



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 ושכך 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 וויראלית באבר הקצה הווסטיבולרי בעוד ההסתמנות הווסטיבולרית החריפה מייצגת שבץ 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 מטרת 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 האוטונומירולוגית 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 הפריפריית 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 סחרחורות, 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 בסחרחורות של איגוד הפיזיותרפיה האמריקאי קובעות כי טיפול פיזיותרפיה בסחרחורות כרוניות או התקפיות ממקור פריפרי או מרכזי הוכח מחקרית כמפחית סחרחורות, 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 חיזוק 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 הווסטיבולר 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, אילוצי המערכת וזמינות גבוהה יותר של הפיזיותרפיסט הווסטיבולרי לעומת רופא מומחה ובין אם הגיע מסיבה רפואית אחרת והפיזיותרפיסט הוא הראשון לזהות את הבעיה הווסטיבולרית.

בכל מקרה כזה, חובת הפיזיותרפיסט הווסטיבולרי להפנות את המטופל לרופא המומחה לאחר שביצע בדיקה וסטיבולרית ואוקולומוטורית מקיפה וזוהו דגלים אדומים או התעורר ספק לגבי בעיה מרכזית או שיש להשלים בדיקות מעבדה (כגון בדיקות שמיעה, VEMP, VNG, VHIT) ו/או בדיקות הדמיה. בכל מקרה יש לדאוג לתיעוד הבדיקות והטיפולים שנעשו ברשומה הרפואית של המטופל. הפיזיותרפיסט הווסטיבולרי יבצע רק בדיקות וטיפולים פיזיקליים שהם בתחום הכשרתו וסמכותו ואינו מוסמך לקבוע אבחנה רפואית.

נוהל העבודה המשותפת בטיפול בחולה המסוחרר:

חיוני ביותר כי יתקיימו קשרי עבודה נאותים בין הרופא והפיזיותרפיסט הכוללים תקשורת טובה ורציפה, בכדי לדון בפערים באבחנה, בחלופות הטיפול ובשינויים במצב החולה במהלך השיקום. הרופא המטפל הוא האחראי על האבחון והטיפול בכללותו. במקרים בהם הפיזיותרפיסט הוא איש המקצוע הראשון שרואה את המטופל, במידה ומזהה דגלים אדומים, או שהתמונה הרפואית שהמטופל מציג אינה ברורה חובתו להפנות את המטופל לרופא מומחה בטיפול בחולה המסוחרר ולהעביר אל הרופא סיכום מפורט של ממצאי הבדיקה והטיפול שניתן. במידה ולא עלו ספקות יש להמליץ למטופל לגשת לרופא המטפל עם סיכום הבדיקה והטיפול.

במידה והרופא המטפל אינו מומחה לטיפול בסחרחורות יש לשקול להפנות את המטופל לרופא מתאים. הפניה של רופא לטיפול פיזיותרפיה תכלול: אבחנת העבודה אליה הגיע הרופא לאחר ביצוע בדיקה גופנית ועיון בתוצאות בדיקות העזר לפי הצורך, שימוש בקודי ICD-11 המקובלים ופירוט מהות הטיפול הנדרש מהפיזיותרפיסט הווסטיבולרי.

עם קבלת המטופל, יבצע הפיזיותרפיסט הווסטיבולרי הערכה קלינית מדוקדקת ויוודא כי מצבו של המטופל מתאים לאבחנת הרופא המפנה. במקרים של חוסר התאמה הפיזיותרפיסט יפרט את הממצאים או הפערים הקיימים בין ממצאי בדיקתו, לאבחנת העבודה של הרופא ויפנה את המטופל להערכה מחודשת/נוספת של רופא מומחה בטיפול בחולה המסוחרר. יודגש כי חילופי מידע ושיתוף הפעולה הם חיוניים לקידום מצב המטופל. בכל מקרה, עם סיומו של הטיפול ישלח סיכום מפורט לרופא המטפל הכולל פירוט מטרות הטיפול, תיאור הטיפולים שבוצעו ותוצאות טיפול, תוך שימוש בכלי מדידה מקובלים.

החברה האוטונומירולוגית והעמותה לקידום הפיזיותרפיה בישראל מדגישים שהטיפול בחולה המסוחרר יינתן אך ורק על ידי רופאים ופיזיותרפיסטים שהוכשרו לכך. בשל ייחודיות תחום הטיפול הווסטיבולרי וההכשרה הנוספת הנדרשת להגיע למיומנות בו, גופים מקצועיים אלו פועלים יחד לקדם את ההכרה וההסדרה של מומחיות בתחום זה לפיזיותרפיסטים, דרך משרד הבריאות. בנוסף, פועלים הגופים לקידום הכשרה משותפת בתחום הווסטיבולרי לרופאים ולפיזיותרפיסטים, תוך ראייה שהכשרה כזו תשפר את הרמה המקצועית בתחום הטיפול בחולה המסוחרר ותשפר את התקשורת ושיתוף הפעולה בין הרופאים לפיזיותרפיסטים.

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, Clendaniel 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 לאוטונירולוגיה: 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.