

מסמך עמדה: התייחסות להנחיות המקצועיות האירופיות בענין הערכה קרדיאלית לפני ניתוחים לא לבביים מ 2022.

כותבי המסמך בשם האיגוד הקרדיולוגי בישראל:

פרופ' דורון זגר

פרופ' אלי לב

פרופ' אבינועם שירן

שמות הרופאים שהתייחסו מטעם האיגוד הרופאים המרדימים בישראל:

ד"ר רוסנה ארנבצקי

ד"ר ולדימיר ורנקין

ד"ר ברק כהן

פרופ' עידית מטות

ד"ר עבד מסראווה

ד"ר שי פיין

מסמך העמדה האירופי משנת 2022 בנושא ההערכה הקרדיאלית לפני ניתוחים לא לבביים סוקר בהרחבה את הדרכים להערכת הסיכון הקרדיאלי בחולי לב המועמדים לעבור ניתוחים לא לבביים ונותן שורה של המלצות באשר להערכת הסיכון והטיפול בחולים אלה. האיגוד הקרדיולוגי בישראל ואיגוד הרופאים המרדימים בישראל מסתייגים משתי המלצות מרכזיות במסמך זה וסבורים שאין לקבלן.

1. המסמך האירופי (1) ממליץ לבדוק את ערך הטרופונין לפני ניתוח לא קרדיאלי בכל חולה עם מחלת לב ידועה, גורמי סיכון קרדיו – וסקולריים (כולל גיל <65) או סימפטומים החשודים כקרדיאליים לפני ניתוח בסיכון קרדיאלי בינוני או גבוה. בדיקה זו אמורה להתבצע לפני הניתוח ושוב 24 ו- 48 שעות לאחריו. הצידוק להמלצה הוא שבדיקת טרופונין בשיטה זו תקל על אבחנת אוטם לב בתר-ניתוחי, שיש לו משמעות פרוגנוסטית. אנו סבורים שהמלצה זו אינה מבוססת ועלולה להוביל לבדיקות נוספות רבות ומיותרות שיש בהן פוטנציאל נזק למטופלים, כמו גם עומס כבד על המערכת הרפואית. זאת מהסיבות הבאות:

א. העיקרון הבסיסי של בדיקות סקר (screening) קובע שיש מקום לבדיקות כאלה רק כאשר ידוע ומוסכם כיצד יש לנהוג במקרה של בדיקה חיובית. אחרת אין הגיון בבדיקות כאלה.

ב. בנבדקים רבים עם מחלת לב, גיל מתקדם או גורמי סיכון אחרים ישנם ערכי בסיס מוגברים של טרופונין. בעוד שרמות כאלה נקשרו באופן כללי לסיכון קרדיו וסקולרי מוגבר (שלא בהקשר של ניתוח), הרי שאין כל מידע באשר לבירור הנדרש במקרים אלה, אם בכלל, טרם ניתוח או ללא קשר לו. במציאות הקלינית היום-

יומית סביר ביותר שגילוי ערכים מוגברים של טרופונין לפני הניתוח יוביל לשורת בדיקות לב נוספות, לעתים גם פולשניות, ללא כל ביסוס וללא הוכחה שבירור כזה נפחית את הסיכון הניתוחי. בירורים כאלה יגרמו לעתים קרובות לדחיית הניתוח, ללא צידוק רפואי נאות, ולא אחת במידה ניכרת, עם השלכות בריאותיות אפשריות כתוצאה מכך.

ג. אירועי MINS (Myocardial injury after Non-cardiac Surgery) או PMI (Perioperative Myocardial Injury) (3), המתגלים בבדיקות טרופונין שלאחר ניתוח, אכן נמצאים באסוציאציה חזקה לתמותה ב- 30 יום ואף שנה לאחר הניתוח, גם ללא תסמינים או שינויים אלקטרוקרדיוגרפיים האופייניים לאוטם שריר הלב. למרות זאת, ברור שעליית הטרופונין הנה סמן, ולא הסיבה, לעליה בתחלואה ובתמותה. כלומר, הקשר בין אבחנת PMI/MINS לבין תמותה הוא נסיבתי, ולא ברור כלל שאם נצליח למנוע את עליית הטרופונין והתרחשות הנזק המיוקרדיאלי אכן נצליח לשפר תוצאים בתר-ניתוחיים. אין בנמצא התערבות אפקטיבית או קווים מנחים לטיפול ב- PMI/MINS לאחר שאובחן.

ד. לאור כל זאת, ועד שיתפרסמו המלצות של איגודים מקבילים, כגון האיגוד האמריקאי, אנו סבורים שיש להשתמש בניטור טרופונין רק על פי שיקול קליני פרטני ולא באופן גורף, כמוצג.

2. המסמך ממליץ, בצדק, להחליט על צנתור לב לפני ניתוח לא קרדיאלי על פי אותן הוראות הקיימות ללא קשר לניתוח כזה (טבלה 10). מאידך, המסמך ממליץ (תמונה 12) להפנות לצנתור חולים המועמדים לניתוח בסיכון קרדיאלי בינוני-גבוה, שלהם א.ק.ג. פתולוגי או ירידה ביכולתם התפקודית, ורמות טרופונין מוגברות או איסכמיה מוכחת. המלצה זו משקפת סתירה פנימית בתוך מסמך העמדה, אינה מבוססת ראיות המעידות על שיפור תוצאים סב-ניתוחיים, ותביא למספר רב של צנתורים והתערבויות כליליות ללא כל הוכחה להשפעה מיטיבה על תוצאות הניתוח. ההמלצה עומדת גם בסתירה למסקנות העולות ממחקר ה- ISCHEMIA (2). אנו סבורים שכפי שנאמר בטבלה 10 של המסמך יש מקום לצנתור כלילי בעיקר במצבים בהם הוא היה נדרש ללא קשר לניתוח, ובמקרים נבחרים נוספים, על סמך שיקול דעת פרטני.

לסיכום: אנו סבורים שבעת הזו, אין מקום לאמץ את שתי ההנחיות האלה מתוך מסמך העמדה האירופי. אנו סבורים שעל מנת לאמץ גישה של סקירה שיטתית של טרופונין לפני ניתוחים לא קרדיאליים, או צנתורים סב-ניתוחיים כנ"ל, על המשמעויות הכבדות הנובעות מהן, יש צורך במחקרים פרוספקטיביים ומבוקרים, אשר ידגימו שגישה כזו משפרת את התוצאים הקליניים של הניתוח, טרם קבלת החלטות גורפות; או לחילופין להמתין להמלצות איגודים נוספים בעתיד.

ספרות

1. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery: Developed by the task force for cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Society of Anaesthesiology and Intensive Care (ESAIC).

Sigrun Halvorsen, Julinda Mehilli, Salvatore Cassese, et al. *European Heart Journal*, Volume 43, Issue 39, 14 October 2022, Pages 3826–3924.

2. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease.
Maron DJ, Hochman JS, et al. ISCHEMIA Research Group. *N Engl J Med*. 2020 Apr 9; 382(15): 1395-1407.
3. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation* 2018; 138: e618–e651.