



יצרנית משפחת אנפמיל, נוטרימגן, ופרג'סטמייל. 1-800-22-6470



ירחון החברה הישראלית לרפואת ילדים בקהילת (חיפ"א) ההסתדרות הרפואית בישראל



דפדיטון

קיים חיסון היעיל ב 100% . גורמים שהשפיעו בעבר על אפשרות כשלון החיסון היו: תחזוק לא תקין, ילדים עם סיפור של אסטמה, גיל חיסון פחות מ 14 חודש, ורווח של פחות מחודש בין החיסון לאבעבועות לבין MMR. מחקר זה מצביע על גורם הסיכון של חיסון שבוצע לפני למעלה מ 3 שנים כגורם המשמעותי היחיד. יתכן ומדובר בירידה ברמת הנוגדנים עם הזמן, ומכאן יתכן ויש צורך במנת דחף לכולם. פרופ' גרשון מעלה יתרון חשוב נוסף לחיסון כאשר ידוע שמחלת ההרפס זוסטר אשר לעתים גורמת לנוירלגיה קשה וממושכת נגרמת רק על ידי "רכישת" המחלה הטבעית (הוירוס האלים), ולא ע"י הוירוס המוחלש של החיסון. מסקנתה היא שיש מקום לשקול (כולל שיקולי עלות-יעילות) מתן מנת דחף לכולם, כפי שקרה בחיסון החצבת.

הערה: אין ספק שעלינו כרופאי ילדים, להמשיך ו"לדחוף" במרץ לחיסון כל הילדים מעל גיל שנה נגד המחלה, ואולי להשפיע על קובעי המדיניות במשרד הבריאות להוסיף אותו לחיסוני השגרה. החיסון במקרה הטוב מונע את המחלה ובמקרה הגרוע גורם למחלה קלה יחסית. יש לציין שהחיסון הניתן בארץ שונה מזה הניתן בארה"ב והוא יחסית פחות לבילי בשניוני טמפרטורה, וכן יתכן שיעילותו גבוהה יותר. יש מקום וחשיבות לסכם ולבדוק בארץ את שכיחות המחלה בילדים מחוסנים.

יעילות (EFFECTIVENESS) לפי נתונים אלה לגבי מחלה בכלל, ו-86% למניעת מחלה בינונית או קשה. בניתוח הגורמים האפשריים למחלה במחוסנים המשתנה המשמעותי היחיד היה הזמן שעבר מהחיסון עד תחילת ההתפרצות: הסיכון לחלות היה פי שניים אצל אלה שחוסנו לפני יותר מ 3 שנים מתחילת ההתפרצות, בהשוואה לאלה שחוסנו בשלוש השנים האחרונות לפני ההתפרצות. (RR=2.6). בניגוד לעבודות אחרות גיל החיסון (<14 חודש) לא היווה גורם משמעותי לחלות במחוסנים. כמו כן נשללה אפשרות של תקלה טכנית ותחזוק לא תקין של החיסון.

החוקרים מסכמים כי עקב המספרים הקטנים באירוע, יש לבדוק שוב את יעילות החיסון לאורך זמן, למרות שאין ספק שהחיסון מנע מחלה קשה וסיבוכים. יש לציין כי מסי' האשפוזים בגלל אבעבועות בארה"ב צומצם ב 80%!! מאז הוחל לחסן באופן שגרתי נגד המחלה. במאמר מערכת שנכתב בידי פרופ' אן גרשון, מומחית בעלת שם בין לאומי במחלות זיהומיות בילדים, היא מעלה את השאלה האם מנת חיסון אחת מספקת? (כיום רק ילדים מעל גיל 13 שנה מקבלים מנת דחף כחודש לאחר החיסון הראשון). היא משבחת את החיסון שניתן כבר ל 30 מליון ילדים בארה"ב עם מעוט אפסי של תופעות לוואי. היא מציינת שלא

וד התפרצות של אבעבועות רוח בילדים מחוסנים, והפעם הפרסום בעיתון היוקרתי ניו אינגלנד

זהו מחקר היוצא מבית ה-CDC האמריקאי, שגורר אחריו מאמר מערכת של העיתון.

התפרצות אבעבועות רוח ארעה במעון-יום פרטי בקהילה קטנה בניו המפשייר, ארה"ב. על פי ההגדרה מחלה בילדים מחוסנים היא זו שפורצת לפחות 42 יום אחרי החיסון (לפני כן, עדיין קיימת אפשרות של דגירה בזמן החיסון). במעון למדו 92 ילדים. ההתפרצות התרחשה בסוף 2001. מתוך 25 מקרי אבעבועות, 17 (68%) ארעו בילדים שחוסנו נגד אבעבועות. המחלה לא הופיעה באף ילד שחלה טבעית במחלה בעבר. המחלה במחוסנים הייתה קלה יותר מבחינת: מספר הנגעים, משך המחלה, ומספר ימי היעדרות מהמעון, וזאת בהשוואה לחולים שלא חוסנו. אחוז הנדבקים בילדים לא מחוסנים היה 85.7% לעומת 48% במחוסנים.

Galil, K. Lee, B et al: Outbreak of Varicella at a day-care center despite vaccination. NEJM, 347:1909-1915, 2002
Editorial: Gershon, A. Varicella vaccine- Are two doses better than one? NEJM, 347:1962-1963, 2002

תסמונת רומינציה בילדים ומתבגרים: אבחנה טיפול ופרוגנוזה

מאחר והתסמונת אינה ידועה הילדים עוברים בירורים יקרים ומיותרים, ומאובחנים כסובלים מרפלוקס ושטי, אנורקסיה או בולמיה נרבוזה, וכד'. על מנת לאפיין את התסמונת החוקרים בדקו את תיקיהם של כל הילדים מגיל 5 שנים ועד 20 שנבדקו במאי-קליניק בשנים

התסמונת מתבטאת בהעלאת גירה או פליטת מזון שנאכל לאחרונה. בד"כ הארוע אינו מלווה בסימפטומים כגון כאבי בטן, צרבת או בחילה. אמנם רומינציה שכיחה יותר בתינוקות ובילדים עם איחור התפתחותי אך מופיעה גם במתבגרים ומבוגרים נורמליים.

העורכים:

ד"ר אלי הרינג, ד"ר יצחק לוי

שתתפים:

ד"ר צחי גרוסמן, ד"ר מרים הרמן, ד"ר זאב חורב, ד"ר אלי גולה, ד"ר צבי כהן, ד"ר אבי פכט, ד"ר מיקי שטיין

תובת מערכת:

מרכז בריאות הילד- טירת הכרמל רח' ששת הימים 30, טירת הכרמל טל. 04-8574316 04-8574922, פקס. 04-8574318

תוצה

ועד חיפ"א מודה לכל אלה שתרמו
להצלחתו הכבירה של כינוס החורף באילת:
המרצים המוזמנים ומציגי העבודות
המקוריות
חברות התרופות
חברת "עידן חדש בתיירות"
וצוות מלון "רויאל ביץ" אילת

כינוס אילת online!

כשרות לחברים, חיפ"א מעמידה לרשותכם
ולעיונכם את המצגות של כל ההרצאות
והעבודות מהכינוס.
היכנסו ל-

www.pediatrics.co.il

רישאו היוחנכס:

כינוס Europediatrics 2003

בתאריכים 19-22 לאוקטובר 2003, פראג

קריאה לתקצירים : call for abstracts

תאריך אחרון למשלוח תקצירים - 1/4/2003

פרטים באתר הכינוס:

www.kenes.com/europaediatrics2003

אתר חיפ"א לציבור הרחב

ROFEYELADIM.CO.IL

עלה לאוויר!!!

באתר מידע רב בנושאים שונים ברפואת ילדים המכוונים לציבור ההורים

אנו מצפים לחשיפה גבוהה של האתר לציבור

רופאי ילדים המעוניינים לענות על שאלות גולשים המופנים למערכת האתר
מוזמנים ליצור קשר עם העורך דרך האתר עצמו

דיקות הדמיה לתינוקות וילדים עם זיהום בדרכי השתן

חשיבות רק אם טיפול אנטיביוטי הינו אפקטיבי במניעה של זיהומים חוזרים והצטלקויות בכליה, דבר שלא הוכח באופן חד משמעי עד כה. לדברי החוקרים, מעקב צמוד על ידי בדיקות שתן כללית ותרבות בכל מיקרה של מחלת חום אצל ילדים עם עבר של זד"ש תביא לאבחון וטיפול מקדמים וקרוב לוודאי תמנע בעתיד את הצורך בביצוע מיפוי כליות. עוד טוענים החוקרים כי כיום רוב האמהות עוברות בדיקה על שימעות תוך רחמי של העובר אחרי השבוע ה-18. כאשר בדיקה זו מבוצעת בידיים מנוסות היא מהווה כלי אבחוני מצוין לאבחנת הידרונפרוזיס. לפיכך, אם נוכל לקבל את תוצאות הבדיקה התוך רחמית אצל ילדים עם זד"ש הדבר עשוי לחסוך בדיקות הדמיה מיותרות בזמן האירוע החרף. במילים אחרות ניתן להבין ממחברי המאמר כי יש להגביל את האבחון ההדמייתי לאחר זד"ש לבדיקת ציסטוגרפיה בלבד ומעקב צמוד אחרי ילדים עם עבר של זד"ש. יש לציין כי בכל מקרה של חוסר תגובה מספקת לטיפול, מסה הנמושה בבטן, קיום אבני כליות או ממצא כלשהו בבדיקה על שימעות תוך רחמית מחייבים בדיקה על שימעות נוספת להדמיית הכליות. בדיקה זו עדיין נחשבת בדיקה יעילה וזולה יחסית לאבחנת מומי כליות.

טופלו על ידי צפיפים (CEFEPIME) דרך הוריד ולאחר מכן CEFIXIME דרך הפה לעומת טיפול פומי בלבד על ידי CEFIXIME. במסגרת מחקר זה נערכו בדיקות ההדמיה הבאות: בדיקה על שימעות כליות ודרכי השתן וכן מיפוי כליות תוך כדי אשפוז. ציסטוגרפיה חודש לאחר האשפוז ומיפוי כליות עם DMSA שישה חדשים לאחר מכן. תוצאות בדיקה העל שימעות היו נורמליות ב-88% מכלל הילדים. באותם ילדים אשר הדגימו אנומליות כליותיות הדבר לא שינה את מהלך הטיפול. פיאלונפריטיס חריפה אובחנה על ידי מיפוי בשלב החרף ב-61% מכלל הילדים. ציסטוגרפיה אשר בוצעה חודש לאחר האשפוז הדגימה רפלקס ב-39% מהילדים. מתוך אלו ל-96% היה רפלקס בדרגה 1-3, ולא נמצאו ילדים עם רפלקס בדרגה 5. מיפוי חוזר לאבחנת הצטלקויות בכליה נעשה ל-89% מהילדים מתוכם ל-9.5% נמצאה עדות להצטלקות. מסקנת החוקרים הייתה כי לבדיקה על שימעות הנעשית במסגרת אשפוז בשלב החרף יש ערך מוגבל בלבד מאחר ולא הצליחה לגלות את מרבית המקרים בהם אובחן רפלקס. מיפוי כליות בשלב החרף לא שינה את מהלך הטיפול. ציסטוגרפיה הנה בעלת

הנזק הכלייתי לטווח רחוק הקשור לזיהומי דרכי השתן (זד"ש) בילדים הביא לשימוש שגרתי ונרחב בבדיקות הדמיה בחולים אלו. במשך מספר שנים בדיקה על שימעות של הכליות ודרכי השתן ביחד עם ציסטוגרפיה על מנת לאבחן מומים אנטומיים ורפלקס וסיקו-אורטרלי (להלן רפלקס) הפכו לעיבוד סטנדרטי המעוגן בהמלצות האקדמיה האמריקאית לרפואת ילדים בילדים עם זיהום מוכח בדרכי השתן. בנוסף, מיפוי כליות עם DMSA בשלב החרף על מנת לאבחן דלקת בכליות-פיאלונפריטיס ומעקב נוסף על ידי מיפוי לאבחון הצטלקויות בכליות הומלצו על ידי מספר קבוצות חוקרים. למרות הערך התיאורטי בביצוע בדיקות הדמיה אלו בילדים עם זיהומי דרכי השתן, רק מעט מחקרים איכותיים בדקו את הערך של בדיקות הדמיה אלו. בגיליון חודש ינואר של ה-NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE פורסם מחקר הבודק האם שימוש באמצעי הדמיה אלו הביא לשינוי בטיפול של אותם ילדים או גרם לשינוי כלשהו בתוצאות לטווח רחוק. במסגרת מחקר רב מרכזי אשר בדק את יעילות הטיפול האנטיביוטי הפומי כנגד הטיפול התוך ורידי בזד"ש בילדים בין גיל 1-24 חדשים. הילדים

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, JANUARY 16, 2003.

ק עקועים וסיכון לבעיות התנהגות במתבגרים

אלימות ובעיות בבי"ס) וקעקועים. החוקרים מסכמים וכותבים שקעקועים הינם סמן פשוט, הנצפה בבדיקה גופנית, ומחייב המשך בירור על הרגלי המתבגר. כמו כן הציור עצמו יכול להעיד על תדמית הגוף של המתבגר/ת, כמו התספורת, הלבוש וכד' ויכולים לעזור בהבנת הצרכים של המטופלים ולהתאים את הטיפול וההדרכה.

לא נמצא קשר משמעותי בין מין הנשאלים ושכונת המגורים. 11.6% מהנערים והנערות שעברו קעקוע דווחו על כך ששלושת חבריהם הקרובים ביותר עישנו, שתו אלכוהול או עישנו סמים בחודש האחרון לעומת 3.5% מאלה שלא עברו קעקוע. נמצא קשר משמעותי סטטיסטי בין כל הנתונים על התנהגות בסיכון גבוה (יחסי מין, עישון צריכת סמים, שתיית אלכוהול,

5837 נערים ונערות בגילאים 11-21 נשאלו בנושא המצאות קעקועים קבועים על גופם וכן שאלות נוספות בנושאים סוציודמוגרפיים והתנהגותיים. הגיל הממוצע לביצוע הקעקוע היה 16.8 שנים. שכיחות הקעקועים גבוהה יותר בבני נוער ממשפחות חד הוריות, ומעמד סוציאקונומי נמוך.

Pediatrics 12/2002



בחסות
MeadJohnson
Nutritionals
פרמהבסט
מכון אגריקה ✓

לסימפטומים. ירידה במשקל דווחה ובעיקר בבנות, לכן הפרעות אכילה הינן אחת האבחנות האפשריות במקרים אלה אך רק 3.4% מהחולים סבלו מהפרעת אכילה. סה"כ מדובר בתסמונת שפירה למרות הירידה במשקל, החסרת ימי לימודים/עבודה. זיהוי מוקדם של החולים יפחית את מספר הבדיקות המיותרות והאשפוזים. ההמלצות לקריטריונים האבחנותיים לתסמונת רומינציה לפחות 6 שבועות, שאינם בהכרח עוקבים, של פליטות אוכל שנאכל לאחרונה במשך 12 חודשים וכן:

1. התופעות מתחילות תוך 30 דקות מתחילת הארוחה.
2. מלווה בפליטה או בליעה חוזרת של תוכן הקיבה.
3. מפסיקה תוך 90 דקות או כאשר התוכן נעשה חומצי.
4. אין חסימה מכנית
5. ללא תגובה לטיפול סטנדרטי ברפלקס ושטי.
6. ללא תופעות דומות בשינה

Pediatrics 1/2003

US, CT אנדוסקופיות, ניטור חומציות הושט ומדידת הלחצים בושט, קיבה ותריריון. בממוצע כל חולה עבר 3.3 בדיקות (טווח 0-8) ל 127 פציינטים הוצע טיפול התנהגותי. לשאר הוצע טיפול תרופתי. Outcome data היו קיימים ל 54 חולים אשר טופלו קיבלו טיפולים התנהגותיים, ביופידבק, תרגילי הרגעה והדרכה לנשימה סרעפתית בעת תחילת האירוע. 16 פציינטים החלימו, 30 מצבם השתפר. סה"כ שיפור נמצא ב 85.1% מהחולים.

דיון: במחקר זה נמצא שאיחור בריקון הקיבה נמצא ב 46% מהחולים. יש לפרש תוצאות אלה בזהירות מאחר והעלאת גירה גרמה להאטת הגעת המזון המסומן לחלק הדיסטלי של הקיבה. כמו כן פליטת ארוחת הבדיקה עלולה לגרום להפסקת הבדיקה.

בדיקה מנומטרת של מערכת העיכול הינה קשה טכנית ולא קיימת בכל ביי"ח. רק ל 40% מ 65 הנבדקים היתה תוצאה חיובית. ניטור חומציות הושט אינו מומלץ מאחר והרפלקס הינו תוצאה ולא גורם

1975-2000 עקב התסמונת. זוהו 147 חולים עם רומינציה שאובחנה בממוצע בגיל 15 למרות שהסימפטומים נמשכו כשנתיים. בנים אובחנו בגיל צעיר יותר מאשר בנות (11, 13.8 בהתאמה). למרות שהתלונה העיקרית אצל רובם, למעשה התיאור היה של פליטת מזון ללא מאמץ, למעט מחולה אחד. הפליטות הופיעו בין רבע שעה לחצי שעה לאחר האוכל. ונמשכו עד 80 דקות לאחר הארוחה.

ב 10% מהחולים נמצא גורם למתח נפשי שבעטיי הופיעה התסמונת.

תלונות נוספות היו כאבי בטן (38.1%), עצירות (21.1%), בחילה (17%) שלשולים (8.2%).

42.2% התלוננו על ירידה במשקל. לפני הפנייה למאי-קליניק 78 פציינטים טופלו בתרופות שונות בהתאם לסימפטומים, אך ללא הטבה.

93 פציינטים עברו בירור מעבדתי שהיה תקין למעט מקרה אחד של היפרקלמיה בילד שאובחן קודם לכן כסובל מתסמונת בארט. כמו כן בוצעו בדיקות הדמייה כגון

טיפול אנטיביוטי בנזלת מוגלתית

אולם בהעדר EBM שבדק ספציפית את הנזלת הירוקה, כפי שעלה מן הדברים שנאמרו לעיל, ייתכן שחלק מן הילדים כן יהנו מטיפול אנטיביוטי. ה-NNT לנזלת כלשהי מעל 10 ימים, לפי Cochrane, היא 1 ל-8, אך אין נתונים לגבי מתחת ל-10 ימים, לגבי ירוקה מול שקופה וכו'.

מכאן שגם קשה לזהות מי הם הילדים שיהנו מהטיפול האנטיביוטי. אלו מצבים שגם עמדת ההורים נכנסת לשיקול: ישנם כאלה שיהיו מוכנים לחכות 10 ימים, ויהיו כאלה שלא, ואין לנו הכלים לזהות מי מילדיהם עשוי להנות מהטיפול ומי לא. גם כאן, כמו ב-Otitis Media, נדרש שיקול דעת מהרופא תוך התחשבות בעמדת ההורים ואחד הפתרונות, שנבחנו בדלקת אוזניים וייתכן שהוא ישים גם כאן הוא שיטת ה- delayed prescribing: לתת להורים מרשם ולהסביר שינסו להתאפק ולתת למצב לעבור לבד, ואם לא יחלוף- יממשו את המרשם.

בשנת 2002 התפרסמה ב-Cochrane Library סקירה על בסיס עקרונות EBM, שבחנה את שאלת היעילות של טיפול אנטיביוטי להפרשה ממושכת מהאף מעל 10 ימים. מסקנת הסקירה, על סמך יחסית מספר קטן של עבודות טובות בנושא, היא שטיפול אנטיביוטי ל- 10 ימים יעיל במצב זה בטווח הקצר והבינוני. מספר הילדים שצריכים להיות מטופלים כדי לראות יעילות (NNT) הוא 8;8 ילדים צריכים להיות מטופלים כדי להשיג ריפוי אחד. גם על מסקנה זו חולקים מחברי המאמר שלנו, תוך כדי שהם קובעים שהסקירה ב-Cochrane לא התייחסה לנזלת מוגלתית ירוקה, אלא להמשך נזלת כלשהו מעל 10 ימים. עבודות בודדות ביותר שבדקו את נושא הנזלת הירוקה באופן ספציפי, הראו יעילות גבוהה יותר מאשר כלל העבודות. היכן זה מעמיד אותנו הרופאים בבואנו לטפל בילד עם הנזלת הירוקה? קרוב לודאי שרוב המקרים הם self limited, וצריך להסביר זאת להורים.

ריניטיס מוקופורולנטית מהווה מרכיב של common cold, ובתור שכזו, אין צורך לטפל בה בטיפול אנטיביוטי. למרות זאת, עבודות רבות מראות שהרופא נוטה להתרשם מצבע הנזלת ונזלת ירוקה מכפילה את הסיכוי למרשם אנטיביוטי מהרופא. במאמר זה סוקרים החוקרים את המסקנות הקיימות במאגרי מידע של

Evidence Based Medicine (EBM) לגבי הגישה הנכונה לנזלת מוגלתית חריפה. מאמר שפורסם ב-Pediatrics בשנת 1998 קובע על סמך קריטריונים של EBM שנזלת מוגלתית אינה אינדיקציה לטיפול אנטיביוטי, אלא אם כן נמשכה מעל 10-14 ימים. החוקרים במאמר שלנו מביעים תמיחה על נחרצות מסקנה זו, ובודקים שוב את העבודות שעל פיהן נקבעה המסקנה. לדעתם, עבודות אלו לוקות בחסר, מבחינות שונות, ובעיקר משום שה- outcome הספציפי- נזלת מוגלתית - לא הובא פעמים רבות בחשבון אלא יותר ה- outcome של Common cold, שבו ברור שטיפול אנטיביוטי אינו משפיע.

BMJ, 325: 1311-1312 December 2002

