הנחיות מוצעות לפרקטיקה קלינית עבור ניקור בטן וניקור פלאורלי בנפח גדול, תוך דגש על ניהול הפרעות קרישה

ד"ר כרמי ברטל, ויטלי פרסקי, ד"ר פיליפ צנטר, פרופ' עימנואל סיקולר, ד"ר דורון שוורץ

המרכז הרפואי האוניברסיטאי סורוקה

רקע

ניקור נפח גדול של חלל הבטן (LVP) וחלל בית החזה (Thoracentesis) הוא הליך אבחנתי וטיפולי נפוץ בחולים עם שחמת הכבד או אי-ספיקת לב מתקדמת. אף שההליך נחשב לבעל סיכון נמוך, הוא עלול להוביל לסיבוכים כגון דימום דופן בטן או חזה-אוויר. ביצוע הניקורים במטופלים הסובלים מהפרעות קרישה או מטופלים בנוגדי קרישה ונוגדי טסיות מהווה אתגר קליני משמעותי, שכן קיימות סתירות וחוסר עקביות בבטיחות ובאסטרטגיות ניהול הסיכון בין האיגודים המקצועיים השונים.

מטרות

- ✓ לבצע אינטגרציה של הספרות הבינלאומית העדכנית וההנחיות הקיימות
- ✓ לגבש המלצות מעשיות, אחידות ומבוססות ראיות לניהול קרישה בטוח לפני ותוך כדי ביצוע ניקורים.

שיטות

בוצעה סקירה ספרותית נרטיבית וסינתזה שיטתית במאגרי המידע PubMed, Medline, Embase ו - Open Evidence, של מחקרים קליניים, מטא-אנליזות והנחיות איגודים מקצועיים שפורסמו באנגלית בין ינואר 2010 למרץ 2025. הקריטריונים להכללה התמקדו באוכלוסייה בוגרת ובניהול קרישה בניקורי בטן וחזה. איכות המתודולוגיה והשקיפות של המחקרים שהועמדו לבחירה הוערכו באופן עצמאי על ידי פאנל מומחים רב-תחומי באמצעות כלי ההערכה STAIR כאשר רק מחקרים שקיבלו ציון הגבוה מ-7.5 נכללו בסקירה הסופית.

ממצאים עיקריים

מתוך 876 רשומות שזוהו, 35 מחקרים עמדו בקריטריונים להכללה והאיכות (18 עסקו בניקור בטן ו-17 בניקור חזה), מתוכם 17 סקירות נרטיביות, 9 מטא-אנליזות ו-9 הנחיות קליניות או ניירות עמדה של מומחים. אנליזה של הנתונים הראתה שונות רבה בהמלצות האיגודים לגבי סִפֵּי טסיות וערכי INR מותרים, וכן לגבי הפסקת טיפולים אנטי-טרומבוטים .עם זאת, הנתונים המצטברים מראים כי שיעור הדימומים המשמעותיים נמוך מ-1%. הראיות הקיימות תומכות בכך שניתן לבצע את הפעולות בבטחה במרבית החולים עם הפרעת קרישה קלה עד בינונית (כגון ערכי טסיות מעל 20,000/µL וערכי INR מתחת ל-2.0 בשחמת) ללא צורך בתיקון מונע שגרתי באמצעות עירויי פלסמה או טסיות, כל עוד ההליך מבוצע תחת הנחיית אולטרסאונד (US) ובטכניקה קפדנית. במקרי חירום כגון שלילת אמפיאמה או SBP סימפטומטי נראה כי ניתן לשקול ניקור גם תחת INR 3.0 - עדיין בסיכון נמוך.

דיון ומסקנות

מדדי מעבדה סטנדרטיים, כגון INR נוטים להערכת חסר של תפקוד הקרישה בפועל, במיוחד בחולי שחמת, ועירויים פרופילקטיים חושפים את המטופלים לסיכונים מיותרים. העבודה מציעה מודל קליני מאוחד המדגיש הערכה טרום-פעולתית מותאמת אישית, ניהול מבוסס-פיזיולוגיה של נוגדי קרישה (הפסקה מוגדרת בזמן של תרופות כמו DOACs, CLEXANE, CLOPIDOGREL ו-COUMADIN לפי דחיפות ההליך, שימוש מנדטורי באולטרסאונד ליד מיטת החולה (POCUS) ומעקב מובנה לאחר הפעולה .

המלצות

החלת פרוטוקול אחיד זה עשויה לשפר את בטיחות המטופלים, לצמצם שונות בפרקטיקה הקלינית ולמנוע עירויי דם ומוצריו שאינם נחוצים.