

בריאות ואיכות חיים

פצצה מתקתקת ושמה הפטיטיס C

נגיף הפטיטיס C הוא מחולל זיהומים הגורם לתחלואה קשה. כ-70 מיליון בני אדם בעולם הם נשאים לנגיף שלאחר הדבקה גורם לדלקת קשה בכבד. מהם התסמינים שלה ולמה חשוב שתהיה בדיקת סקר למחלה?

פרופ' אורן שיבולת פורסם: 10.06.20, 10:44

בשיתוף עמותת חץ

בגופם של כ-70,000 ישראלים מתקתקת פצצה. שמה של הפצצה הוא נגיף דלקת כבד מסוג C (הפטיטיס סי), ובמשך שנים הפצצה עלולה לגרום לנזק בכבד עד התפתחות שחמת וסרטן. למרבה הצער מרבית הנשאים א-תסמיניים ולכן אינם יודעים כלל על קיומה של הפצצה בגופם, ולא יידעו עליה עד אותו יום בו יקרה פיצוץ (סיבוך) והם יקבלו הודעה מפחידה על גילוי מחלת כבד כרונית. לו היו יודעים על קיומו של הנגיף, טיפול קצר בכדורים של 8-12 שבועות היה יכול להביא לריפוי מלא, הכחדת הנגיף ומניעת התקדמות המחלה.

נגיף הפטיטיס C הוא מחולל זיהומים הגורם לתחלואה גלובלית קשה. כ-70 מיליון בני אדם בעולם הם נשאים לנגיף. עקב מנגנון לא ידוע, הנגיף מסוגל להתחמק מהשמדה על ידי מערכת החיסון ולכן כ-80% מהאנשים הנחשפים לנגיף יהפכו לנשאים כרוניים. לאחר הדבקה, הנגיף גורם לדלקת בכבד ובמשך שנים רבות להתפתחות צלקות. כאשר מרבית רקמת הכבד מוחלפת על ידי צלקת מתפתחת שחמת.

חולי שחמת משנית להפטיטיס C חשופים בסיכון מוגבר להתפתחות סיבוכים כולל דימום ממערכת העיכול, הצטברות נוזל בחלל הבטן (מימת) ובסופו של דבר לכשל כבד וצורך בהשתלה. סיכון משמעותי הוא התפתחות סרטן. חולי שחמת על רקע הפטיטיס C מפתחים סרטן כבד בקצב של כ-4% בשנה. לכן, לחולה שחמת במשך 10 שנים, יש סיכוי של כ-40% לפתח סרטן.

במקביל לפגיעה בכבד נשאות לנגיף קשורה למחלות כליות, פרקים, עור ואף ללימפומה (ממאירות בלוטות לימפה). הידבקות בהפטיטיס C נעשית ע"י חשיפה לדם ומוצריו. עיקר הסכנה באנשים שקיבלו מנות דם לפני שנת 1992, אז התחילה בדיקת חובה של מנות דם בישראל לנגיף. דרך הדבקה נוספת היא שימוש בסמים בהזרקה ודרך שלישיית בפרוצדורות רפואיות שבוצעו בצורה לא סטרילית.

לדוגמה, במצרים בוצעה בשנות ה-50, תכנית חיסונים לאומית לטפילים במהלך המבצע חוסנו אלפי אנשים באותם מזרקים ורבים נדבקו בנגיף, לכן מצרים היא מדינה בעלת שכיחות גבוהה של הפטיטיס C (כ-13% מהאוכלוסייה הם נשאים (12 מיליון איש) לעומת כ-1.5% בארץ).



בדיקת סקר שתגלה נוכחות הנגיף בדם (צילום: shutterstock)

החל מסוף שנות ה-90 של המאה הקודמת קיים טיפול לנגיף, אולם בתחילת הדרך, הטיפול היה מסורבל וארוך, וכלל טיפול בזריקות וכדורים למשך שנה עם ריבוי תופעות לוואי. חולים רבים נאלצו להפסיק את הטיפול באמצע ולא הגיעו לריפוי. הסיכוי להכחדת הנגיף עמד על כ-50%. לפני כעשור חלה פריצת דרך בטיפול בהפטיטיס C עם פיתוח תרופות אנטי-נגיפיות בעלות פעילות ישירה כנגד הנגיף. התרופות ניתנות דרך הפה למשך 8-12 שבועות עם פרופיל תופעות לוואי נוח ואחוזי ריפוי של כ-95%. הטיפולים החדשים מאושרים בסל הבריאות לכול חולי הפטיטיס C בארץ.

ארגון הבריאות העולמי קבע מטרה להכחדת הנגיף בעולם עד שנת 2030. הארגון קבע מטרה להפחית ב-90% את ההדבקות החדשות בנגיף ולטפל ב-80% מהנשאים עד תאריך היעד. ב-2016 חתם פרופ' איתמר גרוטו על האמנה העולמית והתחייב בשם מדינת ישראל לעמוד ביעדי הארגון.

לכאורה, המצב טוב, קיימת מחלה קשה ולה טיפול יעיל ביותר, מי שיקבל את הטיפול יבריא. מה הבעיה אם כן?

הבעיה היא מציאת החולים! מכיון שהנשאים אינם תסמיניים ואינם יודעים על מחלתם, אינם פונים לרופא, אינם מאובחנים, אינם מקבלים טיפול והנגיף ממשיך להרוס את הכבד. בנוסף קיימים במערכת הבריאות בישראל 15,000 חולי הפטיטיס C ידועים שמסיבות שונות לא טופלו עדיין. גם חולים אלה הנקראים "רדומים", צריכים להגיע לטיפול. לציין, הבדיקה לאבחון נשאות היא בדיקת נוגדנים פשוטה בדם (סרולוגיה) שעלותה נמוכה.

במצבים דומים שבהן יש מחלה "סמויה מהעין", נהוג לבצע בדיקות סקר על מנת לגלות את החולים. דוגמה טובה היא בדיקות סקר לסרטן המעי הגס, המבוססת על בדיקות דם סמוי בצואה או קולונוסקופיה באוכלוסיות בסיכון.

מהי מחלה המתאימה לבדיקות סקר?

אפידמיולוגים מגדירים 5 תנאים שעליהם להתקיים על מנת שנוכל להגדיר התאמה לבדיקת סקר.

1. על המחלה להיות בעלת חשיבות רפואית גדולה ולהיות גורם תחלואה משמעותי-אין ספק שנגיף הפטיטיס C הוא אכן גורם כזה.
2. צריכה להיות תקופת התפתחות ארוכה שבה המחלה עדיין לא גרמה לנזק-אחרת אין משמעות לאיתור מוקדם. תקופה זו נקראת "תקופת החביון"-בהפטיטיס C תקופת החביון עומדת על עשרות שנים בין ההדבקה לנזק ומאפשרת התערבות יעילה.
3. צריכה להיות בדיקה אבחנתית קלה ופשוטה המאפשרת גילוי המחלה-בדיקת הסקר לנשאות לנגיף היא בדיקת נוגדנים, בדיקת דם פשוטה שעלותה 32 ₪.
4. צריך להיות טיפול יעיל, אחרת אין תועלת בגילוי-קיים טיפול יעיל ביותר.
5. עלות גילוי וטיפול בחולים צריך לעמוד בסטנדרטים מקובלים של עלות תועלת. מחקרים רבים הראו שעלות הטיפול בנגיף עולה לאין ערוך על עלות הטיפול בסיבוכים כגון טיפול בסרטן או הצורך בהשתלת כבד.

בהינתן הנתונים לעיל, מדובר במחלה העונה על כול הקריטריונים לבדיקת סקר מוצלחת. מתוך הבנה זו, הגדירה החברה הישראלית לחקר הכבד 4 קבוצות סיכון, בהן יש סיכוי גבוה למצוא את נגיף הפטיטיס והמליצה לבצע בדיקת סקר בכלם. מדובר באנשים שקיבלו מנת דם לפני שנת 1992, יוצאי חבר העמים לשעבר (שנדבקו במסגרת טיפולם רפואיים לא סטריליים שבוצעו בארצות אלה), מי שהשתמש אי פעם בסמים בהזרקה ואסירים. ההנחה היא שאם נסרוק באופן מלא את האוכלוסיות בסיכון נוכל לאתר כ-85% מכלל נשאי הפטיטיס C בארץ.

מזה כארבע שנים מתנהל ויכוח סוער בין רופאי הכבד ונציגי קופות החולים לגבי תכנית הסקר הלאומית להפטיטיס C. עיקר הוויכוח נובע מהחשש של קופות החולים שאם תיפתח תכנית סקר לאומית יצבאו מאות אלפים על סניפי הקופה במטרה לעבור בדיקת סקר. לאחר שיאתרו את הנשאים, יאלצו הקופות לממן טיפול לכולם והדבר יצור עומס כלכלי.

כמובן שלחשש זה אין בסיס. מניסיון שהצטבר בארצות רבות כולל צרפת, אוסטרליה, איסלנד וגאורגיה מסתבר שגם אם נפתחת תכנית סקר הרי שההתייחסות אליה היא טיפין טיפין. ולכן אין כמעט חשש שקופות החולים יאלצו להתמודד עם "ריצה על הבנק (run on the bank)".

כמו כן טוענות הקופות שעל מנת לבצע בדיקת סקר מוצלחת צריך מערך לוגיסטי גדול המצריך תקצוב. גם טענה זו מוטלת בספק מכיוון שישראלים רבים פונים לקופות בכול מקרה וניתן לבצע לפחות באופן חלקי, גם סקר אופורטוניסטי (מזדמן). בפועל, עדיף לבצע סקר יזום. עובדה היא, שחלק מהקופות בחרו להתמקד ב"רדומים"- אותם נשאים ידועים שלא טופלו. בעלות נמוכה, חריצות והתמדה הצליחו אותן קופות לרוקן את המאגרים של חולים אלה ללא מערך מתוחכם.

אחריות ביצוע בדיקות הסקר

נקודה חשובה לא פחות היא, מי יבצע את בדיקות הסקר? אין ספק, שמומחי הכבד המועטים הנמצאים בארץ, לא יצליחו להפעיל תכנית סקר אפקטיבית ולכן חשיבות גדולה לגייס את עזרת רופאי המשפחה, הניציבים בחזית המפגש עם הקהילה ובעלי נגישות גבוהה ותקשורת ישירה עם המטופלים.

רופאי המשפחה מוגבלים בזמן, ועלולים להיות חשופים מבחינה משפטית, אם יחויבו לעמוד בדרישות של בדיקת סקר ללא גיבוי. לדוגמה חולה שיתגלה עם שחמת יטען שרופא המשפחה היה אמור להציע לו בדיקת סקר. צריך לחשוב על תכנית אטרקטיבית לגיוס רופאי המשפחה לפרויקט המיגור של הפטיטיס C. התכנית יכולה לכלול תמרוץ כלכלי או אקדמי, מערכת מחשוב שתקל על הפניה לבדיקות-סקר ותיעוד, וכן הגנה משפטית במקרה של טעות. כמו כן מן הראוי להרחיב את מעגל המפנים לבדיקות סקר לכול עובדי הבריאות. מדוע אחות המחדשת מרשם לחולה שקיבל עירוי דם בעבר או דיאטנית הרואה חולה יליד ברית המועצות לשעבר לא תוכלנה להמליץ לבצע בדיקת סקר להפטיטיס C?

בימים אלה הציבור חשוף למגפה נגיפית מסוג אחד- מגפת הקורונה, חשוב וכדאי למנף את הבנת הציבור בנושא מחלות נגיפיות, דרכי הדבקה, בדיקות PCR ונוגדנים ולהפנות את הזרקור למחלה נגיפית אחרת, המשפיעה על עשרות אלפי ישראלים, שלה קיים טיפול יעיל. טיפול בנשאים בשלב מוקדם יאפשר חיסכון בבריאות אישית ובמשאבים לאומיים כדוגמת חיסכון בהשתלות אברים. נקודה נוספת היא, שחולי מחלות כבד כרוניות חשופים יותר למחלות נגיפיות דוגמת נגיף הקורונה ועלולים להיות חולים קשים יותר אם ידבקו. גילוי מוקדם

וטיפול יבטיח שחולים אלה, גם אם ידבקו בנגיף הקורונה, כעת או בגלים הבאים, יהיו במצב טוב יותר והסכנה למחלה קשה תפחת לאין ערוך.

לצערנו, פעמים רבות אנו נתקלים בקוצר ראייה והתמקדות במטרות קצרות טווח. בעולם בו קדנציה במשרד הבריאות היא בת שנתיים-שלוש, קשה לשכנע את קובעי המדיניות להשקיע בתכנית שתסתיים ב-2030 (זמן רב אחרי סיום הקדנציה) ושפירותיה הם במניעת תחלואה עתידית.

הסיכון הוא שעקב המצב הכלכלי הקשה, הקיצוץ הרחב, והפניית תקציבים לטיפול בנגיף הקורונה ובפתרון בעיות פוליטיות, תיזנח בשנים הקרובות מגפת ההפטיטיס C. במצב כזה, עשרות אלפי ישראלים שהיו יכולים לעבור בדיקת סקר, לקבל טיפול ולהבריא, ימשיכו למות מסרטן הכבד וסיבוכי שחמת, או שיגיעו להשתלת כבד. עלינו לנצל את שעת הרצון של הפניית משאבים למערכת הבריאות ולהתניע את תוכנית הסקר הלאומית ע"מ שנגיע לכול הנשאים ונרפא אותם, ושישראל תעמוד בהתחייבותה לאזרחיה בפני ארגון הבריאות העולמי למגר את נגיף ההפטיטיס C.

[עמותת חץ](#)

פרופ' אורן שבולת הוא יו"ר החברה הישראלית לחקר הכבד. מנהל המכון למחלות דרכי העיכול והכבד, המרכז הרפואי תל-אביב ואוניברסיטת תל-אביב.

בשיתוף עמותת חץ

.....