

קצירה וריד בגישה אנדוסקופית בניתוח מעקפים כליליים

(Endoscopic vein harvesting)

מסמך עמדה מטעם האיגוד הישראלי לכירורגית לב – חזה

אפריל 2018

חברי הועדה

ד"ר ארז קכל – המרכז הרפואי פוריה

ד"ר עמית קרח – המרכז הרפואי הדסה עין כרם

פרופ' אהוד רענני – המרכז הרפואי שיבא

רקע

ניתוח מעקפים כליליים הינו טיפול הבחירה בחולים עם מחלה כלילית רב כילית. השיפור באיכות ובתוחלת החיים של מנותחים עם מחלת לב כלילית מורכבת הודגם במספר רב של מחקרים.

עורקים ובעיקר עורקי השד, הינם כלי הדם המועדפים לשימוש כמעקפים כליליים. עם זאת, במספר רב של מנותחים יש צורך בשימוש בווריד הספנה כמעקף כלילי.

היתרונות המשמעותיים בשימוש בווריד הספנה הם זמינותו הרבה, הקלות הטכנית שבקצירתו והיכולת לקצירה סימולטנית, במקביל לכלי דם אחרים דוגמת עורק השד ועורק רדיאלי. החסרונות בקצירת וריד הספנה נובעים משיעור פתיחות (patency rate) נמוך יחסית לעורקים, שיעור גבוה של הפרעה בריפוי חתך הניתוח בגפה התחתונה ממנה נקצר הוריד ובכלל זה זיהום מקומי. כמו כן, חתך ארוך יתבטא בהמשך בצלקת ארוכה בשוק / ירך עם הפרעה קוסמטית.

על מנת להפחית את שיעור ההפרעה בריפוי חתכי הניתוח באתר קצירת ורידי הספנה ולשפר את התוצאה הקוסמטית, פותחה בשני העשורים האחרונים גישה אלטרנטיבית לפעולה זו, קצירת וריד בגישה אנדוסקופית. בגישה זו, מבוצע חתך באורך של 3-4 ס"מ בקצה הדיסטאלי של הירך. לאחר זיהוי וריד הספנה באזור זה מוחדרים מכשירים אנדוסקופים בהנחיית מצלמה, וווריד הספנה נקצר לכל אורכו דרך חתך מוגבל זה.

עבודות בספרות שבחנו את הגישה האנדוסקופית אל מול הגישה המסורתית, "הפתוחה" הדגימו את בטיחותה למנותחים. שיעור ההישרדות ארוך הטווח והצורך ברה-ווסקולריזציה חוזרת בהשוואה לגישה "הפתוחה" דומה. עם זאת, שיעור זיהום מקומי והפרעה בריפוי חתך הניתוח בגפה התחתונה נמוך משמעותית בגישה האנדוסקופית לעומת הגישה "הפתוחה". ההכרה בגישה האנדוסקופית לקצירת וריד הספנה בניתוחי מעקפים כגישת הבחירה מעוגנת בהמלצות לרה-ווסקולריזציה כלילית בניתוח מעקפים על ידי החברה האירופאית לקרדיולוגיה ולניתוחי לב.

המלצות לקצירת וריד בגישה אנדוסקופית בעת ניתוח מעקפים כליליים

- מומלץ לאמן צוותי רפואה בקצירה של ווריד הספנה בגישה אנדוסקופית.
- יש לבצע קצירה אנדוסקופית של ווריד הספנה בכל מקרה של שימוש בכלי דם זה בניתוח מעקפים כליליים.

רשימת ספרות

1. Windecker S, Kolh P, Alfonso T, et al. 2014 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). *Euro Heart J.* 2014;35:2541-2619.
2. Ouzounian M, Hassan A, Buth KJ, et al. Impact of endoscopic versus open saphenous vein harvest techniques on outcomes after coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 2010;89:403–409.
3. Dacey LJ, Braxton JH, Kramer RS, et al. Long-term outcomes of endoscopic vein harvesting after coronary artery bypass grafting. *Circulation* 2011;123:147-153.
4. Judson B, Williams JB, Peterson ED, Brennan JM, et al. Association between endoscopic vs open vein-graft harvesting and mortality, wound complications, and cardiovascular events in patients *undergoing CABG* surgery. *JAMA* 2012;308:475-484.