלציה של מטרות חשמליות.

ממחקרים עדכניים עולה כי ייתכן וישנם אזורים מסוימים בפרוזדור השמאלי והימני האחראיים להופעתם המחודשת של התקפי פרפור פרוזדורי לאחר התפרצותו הראשונית. לרוב קיימת האפשרות לתעד פעילות חשמלית מורכבת וחריגה באזורים אלה, אשר ייתכן וחלקם ממקמים בנקודות כניסה עצביות מסוימות בלב. אבלציה המתבצעת באזורים אלה הוכחה כיעילה במניעת פרפור פרוזדורים אצל מטופלים מסוימים.

הכלים המשמשים לביצוע האבלציה משתנים מבית חולים אחד למשנהו. במרבית המרכזים הרפואיים מתבצע שימוש בקטטר; דהיינו, צנתר אשר ניתן למקמו בלב, אשר בקצהו ניתן להזרים אנרגיית תדר-רדיו על מנת לבצע אבלציה (להשמיד) את המחברים החשמליים החריגים. אחרים עשויים להשתמש בקטטרים המקפאים, להבדיל מצורבים, את הרקמות הנגועות. כמו כן, קיים שימוש ב"בלונים" זעירים, אשר ניתן למקמם בכניסת ורידי הריאה, אשר באמצעותם ניתן לבצע את הבידוד החשמלי ע"י הקפאה או הקרנת קרני לייזר. יתרה מזאת, מרכזים רפואיים רבים מאמצים דפוסי צריבות חדשים על מנת לבחון את יעילותם במניעת התפרצות המחודשת של פרפור הפרוזדורים. המומחה הרפואי שלך ידון עימך בדבר הטכניקה המועדפת עליו.

בנוסף, שימוש-יתר בסמים או באלכוהול עלול להגביר את הסיכון ללקות בפרפור פרוזדורים. בעוד שסיכוןך ללקות במחלה גובר עם נוכחות הבעיות הרפואיות לעיל, אנשים רבים לוקים במחלה מבלי סיבה נראית לעין.

מהי הפרוצדורה הטובה ביותר עבורי?

לרוע המזל, לא ניתן לספק תשובה לשאלה זו ברגע זה. על פי רוב, ככל שמתבצעת אבלציה של יותר רקמות בפרוזדורי הלב, כך קטן הסיכוי לחזרתו המחודשת של פרפור הפרוזדורים. ברם, יש לאזן זאת אל מול הסיכון בגרימת נזק אפשרי לתפקוד הלב (ובפרט, לתפקוד רקמות פרוזדורי הלב), אשר נובע מביצוע אבלציה רבה מדי. יתרה מכך, סביר להניח כי החריגויות החשמליות הגורמות לפרפור הפרוזדורים משתנות ממשולל למוטפלה, ולרוע המזל, לרוב קשה להצביע על הגורם הפרטני לפרפור הפרוזדורים אצל המטופל האינדיבידואלי. עם זאת, מוסכם לרוב ע"י קרדיולוגים כי ורידי הריאה משחקים תפקיד חשוב עבור מרבית החולים בפרפור פרוזדורים ועל כן כמעט כל אסטרטגיות האבלציה כיום כוללות את בידוד ורידי הריאה. קיימת הסכמה צרה יותר בקרב קרדיולוגים בדבר חשיבות ביצוע אבלציות נוספות מלבד זו אשר תוארה לעיל, אך רובם מסכימים כי במרבית המקרים אבלציה נוספת מלבד בידוד ורידי הריאה נדרשת עבור החולים בפרפור פרוזדורים מתמשך. לפיכך, בקבוצת חולים זו, אסטרטגיית האבלציה תכלול לפי שעה ביצוע קווי אבלציה או התמקדות באתרים ספציפיים, או שילוב של הנ"ל.

מה מתבצע בטרם הפרוצדורה?

בטרם אשפוזך בבית החולים, ייתכן ותוזמן למרפאה תקבל הסבר בדבר היבטיה השונים של הפרוצדורה. זה יהיה זמן טוב לשאול כל שאלה שתעלה לך. כמו כן, תוכל לקבוע היכן ומתי תתאשפז בבית החולים על מנת לבצע את הפרוצדורה, וכן תוכל לברר אם תיידרש לצום להימנע מאכילה ומשתייה (בטרם האשפוז). כמו כן תקבל הנחיות בדבר התרופות אותן אתה נוטל, כגון אילו תיידרש להפסיק ליטול ומתי. עלייך למלא אחר הנחיות אלה בקפידה, ובפרט להנחיות הנוגעות לתרופות מדללות-דם כגון וורפארין.

אם הינך נוטל וורפארין, ייתכן ותוכל להמשיך או להפסיק ליטול את התרופה מיד לפני ביצוע הפרוצדורה. במשך מספר הימים בהם לא תיטול וורפארין, ייתכן ותידרש להזריק מדלל דם אחר כגון קלקסאן או הפרין (Heparin). תידרש לבקש מבן זוג או משפחה ללמוד כיצד ומתי לתת לך את הזריקות הנ"ל. אין בנמצא מדיניות קבועה בדבר ניהול מדללי הדם שלך בטרם ביצוע האבלציה. לפיכך, המומחה שלך ידריך אותך בדבר ההכנות הפרטניות עבורך.

על מנת לייעל את הפרוצדורה, ייתכן ותידרש סריקה מפורטת של הלב, כגון בדיקת CT או MRI. בדיקות אלה עשויות לספק מידע שימושי על החללים הפרוזדוריים ורידי הריאה, אשר עשויים להקל על ביצוע הפרוצדורה. תתאשפז בבית החולים ביום לפני ביצוע הפרוצדורה או באותו היום. תדרוך אחרון על הפרוצדורה ינתן לך ע"י הרופא המטפל בך אשר לאחריו תתבקש לחתום על טופס הסכמה המפרט את התועלות והסיכונים הנלווים לפרוצדורה.

בטרם ביצוע האבלציה ייתכן ותידרש לעבור בדיקת TEE (אקו דרך הושת) על מנת לוודא כי אין קרישי דם בפרוזדורי הלב, אשר עלולים לסכן את חיך במהלך הפרוצדורה. בבדיקה תתבקש לבלוע צינורית דקה בעלת מכשיר אולטרא סאונד בקצה, אשר תייצר תמונה מפורטת של הפרוזדור ושל מסתמי הלב. לרוב יפוזר חומר הרדמה מקומי בחלק האחורי של גרונך ואתה תמצא בהרדמה על מנת להפוך את הפרוצדורה הנ"ל לנוחה ככל הניתן.

מה מתרחש במהלך הפרוצדורה?

אבלציה בקטטר מתבצעת במעבדת אלקטרופיזיולוגיה, חדר הדומה במבנהו לחדר ניתוחים. הפרוצדורה מתבצעת תחת הרדמה מלאה או מקומית, בהתאם למדיניות המרכז הרפואי הרלוונטי. משמעות הדבר היא שיתכן ותהיה בהכרה במהלך הפרוצדורה, אך תינתנה לך תרופות משככות כאבים מרדימות. בחדר המעבדה יהיו נוכחים מספר חברי צוות, אשר חלקם ייתכן ויהיו מוכרים לך. הרופא (או האלקטרופיזיולוג) יבצע את הפרוצדורה בסיוע אחיות, טכנאים וייתכן אף רופאים אחרים אשר יספקו תמיכה טכנית, ישגיחו עלייך ויסייעו לרופא וכן יתפעלו את ציוד הרנטגן. בטרם תחילת הפרוצדורה, תחוברנה לגופך מדבקות באזורים כגון הזרועות, הגב, החזה והרגליים. מדבקות אלה משמשות לניטור מצבך ועל מנת לוודא כי כל המכשירים הרפואיים עובדים באופן תקין. מד לחץ דם ימוקם על גבי הזרוע שלך, אשר יתנפח במהלך הפרוצדורה, וכן אטב על גבי האצבע שלך, אשר ימדוד את רמת החמצן בדמך. ייתכן ותידרש כמו כן לענוד מסיכת חמצן.

הפרוצדורה מתבצעת באמצעות קטטרים (צנתרים), אשר מושחלים לתוך ליבך דרך צינורות המוחדרות דרך ורידי המפשעה. אלה לרוב מוחדרות דרך שני צידי המפשעה ולעיתים דרך צווארך מתחת לעצם הבריח. ראשית אזורים אלה ינוקו ויכוסו בכיסויים סטריליים (מנייר או כותנה) ולאחר מכן תוזרק לך הרדמה מקומית באתרים אלה, בדומה

לחומרים המשמשים את רופא השיניים להזרקת הרדמה. על אף שזריקות אלה עלולות לצרוב למשך מספר שניות, זריקות אלה תגרומנה לעור להיות רדום, כך שהחדרת צינורות אלה לא תגרומם לכל כאב. בנוסף, לרוב ניתן חומר הרדמה או משכך כאבים דרך הוריד באמצעות צינור דק אשר יוחדר. חומר זה אמור לגרום לך להרגיש רגוע ורדום. ייתכן ואף תירדם במהלך הפרוצדורה.

תתבקש לשכב כאשר זרועותיך מונחות לצדי הגוף במהלך הפרוצדורה. אם כן, יהיה עלייך לבקש מן הצוות הרפואי לגרד באפך, אם תידרש לכך, או להזיז דברים עבורך כך שלא תזיז אף מכשיר רפואי במהלך הפרוצדורה תוך הרמת ידייך מעל לכיסויים הסטריליים!

בשלב הראשון של הפרוצדורה מוחדרים מספר צנתרים לתוך ורידי הרגל (או הצוואר), הממוקמים בפרוזדור הימני, ומשם מושחלים לתוך הפרוזדור השמאלי. השחלת הצנתרים לפרוזדור השמאלי מתבצעת ע"י ניקור חור זעיר בין הפרוזדור השמאלי והימני.

ניקור זה מכונה "ניקור טרנספוטאלי", והוא מאפשר לרופא המומחה שלך לבצע את האבלציה בפרוזדור השמאלי. לאחר מכן הקטטרים מוחדרים לפרוזדור השמאלי ומתבצעת האבלציה. בשלב זה ייתכן ותחוש בכאב מוגבר בחזה, ואם הינך חש באי-נעימות בלתי-נסבלת, תוכל לבקש מן הרופא לתת לך עוד משככי כאבים. במהלך כל הפרוצדורה תהיה תחת פיקוחה של אחות אשר תשגיח עלייך בקפידה ותהיה זמינה בכל עת עבורך אם תזדקק למשככי כאבים או לחומר הרדמה נוסף. הפרוצדורה אורכת בין 2.5 ל-5 שעות. לאחר הפרוצדורה, ייתכן שהרופא המטפל בך ירצה לבצע היפוך על מנת להשיב את קצב הלב לקצב סינוס תקין, על ידי מתן הלם חשמלי לליבך. אם תידרש לכך, ייתן לך חומר הרדמה נוסף על מנת שהפרוצדורה תתבצע כאשר הינך בהרדמה מלאה.

מה מתרחש לאחר הפרוצדורה?

מיד עם תום הפרוצדורה, תוחזר למחלקה, ובה יתבצע ניטור קפדני של לחץ הדם וקצב הלב שלך, וכן אחר אתרי החדרת הצנתרים במפשעה ובצוואר שלך.

הצינורות במפשעה ובצוואר שלך יוסרו או במעבדת אלקטרופיזיולוגיה או במחלקה לאחר שייקבע כי הסרתן בטוחה. על פי רוב, מטופלים משוחררים מבית החולים ביום למחרת הפרוצדורה, ועם שחרורם הם מקבלים הנחיות נוספות בדבר מדלי דם ותרופות לשליטה בקצב הדם – אנא עקוב אחר הוראות אלה בזהירות. כאבים חולפים בחזה, בכתף או בצוואר, אשר מתלווים לנשימה הינם נפוצים למדי במהלך השבועות הראשונים לאחר הפרוצדורה, והם נובעים כתוצאה מדלקות הנוצרות במהלך תהליך ההצטלקות.

תסמינים אלה אמורים לחלוף במהירות רבה, וניתן להקל עליהם באמצעות משככי כאבים רגילים כגון פאראאסטמול (Paracetamol). אם כאבים אלו מתמידים למשך

תקופה ארוכה יותר, או אם הינך חש בקוצר נשימה חמור לאחר ביצוע האבלציה, מומלץ כי תפנה לחדר מיון או למרכז הרפואי בו התבצעה האבלציה על מנת לקבל ייעוץ מתאים.

מרבית החולים מחלימים במהירות מן הפרוצדורה, אך ייתכן ותזדקק ליום או יומיים נוספים בטרם תחוש נורמאלי לחלוטין שוב, דבר הנובע בין היתר כתוצאה מחומרי ההרדמה המלאה או החלקית אשר ניתנו לך במהלך הטיפול. חוויית ההחלמה מן הפרוצדורה משתנה ממוטפל למוטפל, אך ניתן לחזור למרבית הפעילויות השגרתיות מיד לאחר שתחוש שהינך מסוגל לכך. מומלץ להימנע מהרמת משא כבד או מפעילות גופנית מאומצת, למשל בחדר-כושר, למשך שבוע לפחות על מנת לאפשר למפשעתך להחלים כנדרש. אף על פי שאין חוקים פורמאליים האוסרים על כך, מומלץ באופן כללי להימנע מטיסות למשך שבוע לפחות לאחר האבלציה.

הנחיות משרד הרישוי הבריטי קובעות כי אסור לך לנהוג במשך יומיים לאחר פרוצדורת אבלציה מוצלחת (שישה שבועות אם הינך מחזיק ברישיון לרכב משא כבד), אך סביר לוודאי כי הרופא המטפל בך ימליץ לך להימנע מנהיגה למשך שבוע שלם על מנת לאפשר לאתרי החדרת הקטטרים להחלים לחלוטין.

מטופלים רבים חשים בפעימות לב נוספות או חסרות במהלך השבועות הראשונים לאחר הטיפול. עם זאת, אם הינך סובל מדפיקות לב ממושכות (הנמשכות למעלה מ-60 דקות), מומלץ כי תבצע בדיקת אק"ג במהלך התקף, ותיצור קשר עם המרכז הרפואי בו התבצעה האבלציה שלך לקבלת ייעוץ נוסף. התקפי דפיקות לב ממושכים לאו דווקא מרמזים על פגם באבלציה; ישנם אף מטופלים הנדרשים לביצוע היפוך במהלך השלבים הראשונים לאחר האבלציה, אך כל החלטה בדבר ביצוע אבלציות נוספות לרוב לא תתקבל בטרם חלפו לפחות חודשיים או שלושה לאחר האבלציה הראשונה. הינך אמור לקבל מספר טלפון בו תוכל להשתמש על מנת לקבל ייעוץ מתאים אם תתקל בכל בעיה. מומלץ לכתוב את מספר הטלפון ליצירת הקשר כאן:

האם אוכל להפסיק לקחת את התרופות שלי לאחר הטיפול?

- תרופות לשליטה בקצב הלב: אם הפרוצדורה תצליח, ייתכן ותוכל להפסיק להשתמש במרבית התרופות לשליטה בקצב הלב. ייתכן והרופא המומחה שלך יבקש ממך להמשיך ליטול חלק מתרופות אלה למשך מספר שבועות או חודשים על מנת לאפשר לליבך להחלים ולהתרגל לקצב הלב התקין. במקרים מסוימים תרופות אלה נדרשות לבקרה אחר ליקוי אחר כגון לחץ דם (כגון חוסמי בטא), וייתכן כי תתבקש להמשיך ליטול תרופות אלה.

- קומאדין: אם נטלת מדללי דם בטרם הפרוצדורה, תידרש להמשיך ליטול תרופות אלה למשך תקופה מסוימת לאחריה, על פי הוראות בית החולים המקומי שלך. אפילו אם ליבך ממשיך לפעום בקצב סינוס, הרופא המומחה שלך עשוי להמליץ לך להתמיד בנטילת וקומאדין למשך תקופה ממושכת יותר על מנת לצמצם את הסיכון שלך ללקות בשבץ בעתיד. נסיבותיו של כל מטופל הינן שונות והינך תידרש לדון בנושא זה עם הרופא המומחה שלך.

הימנע מביצוע כל שינוי או הפסקה בנטילת התרופות שלך מבלי ייעוץ רפואי קודם.

האם הפרוצדורה תסייע לי?

הצלחתה של הפרוצדורה תלויה במספר גורמים, לרבות סוג פרפור הפרוזדורים ממנו אתה סובל (התקפי או מתמשך), משך הזמן בו סבלת מפרפור פרוזדורים, האם הינך סובל ממחלת לב נוספת, וגורמים שונים נוספים. מומלץ כי תדון בנושאים אלה עם הרופא המומחה להפרעות קצב.

למרות כי קיימת שונות מסוימת בשיעורים המדווחים, על פי רוב, האבלציה המתבצעת לטיפול בפרפור פרוזדורים מצליחה בכ-85%-80% עבור הסובלים מפרפור פרוזדורים התקפי, ובערך כ-75%-70% עבור החולים בפרפור פרוזדורים מתמשך. עם זאת, על מנת להשיג את שיעור החלמה זה, ייתכן ויידרש לבצע שניים או שלושה פרוצדורות.

לפי מחקרים עדכניים, כ-40%-30 מכלל המטופלים ידרשו לעבור למעלה מאבלציה אחת על מנת להחלים מפרפור הפרוזדורים, ושיעור זה עולה ל-50% עבור החולים בפרפור פרוזדורים מתמשך. הצורך באבלציה שנייה או שלישית נובע לרוב כתוצאה מחזרתם של תסמיני פרפור הפרוזדורים והתפתחותו של רפרוף פרוזדורים בפרוזדור השמאלי. רפרוף הפרוזדורים מתפתח אצל מטופלים מעטים, אשר האבלציה מסייעת להם בהפסקת פרפור הפרוזדורים, אך הפציעות אשר נגרמו לרקמותיהם במהלך האבלציה גורמות להתפתחותה של הפרעת קצב זו, המתאפיינת בקצב לב סדיר יותר בהשוואה לפרפור פרוזדורים. שיבתו של פרפור הפרוזדורים עלולה לנבוע כתוצאה מגרימתן של הצריבות הזעירות (הנוצרות ע"י תדרי-רדיו), אשר לא יצרו במלואן רקמות צלקת, ולפיכך רקמות אלה המצויות בורידי הריאה ובאזורים נגועים אחרים מסוגלות לשוב ולהעביר זרמים חשמליים לאחר האבלציה. תופעה זו מכונה לרוב "חיבור מחדש של ורידי הריאה".

חולים מסוימים ידרשו להמשיך ליטול תרופות על מנת לשלוט בפרפור הפרוזדורים לאחר האבלציה, אך הדבר נפוץ יותר עבור חולים אשר עבורם פרפור הפרוזדורים היה בלתי-שלט טרם האבלציה.

מהם הסיכונים הכרוכים בביצוע הפרוצדורה?

למרבה הצער, כל הפרוצדורות המערבות טיפול כלשהו בליבך כרוכות בסיכון נמוך לסיבוך משמעותי. חשוב כי תבין מהם סיכונים אלה, על מנת שתוכל לקבל החלטה בדבר רצונך לקיים את הפרוצדורה. סוגיות כגון אלה תמיד נידונות עימך ע"י הרופא בטרם ביצוע הפרוצדורה.

בעיות פשוטות הנובעות מן הפרוצדורה הינן כאבי חזה במהלך האבלציה (אשר עלול להיתפש על-ידך כקלקול קיבה חמור), או חבלה או כאב במשפעה לאחר הפרוצדורה. במהלך האבלציה מתבצעת בדיקת רנטגן, אשר עלולה לגרום לנזק לעובר. עלייך להודיע לרופא המטפל כך אם קיים סיכוי כלשהו שהינך בהריון. הסיכונים הנלווים החמורים ביותר מפורטים להלן. למרבה המזל, סיבוכים אלה נדירים. על פי רוב, שיעור הסיבוכים החמורים הינו בין 2-4%.

מידע נוסף בדבר שיעורי הסיבוכים הנלווים לביצוע האבלציה לטיפול בפרפור פרודורים ניתן למצוא בחוברת המידע לחולה שכתרתה "סיבוכים נלווים לאבלציה לטיפול בפרפור פרודורים"

תפליט פריקרדיאלי משמעו הצטברות נוזלים (לרוב דם) המצטברים בשק המקיף את הלב. במהלך ביצוע האבלציה הדבר נובע בד"כ כתוצאה מניקוב שריר הלב ומן הדימום הנובע מכך אל השטח שמחוצה לו. תפליט פריקרדיאלי לרוב מתרחש במהלך ביצוע אבלציית הפרוצדורה והוא נובע כתוצאה מטראומה הנגמרת ע"י הצנתרים או הצריבות הנדרשות לביצוע האבלציה. מדללי הדם המשמשים למניעת היווצרות קרישי הדם עלולים גם הם לסייע בהיווצרות הדימום. הצטברות מהירה של דם מסביב ללב עלולה לכווץ ובכך להפחית מיכולתו לשאוב דם ביעילות, ועל ידי כך לגרום לצניחת לחץ הדם (טמפונדת לב). במהלך פרוצדורת האבלציה מתבצע ניטור מתמשך של לחץ הדם על מנת להתריע בפני הצוות הרפואי בדבר הסיכון לטמפונדה. תפליטים פריקרדיאליים זעירים אינם צפויים לגרום לכל בעיה. האבחון מאושר ע"י ביצוע סריקת אולטרסאונד (אקוקרדיוגרמה). תפליטים זעירים לרוב אינם דורשים טיפול, אך אם מתרחשת טמפונדה, נדרשת פעולה מתקנת בדחופות. צינורית זעירה (ניקוז פריקרדיאלי) מוחדרת מתחת לצלעות ועצמות החזה לתוך המתחם הפריקרדיאלי על מנת לנקז את הנוזל העודף. צינורית הניקוז עשויה להישאר במתחם הפריקרדיאלי למשך יום שלם או יותר עד אשר האקוקרדיוגרמה מאשרת כי הצטברות הדם פסקה והדימום באזור פסק. החדרת צינורית הניקוז עלולה לגרום לאי-נוחות, ולגרום לכאבי חזה עזים, ולרוב נדרשים משככי כאבים. הדלקת הנובעת מתפליט פריקרדיאלי עלולה אף לעורר התקף של פרפור פרודורים. השימוש בתרופות מדללות דם לרוב פוסק למשך מספר ימים. לעיתים רחוקות, אם קיים דימום מתמשך אשר אינו פוסק, נדרש ניתוח לב חירום על מנת לזהות את הנזק ולתקנו.

היצרות וריד הריאה נחשבת לסיבוך המשויך לביצוע אבלציה כטיפול בפרפור פרוזדורים. ורידי הריאה הינם כלי דם המנקזים דם לתוך הפרוזדור השמאלי מתוך הריאות. היצרות ורידי הריאה פירושה שהורידים הפוכים לצרים באופן חריג כתוצאה מביצוע האבלציה באזור ורידי הריאה. אחד או יותר מורידי הריאה נדרשים להצרה משמעותית בטרם ניתן יהיה להבחין בתסמינים. בעבר, סיבוך זה היה שכיח יותר משום שבאמצעות הטכניקות המודרניות המשמשות כיום, הצריבה מתבצעת בתוך הפרוזדור, להבדיל מבתוך הוריד עצמו, ולפיכך שכיחותו של סיבוך זה פחתה. תסמינים אופייניים להיצרות ורידי הריאה כוללים קוצר נשימה, שיעול והמופטיזיס (שיעול דם).

האבחנה מתבצעת ע"י בדיקות MRI או CT סריקת זילוח גרעיני. ניתן לטפל בהיצרות ורידי הריאה באמצעות פרוצדורה המכונה אנגיופלסטיקה, ובה בלון קטן מנופח בתוך כלי הדם על מנת להרחיבו מחדש.

שבץ הינו ככל הנראה הסיבוך המדאיג ביותר הנובע מאבלציה כטיפול בפרפור פרוזדורים. השבץ מתרחש כאשר אספקת הדם למוח לוקה בחסר, לרוב כתוצאה מקריש דם אשר חוסם כלי דם כלשהו, אך השבץ עלול לנבוע גם מדימום תוך-מוחי. פרוצדורת האבלציה מתרחשת בפרוזדור השמאלי, אשר ממנו דם נשאב אל מחוץ ללב ישירות אל המוח ולאיברים חיוניים אחרים. אם האבלציה גורמת להיווצרותו של קריש דם, הצטברות פסולת או היווצרות בועות, גורמים אלה עלולים להישאב אל תוך הראש ולחסום כלי דם. על מנת למזער סיכון זה, יש לנהוג במשנה זהירות במהלך הפרוצדורה וכן יש להשתמש במדללי דם (הפרין (Heparin)), וזאת על מנת לצמצם את הסיכוי להיווצרות קריש דם. מרבית הקרדיולוגים מעדיפים לדלל את הדם גם באמצעות וורפארין למשך פרק זמן של לפחות מספר שבועות לאחר האבלציה, על מנת לתת לדלקת שבפרוזדור השמאלי להחלים. הסיכון בשבץ ככל הנראה מושפע גם מגיל המטופל, היקף האבלציה המבוצעת וכן בהתאם לנסיבותיו הרפואיות האחרות של המטופל. הואיל והמוח הינו חיוני לתפקודם התקין של כלל איברי הגוף, הנזק האפשרי למוח הינו בעל שונות רבה. השפעותיו של שבץ מוחי עשויות להיות חולפות (אם קיימת החלמה מלאה מן השבץ בפרק זמן של 24 שעות, השבץ מכונה "התקף איסכמי חולף"); לעיתים השפעותיו לעיתים נדרשים מספר ימים או שבועות להחלמה מלאה; אך לעיתים השבץ עלול לגרום לנכות קבועה ואף למוות. השבץ פוגע בתפקודים פיזיים שונים, כגון בעיות בראייה, קושי בדיבור, שינויים ביכולת התחושה או תפקוד הגפיים, ובמקרים החמורים ביותר, שיתוק ותודמת. ניתן לאבחן שבץ באמצעות בדיקות CT או MRI וקיימת האפשרות לטפל בו באמצעות צוות מומחים.

מפרצת כוזבת בעצם הירך מתרחשת כאשר דם דולף אל מחוץ לעורק ברגל באתר בו מתבצע הניקוב במחט, אך הוא נעטף ע"י רקמות הסובבות אותו, ועל ידי כך יוצר מעין כיס. סיבוך זה מתרחש לרוב יום או יומיים לאחר הפרוצדורה וייתכן כי הוא נובע מביצוע מאמץ או תנועה לא נכונה. דילול הדם הנדרש לאחר ביצוע האבלציה עשוי כמו כן לסייע להופעת סיבוך זה. סיבוך זה לרוב מלווה בכאבים וניתן לעיתים לזהות גוש "פועם" באזור הנגוע. חלק מן הדם יקריש ויתמוסס, ועל ידי כך יגרום לחבלה דרמטית. האבחנה מתבצעת ע"י בחינת אתר הניקוב ואישור האבחנה מתבצע ע"י בדיקת אולטרסאונד.

הטיפול משתנה בהתאם להיקף הדליפה. במקרים מסוימים, בחינה ויזואלית הינה מספקת, שכן הקריש ייספג מחדש באופן טבעי. לעיתים נדרש סיוע ע"י רדילוג או מנתח לב אשר יטפלו בבעיה ע"י הזרקת תרומבין, תרופה הגורמת להיווצרות קריש דם, על מנת לאטום את הדליפה. לחילופין, ייתכן ויידרש תיקון כירורגי על מנת לתפור את החור הנוצר.

דימום צפק-אחורי (דימום רטרופריטוניאלי) – מתרחש כאשר קיימת דליפה מן עורק עצם הירך, הנכנס לאזור שבין הגב והכליות, להבדיל מלאזור המפשעה. הדימום גורם לכאב, לחץ דם נמוך, והוא עלול להפריע לתפקוד הכליות. הטיפול כרוך על פי רוב במתן עירוי דם ובהפסקת הטיפול במדללי דם. במקרים חמורים, נדרש ניתוח בכלי הדם.

חזה אוויר (קריסת ריאה), נגרם ע"י הצטברות אוויר או גז בחלל הצדרי המצוי מחוץ לריאות, אשר מתרחש כתוצאה מחבלה הנגרמת במהלך החדרת הצנורות לתוך הורידים התת-בריחיים, הממוקמים מתחת לעצם הבריח. מרבית המנתחים אינם מחדירים צנורות לתוך הורידים התת-בריחיים, והם מעדיפים לבצע את כל הפרוצדורה דרך ורידי עצם הירך (וריד הרגל). בתלות בהיקף חזה האוויר, הטיפול משתנה מביצוע בחינה ויזואלית בלבד, ועד להחדרת ניקוז חזה, אשר מאפשר לריאה להתנפח מחדש לגודלה המקורי.

פיסטולה פרוזדור-ושטית מתרחשת כאשר נוצר חור בין הדופן האחורית של הפרוזדור השמאלי ובין הושט (צינור המזון), הנוצר כתוצאה מן החום המשתחרר במהלך האבלציה. סיבוך זה נדיר במיוחד, והשפעותיו חמורות ביותר. סימני ותסמיני הסיבוך מופיעים מספר ימים או שבועות לאחר האבלציה, וביניהם לרוב נכללים חום, תחושת קור, שבץ, הלם זיהומי (התמוטות), הקאת דם, למרבה הצער, ברוב המקרים, מוות. האבחנה מתבצעת ע"י סריקת CT או בדיקת רנטגן מיוחדת. הטיפול אינו פשוט ולרוב דורש ניתוח חזה מורכב.

מוות, למרבה המזל, מוות הינו סיבוך נדיר ביותר הנובע מאבלציה בקטטר. מוות עלול לנבוע פוטנציאלית כתוצאה ממספר גורמים כגון שבץ, טמפונדת לב, אוטם שריר הלב (התקף לב), קרע של אבי העורקים או פיסטולה פרוזדור-ושטית. תגובות נדירות ביותר למתן תרופות או סיבוכי הרדמה מהווים גורם נדיר ביותר למוות.

האם קיימות אפשרויות טיפול חלופיות?

קיימים טיפולים חלופיים לפרפור פרוזדורים אשר לא נדונו בחוברת זו, ואלה מפורטים להלן:

- ◆ **קוצב לב:** כאשר פרפור הפרוזדורים גורם להאטה משמעותית בקצב הלב, ניתן להשתמש בקוצב לב על מנת לשמור על קצב לב תקין יותר. עם זאת, פרפור

פרוזדורים לרוב גורם לקצב לב מואץ ולא מואט, ואף כי קיימים מטופלים אשר עברו השתלת קוצב לב על מנת לנסות לשלוט בקצב הלב המואץ, מידת הצלחתם אינה גבוהה. אם מתוכננת אבליציה של הקשר הפרוזדור-חדרי (ראה להלן), ייתכן ומומלץ כי תבצע השתלת קוצב לב קודם לכן (שכן קוצב הלב יידרש לאחר ביצוע אבליציית הקשר הפרוזדור-חדרי בכל מקרה), ולאחר מכן תיווכח אם עתה ניתן לשלוט בתסמיניך.

◆ אבליציית הקשר הפרוזדור-חדרי והשתלת קוצב לב, "קיצוב ואבליציה":

גישה זו מזניחה את פרפור הפרוזדורים, אך מיועדת לשלוט באופן בו פרפור הפרוזדורים משפיע על דפוס פעימות הלב הכללי (הדופק), אשר מקורו בחדרי הלב. הקשר החשמלי בין הפרוזדורים ובין החדרים ידוע בתור "הקשר הפרוזדור-חדרי". הקשר הפרוזדור-חדרי אחראי להעברת אותות חשמליים מן הפרוזדורים אל החדרים, ובמהלך פרפור פרוזדורים, דווקא תנועתם של אותות חשמליים חריגים אלה היא זו שגורמת למרבית התסמינים של המחלה. אבליציית הקשר הפרוזדור-חדרי כרוכה בהשמדת הקשר הפרוזדור-חדרי באמצעות אנרגיית חום (אבליציה בתדרי-רדיו), על מנת למנוע את זרימתם של אותות חריגים ובלתי-סדירים אלה אל החדרים, אך במהלך הפרוצדורה החדרים לרוב מתכווצים באיטיות רבה. לפיכך, לאחר השמדת הקשר הפרוזדור-חדרי, נדרשת השתלת קוצב לב על מנת לשלוט על קצב הלב באופן מלא. אבליציית הקשר הפרוזדור-חדרי איננה תהליך הפיך, ולפיכך אנשים העוברים טיפול זה הופכים תלויים בקוצב הלב למשך שארית חייהם. אסטרטגיית "קיצוב ואבליציה" הינה יעילה ביותר עבור חולים בפרפור פרוזדורים, הסובלים מדפיקות לב ברמה בינונית עד חמורה ומדופק גבוה. שיעורי הסיכון הנלווים לפרוצדורה זו הינם נמוכים, אך הטיפול אינו מתאים לכל אחד, שכן קיצוב לב קבוע של חללי הלב התחתונים (החדרים) עלול להזיק בטווח הארוך ליכולת השאיבה של הלב.

◆ תרופות ספציפיות וחזקות לטיפול בקצב הלב: תרופות כגון אמיודארון

(Amiodarone) ופלקניד (Flecainide) משמשות לשמירת קצב הלב התקין ולפיכך מיועדות למזעור התקפי פרפור הפרוזדורים. שתי התרופות עשויות לשמש להשבת קצב הסינוס התקין כאשר קיים פרפור פרוזדורים אשר אינו שב באופן עצמאי לקצב לב תקין. כמו בכל תרופה, תופעות הלוואי והיעילות הכוללת משתנה מאדם לאדם. בנוסף, תרופות אלה אינן מתאימות לכלל אחד. ישנן מספר תרופות חדשות המצויות לפי שעה בפיתוח המשמשות לטיפול בפרפור פרוזדורים וישנן מספר תרופות הזמינות בארצות אחרות אך לא בישראל. הרופא המומחה שלך ישמח לדון עימך בדבר אפשרויות הטיפול התרופתי שלך.

◆ ניתוח לב כטיפול בפרפור פרוזדורים: במרבית המקרים אופציה זו שמורה עבור אלו

הנדרשים לניתוח לב כתוצאה מסיבות אחרות כגון החלפת מסתם לב או ניתוח מעקפים. פרוצדורות אלה מתבצעות במהלך ניתוח לב פתוח, וזאת להבדיל מפרוצדורות אבליציה בהן הגישה ללב מתבצעת דרך קטטרים המוחדרים דרך המפשעה. הסיבוכים ושיעורי הסיבוכים הנלווים לניתוחי לב משתנים גם הם. השיטה

הכירורגית המקורית, הידועה כפרוצדורת "Cox Maze", כרוכה בביצוע מספר חתכים הממוקמים אסטרטגית בשני הפרוזדורים על מנת לבודד ולמנוע את מעבר האותות החשמליים החריגים אשר גורמים להיווצרות פרפור הפרוזדורים. לאחרונה, נעשה שימוש רב יותר בשיטה כירורגית אחרת, על פיה יש לפצוע את הפרוזדורים באמצעות אבלציה בשימוש במקורות אנרגיה שונים כגון תדרי גלי-רדיו והקפאה, באופן הדומה לביצוע אבלציה בקטטר, אך באמצעות ביצוע חתכים כירורגיים, להבדיל מהחדרת קטטר דרך המפשעה.

אם ברצונך לבחון את אפשרויות טיפול חלופיות אלה ביתר עיון, מומלץ כי תדון בהן עם הרופא המומחה לקצב לב שלך.

חברת מידע זו תורגמה והותאמה לשימוש בישראל ע"י החוג לאלקטרופיזיולוגיה וקיצוב של האיגוד הישראלי לקרדיולוגיה. חלק קטן מן התכנים וההמלצות אינם רלבנטיים לישראל. המידע בחוברת ניתן לצורך חינוך ומתן מידע כללי ואינו תחליף ליעוץ מקיף ומסודר ע"י הקרדיולוג המטפל.