



יולי 2004

הערות למסמך הנחיות של ESC על מחלות הפריקורד

[Guidelines on the diagnosis and management of pericardial disease. The Task Force on the diagnosis and management of pericardial diseases of the European Society of Cardiology. European Heart Journal 2004;25:587-610](#)

מאת פרופ אליו די סגני, מכון הלב, מרכז רפואי שיבא,
בשם האיגוד הקרדיולוגי בישראל

מחלות הפריקורד אינן נדירות וקרדיולוגים ופנימאים עוסקים בהן ברוטינה היום-יומית. למרות זאת, מחלות הפריקורד מהוות מעין סינדרלה של הקרדיולוגיה ואינן זוכות להתעניינות רבה של ציבור הקרדיולוגיים. לא במקרה העוסקים בנושא מכנים את עצמם, במידה לא מבוטלת של אירוניה, "פריקורדיולוגיים". טוב עשתה החברה האירופאית לקרדיולוגיה כאשר הקימה כוח משימה לקביעת הנחיות מקצועיות על אבחנה וטיפול במחלות הפריקורד. התוצאה של עבודה של כוח משימה זה הייתה מסמך מרשים, מקיף וקריא אשר יכול להחליף ו-או להשלים קריאת סיפרי לימוד. מגבלות המסמך נובעות מעצם טיבה של הספרות שעוסקת במחלות הפריקורד שאינה עשירה במחקרים רב משתתפים ורנדומליים. התוצאה מכך היא שרוב המלצות אינם על בסיס של רמת הוכחה A (עבודות רנדומליות רבות או meta-analyses).

המסמך מחולק לשני חלקים, החלק הראשון עוסק בתסמונות הקליניות של מחלות הפריקורד ובחלק השני מתוארות צורות קליניות ספציפיות. נכללות במסמך מספר טבלאות אשר מסכמות בצורה ברורה מאוד את הקריטריונים האבחנתיים של התסמונות השונות. להלן מובאות כמה מהנקודות העיקריות של המסמך.

פריקורדיטיס חדה

שלוש טבלאות הראשונות מסכמות את האטיולוגיה, השכיחות והפתוגנזה של פריקורדיטיס חדה, את אלגוריתמים לאבחנתה ואת הממצאים בצילום חזה, CT ו-MRI. צוין שכל ההמלצות על פעולות אבחנתיות השונות מבוססות על רמת הוכחה B בלבד (עבודה רנדומלית יחידה או עבודות לא רנדומליות). האבחנה של פריקורדיטיס חדה חייבת להתבסס על ממצא של שפשוף פריקורדיאלי באזנת הלב ועל ביצוע אקג סריאליים, צילום חזה, בדיקת אקו-דופלר של הלב ובדיקות דם לסמני דלקת ולסמני נזק מיוקורדיאלי כגון CPK-MB וטרופונין. מתוך הטבלה משך תשומת ליבי "tip" שיכול לעזור באבחנה מבדלת אלקטרוקרדיוגרפית בין פריקורדיטיס חדה ו-early repolarization: להבדיל מפריקורדיטיס, צורת עליית קטע ST ב-early repolarization מאופיינת ע"י הפרעה גלית או שן (slur, oscillation, notch) המערבים את סוף QRS ונקודת J עצמה. ניקור פריקורדיאלי מומלץ בחולים עם טמפונדה אך הוא אופציונאלי בחולים עם תפליט גדול ללא סימני טמפונדה. על הגדרת טמפונדה של הלב ועל ניקור פריקורדיאלי ריאה הערות בהמשך. ביצוע CT, MRI, פריקורדיוסקופיה או ביופסיה נחשבים גם כאופציונאלי (דרגה IIa).

חלק מההמלצות בטבלה הוגדרו כ- obligatory וחלק כ- mandatory. להערכתך ההבדל הסמנטי בין שתי המילים דק מידי כדי להבין אם יש הבדל בין שתי רמות המלצה.

הטיפול בפריקרדיטיס מבוסס על מתן NSAID. יש להימנע ממתן indomethacin בחולים קשישים בשל ירידה אפשרית של זרימה קורונרית. במניעת הישנות של פריקרדיטיס Colchicine נמצא יעיל ב-60.7% מחולים במעקב של 2333 חודשים. סטרואידים מומלצים רק בחולים במצב כללי ירוד או עם התקפים שכוחים של פריקרדיטיס חוזרת. המנה המומלצת היא 1-1.5 מ"ג/ק"ג של פרדניזון במשך חודש לפחות. צוין שחלק מהכישלונות של טיפול בסטרואידים נבע ממינון נמוך מידי או מירידה מהירה מידי של מינון.

טמפונדה של הלב וניקור פריקרדיאלי

במסמך מוגדרת טמפונדה כשלב דה-קומפנסציה של דחיסת הלב אשר נגרמה על ידי תפליט פריקרדיאלי ועלית הלחץ בפריקרד. פרק זה של המסמך מחזיר אותנו לימים היפים של עליונות הקליניקה כי האבחנה של טמפונדה היא כמעט כולה מבוססת על ממצאים קליניים. לדוגמה, צוין שטמפונדה ללא שניים או יותר מסימני דלקת (כאב אופייני, שפשוף פריקרדיאלי, חום, הרמה דיפוזיית של קטע ST) רומז על אטיולוגיה ממאירה עם likelihood ratio של 2.9.

אין ספק שברוטינה קלינית עכשווית האבחנה של טמפונדה מבוססת בעיקר על בדיקת אקו-דופלר של הלב. אין במסמך דיון ממצא על רגישות וסגוליות של ממצאי אקו. כמו כן חסרה החיחסות מפורשת לשאלת המשמעות ולהשלכות מעשיות של ממצא אקו של דחיסת הלב בהעדר סימונים קליניים ברורים של טמפונדה.

ניקור פריקרדיאלי

ניקור פריקרדיאלי מציל חיים בטמפונדה של הלב (רמת הוכחה B, התוויה Class I). דיסקציה של אאורטה מהווה הוראת נגד מוחלטת לניקור פריקרדיאלי, הפרעות בקרישה מהוות הוראת נגד יחסית. בפריקרדיטיס מוגלתית ניקוז כירורגי עדיף על ניקור. כפי שנהוג ברוב המוסדות בארץ, מומלץ לבצע את הניקור תחת שיקוף רנטגן עם ניטור אקג. הגישה המומלצת היא מהדרך סוב-קסיפודלית שמונעת פגיעה בעורקים כלילים ובעורק ממרי. תחת פיקוח אקו ניתן לבחור את הדרך הקצרה דרכה ניתן להיכנס לחלל הפריקרד, בד"כ ברווח 6-7 לאורך הקו אקסילרי הקדמי. כאשר יש תפליט קטן ניתן להיעזר בהילה מסביב ללב שמודגמת אופטימאלית בשיקוף במנח צדדי. ניקור פריקרדיאלי כרוך בסיכון לא מבוטל: סיבוכים קשים כגון קרע של שריר הלב או של עורק כלילי, תסחיפים, פנאומוטורקס, הפרעות קצב ותגובה ווסו-ווגלית קשה מופיעים ב- 1.3-1.6% של המקרים.

כפי שצוין לעיל, במסמך אין החיחסות מפורשת לשאלה שעולה לעתים קרובות בפרקטיקה קלינית האם צריך לנקר או לאו תפליט שגורם לדחיסת הלב ללא מצוקה המודינמית, כדי למנוע התדרדרות המודינמית צפויה.

פריקרדיטיס קונסטיטיבית

מטבע הדברים מסמך מסוג זה מתייחס יותר להיבטים קליניים, אבחנתיים וטיפוליים של תסמונת זה מאשר לפיזיולוגיה המרתקת, לה הוקדש חלק גדול של הספרות בנושא. גם בפרק זה המידע מאורגן בטבלאות ובתמונה ברורות. במסמך מתוארות בהרחבה הצורות אנטומו-פתולוגיות המאובחנות באמצעות CT ו-

MRI על פי עבודתו של Rienmuller וחבריו משנת 1993. זאת עבודה שלא מצוטטת בד"כ בספרי לימוד, חשיבותה בטענה שבאמצעות החלוקה המוצגת ניתן לנבא את התוצאות של ניתוח הסרת הפריקרד. התמותה הידוע בנייתוח זה היא של 6-12%, על פי טענת המחברים ירדה ל- 5% על ידי מיון החולים באמצעות CT ו-או MRI.

כטבלה על אבחנה מبدלת בין פריקרדיטיס קונסטריקטיבית וקרדיומיופטיה רסטריקטיבית חסר אחד הסימנים ההמודינמיים העיקרים, דהיינו, התנהגות לא מקבילה בנשימה של הלחץ בנמיות הריאה והלחץ הדיאסטולי בחדר השמאלי. סימן זה נגרם על ידי הניתוק בין הלחץ בתוך החזה ובין הלחץ בתוך הפריקרד. נראה מוזר שהמאמר הקלאסי של Hurrell וחב' משנת 1996 בו נבדק באופן יסודי הערך של שינויים נשימתיים באבחנה המודינמית של פריקרדיטיס קונסטריקטיבית לא נכלל ברשימת סיפרות.

החלק השני של המסמך מתאר בהרחבה את הצורות הקליניות הספציפיות של מחלות הפריקרד. אין בכוונתי לסכם את הפרק הזה אך אתייחס לנקודות מעניינות אחדות. שחפת ממשיכה להיות גורם אטיולוגי חשוב כי היא התפשטה מחדש בארצות המפותחות כסיבוך של מחלת AIDS. בפריקרדיטיס מוגלתית התמותה גבוהה מאוד והטיפול מחייב ניקוז כירורגי ושטיפת הפריקרד. פריקרדיטיס אורמית הינה תופעה שכחה מחולקת ל-2 צורת, פריקרדיטיס אורמית שמופיעה בחולים לפני דיאליזה ופריקרדיטיס של דיאליזה. הצורה השנייה נובעת מתוכנית דיאליזה תת אופטימאלית ומגיבה היטב לשיפור תוכנית דיאליזה. ולבסוף תזכורת לכל אלה בינינו שעוסקים ברפואה פולשנית: פריקרדיטיס טראומטית היא על פי רוב תוצאה של פעולות רפואיות, בעיקר כסיבוך של קרדיולוגיה פולשנית ושל קוצבי לב.

References:

1. CT and MR evaluation of pericardial constriction: a new diagnostic and therapeutic concept. Reinmuller R, Gurgan M, Erdmann E, Kemkes BM, Kreutzer E, Weinhold C. J Thorac Imaging. 1993; 8:108-21
2. Value of Dynamic Respiratory Changes in Left and Right Ventricular Pressures for the Diagnosis of Constrictive Pericarditis ; David G. Hurrell, MD; Rick A. Nishimura, MD; Stuart T. Higano, MD; Christopher P. Appleton, MD; Gordon K. Danielson, MD; David R. Holmes, Jr, MD; A. Jamil Tajik, MD. *Circulation*. 1996;93:2007-2013