



מרץ 2004

הערות למסמך ESC בנושא מחלות לב בהריון

(*European Heart Journal (2003) 24, 761-781*)
<http://www.escardio.org/scinfo/Tforceguidelines.htm#Pregnancy>

פרופ אריה רוט
בשם האיגוד הקרדיולוגי בישראל

מבוא:

רוב ההריונות של נשים עם מחלות לב מסתיימים בהצלחה באופן טבעי וקרדיולוגים רואים רק את מיעוט המקרים. הטיפול בנשים בהריון הסובלות גם ממחלות לב מתבסס על ניסיון ותצפיות מצטברות נוכח העובדה כי כאן אין לקרדיולוגים את היתרון הרגיל (לעומת עמיתיהם משטחים אחרים ברפואה), של הסתמכות על מסד נתונים והוכחות נרחב ממחקרים רבי משתתפים. זאת עקב היעדרן של אוכלוסיות הרות רחבות היקף המאפשרות ניתוח שיוביל לתוצאות בעלות משמעות סטטיסטית מובהקת (למעט בטיפול אנטיקואגולנטי).

מסמך מסכם זה של "כוח המשימה" לטיפול במגוון מחלות הלב במהלך ההריון מציג את עמדת המומחים לעניין כפי שהתגבש בקונצנזוס. כמו בכל מסמך מסוג זה גם כאן המטרה היא ליצור דפוסי פעולה מקובלים שייתנו בידי הנוגעים בדבר את הכלים להתמודד באבחון וטיפול יעילים.

המסמך מיועד לכל אלו מבין הקרדיולוגים אשר קהל המטופלות שלהם חווה הריון וממוקד באלו אשר מהלך ההריון עלול להוות סיכון לחיי האם או העובר. מאידך, מצבים בהם הסיכון לקיפוח המודינמי קטן, מוזכרים רק בקצרה.

כללי:

נוכח התמורות ההמודינמיות הנורמליות החלות בשלבים השונים של מהלך ההריון לרבות עליה בדופק, בנפח הדם ובתפוקת הלב והמגיעים לשיאם בעת ומיד לאחר הלידה (שלב קריטי להתפתחות אי ספיקת הלב בנשים בסיכון גבוה), יש להפנות את הנשים ההרות הידועות כסובלות ממחלות לב או המתכננות להיכנס להריון או את אלו עם קוצר נשימה בלתי מוסבר למרכז/יחידת מעקב אחר הריון בסיכון המתבסס על מומחים מנוסים מתחום הקרדיולוגיה, מיילדות, הרדמה, גנטיקה ונאונטולוגיה. מאלו תצאנה המלצות לרופא המטפל.

בד"כ ברוב ההרות עם דרגה תפקודית I ו-II יגיע ההריון לפירוק ויסתיים בלידה מוצלחת וברישומי אקג וטכניקות אקו מודרניות די כדי לספק בד"כ את כל הנדרש לאיבחון ומעקב מלאים ויש להימנע ככל הניתן מחשיפה לקרינת רנטגן.

נשים עם מחלות לב הנמצאות בהריון תוגדרנה כברות סיכון נמוך אם הן:

אסימפטומטיות או שהן בדרגה התפקודית הנ"ל, ללא הפרעות קצב מסכנות חיים, או חסימה משמעותית באפיק המוצא או הכניסה לחלל חדר שמאל, ללא יתר לחץ דם משמעותי במחזור הדם הריאתי או הסיסטמי ואינן חייבות להיות מטופלות באנטיקואגולנטים.

לאחר עיבוד קרדילוגי מלא הכולל בדיקה פיזיקלית ורישום אקג ואקוקרדיוגרפיה נשים בסיכון נמוך יכולות להישאר במעקב הרופא המטפל תוך שמירת ערוצי תקשורת עם מרכז/יחידת המעקב אחר הריון בסיכון גבוה למקרה של הופעת סיבוכים.

נשים בסיכון גבוה יותר חייבות להיות במעקב וטיפול המרכז/יחידת המעקב להריון בסיכון גבוה ואלו שהן ברמת סיכון גבוהה ביותר תהיינה חייבות להיות מטופלות במסגרת אישפוזית החל מהשבוע ה-20 להריון. אולם, ככלל, בנשים אלו ההריון אינו מומלץ ואם הוא מתרחש מומלצת הפסקתו (שגם היא אינה נעדרת סיכונים).

עיתוי הלידה ושיטת המיילדות חייבים להיות מתוכננים מראש. ככלל ההמלצה היא ללידה וגינאלית למעט במקרים של: מרפן עם הרחבת שורש האאורטה או עם דיסקציה, קוארקטציה של האאורטה, יתר לחץ דם ריאתי (לרבות סינדרום ע"ש איזנמנגר) חולים עם כחלון, וחולים עם מסתמים מכניים מלאכותיים (במטרה למזער את התקופה בה תהיינה ללא טיפול אנטיקואגולנטי יעיל).

הרדמה אפידוראלית מועדפת על כללית אך יש להשמר מאפקט הוודילטציה (הנלווה לכך) בחולים עם כחלון או תפוקת לב ירודה. שמירת נפח הדם חיונית אך יש להיזהר ממתן נוזלים עודף באלו עם חסימת אפיק המוצא של חדר שמאל ובאלו עם קרדיומיופטיה היפרטרופית קשה. ההתוויה לניטור פולשני מוצדקת רק לעיתים נדירות בהתחשב בסיבוכי האפשריים.

אין התוויה גורפת לטיפול אנטיביוטי פרופילקטי נוכח הסיכוי הנמוך מאוד לאנדוקרדיטיס והיעדר הוכחה ליעילותו בלידה רגילה. מאידך קיים הגיון רפואי במתן טיפול אנטיביוטי פרופילקטי בלידה כירורגית, באלו עם מסתמים מלאכותיים ובאלו שבעברן אנדוקרדיטיס. ביולדות עם יתר לחץ דם ריאתי יש להמשיך בניטור רציף של רוויין החמצן בדם תוך כדי אישפוז ביחידה לסיכון גבוה משך שבוע כדי לאבחן בהקדם ולטפל באופן נמרץ בעליה אפשרית של התנגודת הריאתית בשבוע זה שהוא מועד להתפתחות סיבוכי זה.

ולבסוף יש לזכור כי נשים עם מחלות רקע קרדיאליות עלולות להתקשות גם להתמודד עם מצבים נרכשים מחמת ההריון כמו פוסט-פרטום קרדיומפטיה ומועדות יותר לסיבוכים כמו תסחיף ריאתי, הפרעות קצב ואירוע מוחי.

למותר לציין כי סיבוכים אלה וכן ודיסקציה ספונטנית של עורק כלילי הם סיבוכים נדירים שיכולים לפקוד גם נשים ללא מחלות רקע.

הדגשים ספציפיים

מחלות לב מולדות:

כל חולה המגיע לדרגה תפקודית III או IV במהלך ההריון היא בסיכון גבוה כשהמצבים המובילים לכך הם: יתר לחץ דם ריאתי (בין עם תסמונת איזנמנגר או בלעדיה), היצרות חמורה באפיק המוצא של חדר שמאל ומחלות לב כחלוניות.

במקרה והסיכון לא היה צפוי מראש או שההריון, במהלכו, הופך לבר סיכון גבוה יש להמליץ על הגבלת הפעילות הגופנית ומנוחה במיטה, העשרה בחמצן ואם מופיעה היפוקסמיה ויש לאשפז החולה בסוף השליש השני עם המלצה למותן הפרין במשקל מולקולרי נמוך (קלקסאן) תת עורי כפרופיקסיס לטרומבואמבוליזם (במיוחד במומים הכחלונים).

— בהיצרות קשה של המסתם האאורטלי או הפולמונלי וולוולופלסטיקה באמצעות בלון בסוף השליש השני (תום האמבריוגנטי) עשויה להועיל במקרים חמורים במיוחד אם המסתם גמיש ואינו דולף. ניתוח לב פתוח הוא אלטרנטיבה אולם יש לזכור כי התמותה העוברית במקרה זה היא כ-20%.

— לאחר ניתוחי דלף או מסתם (ללא השתלת מסתם מלאכותי) הרוב יסבלו את ההריון היטב. יש לזכור כי ב-2%–50% נותר מום שארית כלשהו גם לאחר התיקון ולכן יש לבצע הערכה קלינית ואקוקרדיוגרפית מדוקדקת בכל הרה או המתעדת להיכנס להריון וכן לבצע אקו עוברי להערכת/שלילת קיום מומי לב בעובר.

— במומים כחלוניים הריון נושא סיכון לאם ולעובר ביחס ישיר לחומרת הכחלון באם. הסיכון גבוה במיוחד בערכי רוויין חמצן של $> 85\%$. ניטור הדוק של לחץ הדם ורוויין החמצן במהלך הלידה קריטיים ויש להימנע משימוש במרחיבי כלי דם. הסיכון בחולות שלאחר ניתוח לתיקון המום תלוי במצבן ההמודינמי והתפקודי. באלו עם ניתוח מוצלח ודרגה תפקודית גבוהה הסיכון נמוך ודומה לשאר האכלוסיה. למותר לציין שכל המתעדת להיכנס להריון חייבת לעבור ייעוץ גנטי מוקדם.

– קוארקטציה יש לתקן קודם ההריון מחשש להתפתחות יתר ל"יד קשה לטיפול או קרע של ההאורטה או סעיפיה (פוליגון של ויליס למשל). במקרה של גילוי במהלך ההריון יש לתת חוסמי בטא ולמתן את הפעילות הגופנית ולנתח רק במקרה של התפתחות יתר ל"יד קשה או אי ספיקת הלב. קיימת התווית נגד לאנגיופלסטיקה באמצעות בלון (מחשש לקרע) ומקומו של תומכן תוך וסקורלי טרם הוברר.

אריטמיות:

– אריטמיות בין אם קשורות במומים מולדים או לא שכיחותן עולה עם התקדמות ההריון. אלו הגורמות קיפוח המודינמי מחייבות היפוך חשמלי אחרת ניתן להסתפק בטיפול תרופתי אולם יש לזכור כי התמורות ההמודינמיות הקשורות בהריון עלולות לשנות את הפרמקוקינטיקה של התרופות. דיגוקסין בד"כ לא יעילה ולא נמצאה כל השפעה טרטוגנית לכינידין, ורפמיל וחוסמי בטא. השימוש באמיודרון יעשה רק אם אין ברירה אחרת וגם אז מומלץ שימוש במינון הנמוך האפשרי.

מחלות לב נרכשות:

– המחלות המסתמיות (על רקע ראומטי בד"כ) הרגורגיטיביות נסבלות בד"כ טוב יותר מאלו הסטנוטיות. בראשונות הטיפול הוודילטטורי האפשרי (מבחינת טרטוגניות) יתבסס על ניטרטים וחוסמי סידן (מסוג דיהידרופירידינים). המומים הסטנוטים בעייתיים יותר ובמקרה הצורך במתן תרופות עם אפקט כרונוטרופי חוסמי בטא סלקטיביים מועדפים.

– במסתמים מלאכותיים הבעיה היא מצב היפרקואגולבילי (מההריון) והעובדה שנוגדי ויטמין K (אנטיקוגולנטים כקומדין) חוצים את השלייה ועלולים לחולל אמבריופטיה (בקורלציה עם המינון). למרות שאין הסכמה גורפת לגבי סוג הטיפול בשליש הראשון יש קונצנזוס די רחב לתת בתקופה זו והחל מהשבוע ה-36 להריון הפריץ. יש חשיבות עליונה לשוחח עם האישה טרם ההריון ולהסביר לה את המשמעות השונות הנובעות מסוג הטיפול הנבחר. בשום מקרה אין המלצה בשלב זה לטיפול בהפריץ נמוך משקל מולקולרי (קלקסן ודומיו).

– הטיפול במחלה כלילית דומה לאלו שאינן הרות וגם נשים שעברו ניתוחי מעקף כלילי מורשות להרות אם מצבן התפקודי מאפשר זאת. בשלב החריף, צריך לזכור שהתפתחות כאבי חזה באשה הרה בריאה עלולים לנבוע מדיסקציה של עורק כלילי ולא בהכרח מקרע פלאק אטרומטותי.

קרדיומיופטיה:

– בקרדיומיופטיה היפרטרופית אסימפטומטית מהלך ההריון והלידה תקינים בד"כ. קרדיומיופטיה שלאחר לידה (פוסט-פרטום) תטופל כמו כל מקרה אחר של התפתחות אי ספיקת לב חריפה בחולה עם קרדיומיופטיה "מורחבת".

אנדוקרדיטיס זיהומית:

– יש כמובן לבחור בסוגי אנטיביוטיקה נעדרי השפעה אמבריופטיית ובמידת הצורך בניתוח יש לבצעו ללא עכובים מיותרים אלא אם קיים עובר חיוני אותו מומלץ לולד טרם הניתוח.