

פוסטר – בכנס האגודה הישראלית לגרונטולוגיה 2003

ההשלכות המגוונות של הגרדת (SCABIES) במסגרת בית חולים גריאטרי משולב -

היקף, דרכי הדבקה ומניעה, אבחנה, טיפול ומשמעות כלכלית, תעסוקתית וחברתית

ר. דרומי, ש. רייכמן, ד. בן חמו, א. אשרף וד. גרפינקל

המרכז הגריאטרי המשולב ע"ש שהם, פרדס חנה

מטרת העבודה: הגרדת היא מחלה זיהומית הנגרמת ע"י קרציה ומועברת ע"י מגע בין אנשים או דרך פרטי לבוש. אבחנת הגרדת מהווה בעיה כאשר לעיתים קיים עיכוב משמעותי בקביעת האבחנה ומאידך, במקרים רבים נקבעת אבחנה קלינית בלתי נכונה (FALSE POSITIVE) וניתן טיפול סגולי לגרדת כאשר הסיבה לגירוד הינה אחרת (OVERDIAGNOSIS). גרדת יכולה להופיע בכל גיל לרוב בצורת התפרצויות כאשר גורמי הסיכון כוללים אוכלוסיות המתגוררות בצפיפות כמו בתי תמחוי או קסרקטיני צבא. הגרדת עלולה לגרום סבל גם בקשישים והבעיה מקבלת משמעות מיוחדת עם השלכות אפידמיולוגיות, כלכליות וחברתיות נרחבות במסגרת של בתי אבות ומחלקות סיעודיות. עבודה זו מהווה נדבך ראשון בניסיון לשפר דרכי מניעה, אבחון, טיפול רפואי ותעסוקתי, בבעיית הגרדת. בשלב ראשון בדרך לקביעת הנחיות (GUIDELINES) לצורך התמודדות עם גרדת במסגרת של בתי אבות ומחלקות סיעודיות, החלטנו להעריך היקף, דרכי הדבקה והעברה, דיוק האבחנה, דרכי המניעה והטיפול וכן את המשמעות הכלכלית, התעסוקתית והחברתית של גרדת במרכז הגריאטרי המשולב ע"ש שהם.

שיטות: נסקרו תיקי כל הקשישים שהופנו בתקופה של שנה למומחית עור (ר.ד.) במרכז הגריאטרי שהם, עקב תסמין של גירוד בעור או ממצא של סימני גרד בעור. מדובר באוכלוסייה בסדר גודל של 750 קשישים המסווגים לחולים בארבע מחלקות חדות (שיקום נוירולוגי, שיקום אורטופדי, פנימית וסיעוד מורכב), 5 מחלקות תשושים, 4 מחלקות תשושי נפש ו- 11 מחלקות סיעודיות. צוינו מקרים בהם החשד לאבחנה של גרדת הועלה ע"י אחיות או רופאי המחלקה, מספר המקרים בהם רופאת העור התרשמה קלינית מקיום גרדת ואחוז המקרים בהם אושרה האבחנה חד משמעית. בנוסף, נקבעה מידת התגובה לטיפול סגוליים שונים במחלה. במקביל, באמצעות מאמץ הסברתי מקיף נבנתה מערכת שמטרתה לשפר דרכי ההתמודדות של הצוות הרפואי והפרה רפואי עם האספקטים השונים של הגרדת: העלאת המודעות לקיום הגרדת וסימניה, כולל לומדה לצוות האחיות והמטפלות. עדכון נוהלי הגישה הסיעודית לחולה עם חשד למחלה ולחולה עם אבחנה סבירה או בטוחה של גרדת. קביעת פרוטוקולים ברורים לטיפול תרופתי וסביבתי בחולה שהוחלט להתייחס לבעייתו כגרדת, במשפחתו ובצוות המטפל בו. בשנת 2003 החלה להתבצע הטמעת הנושא בחלק מהמחלקות.

תוצאות: בסקר ראשוני נמצא כי עדיין קיימת בעיה באבחנה וחוסר אחידות בין רופאים אחיות שונים, לגבי הגישה הטיפולית הכוללת לגרדת בקשישים ובצוות המטפ ל בהם, במסגרת המרכז. במהלך שנת 2002 הופנו 420 קשישים ליעוץ רופאת העור. מתוכם ב- 268 (64%) סיבת ההפניה הייתה גרד בעור. אבחנה משוערת של גרדת בוצעה ב- 40 קשישים (9.5% מסך המופנים, 15% מבין הסובלים מגרד) ובחלקם הגדול אושרה האבחנה בבדיקה מיקרוסקופית. לא נצפו הבדלים במספר היחסי של קשישים שאובחנו כגרדת בין המחלקות החדות, הסיעודיות, מחלקות התשושים ותשושי הנפש. חצי מהחולים עם גרדת טופלו בקרם LINDANE (BICIDE) והאחרים ב-PERMETHRIN (LYCLEAR או MITE-X) או CROTAMITON (EURAX או SCABICIN). מתוך 40 קשישים שאובחנו כגרדת רק 8 (20%) הופנו לביקור חוזר כיוון שהבעיה לא נפתרה באופן מוחלט.

מסקנות: השגת מיגור או לפחות הקטנה משמעותית של בעיית הגרדת מחייבת שינוי התייחסות הצוות למחלה, מודעות לקיום הבעיה, אבחנה ודיווח מוקדמים, הבנת מהלך המחלה והטיפול בה. הטמעה של פרוטוקול טיפולי ברור, מוסכם ומובן לאנשי הצוות - חיונית. מספר החולים אשר טופלו כגרדת אינו משקף בהכרח את ההיקף המלא של הגרדת הכולל אנשי צוות רפואי, פרה רפואי ובני משפחות החולים. מאידך, נראה כי מספר לא מבוטל של חולים טופלו כגרדת מבלי לסבול מהמחלה. ידונו ההתלבטויות בקביעת מדיניות של טיפול מונע "סוחף" או מתן טיפול סגולי גם במקרים של חשד קל - לעומת מדיניות המתנה לאבחנה חד משמעית של הגרדת, בהתייחס להשלכות הקליניות, הפסיכולוגיות, הכלכליות והתעסוקתיות לגבי החולה, המשפחה, חולים אחרים וחברי הצוות.