

התינוק המצפצף

איזו אימא יכול לעמוד בפני התינוק המשתעל, לא רק שהיא מודאגת, גם הסבתא מודאגת שלא לדבר על השכנות שעוקבות מהצד ותורמות עצות למכביר. בנסיבות אלו מעט מאד אמהות צעירות יכולות להישאר שלוות. הרוב נלחצות. כל הלחץ הזה מתנקז לחדרו של רופא הילדים ולסלון המשפחתי. "התינוק חולה כל הזמן", "לתינוק יש ברונכיט, רק שלא יפתח אסתמה", "קראנו בעיתון שאינוקוקוסוס וזה נפאלי ו... מחזקים את המערכת החיסונית", "האם כבר הפסקת לתת חלב פרה?" "והומאופתיה כבר ניסית...?" משפטי מחץ אלו נשמעים חדשות לבקרים במפגשי זוגות צעירים וגם בחדר ההמתנה של הרופא. ועוד לא הגענו לכמויות המידע, לא תמיד בדוק, ה"נגלש" מהאינטרנט. אין ספק שמחלות דרכי הנשימה מהוות בעיה מספר אחת בגיל הינקות. למי מתינוקות אלו יש אסתמה, מה ניתן לעשות אם בכלל?

אסתמה של תינוקות

אחת המחלות המטרידות הורים צעירים היא אסתמה של התינוק. מדובר באירוע דרמטי למדי המתחיל בגיל מאד צעיר עם השלכות אפשריות לכל החיים. לא ניתן להתעלם מהתינוק סובל, המשפחה מודאגת והרופא מודאג. יתכן גם שעל רקע זה לא מעטים מההורים גם מאוכזבים מטיפול של רופא הילדים. "עוד פעם אנטיביוטיקה, עוד אינהלציה...דוקטור, מה יהיה הסוף?" אנתנו גומרים מחלה אחת ומיידי מתחילים את ההתקף הבא. תינוקות מצפצפים מהווים מסה חשובה ביותר בשגרת מרפאתו של רופא הילדים בקהילה ובביה"ח, במיוחד בחודשי החורף. אין מרפאה של רופא ילדים נתון שילדים מצפצפים מהווים פחות מ-50% מחדר ההמתנה בכל יום נתון בחודשי החורף. הורים יקרים, יש תקווה!!! שימו לב בשום מרפאה של רופא ילדים אין הרבה ילדים בני חמש ומעלה המצפצפים. היכן נעלמו כל האסתמטיים?? !!

לא מדובר רק באימא היהודיה הדואגת ובדודות היהודיות המנדבות עצות אף אם לא התבקשו. אסתמה של תינוקות הנה בעיה כל עולמית. במדינת אריזונה שבארה"ב עקבו אחר קבוצת ילדים מהלידה עד גיל 6 נמצא כי 49% (כן ארבעים ותשע אחוז) מהילדים סבלו ממחלה שהתבטאה בצפצופים. חלקם החלו מוקדם, חלקם לאחר גיל 3 וחלקם לכל אורך התקופה. היות ואין למחצית מהאוכלוסייה אסתמה ברור שלא כל ילד שמצפצף יש לסמן כאסתמטי. אדרבא, רק חלק קטן מהם, פחות מחמישית יסבלו מאסתמה, והיתר לא יסבלו מאסתמה. עד כאן הסטטיסטיקה, אבל במציאות כל תינוק הוא שלם וההורים מבקשים תשובה למקרה הפרטי שלהם. תפקיד הרופא לנסות לאבחן מי מהתינוקות המצפצפים אכן סובל או עלול לסבול מאסתמה. תפקיד לא פשוט כלל וכלל.

סימנים

תינוקות לא מסוגלים לספר מה מציק להם לכן אבחנה של קושי נשימה, אסתמה, ברונכיט מתבסס רק על ממצאים גופניים. התינוק בהתקף חריף יגלה אי שקט, בכי, נשימה מהירה ושיעול. הורים מנוסים ורגועים יכולים להעריך לבד את דרגת הקושי של ההתקף. אחד המדדים הפשוטים ונוחים לשימוש הוא ספירת קצב הנשימה. קצב הנשימה הנורמלי משנה מגיל לגיל ובין ערנות לשינה. יש להתייחס לקצב נשימה במנוחה, רצוי בשינה כמדד השוואתי. קצב מעל 50-40 נשימות (בשינה) לדקה הנו קצב מהיר בכל גיל. ניתן גם להסתכל על האף. תינוק במצוקה נשימתית ירחיב את כנפי הנחיריים בכל נשימה. הורים מנוסים גם יבחינו במתיחת שרירי הצוואר וכיווצים חזקים של בית החזה. כל אלו סימנים של שימוש בשרירי עזר, ז"א התינוק מגייס אמצעים מעבר למשאבים בהם משתמש לנשום בד"כ.

ההתקף

ההתקף יכול להתחיל במספר צורות, נמנה כאן את היותר אופייניות;
האחת, מחלת חם, בד"כ בחורף חם שיעול מלווה בקושי נשימה,
השניה, מחלה ללא חם אך עם נזלת וסימנים נוספים. כאשר המחלה מלווה בחום מדובר בד"כ במחלה ויראלית. "וירוס"...., אני יודע כאשר שומעים וירוס הנטייה לחשוב "שוב, הרופא לא יודע בדיוק והוא רק הרוצה להתחמק מתשובה" למעשה, יש בכך משהוא מן האמת. לא מדובר בחוסר ידע אלא יותר בתסכול. ישנם וירוסים רבים היכולים לגרום למחלות בדרכי הנשימה ורבים מהם מתבטאים בצפופים ושיעול. חלק מוירוסים אלו יותר מוגדרים והידוע בניהם הוא ה RSV (Respiratory Syncytial Virus) לא אין זה ה SARS. מדובר על וירוס התוקף תינוקות בחדשי החיים הראשונים, בחדשי החורף ומתבטא ביצירת מחלה עם קשיי נשימה שיכולים להיות קשים מאד, חם בד"כ גבוה וממצאים בצילום חזה. בחודשי החורף נפגעי וירוס זה מהווים אחוז נכבד של תינוקות מאושפזי מחלקות הילדים. לפעמים גם ההתאוששות ממנו ממושכת. תינוקות רבים מנפגעי RSV ממשיכים לסבול מהתקפים של קושי נשימה עם הפוגות ביניהן כאשר השאלה הנצחית האם התקפים אלו הם מ"זנבות" המחלה הראשונה או מדובר באסתמה. שאלה שהתשובה עליה לא פשוטה ולפעמים רק העתיד מספק את הפתרון.

התיאור לעיל מדגים הסתמנות שכיחה של צפופים בתינוקות. אבל יש גם הסתמנויות אחרות. התקפי קושי נשימה יכולים להתחיל ללא כל אירוע דרמטי ראשוני. תינוקות אלו מתחילים בהדרגה לפתח נזלת ושיעול, כאשר האימא כבר יודעת "אוההו זה מתחיל" ואכן התינוק מתחיל סיבוב נוסף. אופייני שהתקפים אלו שכיחים מייד לאחר חשיפת התינוק לילדים אחרים ע"י מטפלת, מעון, או גן בכל האתרים האלו נחשף התינוק לסביבת ילדים נוספים. ההסבר לתופעה נעוץ ב"לב הרחב" של תינוקות, תינוקות נוטים להיות נדבנים מאד בהקשר לוירוסים. בה במידה שאינם אוהבים לשתף תינוקות אחרים בצעצועים כך, אולי כפיצוי... הם ששים להעביר וירוסים. אלו, הוירוסים עוברים מאחד לשני כמו להבה, זה שמקבל מקבל את מלא הכמות כאשר התורם לא מפסיד כלום...
סוג שלישי של תינוקות מצפופים "כל הזמן" או כמעט כל הזמן. חלק מהם חולים קשים ואילו באחרים הצפוף משמש מעין רקע קבוע, כאשר ההורים וכל "צוות המודאגים והיועצים" ממלאים את חלקם במחזה: מודאגים, יועצים ומלחיצים ואילו התינוק מאושר וגדל. תינוקות אלו זכו לכינוי "Happy Wheezer", צפופנים מאושרים. התינוקות אולי מאושרים ההורים לא כל כך....

טיפול וניהול

כעת כאשר זכינו להכיר את סוגי הצפופים הצעירים (כל אחד יכול לנסות לסווג את שלו) נראה כיצד מומלץ לטפל ולנהל את המחלה. במחלות ממושכות המושג ניהול, שמשמעותו פעולה המשכית, יותר מתאים מטיפול שמשמעותו פעולה חד פעמית.
יש להפריד בין הטיפול בהתקף החריף בו המצב די פשוט – דהיינו מתן מרחיבי סמפונות ובתוספת סטרואידים באינהלציה או דרך הפה.
אמרתי "די פשוט" למרות שגם הטיפול במחלה החריפה אינו חד משמעי. התגובה של תינוקות למתן מרחיבי סמפונות ואף למתן סטרואידים אינה כה אחידה וחזויה כמו בילדים גדולים או מבוגרים. לכן יש לבדוק (וזה תפקיד הרופא) שאכן יש תגובה לטיפול. בלא מעט מיקרים ניתן טיפול לא יעיל רק מתוך הרגל...

למי להציע טיפול מונע קבוע?

הבעיה העיקרית מתעוררת לאחר חלוף השלב החריף. בפרק הקודם דנו בחשיבות הטיפול המונע באסתמה. תזכורת, המטרות של לטיפול מונע קבוע באסתמה הן שתיים; למנוע סבל ממחלות חוזרות ולמנוע נזק עתידי לסמפונות לריאות – תהליך שכינינו בפרק הקודם Remodeling.

מניעת רמודלינג חשובה ביותר ולכן הנורמה הרפואית הנוכחית ממליצה על טיפול מונע קבוע לכל האסתמטיים. ושוב עולה שאלת השאלות "מי מבין הצפצפנים הקטנים אכן אסתמטי". להדגמת היקף הבעיה אני מזכיר שוב את עבודתו מרטינו אשר הראה שבקוהורט של ילדים אשר היו במעקב עד גיל 6 שנים, 49% צפצפו בשלב זה או אחר. ביועדנו כי שכיחות האסתמה היא 10-5% ברור ש 80-90% הפעוטות המצפצפים אינם אסתמטיים, אלו אותם שנעלמו מחדר ההמתנה של רופא הילדים!! ילדים כמובן אינם בסיכון לפתח שינויים כרוניים בסמפונות ועל כן אינם זקוקים לטיפול מונע קבוע. **כן, למי שלא הפנים, מדובר על לפחות 80% מהתינוקות המצפצפים, אינם סובלים מאסתמה ואין לכן מקום לטיפול מונע קבוע, אלא רק לטיפול במחלה אקטיבית.** גם מיטב המומחים בישראל לא יודעים לאבחן אסתמה בודאות בגילאים הללו. ההנחיות הישראליות לאבחון וטיפול באסתמה (פורסם ע"י הסתדרות הרפואית בישראל ב1997 ועודכן ב1998 ו2000) **נאמר במפורש כי אבחון אסתמה בגילאים הצעירים – עד 5 שנים – אף פעם לא ודאי.**

מי אם כן סובל מאסתמה? הדרך הטובה ביותר לענות על שאלה זו – (עד אשר ימצא הגן...) היא להיעזר בעובדה שכמעט 100% של החולים ובמיוחד הצעירים עם אסתמה הנם אלרגיים. ז"א תינוק מצפצף ואלרגי הנו בעל סיכוי של יותר מכפול לסבול מאסתמה מאשר תינוק מצפצף ולא אלרגי. הבעיה שנתרה היא שלא כל הילדים שיהיו אלרגיים בעתיד הם בעלי תבחין עור חיובי בינקות, ולכן לא תמיד נתן לזהותם. מאידך, אלו בעלי תבחין עור חיובי – ז"א האטופיים, הנם בקבוצת סיכון לפתח אסתמה. לתינוקות האלרגיים נוסף גם את אלו עם סיפור משפחתי של אלרגיה ואסתמה, במיוחד סיפור משפחתי אימהי חיובי. לכן לסיכום תינוק מצפצף עם רקע גנטי אלרגי הנו בסיכון לסבול מאסתמה והוא (או היא) מעומדים לטיפול מונע קבוע. זו המחשה ברורה של הצורך **בהדגמת הרקע הגנטי אלרגי**, לפני החלטה על טיפול מונע קבוע.

גישה זו שאני כבר מקדם מזה כעשור לא מקובלת על כל הרופאים בישראל. יש הטוענים שאני מונע בגישה זו טיפול מתינוקות הזקוקים לכך. הרבה דיו נשפך על נייר בויכוח. לדעתי ב11 למאי 2006 חלה תפנית. העיתון הידוע ביותר ברפואה ה- *New England Journal of Medicine* פרסם שני מאמרים המראים כי הימנעוץ מטיפול אינה גורם נזק ארוך טווח. הראשון תאר ילדים בגילאים 4-2 שנים אשר קבלו סטרואידים באינהלציה במשך 24 חודש!!! ילדים אלו היו תינוקות בסיכון, ז"א עם הוכחה לקיום נטיה אלרגית. במהלך 24 החודש אכן היה יתרון אם כי לא מרשים למטופלים. אולם שנה מאוחר יותר לא ניתן היה לצפות בשום הבדל. מחקר זה נעשה בארה"ב. בדגמק בוצע מחקר בתינוקות בני 1 שנה. אלו טופלו במהלך שנה שלמה במשאף דרך "ספייסר". בתינוקות אלו לא נצפה שיפור אפילו במהלך הטיפול. לדעתי דרך המתן דרך ספייסר לא יעילה – ראה להלן, וכן לא נבחרו תינוקות מתאימים. בכל מקרה עתה אין אני חש שבמהלצותי הגני מסכן תינוקות. יתרון נוסף, כאשר אני ממליץ לתת טיפול מונע ההורים גם נענים.....

אין זאת אומרת שתינוק ללא אלרגיה או ללא רקע אלרגי לא ראוי לטיפול מונע, יש עדיין לקחת בחשבון שגם תינוקות אשר סובלים רבות מהתקפים אשר משבשים את מהלך החיים – כולל אשפוזים וגיחות לחדרי מיון ומוקדים הנם מועמדים ראויים לטיפול מונע קבוע. אולם לאו דווקא ע"מ למנוע Remodeling אלא כדי לאפשר חיים תקינים לתינוק ולמשפחה.

מה קורה באופן מעשי ?

לצערי קיים בלבול גדול בשטח ובהיעדר הנחיות חד משמעיות איש הישר בעיניו יעשה. הרופאים אשר די השתכנעו מהטיעונים בעד טיפול מונע קבוע נוטים להמליץ על טיפול מונע קבוע ע"י אינהלציות של סטרואידים. במאמר מוסגר אציין רק שעיקר הטיעונים המשכנעים בעד טיפול מונע קבוע באינפורמציה אשר נאספה במבוגרים או ילדים גדולים. ההורים אשר השתכנעו רק חלקית מתחילים ומפסיקים הטיפול חליפות וכל הזמן מחפשים יועצים חדשים, דעה שניה שלישית וטיפולים אלטרנטיביים. המצב די מזכיר את ההוא שקנה תרופות וזרקם לפח. כאשר נשאל לפשר מעשהו הסביר "חשתי ברע הלכתי לרופא – הרי הרופא צריך לחיות מטיפול בחולים- הרופא רשם לי תרופה וקניתי בבית המרקחת הרי הרוקח הצריך לחיות – זרקתי התרופה לפח – כי גם אני צריך לחיות....

נניח שצלחנו את השאלה הכבדה "למי להציע טיפול מונע קבוע?" אנו מגיעים לצומת הבאה,

" מה הוא הטיפול המונע המתאים ביותר? "

אין ספק כי במקרים בהם יש צורך בטיפול מונע, היעיל ביותר הנו מתן סטרואידים באינהלציה. יש הממליצים גם מתן סטרואידים בשיאוף דרך מתאמים שונים ספייסרס (Spacers) לדעתי אלו פחות יעילים, יעילותם נמוכה ביחס ישיר לגיל המטופל ככל שהתינוק צעיר יותר המתאם פחות יעיל. אולם למרבה הפלא יש מיקרים רבים שטיפול זה "עוזר", לדעתי מדובר באותם מקרים אשר לא היה צורך בטיפול מונע מהתחלה. לזכור מדובר במעל 80% מהתינוקות המצפצפים.....

לאחרונה מוצע טיפול מונע גם ע"י "סינגולייר". תרופה זו מתאימה למקרים קלים ומיקומה בשרשרת הטיפול עדיין לא עוצב כל צורכו. היתרון הגדול שאין תופעות לוואי וניתן לתת אותו דרך הפה ללא צורך באינהלציות ומתאמים.

אופציות טיפוליות נוספות הן טיפולים אנטי אלרגיים קלאסיים – כגון טיפול מונע סביבתי וטיפול חיסוני. טיפולים אלו נסקרים בפרק 14. נציין כאן כי הקושי באיתור התינוקות האלרגיים מקשה על ניצול מלא הפוטנציאל של טיפולים אלו.

לא נוכל לסיים פרק זה בלי להתייחס לאמרה כי "לא כל המצפצף הנו אסתמטי". בילדים קטנים עם צפצופים יש לנסות להגיע לאבחנה. ישנם מצבים רבים המסתתרים תחת התמונה של צפצופים. במיוחד יש להוציא מחשבון שאיפת גוף זר. תינוקות המתחילים להיות פעילים נוטים להכניס כל דבר לפה. צפצופים המתחילים באופן פתאומי ובמיוחד לאחר פרצי שיעול פתאומיים חייבים להדליק נורה אדומה. הרופא הבודק חייב ליתן את דעתו על אפשרות זו. גוף זר מתמקם בד"כ בסמפון מסוים ופועל כשסתום חד כיווני, דבר אשר יתבטא ב"צפצופים אזוריים" – המתאימים לאזור החסום. ישנם עוד מצבים המחקים אסתמה, רובם ככולם לא שכיחים אולם יש לנסות לאבחנם.

בתינוקות מקיאים או כאלו שלא עולים היטב במשקל יש לחשוב גם על שאיפת חומר קיבתי לריאות. תופעה המתבטאת אף היא בצפצופים.

חלב כשלעצמו אינו גורם ליתר ליחה ואינו גורם לאסתמה פרט לאותם מקרים נדירים בהם יש אלרגיה לחלב (ראה פרקים 6 ו 7) לכן הנוהל של מניעת חלב מתינוקות מצפצפים ומשתעלים אין לו תימוכין.