

# הגדרה כלל עולמית של אומם שריר הלב

Expert Consensus Document  
2007

האיגוד הקרדיולוגי בישראל



ההסתדרות הרפואית בישראל

המועצה המדעית • האגף למדיניות רפואית

על החתום:  
פרופ' חנוך הוד, מרכז הועדה  
פרופ' חיים המרמן  
פרופ' דורון זגר, מזכ"ל האיגוד הקרדיולוגי  
פרופ' דוד חסדאי  
פרופ' בזיל לואיס, נשיא האיגוד הקרדיולוגי  
פרופ' מוריס מוסרי, יו"ר החוג לקרדיולוגיה התערבותית  
דר' שאול עטר, מזכיר החוג לטיפול נמרץ לב

## רקע

לאחרונה פורסם בו זמנית מסמך הסכמה של מומחים (Expert Consensus Document) בנושא הגדרה כלל עולמית של אוטם חריף בשריר הלב - Universal Definition of Myocardial Infarction (1-3). הגדרה חדשה זו אומצה על ידי האירגונים הקרדיולוגיים האמריקאיים (AHA, ACC), הארגון הקרדיולוגי האירופאי (ESC) ופדרציית הלב העולמית (WHF).

האיגוד הקרדיולוגי בישראל הקים ועדה אשר דנה בהגדרה הכלל עולמית החדשה של אוטם שריר הלב. חברי הועדה ממליצים בזאת לאמץ בישראל את ההגדרה החדשה. עיקרי ההגדרה הכלל עולמית של אוטם חריף בשריר הלב מובאים להלן:

## אוטם חד בשריר הלב

אוטם חד בשריר הלב יוגדר כאשר קיימת עדות לנמק שריר הלב בנסיבות קליניות המתאימות לאיסכמיה לבבית. במצב זה ניתן לאבחן אוטם חריף בהתקיים אחד מהתנאים הבאים:

- עליה ו/או ירידה של סמנים ביוכימיים לבביים (עדיף של טרופונין) עם לפחות ערך אחד מעל "הנורמה" (כאשר "ערך הנורמה" הינו האחוזון ה-99 של קבוצת בקורת (בתנאי שה-coefficient of variation איננו עולה על 10%) ביחד עם לפחות אחד מהמאפיינים הבאים:
  - תסמינים איסכמיים.
  - שנויים באק"ג המעידים על איסכמיה (שינויי ST-T) או הופעת חסם מלא חדש בצרור ההולכה השמאלי.
  - התפתחות גלי Q פתולוגיים באק"ג.
  - עדות בבדיקות הדמיה לאובדן חדש של שריר לב או הפרעה אזורית חדשה בתנועתיות שריר הלב.
- מוות פתאומי לא צפוי על רקע לבבי (דום לב) לעיתים מלווה בתסמינים המחשידים לאיסכמיה ומלווה בעליות מקטע ST באק"ג או הופעת חסם חדש בצרור ההולכה השמאלי עם/ללא עדות לקריש דם טרי בעורקים הכליליים בצינתור כלילי או בנתיחה שלאחר המוות, אך ללא עליות סמנים לבביים (כי לא נלקחו או - נלקחו מוקדם, לפני הופעתם בדם).
- עליות סמנים ביוכימיים לבביים פי 3 או יותר מערך הנורמה אצל חולים שעברו התערבות כלילית Percutaneous Coronary Intervention – (PCI), (כאשר רמת הטרופונין הבסיסית שלהם היתה תקינה) תחשב כעדות לאוטם שריר הלב כתוצאה מהתערבות.

3. א' בקבוצה זו קיימת תת קבוצה של חולים אצלם נגרם הארוע עקב חסימה מוכחת בתוך תומכן כלילי.

עליות הסמנים הביוכימיים הלבביים בפחות מפי 3 מערך הנורמה לאחר התערבות כלילית תיקרא מעתה: "נמק מיוקרדיאלי פרי-פרוצדורלי".

4. עלית סמנים ביוכימיים לבביים פי 5 או יותר מערך הנורמה בחולים שעברו ניתוח מעקפים (כאשר רמת הטרופונין הבסיסית שלהם היתה תקינה) תחשב לאוטם כתוצאה מההתערבות כאשר מתלווים לכך גם גלי Q חדשים או חסם חדש בצרור ההולכה השמאלי או עדות בצינתור לב של חסימת המעקפים או של העורקים הכליליים או עדות בבדיקות הדמיה לאובדן חדש של חלק משריר הלב. עלית הסמנים הלבביים בפחות מפי 5 מערך הנורמה לאחר התערבות כלילית תיקרא מעתה: "נמק מיוקרדיאלי סביב-ניתוח".

5. עדות בנתיחה שלאחר המוות לאוטם חד בשריר הלב.

## אוטם ישן בשריר הלב

אוטם ישן בשריר הלב יוגדר כאשר יתקיימו אחד מהתנאים הבאים:

1. התפתחות גלי Q חדשים באק"ג עם/בלי תסמינים.
2. עדות בבדיקות הדמיה לאובדן אזורי של שריר הלב שביטויו שריר לב דק שאינו מתכווץ, ללא המצאות סיבה לא איסכמית לממצאים אלו.
3. עדות פתולוגית לשריר לב שעבר ריפוי או נמצא בשלבי ריפוי.

## כפועל יוצא מההגדרה החדשה של אוטם שריר הלב יוגדרו 5 סוגים של אוטם בשריר הלב:

- סוג 1 : אוטם עצמוני – כתוצאה מאיסכמיה על רקע ארוע כלילי ראשוני (קרע ו/או שחיקה ו/או סדק ו/או בתירה של הרובד הטרשת).
- סוג 2 : אוטם חד משני – לאיסכמיה על רקע צריכת חמצן מוגברת או ירידה באספקת חמצן כגון: אנמיה, הפרעות קצב, יתר לחץ דם, התכווצות עורקים כליליים.
- סוג 3 : מוות פתאומי לא צפוי על רקע לבבי (דום לב) לעיתים מלווה בתסמינים המחשידים לאיסכמיה ומלווה בעליות מקטע ST באק"ג או הופעת חסם חדש בצרור ההולכה השמאלי עם/ללא עדות לקריש דם טרי בעורקים הכליליים בצינתור כלילי או בנתיחה שלאחר המוות, אך ללא עלית סמנים ביוכימיים לבביים (כי לא נלקחו או - נלקחו מוקדם, לפני הופעתם בדם).
- סוג 4 : א. אוטם שריר הלב בעקבות התערבות כלילית.  
ב. אוטם שריר הלב על רקע הופעת קריש בתומכן כלילי כפי שהוכח בצינתור כלילי או בנתיחה לאחר המוות.
- סוג 5 : אוטם שריר הלב בעקבות ניתוח מעקפים.

## ספרות:

### Universal Definition of Myocardial Infarction:

1. 1. European Heart Journal (2007) 28, 2525-2538
2. 2. J Am Coll. Cardiol (2007) 50, 2173-2195
3. 3. Circulation (2007) 116 (22) 2634-2653