

## דף הסבר על פגם במחיצה הבין-חדרית בלב העובר-

### Ventricular Septal Defect (VSD)

#### הגדרה:

חסר חלקי במחיצה הבין חדרית. ב 80% הפגם הוא בחלק הממברנוטי של המחיצה וב-20% הפגם הוא בחלק השרירי. הדם יכול לעבור דרך הפגם שבמחיצה מחדר אחד בלב לחדר בצד השני.

#### שכיחות:

1:400 לידות. מהווה 20-30% מסך מומי הלב.

#### סיבה:

הרב אקראיים.

סיכוי להישנות של 3% כאשר יש אח אחד נגוע, 10% אם יש שני אחים נגועים. אם לאם יש VSD הסיכון לעובר הוא 9.5%. כאשר לאב יש VSD הסיכון לעובר הוא 2.5%. גורמים טרטוגנים: אלכוהול, הידנטואין, חומצה וולפרואית.

#### מומים נלווים:

כאשר קיים מום לב מורכב VSD הוא המום הלבבי הנלווה השכיח ביותר (50%).  
ב-10-5% קיימת הפרעה כרומוזומלית (בעיקר כאשר החסר הוא בחלק הממברנוטי).

#### ממצאים באולטרסאונד:

מודגם פגם במחיצה הבין חדרית.

יש לזכור כי פגמים במחיצה הבין-חדרית הם המום הלבבי הכי "מפוספס", גם לאחר אקו לב עובר מפורט. האבחנה תלויה באיכות התמונה ובאיכות מכשיר האולטרסאונד. רב ה-VSD ה"מפוספסים" הם קטנים. אם העובר עובר סקירה בגיל הריון צעיר, פגם של פחות מ-2מ"מ לא יזוהה היות וזהו תחום הרזולוציה של המכשיר; אולם גם בגיל הריון מתקדם פגם קטן במחיצה עלול לא להתגלות.

השימוש בדופלר-צבע באולטרסאונד יכול לעזור להדגים זרימת דם מחדר אחד לשני דרך הפגם במחיצה. **אבל**, בגלל לחצים דומים בשני החדרים בלב העובר אין תמיד זרימת דם דרך הפגם במחיצה, ולכן הרבה מהפגמים במחיצה הבין-חדרית מאובחנים רק לאחר הלידה.

#### ברור בהריון:

1. סקירת מערכות.
  2. אקו לב עובר.
  3. יעוץ גנטי ובדיקת קריוטיפ העובר על ידי סיסי שליה או דיקור מי שפיר.
  4. יעוץ קרדילוג ילדים, ובהתאם לצורך גם כירורג לב ילדים.
- בד"כ אין סיבוכים בהריון ולא מתפתחת אי ספיקת לב.  
יש לבצע בדיקות אולטרסאונד חוזרות למעקב גדילה ולסימני הידרופס.  
אין מניעה מלידה לדנית.

### מהלך לאחר הלידה:

בד"כ אין סימנים קליניים לילוד לאחר הלידה. גם פגם גדול יכול להתבטא רק 4-6 שבועות לאחר הלידה. הרב נסגרים ספונטאנית. אלו שלא נסגרים, ומשפיעים על תפקוד הלב, עשויים לעבור צנתור או ניתוח.

**בצנתור** – מחדירים צנתר דק דרך עורק במפשעה אל הלב ושמים "מטריה" שמשלימה את המחיצה.

**ניתוח** - מתבצע בד"כ בשנה הראשונה לחיים באותם מקרים שיש הפרעה להתפתחות הרגילה של התינוק. בניתוח סוגרים את הפגם במחיצה. לעיתים כבר במהלך הבדיקות בהריון ניתן לחזות אם יהיה צורך בסגירה כירורגית של הפגם. באותם מקרים שקירות המחיצה, משני אברי הפגם, לא אחד מול השני קרוב לודאי שיהיה צורך בניתוח. הסיכון הניתוחי לתמותה הוא כ-1%, וסיכון זה עולה במידה ויש מומי לב נוספים.

### פרוגנוזה:

אם אין מומים נלווים הפרוגנוזה מצוינת. ב-50% מהמקרים הפגם נסגר עצמונית בשנה הראשונה לחיים. יש סיכוי גדול יותר לפגמים קטנים להיסגר. לאחר סגירת VSD, בין אם ספונטנית או לאחר סגירה כירורגית, אין מגבלות לילד מבחינת איכות החיים ותוחלת החיים. הילד יצטרך אנטיביוטיקה מונעת לפני פרוצדורות ניתוחיות וטיפולי שיניים למשך כל חייו.

שרטוט של פגם במחיצה הבין חדרית (מימין), לעומת הלב התקין (משמאל):



