

השתלת כבד מהחי

שיעורי ההצלחה של השתלת כבד מגיעים עד ל-90% הישרדות בשנה הראשונה לאחר ההשתלה וכ-80% לאחר חמש שנים. ולמרות זאת, המחסור באיברים להשתלה מוביל לשיעור תמותה הולך וגובר. לפי נתוני המרכז הלאומי להשתלות ל-2017, כ-30% מהממתינים להשתלת כבד בישראל מתים בטרם הגיעו להשתלה עקב סיבוכים של מחלות כבד. ההמתנה הממושכת להשתלה גורמת להידרדרות במצבם, כך שאם הם כבר מגיעים אליה פוחתים סיכויי ההצלחה שהשתל ייקלט. כיום כ-200 חולים בארץ ממתינים להשתלת כבד, אך עקב המחסור בתרומות איברים מספר ההשתלות בשנה עומד רק על כ-60-70. פער זה מצדיק את הצורך לפנות להשתלת אונת כבד מתורם חי ולא להתבסס רק על תרומת כבד מן המת.

הניתוח להשתלת אונת כבד מבוסס על האפשרות לחלק את הכבד לאונה השמאלית והימנית ולהעביר חלק למקבל ולהותיר מספיק נפח כבד לתורם (הכבד הוא האיבר הגדול ביותר בגופנו ומשקלו 1,000-2,000 גרם). היכולת להשתמש באונת כבד אחת בלבד נובעת מהמבנה האנטומי של הכבד, הכולל כלי דם עורקיים וורידים ודרכי מרה המספקים דם לכל אונה בנפרד ומנקזים דם ורידי ומרה מכל אונה בנפרד. כמו כן לכבד יש יכולת התחדשות (רגנרציה) וגדילה לנפח הקרוב לזה המקורי שמספיק לצורכי הנתרם והתורם. ניתוח התרומה לאדם מבוגר כולל למעשה כריתת אחת משתי אונות הכבד, בדרך כלל הימנית (שמהווה כ-60% מנפח הכבד).

בהשתלות בילדים קטנים (כאלו השוקלים פחות מ-20 ק"ג) ניתן לכרות לתורם חלק קטן יותר של האונה השמאלית, המהווה כ-25% מכלל נפח הכבד בהתאם לגודל הילד. על כן, כיום בקרב ילדים השתלה מסוג זה, הנעשית לרוב בתרומה של הורה לילד, מועדפת על פני המתנה ממושכת להשתלת כבד מתורם מת.

בהשתלות במבוגרים, לעומת זאת, המצב מורכב יותר שכן החלק שנכרת מהתורם צריך להיות גדול יותר כדי לספק את הנפח הנדרש ובנוסף, בהשתלת אונת כבד במבוגרים קשה לאתר תורם מתאים. מה גם שהתרומה מוגבלת לרוב לקרובי משפחה עד גיל 60. התורמים המתאימים הם אנשים בריאים ללא עודף משקל בעלי תפקוד תקין של הכבד וללא הסננה שומנית. בנוסף, מבוצעות בדיקות הדמיה (CT ו MRI) בכדי להדגים את האנטומיה של כלי הדם וצינורות המרה ולוודא לחלק את הכבד לשני חלקים כדי להגיע לאחוז הנפח הנדרש לנתרם (< 1% ממשקל גופו) ולהותיר לתורם לפחות כ-35% מכלל נפח הכבד. עד כה דווחו מספר מקרי תמותה לאחר תרומת אונת כבד שבהם נפח הכבד שאריתי בתורם לא הספיק. למרות

שדווחו עד היום מספר מקרי תמותה של תורמים מרביתם היו משניים לתסחיף ריאתי שנוצר לאחר הניתוח בשל נטייה לקרישיות יתר אשר לא אובחנה קודם לכן. לכן כיום לפני הניתוח מבוצעות בדיקות לאיתור מצב סמוי של קרישיות יתר וננקטים כל האמצעים למניעת סיבוך מסכן חיים זה. למרות האשפוז של כשבוע ימים לאחר הניתוח לתורם נדרשת בד"כ התאוששות ממושכת של חודשיים עד שלושה חדשים עד לחזרה לתפקוד היומיומי. מספרן של השתלות אונת כבד במבוגרים במרבית ממרכזי ההשתלה בעולם המערבי הוא מצומצם ועומד על מספר עשרות בודדות לשנה, בשל האפשרות האחרת של השתלה מנפטר. ככל שנצבר ניסיון רב יותר בהשתלות אונה פוחת שיעור הסיבוכים בניתוח והן עשויות להיות תחליף להמתנה ארוכה לתרומת כבד מהמת. ואכן במרכזי השתלה במזרח אסיה (יפן, דרום קוריאה טאיוון, סין) וכן בתורכיה, מקומות בהם אין מצאי איברים מתורם נפטר הפכה השתלה זו כאפשרות המועדפת עם השגת תוצאות מצוינות בדומה להשתלה של כבד שלם. בישראל נצבר ניסיון רחב בהשתלת אונות כבד בילדים ועד כה בוצעו יותר מ-70 השתלות כאלו בהצלחה.

ההשתלה הראשונה של אונת כבד במבוגר בוצעה בבית חולים בילינסון בשנת 2002. היה זה חולה שסבל מדלקת כבד קשה ונשקפה סכנה מיידית לחייו. הוא קיבל תרומה מאחיו הגדול, ההשתלה הסתיימה בהצלחה וכיום, 16 שנה לאחריה, שני האחים בריאים. לאחר ביצוע השתלות מהחי במבוגרים לאורך השנים רק במצבים דחופים הוחל בבי"ח בילינסון ב 4 שנים האחרונות בביצוען של השתלות אלו בחולים עם מחלת כבד כרונית ועם הניסיון הנצבר עולה שיעור ההצלחה בביצוען.

