



## הודעת החוג למחלות מעי דלקתי בהקשר לוירוס הקורונה

נגיף הקורונה הינו וירוס שהמידע לגביו עדיין נצבר. לפי הידוע עד כה הוירוס מתפשט בדרך של פיזור מדרכי נשימה, ויתכן שגם במגע עם צואה (העברה fecal-oral). בנוסף, יתכן גם שיש הדבקה במגע דרך משטחים עליהם פוזר הנגיף.

ההסתמנות הטיפוסית נעה בין מחלה דמוית שפעת ועד למחלה ריאתית קשה וכשל רב מערכתי. רוב מקרי ההדבקה קלים (למעלה מ-80%) וכוללים תסמינים כגון חום, שיעול, כאבי שרירים, או אף שלשול במיעוט המקרים. תקופת הדגירה של המחלה (מההדבקה ועד להופעת תסמינים) לא עולה על 14 יום (לרוב תוך 6 ימים) ולכן ההמלצה לבידוד לפרק זמן זה בחשד לחשיפה. ממידע שהצטבר בעיקר מחולים בסין עולה כי חולים מבוגרים וקשישים וחולים עם מחלות רקע כגון סכרת, יתר לחץ דם או מחלות לב נמצאים בסיכון גבוה יותר לסיבוכי המחלה ואף למקרי מוות.

עד כה, לא ידוע על חולי קרוהן וקוליטיס שנדבקו בנגיף בסין או במדינות אחרות. אין גם מידע על חולים המקבלים תרופות מדכאות חיסון או תרופות ביולוגיות שנדבקו בנגיף.

לפיכך, ולאחר התייעצות עם פרופ' גילי רגב (מנהלת יחידת מניעת זיהומים בשיבא תל השומר ואחראית הטיפול בקורונה), המלצות החוג למחלות מעי דלקתיות הינן:

1. להימנע ממגע עם חולים במחלה דמוית שפעת או צינון או אנשים החשודים כחולים, או עם אנשים ששבו בשבועיים אחרונים מחו"ל (ואשר אמורים ממילא להיות בבידוד).
2. במידה ויש חום, צינון, שיעול או תסמיני שפעת יש להישאר בבידוד בבית, להתעדכן בהנחיות של משרד הבריאות ולפעול על פי הן וליצור קשר עם הצוות הרפואי המטפל ו/או המוקד של הקופה המבטחת. במידה ויש חום גבוה עם שיעול או קוצר נשימה יש לפנות למוקד מד"א 101 ולקבל הנחיות כיצד לפעול.
3. חולים בנגיף אמורים לשים מסכה להקטין פיזור הנגיף מהם לחלל (מטרתה העיקרית של המסכה היא להקטין פיזור הנגיף ממי שכבר חולה והדבקת אחרים). אין הוכחה כי חבישת מסכה על-ידי אדם שלא נדבק מגנה עליו/עליה בפני הידבקות. עם זאת, מאחר ואין נזק בלבישת מסכה אין גם מניעה מלשים אותה.
4. המלצתו האחרונה של משרד הבריאות הינה להימנע מהתקהלויות של מעל 10 אנשים בחלל אחד ולהשתדל לשמור על מרחק 2 מטר בין אדם לאדם, ככל שניתן. משרד הבריאות ממליץ גם להימנע מביקורים של מלווים בבתי חולים ובמוסדות לקשישים. יש לשים לב כי אין הנחיה לצמצם או להימנע מביקורי מטופלים בבתי חולים או במרפאות אם הביקור נדרש לטיפול השוטף, אך ניתן לשקול עם הרופא המטפל האם ניתן לדחות הביקור בלי לפגוע בטיפול ו/או לקבל היעוץ הרפואי בדרך מקוונת של טלה-רפואה. בכל מקרה אין להגיע לביקור מרפאה בבית חולים במידה ויש תסמיני שפעת.
5. למטופלים בתרופות מדכאות מערכת החיסון (תרופות ביולוגיות, אימורן, אזופי, פורינטול, מתוטרקסאט, או סטרואידים דרך הפה) המלצתו הקודמת של משרד הבריאות הייתה דומה לאלו שכעת חלות על כל האוכלוסייה. אין כעת המלצות ספיציפיות למדוכאי חיסון, אך מפאת הסיכון המוגבר שלהם, עליהם להקפיד שבעתיים על קיום ההנחיות בדבר הקטנת מגעים והקפדה על



היגיינה. עם זאת, יש לשים לב שאין הוראה להפסיק תרופות למחלת הקרוהן או הקוליטיס רק בגלל קיומה של מגפת הקורונה, וצריך להבין שהפסקת הטיפול בקרוהן או בקוליטיס מעלה הסיכון של החמרת מחלה פעילה או התלקחות מחלה שקטה שעשויים להוביל לסיבוכים משמעותיים.

במאמר שפורסם בימים האחרונים עולה כי מתוך 318 חולי IBD באזור מוקד התפרצות הקורונה בוואהן עצמה, 41% טופלו בתרופות מדכאות חיסון, ו-15% היו בעלי מחלות רקע אחרות. ב-7.5% מהם היה סיפור אפידמיולוגי של סיכון גבוה לחשיפה לקורונה (מעבר למגורים באזור התפשטות מקסימלי). חולים אלו הונחו להפסיק תרופות מדכאות חיסון עם פרוץ המגפה עלידי הצוות המטפל בוואהן. אף לא אחד מחולי IBD אלו נדבק בקורונה, אך 5 אושפזו עם החמרת מחלה, חולה אחד אושפז עם פרפורציה של המעי שדרשה ניתוח וחולה אחד עבר קולקטומיה (Ding Y, Lancet 2020). המסקנות שניתן להסיק מעבודה זו הינן שאפילו באזור שיא התפרצות הנגיף עם שכיחות הדבקה גבוהה מאוד, עדיין הדבקה של חולי IBD היתה נמוכה מאוד (ולמעשה לא קרתה). קשה לדעת האם חלק מהעדר הדבקה היה משני להפסקת הטיפולים ואמצעי בידוד קפדניים, אך ברור כי לעומת העדר מקרי הידבקות בנגיף היה שיעור מסוים לא מבוטל של סיבוכי IBD משמעותיים באותה תקופה באותה קבוצה ויש לקחת נתונים אלו בחשבון בעת ההמלצות לחולים. גם בצפון איטליה לא ממליצים מומחי IBD על הפסקת הטיפול (Silvio Danese & Gionata Fiorino, Personal communication) כפועל יוצא, עמדת החוג הינה שיש ככלל להמשיך טיפול בתרופות הקבועות, אך יש לשקול אמצעים להקטין מגעים של חולי IBD. בכלל זה יש לשקול:

- שימוש בטלה-רפואה ככל שניתן במקום ביקורים פיזיים במרפאות,
- ריווח פיזי של מטופלים באשפוז יום לעירווי תרופות כך שיישמר מרחק של שני מטר בין מטופל למטופל, ובעדיפות אם ניתן גם לרווח בזמן בין מטופלים באשפוז יום.
- אין המלצה גורפת בשלב זה לעבור לתרופות תת-עוריות במקום תרופות לוריד בכדי להקטין ביקורים באשפוז יום, הן מאחר ופורמולציות זהות של אותן התרופות אינן זמינות עדיין, והן מאחר ומעבר אלקטיבי מאינפליקסימאב לאדלימומאב נמצא בזמנו במחקר ה-SWITCH כקשור לעליה בשיעור התלקחויות של המחלה הבסיסית לאחר המעבר (Van-Asche G, Gastroenterology) (2008). עם זאת, במידה ורושמים התחלת טיפול ביולוגי בימים אלו, יש לשקול תיעדוף של טיפול תת עורי על פני טיפול תוך ורידי בכדי להקטין צורך בהגעה לאשפוז יום, אך רק במידה ולדעת הרופא המטפל טיפול תת עורי שווה ערך לטיפול תוך ורידי מכל בחינה אחרת במטופל הספיציפי.
- למרות שאין עדות כי טיפול משולב (קומבו) מעלה סיכון להדבקה ו/או מחלה קשה, יש לשקול פעם נוספת צורך בטיפול משולב לעומת מונותרפיה על בסיס כל חולה לגופו.
- במידה וחולה מפתח תסמיני שפעת בפועל, הרי שכנהוג עלפי המלצות ECCO בכל זיהום פעיל אחר, יש להפסיק תרופות אימונומודולטוריות/ביולוגיות ו/או סטרואידים עד חלוף התסמינים.

## בברכה

חברי ועד החוג למחלות מעי דלקתיות

פר' שומרון בן-חורין, ד"ר הנית ינאי, פר אורי קופילוב וד"ר אריאלה שטרית

וביעוץ פר' גילי רגב, מנהלת היחידה למניעת זיהומים, מרכז רפואי שיבא