

## הטיפול בחולה המסוחרר - מבוא לנייר העמדה

ד"ר יואב גימון BPT, PhD<sup>1,2,3,4</sup>

- <sup>1</sup> החוג לפיזיותרפיה, הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות, אוניברסיטת חיפה
- <sup>2</sup> המרכז הלאומי לאבחון, טיפול וחקר הסחרחורת, מערך רפואת אף, אוזן, גרון והפרעות בתקשורת, המרכז רפואי ע"ש חיים שיבא
- <sup>3</sup> החברה הישראלית לאוטונורולוגיה, ההסתדרות הרפואית בישראל
- <sup>4</sup> קבוצת העניין הווסטיבולרית, העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל

ניכרת בתפקוד המטופל. במהלך השיקום מנסים לחזק את שאריות התפקוד הפיזיולוגי של המערכת הווסטיבולרית ומלמדים כיצד לפצות על הליקוי וכיצד להשתמש באופן יעיל יותר במידע ממערכות חישה נוספות, כגון מערכת הראייה והמערכת הפרופריוספטיבית. טיפול איכותי מחייב ראייה רחבה של המטופל, הבנה של בדיקות מעבדה מתקדמות נוסף על הבדיקות הקליניות ושימוש בטכניקות טיפול לשיקום וטיפול בכל מרכיבי מערכת שיווי המשקל.

כתיבת נייר העמדה התבססה על סקירת ספרות בנושא, ונעשתה תוך דיון משותף ומעמיק של נציגי הרופאים ונציגי הפיזיותרפיסטים. שיתוף הפעולה בין המגזרים הרפואיים הללו התרחב מאז פרסום נייר העמדה לקורסים משותפים המיועדים לרופאים ולפיזיותרפיסטים ואף למושבים מקצועיים משותפים בכנסים מקצועיים בתחום רפואת אף, אוזן וגרון. כבר היום ניתן לחוש את ההכרה ההדדית בין המגזרים אשר משפרת את הטיפול בחולה המסוחרר.

סחרחורת הינה תסמין רפואי שכיח ביותר. החולה המסוחרר סובל ביותר ומתקשה בתפקודו היומיומי. הסחרחורת יכולה להיגרם ממגוון רחב של סיבות. הסיבות הנפוצות ביותר הן פגיעה במערכת הווסטיבולרית שבאוזן הפנימית, פגיעה במערכת העצבים המרכזית ופגיעה בתפקוד הקרדיוסקולרי. במקרים רפואיים רבים סחרחורת היא סימן לבעיה מסכנת חיים, לכן הטיפול המיטבי הוא על ידי שיתוף פעולה קרוב בין בעלי המקצוע שהוכשרו לטיפול בחולה המסוחרר - רופא אוטולוג-אוטונורולוג (התמחות על ברפואת אף, אוזן וגרון) ופיזיותרפיסט וסטיבולרי. לקראת סוף העשור הקודם החלו להתפרסם טיפולים שונים בחולה המסוחרר המציעים טיפולים לסחרחורת על ידי מטפלים שלא הוכשרו לכך באופן המקובל על הרפואה המתקדמת בעולם המערבי. הטיפולים אף הוצעו במסגרת הפניה לטיפול בשירותי הרפואה המשלימה של קופות החולים. טיפולים אלה יכולים לסכן מאוד את החולה. החברה הישראלית לאוטונורולוגיה מטעם ההסתדרות הרפואית וקבוצת העניין הווסטיבולרית של העמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל מצאו לנכון להוציא נייר עמדה משותף לשם הגדרת נוהל עבודה משולב בין הרופא לפיזיותרפיסט בתחום הווסטיבולרי כדי לקבוע את אופן הטיפול הנכון והנדרש בחולה המסוחרר.

שיקום וסטיבולרי הינו תחום ייחודי בפיזיותרפיה המטפל במגוון של בעיות, כגון סחרחורת, ורטיגו, תחושת שיוט, חוסר יציבות במיקוד המבט וחוסר שיווי משקל. בעיות אלו לרוב נגרמות מנזק לאיבר שיווי המשקל הווסטיבולרי או מאופן עיבוד המידע במערכת העצבים המרכזית. שיקום וסטיבולרי הנעשה מתוך הבנה נכונה של המנגנון הפתופיזיולוגי ומקור הסימפטומים של המטופל מאפשר טיפול המביא להטבה



## הטיפול בחולה המסוחרר

### נייר עמדה משותף

#### החברה הישראלית לאוטונורולוגיה והעמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל

#### רקע:

סחרחורת היא תסמין העשוי ליצג מגוון רחב של פגיעות החל מפגיעה באברי הקצה של המערכת הווסטיבולרית (תעלות חצי מעגליות והאיברים האוטוליטיים) דרך תהליכים תופסי מקום במכלולי האוזן הפנימית ועד לגידולים בגומה האחורית של המוח ושביץ מוחי.

אבחון מדויק של הגורם לסחרחורת הוא קריטי להתאמת הטיפול המיטבי והימנעות ממתן טיפול שגוי שעשוי להחמיר את מצב המטופל עקב שיהוי האבחון הנכון ומתן טיפול הולם. חשוב להדגיש כי קיימים חלונות זמן מוגבלים למתן טיפול יעיל למניעת נכות ואף מוות. דוגמאות לאמור: אבחנה שגויה של פגיעה ויראלית באבר הקצה הווסטיבולרי בעוד ההסתמנות הווסטיבולרית החרפה מייצגת שביץ מוחי או אבחנה שגויה של סחרחורת תנוחתית כנובעת מהתעלות החצי מעגליות במקרים של גידול בגומה האחורית של המוח.

דיוק באבחון וטיפול בסחרחורת מחייבים גישה משולבת רב תחומית, לה שותפים רופאי א"ג ובמיוחד אלה שמוקד עיסוקם במחלות האוזן (אוטולוגיה, אוטונורולוגיה), נוירולוגים ופיזיותרפיסטים.

הרופא הוא האחראי על המכלול השלם של האבחון, ההתווית מסלול הטיפול המתאים, תוך החלטה על האמצעים הנדרשים להשגת מטרות הטיפול.

הפיזיותרפיסט אחראי על תהליך הטיפול השמרני והשיקום, בהתאם לאבחנת המטופל.

טיפול בחולה המסוחרר מחייב מקצועיות, ערנות לזיהוי דגלים אדומים ושיתוף פעולה הדוק בין הרופא והפיזיותרפיסט במטרה להגיע לאבחון מדויק ולטיפול מיטבי.

החברה האוטונומורולוגית והעמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל מצאו לנכון להוציא נייר עמדה משותף לשם הגדרת נוהל עבודה משולב בין הרופא לבין הפיזיותרפיסט בתחום הווסטיבולרי, למען חידוד הסמכויות ותחומי העיסוק של הרופאים והפיזיותרפיסטים בטיפול בחולה המסוחרר.

### פיזיותרפיה:

כללי:

פיזיותרפיה היא מקצוע בריאות שיקומי-טיפולי אקדמי מוסדר בחוק. מומחיות הפיזיותרפיסטים הינה איבחון, טיפול, קידום תפקוד עצמאי ומניעת בעיות במערכת התנועה ובמערכות גוף שונות. ייעוד הפיזיותרפיה לקדם תפקוד עצמאי של האדם, לרווחתו ולאיכות חייו בכל מעגלי החיים מינקות ועד זקנה, כל זאת תוך שימוש בטכניקות טיפוליות מבוססות מחקר וניסיון קליני [1,2].

מקצוע הפיזיותרפיה נלמד באוניברסיטאות חיפה, תל אביב, בן גוריון, אריאל ובמכללת צפת. הלימודים לתואר הראשון נמשכים ארבע שנים וכוללים חומר עיוני, תרגולים מעשיים והכשרה קלינית. לאחר השלמת לימודי התואר הראשון ניתן ללמוד לתואר מתקדם בפיזיותרפיה באחד משני מסלולים - מסלול קליני ללא תזה או מסלול מחקרי עם תזה באחת מאוניברסיטאות המחקר. השלמת לימודי תואר ראשון או שני בפיזיותרפיה אינם מספיקים על מנת לעבוד במקצוע כחוק. [חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות התשס"ח-2008](#) [3], מחייב כל פיזיותרפיסט המעוניין לעסוק במקצוע בישראל, לעבור מבחן ממשלתי על מנת לקבל תעודת מקצוע מטעם משרד הבריאות.

עבודת הפיזיותרפיסט כוללת: אבחון, הערכה ובדיקה קלינית, קביעת מטרות ותכנית טיפול, ביצוע טיפול, הדרכה וליוי מטופלים, באמצעות מגוון הכלים העומדים לרשותם ובסמכותם. כל זאת לאחר שנעשתה אינטגרציה עם האבחנה הרפואית, המידע ברשומה הרפואית, ההיסטוריה התפקודית ותוצאות הבדיקות הפיזיקליות והפונקציונליות הרלוונטיות שבוצעו במסגרת האיבחון [4].

### פיזיותרפיה וסטיבולרית:

טיפול ושיקום וסטיבולרי מבוצעים ע"י פיזיותרפיסטים בעלי תעודת מקצוע מטעם משרד הבריאות, אשר בנוסף להכשרתם בתואר ראשון בפיזיותרפיה, סיימו בהצלחה הכשרה ייעודית נוספת בה נלמדו האנטומיה, פיזיולוגיה, פתולוגיה ופתופיזיולוגיה של המערכת הווסטיבולרית ורכשו כלים מקצועיים לטיפול בה. על כן, הכשרה זו מקנה לבוגריו את הידע והכלים המקצועיים הנדרשים לבדיקה, זיהוי, אבחון וטיפול בהפרעות שמקורן במערכת הווסטיבולרית הפריפרית או מאופן עיבוד המידע הווסטיבולרי במערכת העצבים המרכזית. עמידה בכל דרישות ההכשרה היא תנאי לעיסוק בתחום השיקום הווסטיבולרי. הפיזיותרפיסט מתאים את טכניקות הטיפול השונות לאבחנת הרופא, לממצאים הקליניים ולמטרות הטיפול שנקבעו בשיתוף המטופל.

## א. שיקום וסטיבולרי:

פגיעה במערכת הווסטיבולרית או קשריה המרכזיים הגורמת לסחרחורת והפרעות בשיווי משקל מצריכה טיפול המכוון לחיזוק שאריות התפקוד הווסטיבולרי או תרגול הסתגלותי במקרים בהם העיבוד המרכזי לקוי. בעזרת פיצוי ולמידה במערכת העצבים המרכזית, מאפשר השיקום הווסטיבולרי צמצום תסמינים של סחרחורת, ליקויים בייצוב המבט, הפרעות בשיווי משקל, נפילות וחשש מהן, רגישות לתנועה ובחילות [5]. בסקירה רחבה שפורסמה לאחרונה בספריית קוקרן [6], החוקרים הגיעו למסקנה ששיקום וסטיבולרי על ידי טיפול פיזיותרפיה הינו בטוח ויעיל לאנשים הסובלים מליקויים תפקודיים של המערכת הווסטיבולרית הפריפריית.

ההנחיות הקליניות לטיפול בסחרחורת של איגוד הפיזיותרפיה האמריקאי קובעות כי טיפול פיזיותרפיה בסחרחורת כרונית או התקפיות ממקור פריפרי או מרכזי הוכח מחקרית כמפחית סחרחורת, משפר ייצוב מבט, שליטת ביציבה, יכולת תפקודית ואיכות חיים [7]. כמו כן, הוכח שיפור בייצוב מבט בעת תנועה (dynamic visual acuity) [8,9]. הטיפול כולל תרגילי ייצוב המבט (כלומר תנועת ראש תוך שמירה על מבט יציב השומר את המטרה ברורה) [10], אימון שיווי משקל והליכה [11], הסתגלות ופיצוי דרך תרגול וחיזוק מערכות נלוות כגון מערכת הראיה והמערכת הפרופריוספטיבית (substitution exercises) [12]. כל מרכיב בטיפול נבחר בהתאם לסוג הפגיעה במערכת הווסטיבולרית ובהתאם לבעיה התפקודית ממנה סובל המטופל.

## ב. הטיפול בסחרחורת היקפית התקפית טבה (Benign Paroxysmal Positional Vertigo BPPV):

BPPV היא הסיבה המובילה לסחרחורת וסטיבולרית ממקור היקפי, היארעותה 11% באוכלוסיה מעל גיל 75 [15], ו-9% באוכלוסיה צעירה [13]. הסיבה למחלה זו היא גירוי פתולוגי של התעלות החצי מעגליות אשר באדם בריא אינן עוברות שיפעול כתוצאה משינויים בשדה הכבידה ע"י אבניני אוזן (אוטוקוניה) שמקורם באברים האוטוליטיים, המשנים את המשקל הסגולי של הנוזל האנדולימפה או הקופולה (החיישן הווסטיבולרי) של התעלות. הפיזיותרפיסט הווסטיבולרי מזהה את התעלה החצי מעגלית הפגועה, ע"י תנועת העיניים הפתולוגית, ומבצע טיפול שמטרתו להרחיק את אבניני האוזן מהתעלה המעורבת ולהחזירן לחלל הווסטיביול שם נמצא האבר האוטוליטי [14].

## הטיפול בחולה המסוחרר:

במקרים רפואיים רבים סחרחורת היא סימן לבעיה מסכנת חיים. על כן החברה האוטונורולוגית והעמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל קובעות שאופן הטיפול המיטבי בחולה המסוחרר הוא בדיקתו על ידי רופא לאבחון רפואי ולשלילת מצבים מסכני חיים. אמנם, יתכנו מצבים בהם מטופל יגיע קודם לפיזיותרפיסט, בין מפאת הפניית רופא מטפל, אילוטי המערכת וזמינות גבוהה יותר של הפיזיותרפיסט הווסטיבולרי לעומת רופא מומחה ובין אם הגיע מסיבה רפואית אחרת והפיזיותרפיסט הוא הראשון לזהות את הבעיה הווסטיבולרית.

## מראי מקור:

1. Moseley AM, Herbert RD, Sherrington C, Maher CG. (2002). Evidence for physiotherapy practice: A survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro). *Australian Journal of Physiotherapy*.48 (1):43-49
2. משרד הבריאות פיזיותרפיה (2019). אוהזר מתוך: <https://www.health.gov.il/Subjects/Physiotherapy/Pages/default.aspx>
3. חוק הסדרת העיסוק במקצועות הבריאות, התשס"ח-2008
4. Jensen GM, Gwyer J, Shepard KF, Hack LM, Expert Practice in Physical Therapy. (2000). *Physical Therapy*. 80(1):28-43.
5. Sulway S, Whitney SL. (2019). Advances in Vestibular Rehabilitation. *Adv Otorhinolaryngol*. 82:164-169.
6. McDonnell MN, Hillier SL. (2015) Vestibular rehabilitation for unilateral peripheral vestibular dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD005397. DOI: 10.1002/14651858.CD005397.pub4.
7. Hall CD, Herdman SJ, Whitney SL, Cass SP, Cleandaniel RA, Fife TD, Furman JM, Getchius TS, Goebel JA, Shepard NT, Woodhouse SN (2016): Vestibular rehabilitation for peripheral vestibular hypofunction: an evidence-based clinical practice guideline: from the American physical therapy association neurology section. *J Neurol Phys Ther* 40: 124-155.
8. Schubert M, Migliaccio AA, Cleandaniel RA, Allak A, Carey JP (2008): Mechanism of dynamic visual acuity recovery with vestibular rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* ; 89: 500-507.
9. Schubert MC, Migliaccio AA, Della Santina CC (2006): Modification of compensatory saccades after aVOR gain recovery. *J vestib Res*; 16: 285-291.
10. Herdman SJ (1989): Exercise strategies for vestibular disorders. *Ear Nose Throat J* 68: 961-964.
11. Klatt BN, Carender WJ, Lin CC, Alsubaie SF, Kinnaird CR, et al (2015). A conceptual framework for the progression of balance exercises in persons with balance and vestibular disorders. *Phys Med Rehabil Int*; 2: 1044.
12. Whitney SL et al (2016). An overview of vestibular rehabilitation. *Handb Clin Neurol*.
13. Kerrigan MA1, Costigan MF, Blatt KJ, Mathiason MA, Domroese ME. (2013) Prevalence of benign paroxysmal positional vertigo in the young adult population. *PM R*. 5(9):778-85.
14. Bhattacharyya N, Gubbels SP, Schwartz SR, Edlow JA, El-Kshlan H, Fife T, Holmberg JM, Mahoney K, Hollingworth DB, Roberts R, Seidman MD, Steiner RW, Do BT, Voelker CC, Waguespack RW, Corrigan MD. (2017). Clinical Practice Guideline: Benign Paroxysmal Positional Vertigo (Update). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 156(3): 1-47

## שותפים לכתיבת נייר העמדה

החברה הישראלית לאוטונורולוגיה: פרופ' אבי שצ'ופק, ד"ר יואב גימון, פרופ' רוני פרץ.  
 העמותה לקידום הפיזיותרפיה: ד"ר יואב גימון, גב' איילת יהב גלקין, גב' הדס בן רובי שמרון,  
 מר מוש אהרוני, גב' איילה פרג, גב' דיצה גוטליב, גב' נעמה קשת.