

רגישות אלרגית לתרופות

לפני מספר שנים נכנסה למרפאתי גברת קשישה עצובת מבט. גילה לפי המחשב היה 85 שנה. הגברת ספרה כי הופיעה לה פריחה והרופא שלה חשד שאחת התרופות גרמת לה לתופעה והפנה לברור של אלרגיה לתרופה. מיד שאלתי אילו תרופות את מקבלת. הפציינטית דווקא הייתה מוכנה לשאלה ושלפה באחת שקיות גדולה ורוקנה את תוכנה על שולחני והעיפה בי מבט בוחן מאתגר. על השולחן היו פרושות מעל 30 סוגי תרופות. נהיר היה לי די ברור שלא יתכן שהיא נוטלת את כולן. כאשר ראתה את מבטי המוטרד אמרה לי הפציינטית, דוקטור, אני לא כול כך מוטרדת מה"אלרגיה" אני גם לא לוקחת את כל התרופות האלו. אבל אני בודדה וחייבת לצאת ולדבר עם מישהו. רווח לי, ושוחחנו כרבע שעה ונפרדנו, שנינו היינו מרוצים. בדומה לסיפור של אלרגיה לחלב בתינוקות, שם הרבה תופעות "אלרגית" או פריחות נוטים ליחס לחלב כי זה המזון העיקרי של התינוק והוא תמיד או תוך כדי שתית חלב או סמוך לסיום הארוחה כך בגיל היותר מבוגר אנו צורכים כל כך הרבה תרופות שלא תמיד ברור האם המחלה גרמה לתופעה או התרופה. עובדה זו והעדר כלים אבחנתיים מספקים, הופכים את נושא ברור האלרגיה לתרופות לאתגר אבחנתי אמיתי.

תרופות גם כשהן נחוצות עשויות לגרום לתופעות לא רצויות. כבר קדמונו הכירו בכך כנראה, הכינוי הותיק של תרופה בעברית הנו "סם", ואכן לסם משמעות כפולה, יכול להועיל אך גם להזיק. תופעות לוואי מתרופות הן סיבת המוות השישית בשכיחותה בחולים מאושפזים בארה"ב. מתוך אלו תופעות הלוואי האלרגיות ודמויות האלרגיה מהוות בין 6% ל 10%. אחת מכל 10,000 תגובות אלרגיות לתרופות מסתיימות במוות. אלרגיות לתרופות הן תופעות לוואי הנובעות מתגובה של מערכת החיסון (המערכת האימונולוגית) לתרופה, או לאחד מתוצרי פירוקה. תגובות אלו מתבטאות בדפוסים צפויים של תופעות קליניות הנוטים לחזור אצל אותו מטופל בחשיפות חוזרות לאותה תרופה. תגובות דמויות אלרגיה (אנפילקטואידיות) הן אלה שההסתמנות הקלינית בהן דומה לתגובות אלרגיות, אלא שהמנגנון שגרם להופעתן אינו תלוי במערכת החיסונית ואינו מתווך על ידי נוגדנים.

מיון התגובות

המשותף לכל התגובות האימונולוגיות הוא:

1. הן מתרחשות במספר קטן של חולים
2. חשיפה קודמת לתרופה היא תנאי מוקדם להתרחשותן
3. הן מתפתחות במהירות לאחר חשיפה חוזרת,
4. מנגנון המחלה מוכר כתגובה אימונולוגית.

כדי להבין את הייחודיות של אלרגיה לתרופות נחוץ תחילה בהסבר קטן בכימיה. [ההסבר מיועד למי שלא זוכר מלימודיו בתיכון, ויסלחו לי אלה להם ההסבר מיותר.] החלק הקטן ביותר של החומר שהנו בעל תכונות החומר נקרא "מולקולה". המולקולה מורכבת התרכבות של יסודות כמו חמצן, מימן, פחמן ועוד. כאשר מספר מרכיבים קטן או גדול יכול להתחבר למולקולה. כאשר יש מרכיבים רבים אזי המשקל המולקולארי הנו גדול וכאשר בודדים אזי המשקל המולקולארי נמוך. המשקל המולקולרי יכול לנוע בין מספרים בודדים כמו 18 (מים) ועד למאות אלפים. חומר על מנת שיקבל תכונות של אלרגן, ז"א כדי שיפעל כגורם אלרגיה חייב להיות בעל משקל מולקולרי די גדול, ז"א חייב להגיע לסף מינימאלי.

תרופות בעלות משקל מולקולרי גבוה, אינסולין למשל, מועדות לגרום לתגובות אלרגיות בשל היותן גורם אלרגני (אנטיגן) שלם. לעומתן, תרופות בעלות משקל מולקולרי נמוך, כדוגמת פניצילין, לא יכולות

לגרום לאלרגיה אלא אם כן מתחברות לאחד מחלבוני הנסיוב ורק אז, השילוב יגיע לסף ויחד ישמשו כאלרגן.

סיווג המנגנונים של תגובות אלרגיות לתרופות

תגובות מהסוג ה-I הן תגובות מיידיות המופיעות תוך דקות עד שעה מרגע החשיפה לחומר. אלו הן התגובות המתווכות ע"י נוגדן IgE ייחודי. כדי שתופעה כזו תתרחש יש צורך בחשיפה קודמת לתרופה. התופעות הן כמו בתגובות אלרגיות אחרות; פריחה דמוית עקיצות, נפיחות שפתיים ועפעפיים, בצקת של הלוע, צפצופים וקוצר נשימה, ירידת לחץ דם עד איבוד הכרה ומוות. תגובות מהסוג ה-II, ה-III, וה-IV מתווכות ע"י נוגדנים אחרים (לא IgE) אלא ע"י חלבוני משלים, מכלולים חיסוניים ותאי מערכת החיסון. התגובות האלו הן יכולות לגרום לתופעות מגוונות מאד וכוללות: פגיעה כלתית, פגיעה בדפנות כלי הדם, חום, ירידה בספירת הטסיות, חסר דם, דלקת בפרקים, תפרחות שונות, ודלקת עור ממגע.

גורמי סיכון לפיתוח תגובה אלרגית לתרופה

גורמי הסיכון לפיתוח תגובה אלרגית לתרופה הם ייחודיים לתרופה ולמטופל:

גורמים הקשורים לתרופה:

1. אפיוני מבנה, גודל התרופה ואופן פירוקה. תרופות חלבוניות גדולות (הורמונים) יגרמו ליותר תגובות אלרגיות מאשר מולקולות קטנות. תוצרי פרוק של תרופה בעלי נטיית להקשר לחלבוני הדם (לדוגמה: פניצילין) יגרמו ליותר תגובות מאשר תרופות שאינן נקשרות לחלבונים.
2. מידת החשיפה לתרופה (מנה, משך ותדירות). טיפול תרופתי לאורך זמן מועד לגרום ליותר תגובות מאשר מנה חד – פעמית. נטילת מחזורי טיפול תכופים וחוזרים עם אותה התרופה עלולים לגרום לתגובה אלרגית יותר מאשר נטילת מחזורי טיפול בודדים במרווח של שנים.
3. אופן הגשת התרופה. תרופות הניתנות מקומית (משחות) או תוך ורידית גורמות יותר לתגובות אלרגיות מאשר אלו הניתנות דרך הפה.
4. חשוב לזכור שלצורך העניין דין תרופות קונבנציונליות כדין תרופות "טבעיות" או תוספי מזון. אלה וגם אלה עשויות לגרום לתופעות אלרגיות על פי הכללים הרשומים למעלה.

גורמים הקשורים למטופל:

1. התגובות האלרגיות לתרופות הן פחות נפוצות וקלות יותר בילדים.
2. נשים נוטות לפתח יותר תגובות אלרגיות לתרופות מגברים.
3. ילדיהם של הורים רגישים לתרופות הם בקבוצת סיכון לפתח רגישות לתרופות יותר מאשר האוכלוסייה הכללית.
4. מחלות המתרחשות במקביל לנטילת תרופות עלולות להעלות את הסיכוי לתגובה אלרגית לתרופה או להגביר את עוצמתה. לדוגמה: חולי HIV (אייДС) מפתחים רגישות לתרופות ממשפחת הסולפה בשכיחות של עד 50%. תגובותיהם האלרגיות של חולי האסתמה, למרות שלא בהכרח יותר שכיחות, קשות מאלו של מי שאינם סובלים מאסתמה.
5. מחלות כרוניות המצריכות טיפול תרופתי ממושך או חוזר באותה תרופה מאפשרות לגוף לפתח את מנגנון הריגוש ומעלות את הסיכוי להופעת תגובה אלרגית.

אבחון הרגישות לתרופות

כאמור אבחון אלרגיה לתרופה מהווה אתגר אבחנתי. החולה אמור לתרום הרבה בתהליך האבחון. תאור אופי התגובה מהווה נדבך חשוב באבחנה.

אם התרחשה תגובה אלרגית אופיינית, כמו פריחה חרלתית (אורטיקריה) או התקף קוצר נשימה מלווה בפריחה, המתרחשת תוך דקות עד שעות ספורות לאחר נטילת תרופה המוכרת כאלרגנית (למשל פניצילין) מחשידה מאד את התרופה וניתן להניח כי התרופה גרמה לתופעה וכבר ברמת הרופא הראשוני ניתן לתת לחולה את התווית של אלרגי לתרופה זו עד אשר יוכח אחרת.

אולם, במרבית המקרים ההתרחשות מורכבת יותר. חולה ממוצע בבית חולים מקבל תוך כדי אשפוז כ-8 תרופות במקביל, וחולים עם בעיות כרוניות מקבלים בדרך כלל יותר מתרופה אחת בו זמנית ולאורך זמן. לכן בירור האלרגיה מצריך שימוש בכלים בלשיים. כאשר הרופא מתבקש להעריך אם התגובה היא אלרגית ולאילו מהתרופות, עליו לקבל מידע מדויק על רקעו של החולה, מבחינת תגובות אלרגיות בעבר, ותאור מפורט של התגובה הנוכחית. יש לתעד נתונים כרונולוגיים מדויקים על התרופות השונות, תחילת השימוש בהן והקשר בינן לבין תחילת התלונות. לאחר איסוף הנתונים חשוב לבדוק את הנתונים הקיימים בספרות ולדרג את התרופות לפי מידת האלרגניות שלהן. כאן מתחיל לעיתים תהליך של ניסוי ותעייה. לאחר עיבוד המידע, יש להפסיק את השימוש בתרופות החשודות ביותר ובמידת האפשר, להפסיק את השימוש בכל התרופות למשך כחודש ימים.

לאחר נסיגת התופעות הבלתי רצויות ניתן להמשיך בבירור. אלו בדיקות של ניסוי ותעייה בה הרופא מנצל את ידיעותיו. מה ניתן לברר מעבר לכך? וביתר דיוק, נשאלת השאלה,

מה ניתן לבצע בבדיקות אלרגיה?

לצערנו אין אפשרות לאבחן ע"י "טסטים" עוריים, את האלרגיות לרוב התרופות. תבחנים אלו פשוט לא קיימים. אין החומרים הדרושים לביצוע תבחנים אלו, אם מסיבה טכנית או מה שיותר נפוץ בגלל שהמנגנון בה התרופה גורמת לתופעת הלוואי אינה ניתנת כלל להיבדק ע"י "טסטים" או בדיקות דם מקבילות. אולם פטור בלא כלום אי אפשר.

למרות האמור לעיל, אם התופעה האלרגית מתאימה לתגובה מהסוג הראשון, ז"א מתווכת ע"י IgE יש אפשרות לבצע אבחון הרגישות בעזרת תבחני עור או בדיקת RAST ל-IgE ספציפית (בדיקות דם לאלרגיה – פרק 2). כאן באה הבעיה הטכנית. קיים מבחר מצומצם של חומרים מסחריים אמינים, לצורך תבחני עור או בדיקת RAST לתרופות. את אלו נזכיר בהמשך בדיון על תרופות ספציפיות. נעשו ניסיונות רבים לבדוק ע"י "בדיקות דם מיוחדות" אלרגיה לתרופות. מבין אלו יש את בדיקת ה MIF שזכתה לפופולריות בעבר ויש כאלו שעדיין משתמשים בה. לתבחין MIF לתרופות אין משמעות אבחנתית ואין אפשרות להבדיל באמצעות בדיקה זו בין תרופות שגרמו לתגובה אלרגית, לבין תרופות שהחולה רק נחשף אליהן ולא גרמו לתגובה.

במקרים מיוחדים (למשל ברגישות לכימותרפיה או חומרי אלחוש) יוכל רופא מומחה לאלרגיה להשתמש בריכוז נמוך מאוד של התרופה ולבצע תבחין עורי למרות שהתבחין אינו קיים באופן מסחרי ושיגרתו. למבחינים אלו יעילות חלקית בלבד.

במקרים בהם לא ניתן לבצע תבחין עור לתרופה חיונית, יש מקום לביצוע תגר, בו ניתנת התרופה החשודה במינונים קטנים, תוך עליה הדרגתית במינון, עד להופעת תגובה אלרגית חוזרת, או עד מתן מינון מלא ללא תגובה. תגר כזה מתבצע במרפאות אלרגיה המצוידות בהתאם, ע"מ לטפל בתופעה האלרגית אם תתרחש. בשום מקרה אין לבצע תגר במרפאה ראשונית ללא גיבוי של צוות וציוד מתאים.

במקרים בהם קיים חשד לתגובה מהסוג הרביעי, קימת אפשרות לבצע תבחני מטלית (ראה פרק 11). במקרה של תופעת לוואי נדירה הנקראת תסמונת סטיוון-גונסון יש להימנע מתגר חוזר עם התרופה ולהיזהר משימוש בה העתיד, מאחר ותגובה מסוג זה עלולה להיות קטלנית.

הטיפול בתגובה חריפה

בשלב החריף של תגובה אלרגית לתרופה ניתן טיפול סימפטומטי, לדוגמה, טיפול בתגובה מהסוג הראשון עשוי לכלול אדרנלין ואנטיהיסטמינים. בשאר התגובות יש לנהוג על פי חומרת התגובה והאיברים הפגועים. במקרים בהם יש מעורבות מוגבלת של העור, די בדרך כלל בטיפול באנטיהיסטמינים. במקרים מפושטים ובאלה עם חשד לתסמונת ע"ש Steven - Johnson, ישקול הרופא טיפול בסטרואידים. במקרים של מעורבות כליתית, המטולוגית, או פגיעה במערכות נוספות לעור, יש לטפל בהתאם לסוג הפגיעה.

רגישות לתרופות ספציפיות

בסקירה מסוג זה לא ניתן לדון בכל התרופות והחומרים המועדים לגרום תופעות של רגישות יתר. אציג כדוגמה מספר תרופות שגורמות לתופעות של רגישות יתר באופן שכיח. כל אחת מהן גורמת לתופעות במנגנון שונה ואופן האבחון והטיפול בתופעות הוא שונה.

רגישות לפניצילין

פניצילין הוא מולקולה אנטיביוטית קטנה העלולה לגרום לתופעות אלרגיות בכל אחד מארבעת המנגנונים שהוזכרו למעלה. בכל מקרה של רגישות לתרופה יש להימנע משימוש בתרופה וניגזרותיה בעתיד. במצבים בהם לא קיימת חלופה אנטיביוטית לפניצילין, ניתן לבצע בירור נרחב יותר של הרגישות כולל ביצוע תבחני עור. תבחני העור האמינים ובדוקים ביותר קיימים לתכשירים אלו. לא, לא מדובר בשריטה שהאחות הייתה עושה פעם לכל חולה לפני שקיבל פניצילין. בדיקה זו לא אמינה ואין בה תועלת של ממש. שהפניצילין עובר פירוק לאחר נטילתו והחלקים עוברים קישור לחלבון כדי להיות אלרגני, יש צורך להשתמש בחומרי הפירוק. קיים חומר מסחרי לרוב חומרי הפירוק אולם עלותו גבוהה. בשנת 2004 הורד חומר זה Pre-Pen מהמדפים ע"י ה FDA ועדיין לא קיים תכשיר מסחרי מאושר. יתר על כן קיימים חומרי פירוק היציבים רק לכ 24 שעות וחייבים להכניסם לכל נבדק. סירבול זה של הבדיקה והעובדה שקיימים בשוק תחליפים לפניצילין גרמו לכך שכיום מעדיפים לתת תחליף ולא לבדוק. מאידך גיסא, הגדרת חולה כ "אלרגי לפניצילין" הפכה שכיחה ביותר. בהעדר בדיקה זמינה החתמת של רגישות לפניצילין הפכה לתווית קבועה. לכן בעולם יש היום נטייה לבצע יותר בדיקות אלו. תבחין עור שלילי שולל בודאות של כ 98% אלרגיה לפניצילין. כאמור כל העולם ממתין לתכשיר מאושר חדש אשר לא יגי למדפים במהלך 2006.

חולים קשים אשר נמצאו אלרגיים לפניצילין וחייבים דווקא תרופה זו יכולים לעבור תהליך של חיסון מהיר - "דנסטיזציה". פעולה זו מאפשרת ע"י מתן הדרגתי של התרופה ביטול הרגישות לתקופה קצרה מאחר ומדובר בתהליך מסורבל הוא נעשה רק במקרים שאין חלופה לפניצילין והטיפול חיוני. יש לזכור שמידת הרגישות הצולבת בין פינצילינים לתרופות בעלות מבנה דומה כגון צפלוספורינים, אינה עולה על 5%, והחולים עם התווית של אלרגיה מפניצילין אינם צריכים להימנע מצפלוספורין דרך הפה. למרות האמור לעיל במידה והאירוע בו נקבע אלרגיה לפניצילין היה אירוע קשה של אנאפילקסיס יש להיוועץ ברופא מומחה לאלרגיה לפני נטילת צפלוספורינים.

רגישות לאספרין ונוגדי דלקת שאינם סטרואידים (Non Steroidal Antiinflammatory Drugs -NSAID)

אספרין ונוגדי דלקת לא סטרואידיים (נדא"ס) עלולים לגרום לתופעות של רגישות יתר המתבטאות בפריחה עורית, גירוי עיני, נזלת, קוצר נשימה עד תגובה אנפילקטית נרחבת. התופעות יכולות להופיע כולן כאחת או רק בחלקן. המנגנון שגורם לתופעות לא אופייני כראוי, אך נראה שמעורבים בו לויקוטריאנים, שרמתם בדם עולה כחלק ממנגנון הפעולה של התרופה. באופן עקרוני יש שני סוגי תופעות לNSAID.

א. תופעות עוריות של חרלת ואנגיואדמה. מתן NSAID יכול להיות ההדק להופעת חרלת כרונית או מאיץ להחמרת המחלה. במקרים אחרים יופיעו תופעות חד פעמיות של בצקות – אנגיואדמה – לאחר נטילת תרופות אלו.

ב. רגישות לאספירין אצל חולים אסתמטיים. אחוז קטן של חולים אסתמטיים מבוגרים – בד"כ חולים עם אסתמה לא אלרגית – (intrinsic asthma) סובלים מרגישות לאספירין. אלו בחשיפה לאספירין עלולים לחוות אירוע קשה של קוצר נשימה עד כדי צורך בהנשמה. לחולים אלו בד"כ גם סינוסיטס חוזרת כרונית ופוליפים.

למרות שמעולם לא הודגם מנגנון של תגובה דרך IgE יתכן שבחלק מזערי של החולים הוא קיים כי יש בכ"ז חולים הרגישים רק לסוג אחד או סוגים ספורים של NSAID.

חולים הרגישים לNSAID חייבים להיות מודעים לרגישות לחומרים אלו, לשאת מסמך המעיד על כך ולידע את הרופא והרוקח על רגישות זו. מתן תכשירים אלו לחולים רגישים בהזרקה עלול להסתיים במוות.

כאשר מטופל סובל מתגובה של רגישות יתר לאחת התרופות ממשפחת נדא"ס הוא עלול להיות רגיש לכל נוגדי הדלקת האחרים ועליו להימנע משימוש בכלם, למעט פראצטמול (אקמול). אין עדיין בספרות מספיק נתונים באשר לבטיחות השימוש ב-נדא"ס החדשים, (סלברה, ויוקס-בנתיים אלו נעלמו מהשוק – שוב ה-FDA) אצל אנשים רגישים ל- נדא"ס, למרות שנראה שאלו גורמים לפחות תופעות. אין כיום תבחין עורי או טסט מעבדתי היכול לאושש או להפריך חשד לרגישות ל- נדא"ס. במקרים בהם המטופל רגיש, על פי ההיסטוריה הרפואית שלו, וזקוק בכל זאת לטיפול ב- נדא"ס (למשל, בכאבים ראומטיים), יש מקום להפנותו לתגר במסגרת בית חולים. תגר כזה יבוצע בדרך כלל עם נדא"ס אליו לא נחשף המטופל בעבר. קיימים מספר פרוטוקולים לביצוע התגר, חלקם ממליץ על תגר ממושך של בין 1-3 ימים ובמקומות מסוימים קיים פרוטוקול מקוצר. גם במקרה זה כאשר יש צורך חשוב במתן אספירין כגון במקרים בהם חולה הסובל ממחלה טרשתית רגיש לאספירין, מומלץ לבצע תהליך של ביטול ריגוש (דסנסיטיזציה) לאספירין. כמו בתהליך שתואר קודם לכן, לגבי פניצילין. דסנסיטיזציה לאספירין נעשית במרפאות אלרגיה, בשום מקרה אין לבצעו במרפאה ראשונית ללא גיבוי מתאים.

רגישות לחומרי ניגוד

בבדיקות הדמיה ברנטגן נעשה שימוש נרחב בחומרי ניגוד רנטגניים. (Radiocontrast material) האטומים לקרינה ומשפרים את איכות ההדמיה. תגובות לא רצויות להזרקת חומרי ניגוד מתרחשות בשכיחות של עד 8% מהנבדקים. התגובה המסוכנת ביניהן היא התגובה האנפילקטואידית העלולה לגרום למוות. קיימים סוגים שונים של חומרי ניגוד, מרביתם מורכבים ממולקולות גדולות המכילות יוד. מכאן התפתחה האמונה של רגישות ליוד. אמונה זו כל כך השתרשה עד שיש הממליצים לחולים עם רגישות לחומרים אלו להימנע מלאכול דגים... חד משמעית, **היוד אינו גורם לתגובות אלרגיות**, אך המבנה היוני (המטען החשמלי) וצמיגותן הגבוהה של התמיסות המצויות בשימוש גורמים לתופעות אנפילקטואידיות. חומרי הניגוד פועלים על מערכות פיסולוגיות שונות ללא תיווך של נוגדני IgE. לכן תבחין עורי או תבחין תגר אינם יעילים לזיהוי רגישות לחומרי ניגוד. כאמור, היוד המצוי בחומרי ניגוד אינו גורם לאף אחת מתופעות הלוואי שהוזכרו, כך שגם באנשים הרגישים לחומר ניגוד מותר להשתמש ביוד לכל מטרה אחרת (למשל לטיפול בבלוטת התריס). ההפך נכון גם כן: אין קשר בין רגישות ליוד שמקורו למשל בחומרי חיטוי לבין רגישות להזרקת חומר ניגוד.

- שלוש קבוצות מטופלים הן בסיכון גבוה לפתח תגובה לא רצויה לחומרי ניגוד:
- א. אנשים שהגיבו לחומר ניגוד בעבר.
 - ב. חולים עם אסתמה פעילה – למרות שנושא זה לא לגמרי מוסכם על כולם.
 - ג. מטופלים בחוסמי בטא.

בחולים המשתייכים לאחת מקבוצות הסיכון יש לשקול את הצורך בבדיקה המצריכה שימוש בחומר ניגוד ולהשתמש באמצעי דימות חלופיים. במקרים בהם המחלה מחייבת בדיקה עם הזרקת חומר ניגוד, במטופל השייך לאחת מקבוצות הסיכון הנ"ל, יש להשתמש בחומר ניגוד מונומרי לא-יוני. לאנשים שהגיבו בעבר להזרקת חומר ניגוד (קבוצה א') יש לבצע הכנה תרופתית ע"י מתן סטרואידים ואנטיהיסטימינים בשעות שלפני ההזרקה.

חומרי ניגוד נוספים, אשר הנפוץ ביניהם הוא פלואורסצאין המשמש להדמיית כלי דם בעין, עלולים לגרום לתופעות אלרגיות. למרות שמדובר בחומר שונה לחלוטין מבחינת מבנהו מחומר ניגוד רנטגני תופעות הלוואי דומות בחלקן (הסמקה, גרד, תפרחת, קוצר נשימה וכיו"ב). גם במקרה זה המנגנון האחראי לתופעות הלוואי אינו ידוע. באנשים שהגיבו בעבר להזרקת פלואורסצאין או ממליצים על הכנה תרופתית לפני ההזרקה הבאה, לפי פרוטוקול זהה לזה המומלץ לרגישים לחומר ניגוד רנטגני.

רגישות למאלחשים [חומרים להרדמה]

רגישות לחומרי אלחוש (הרדמה) מהווה בעיה מטרידה מאד. רבים החולים המסתובבים עם תווית של רגישות לחומרי אלחוש מקומיים. מקור החרדות הללו לרוב הוא בחדרי רופאי השיניים. קיימים זשני חומרים עיקריים המשמשים לאלחוש מקומי, לידוקאין ומפיואקאין. לשני חומרים אלו יש תיאור מפורט ומקובל של תבחין עור ותגר. נדיר ביותר שאלו חיוביים. בכ"ז אף רופא שיניים לא יעשה אלחוש מקומי בחולה אשר מדווח על רגישות לחומרים אלו. בעיה יותר חמורה היא רגישות לחומרי אלחוש להרדמה כללית. מגוון חומרים משמש לתהליך זה כאשר החומרים שגורמים לאלרגיה בשכיחות הרבה ביותר הם חומרי מרפי השרירים. חומרים אלו גורמים לאלרגיה המתווכת ע"י IgE ומכאן סכנתם.

אלרגיה ללטקס (גומי) :

נושא זה לא שייך למעשה לפרק זה אולם היות ונפגעים ממנו עובדי רפואה רבים נדחק למקום זה. לטקס מופק מהצומח והוא מרכיב מרכזי בתעשיות הגומי. מוצרי מכילי לטקס הם רבים מספור. נמנה כאן אחדים: כפפות גומי המשמשות רופאים ועובדי רפואה כולל רופאי שיניים. צנורות המשמשים ברפואה לצרכים מגוונים, ולהבדיל קנדומים שבעקבות מהפכת האיידס והנוגד של "מין בטוח" הפכו להיות שלאגר. בשנים האחרונות השכיחות של אלרגיה ללטקס הולכת והטופכת להיות בעיה מרכזית. שלוש קבוצות אוכלוסייה חשופות במיוחד.

1. עובדי רפואה כולל כירורגים, אחיות חדר ניתוח וטיפול נמרץ.
2. חולים הזקוקים לצנרור תכוף. למשל חולים אשר לא מסוגלים לשלוט בסוגרים וחייבים להשתמש בקטטר ע"מ לרוקן את שלפוחית השתן.
3. חולים עם אלרגיה למזונות אשר להם אלרגיה צולבת עם לטקס – אבוקדו, קיווי בננה בעיקר ראה גם פרק 6.

אבחנה של אלרגיה ללטקס הנה פשוטה למדי – קיים תבחין עור סטנדרטי. פתרון טיפולי לא לגמרי פשוט. אנשים נאלצים לעיתים להחליף מקום עבודה. החלפת מקום עבודה שכיחה בעיקר אצל עובדי רפואה. אחיות העובדות בטיפול נמרץ או בחדר ניתוח אמנם יכולות לכאורה להשתמש בכפפות נטולות לטקס אולם אלו אינן נוחות ולא מאפשרות רגש בידיים כמו כפפות הלטקס. בנוסף, גם ללא מגע ישיר בלטקס יש אלרגיה לחומרים המועברים באוויר. דבר זה גורם שאם יש בחדר אחרים המשתמשים בחומרים המכילים לטקס האדם האלרגי יכול להחשף ולסבול מנזלות ואסתמה. אלרגיה זו היא מתווכת IgE והיא מיידית. קיימות גם אלרגיות שממגע למוצרי גומי אלו נזכרו בפרק 11.

חומרים אחרים: חומרים נוספים הגורמים לאלרגיה לתרופות בשכיחות מסוימת וראויים לפחות לאזכור כוללים: אינסולין, חומרים נוגדי פרכוס, חומרים כמיים למחלות ממאירות והפרין.

סיכום

תגובות של רגישות יתר לתרופות מהוות לעתים תכופות מקור לתסכול ודאגה, הן למטופל והן לרופא. הבנת ההבדלים בין התגובות החיסוניות לתופעות לוואי וידיעת גורמי הסיכון של המטופל, עשויות לעזור מאד לרופא בבחירת התרופות הנכונות ובהימנעות מאחרות. משום כך חשוב לנהל רישום של תגובות העבר ושמות התרופות החשודות. בכל פניה לטיפול רפואי חשוב לציין תגובות אלה. הכרת אמצעי האבחון, ביצוע תבחני העור והתגר ויישום של תהליכי דה-סנסיטיזציה, נותנים בידי הרופא דרכים