

סימני מתיחה בעור הבטן במהלך היריון

תקציר:

סימני מתיחה בעור הבטן במהלך היריון הם התופעה השנייה בשכיחותה בעור לאחר שינויים צבעניים בעור. הסיבה להופעתם אינה ברורה, אך מניחים כי היא קשורה לשינויים מבניים בקולגן בהשפעת הרמות ההורמוניות המשתנות בזמן ההיריון. הם מופיעים לרוב בשליש השלישי להיריון וחולפים עצמונית כמספר חודשים לאחר הלידה. אין להם כל משמעות מבחינה רפואית, אך יש להם השפעה פסיכולוגית שלילית על הנשים הסובלות מהם. קיימים מספר אופני טיפול בתופעה, המתבססים על מריחה של תכשירים שונים על פני העור, אך רק לשימוש בשמן שקדים בעיסוי לעור, כמו גם לשימוש בתמצית מצמח הסנטלה, נמצא ערך מחקרי המוכיח יעילות מוגבלת. למרות זאת הוכח כי עצם השימוש בתכשירים השונים לטיפול בסימני מתיחה עוריים אלו משפר את הרגשת הנשים.

דוד רבינרסון^{2,1}
אוה מלצר¹
רינת גבאי-בן־זיו²

¹היחידה לאשפוז יום גינקולוגי - מרכז רפואי גולדה, ²בית החולים לנשים הלן שניידר, מרכז רפואי רבין, פתח תקווה

מילות מפתח:

סימני מתיחה בעור; היריון.
Striae gravidarum; Pregnancy

:KEY WORDS

בנושא שעליו נשאלים הרופאים לא מעט, בהתבסס על הספרות העדכנית.

הקדמה

סימני מתיחה בעור הבטן במהלך ההיריון (להלן סמ"ע), הידועים בשמם הרפואי כ-*Striae gravidarum*, הם תופעה שכיחה בעור במהלך היריון, ועשויים להופיע בשיעור של עד 90% מההריונות [1]. הם שניים בשכיחותם מכלל הנגעים בעור בנשים הרות לאחר שינויים צבעניים שמקורם בהשפעה אסטרוגנית [2]. למרות שלסמ"ע אין שום השלכה בריאותית משמעותית, הם בהחלט נתפשים כבעיה קוסמטית אשר מטרידה עד מדאיגה לא מעט נשים הרות - הן בהיבט הרגשי והן בהיבט הפסיכולוגי [3]. ממצא זה אושש על ידי Yamaguchi וחב' [4]. כמו כן, הם קיימים בכל גזעי בני האדם או הקבוצות האתניות [5].

סמ"ע מופיעים לרוב סביב החודש השישי עד השביעי להיריון [6]. סמ"ע נחשבים כשינוי פיזיולוגי הנובע מן השינויים החלים בגוף בכלל ובעור בפרט במהלך ההיריון ולא כמחלה. הם מופיעים כפסים אדומים או ארגמניים על פני עור הבטן, ולעיתים הם עשויים להתפשט גם לשדיים, בית השחי או לעכוזים ולירכיים [7]. תופעות אלו בעור נוטות לדהות ולהעלם לאחר הלידה תוך תקופה של כמספר חודשים [1]. למרות האמור עד כה, ועל אף ההשערה המובנית כי סמ"ע נגרמים מהמתחתות עור הבטן בשל גדילת הרחם במהלך ההיריון, הרי שהוכח כי אין קשר בין כמותם ופיזורם לבין גודל גוף האישה ההרה או קצב גדילת היקף הבטן במהלך ההיריון [8], אך קיימת מחלוקת סביב קביעה זו כפי שיפורט בהמשך. רופאי הנשים בקהילה העוסקים במעקבי היריון נשאלים לא אחת על נושא זה, ולרוב הם עצמם אינם יודעים מה להשיב לנשים המודאגות. מטרת סקירה זו היא לספק מידע

גורמים אפשריים של סמ"ע

אף על פי שהסיבה להופעת סמ"ע אינה ידועה בבירור, הרי שהוצעו מספר סיבות להופעתם, הכוללות: שינויים גנטיים, אנמנזה משפחתית, סוג העור של האישה, צבע העור, גיל צעיר של האם ההרה, משקל העובר, תזונה לקויה במהלך ההיריון וסוכרת היריון [6]. Osman וחב' [9] טוענים, כי מתיחת עור הבטן במהלך ההיריון נובעת משינויים הורמונליים פיזיולוגיים הקורים במהלך ההיריון. לדבריהם, השינויים ברמות האסטרוגן, הרלקסין וה-*ACTH* מקטינים את הדביקות בין סיבי הקולגן בעור.

השערה נוספת בדבר הסיבה להיווצרות סמ"ע היא השפעת ההורמונים שצוינו, ואשר רמתם משתנה במהלך ההיריון, זאת באמצעות יצירת סידור מיבני אחר של האלסטין והפיברילין בדרמיס [10]. Kasielska-Trojan וחב' [11] מצאו גורמי סיכון פוטנציאליים נוספים להעלאת שכיחות התופעה הכוללים אנמנזה משפחתית של התופעה, מסת גוף בסיסית גבוהה של ההרה, משקל לידה גבוה של העובר ומחלות כרוניות שונות. עוד מצאו חוקרים אלו כי נשים עם סימני מתיחה בעור על השדיים חשופות יותר להופעת סמ"ע, בעוד שבנשים שבהן סימני המתיחה בעור מופיעים בירכיים אין עלייה בשכיחות התפתחות סמ"ע בהריון.

Ghasemi וחב' [12] מצאו כי לאנמנזה משפחתית של סמ"ע, למסת הגוף הבזאלית הבסיסית ובמועד הלידה, להיקפי הבטן והירכיים של האישה ההרה, וכן למשקל, לגובה ולהיקף הראש של הילוד, קיים מיתאם חיובי ומשמעותי סטטיסטית מבחינת הסיכוי להתפתחות סמ"ע. לדעה זו על חשיבותה

לנוכח אי הנוחות והחשש המלווים נשים הרות, ובמיוחד צעירות בהריון הראשון מהופעת סמ"ע, הוצעו מספר שיטות טיפול המבוססות כולן על מריחת קרמים בעלי תכולה משתנה של חומר פעיל מסוגים שונים או שמנים מסוגים שונים כדי למזער את הופעתם או למנעם לחלוטין. בשני מחקרים שנבדקה בהם אוכלוסיה משולבת של 475 נשים הרות, לא נמצאה השפעה כלשהי של קרם המכיל חמאת קקאו בקרב אוכלוסיית נשים מלבנון ובקרב אוכלוסיית נשים כהות עור מג'מייקה [20,5]. השפעת הטיפול בשמן זית למניעת סמ"ע בקרב 100 נשים נבחנה במחקר מבוקר וכפול-סמיות שנערך באירן [21]. תוצאות מחקר זה העלו, כי מריחת שמן זית על עור הבטן גרמה לכך שמקרי הסמ"ע הקשים פחתו בקבוצת המחקר בהשוואה לקבוצת הבקרה, בעוד ששיעור הסמ"ע הקלים דווקא עלה. שתי התוצאות לא היו משמעותיות מבחינה סטטיסטית. חוקרים אלו מסכמים וקובעים שאין הוכחה לגבי יעילותו של שמן הזית למטרה זו, ומכאן שאין טעם להמליץ על השימוש בו.

במאמר אחר של אותה קבוצת חוקרים בקרב 150 נשים

בהריון הראשון, נבדק משלב של טיפול בשמן זית רג'ן (קרם) גוף פופולארי באירן המכיל סטארין, טריאטנולאמין, שמן שקדים וכן ביזוואקס, גליצרין ואמידין [7]. נמצאה השפעה חיובית בהקטנת שיעור הנשים שפיתחו סמ"ע בדרגה קלה, בינונית וקשה, אך ללא מובהקות סטטיסטית. חוקרים אלו הסיקו כי משלב טיפולי זה נמצא כיעיל בהפחתת כמות וחומרת הסמ"ע, אך לא ברמה של מובהקות סטטיסטית הנדרשת לשם קביעת קבילותן של התוצאות.

Kafkasli Tashan [6] בחנו את ההשפעה של שמן שקדים מרים על התפתחות סמ"ע בהריון ראשון – בקרב 47 נשים שתודרכו לעסות אותו אל תוך עורן, בקבוצה של 48 נשים שתודרכו רק למרוח את התכשיר על פני עורן ובקבוצת בקרה של 46 נשים שלא קיבלו טיפול. מן התוצאות עולה, כי בנשים שהשתמשו בשמן השקדים המרים באופן של עיסויו לתוך עורן הודגמה ירידה

בהיקף הסמ"ע שנמצאה משמעותית סטטיסטית בהשוואה לשתי הקבוצות האחרות.

במחקר סקירה מקיף מאת Wang Korgavkar [3], נבחנה השפעתם של תכשירים שונים למניעת סמ"ע או לצמצום התופעה או חומרתה. על פי סיכומם של חוקרים אלו, נמצא ערך חלקי לשמן שקדים בתנאי שהוא מעוסה לעור ולא רק נמרח על פניו. עוד נמצא ערך חלקי בשימוש בצמח מרפא מסוג Centella asiatica הגדל בדרום אסיה ונמצא שם בשימוש

של האנמנזה המשפחתית של האישה ההרה באשר לסיכוייה לפתח סמ"ע הצטרפו Findik וחב' [13], ברמת הסתברות של 0.23%. הם ציינו גורם סיכון נוסף להתפתחות סמ"ע: רמות נמוכות של ויטמין C בדם ($P=0.046$).

Buchanan וחב' [5] הגדירו בעבודתם גורמי סיכון כוללים: עור שחום, גיל אימהי צעיר בעת ההיריון, היריון ראשון ומסת גוף בזאלית גבוהה. Johr וחב' [14] קבעו גורמי סיכון לסמ"ע הכוללים: גיל מתקדם של האם במהלך ההיריון, מסת גוף בזאלית גבוהה של האם טרם ההיריון, מסת גוף בסיסית של האם גבוהה בסמוך למועד הלידה, גיל ההיריון בזמן הלידה, משקל הילוד, צריכת אלכוהול במהלך ההיריון מחד-גיסא ושתיה מועטה של מים במהלך ההיריון מאידך-גיסא, ואנמנזה משפחתית של סמ"ע – כל אלו נמצאו משמעותיים סטטיסטית ($P<0.05$) מבין הגורמים שנבדקו (היו גורמים אחרים במחקר זה שלא נמצאו משמעותיים מבחינה סטטיסטית).

גורם סיכון נוסף להופעת סמ"ע אותר על ידי Marin וחב' [15], אשר השוו שלושה אוכלוסיות של נשים הרות – האחת החיה בגובה פני הים, השנייה בגובה 900 מטרים והשלישית בגובה 1,900 מטרים מעל לפני הים (נמצאה רמת סיכון מובהקת סטטיסטית הגבוהה פי 1.8 לגובה 900 מטרים והגבוהה פי 2.1 לגובה 1,900 מטרים בהשוואה לשכיחות התופעה בגובה פני הים). בהקשר אחר, תגובה בעור דמויית סמ"ע עלולה להתפתח גם במצבי תחלואה של העור כגון ספחת (פסוריאזיס), ויטיליגו או ליכן פלאנוס; אלא שאז היא מכונה התגובה על שם Koebner [16] ומכאן שהיא אינה אופיינית בהכרח להיריון (טבלה 1) [3].

סיבוכים פוטנציאליים הקשורים לסמ"ע

Gungor וחב' [17] מצאו קשר בין הופעת סמ"ע בהיריון נתון לבין שכיחות הופעת הידבקויות תוך ביטניות לאחר ניתוח קודם לחיתוך הדופן (ניתוח קיסרי) בהריונות קודמים. הם העלו בנוסף השערה, כי השפעה דומה של הופעת סמ"ע בהריונות עבר תשפיע על עובי הצלקת בבטן לאחר ניתוח עתידי לחיתוך הדופן (הופעת סמ"ע תגרום לצלקת ניתוח עבה יותר בבטן). Halperin וחב' [18] קובעים כי הופעת סמ"ע עשויה להיות מדד לגמישות נמוכה של העור, וכתוצאה נגזרת מכך – העלאת הסיכון להתפתחות עצמונית של קרעים בחיץ-הנקביים במהלך לידה עתידית בגישה לדנית (Vaginal approach).

טיפולים בסמ"ע בהיריון ויעילותם

סמ"ע מתוארים כבר במגילות פפירוס מצריות שבהן מוזכר גם אופן הטיפול בהם [19]. על פי אותם המחברים התכשיר העיקרי שבו השתמשו המצררים, היוונים והרומאים לטיפול בסמ"ע ולמטרות פולחניות, רפואיות ודתיות אחרות, היה שרף של מור, המופק מעץ ה-Boswellia thurifera, אשר גדל בדרום חצי האי ערב, בסומליה ובאתיופיה. השימוש בשרף של עץ זה נפוץ עד היום בחברות שונות לריפוי גנחת הסימפונות (אסתמה), כיבים, סימני גיל, אלרגיות וסמ"ע, ולשימוש בטקסית דת (קטורת בכנסיות) [19].

■ **סימני מתיחה בעור הבטן במהלך ההיריון הם התופעה השנייה בשכיחותה בעור בתקופה זו, לאחר שינויים צבעניים ופיגמנטיים בעור.**

■ **קיימות השערות שונות ביחס לסיבת הופעתם של סימני מתיחה אלו בעור, אך אין מידע ברור וחד משמעי לגבי סיבת הופעתם. כמו כן, קיימים אופני טיפול שונים בסימני אלו המבוססים על מריחת תכשירים שונים על עור הבטן. אך רק מעץ הסנטלה נמצא ערך טיפולי, שאף הוא היה מוגבל.**

■ **לא הוכחה כל השפעה בריאותית שלילית של סימני מתיחה בעור הבטן במהלך ההיריון, וידוע כי הם נעלמים מספר חודשים לאחר הלידה, אך למרות זאת להופעת סימנים אלו יש השפעה פסיכולוגית שלילית על נשים אלו.**

טבלה 1:

גורמי הסיכון לסמ"ע המוכרים בספרות הרפואית הרלבנטית (3)

גורמים באם שהיו טרום הריון:

אנמנזה משפחתית של סמ"ע, אנמנזה אישית של קמטי עור בשדיים או בירכיים, גיל צעיר של האם בעת ההיריון, משקל בסיסי טרום הריון של ההרה, מסת גוף בזאלית טרום הריונית של מעל 26, צריכת אלכוהול בזמן ההיריון, צבע עור בהיר, גזע.

גורמים באם במהלך ההיריון:

עלייה רבה במשקל במהלך ההיריון, מסת גוף בזאלית גבוהה בסמוך למועד הלידה, קוטר בטן או ירכיים גבוה, רמות נמוכות של ויטמין C בדם, רמות נמוכות של רלקסין בדם, צריכת מים מופחתת בהיריון.

גורמים בעובר:

גיל הריון מתקדם בעת הלידה, משקל לידה גבוה של הילוד, מדדי גובה והיקף ראש גבוהים של הילוד.

ההשפעה הנפשית-פסיכולוגית של סמ"ע על נשים הרות

Kimball ו־ Salter [19] מציינות, כי אף על פי שלא הוכחו כל השפעות מזיקות של סמ"ע ברמת הבריאותית על הנשים ההרות, הרי שיש להם השפעה פסיכולוגית קשה ועמוקה עליהן, באופן הגורם להן לשנות הרגלי חיים במהלך הריוןן ובהתנהגותן כלפי האנשים הקרובים להן. לדעה זו מצטרפים Picard וחב' [23]. על פי מחקר מיפן נמצא, כי על אף ששימוש בקרמים המוסיפים לחות לעור לא הוכח כיעיל במניעת סמ"ע או בשיפור הבעיה, הוא תרם לשיפור איכות החיים בנשים ההרות אשר השתמשו בהם.

סמ"ע נחשבים כמצב פיזיולוגי של העור במהלך הריון ולא כמחלה. יחד עם זאת, קיימות מחלות עור הנחשבות ייחודיות להריון ומכונות בעגה הרפואית Pregnancy specific dermatoses (PSD'S) [24].

לסיכום

סמ"ע היא התופעה בעור השנייה בשכיחותה במהלך ההיריון לאחר צבענות (פיגמנטציה) בעור. הסיבה להיווצרותה אינה ידועה, אך ההשערה היא כי שינויים הורמונליים הנגזרים מהיריון משפיעים על שינויים מבניים ברמת הקולגן התת־עורי, או שהשינויים בעור נגרמים מסיבה מכאנית עקב גדילת הרחם. לתופעה זו אין משמעות לתחלואת האם או העובר, אך היא משפיעה באופן שלילי על ההיבט הנפשי והפסיכולוגי של נשים הרות. קיים ויכוח בדבר גורמי סיכון אפשריים לסמ"ע, אך הוגדרו כמה כאלה וכמפורט במאמר. קיימות שיטות טיפול שונות בסמ"ע המתיימרות למנוע את היווצרותם או לפחות את הקטנת מידת הפיזור שלהם ועוצמתם, אך למעט הצלחה חלקית בהשגת מטרת אלו תוך שימוש בעיסוי של שמן שקדים מרים אל העור או שימוש בתכשירים המכילים מיצוי של צמחה הסנטלה, לא הוכחה יעילותן מבחינה רפואית. עם זאת, נמצא כי טיפולים אלה יעילים בשיפור הרגשתן ורווחתן של הנשים המטופלות בהם. ●

מחבר מכותב: דוד רבינסון
טל/פקס: 03-6423271
דוא"ל: dadirabi@gmail.com

כתרופה לצרעת, זאבת, גודש ורידי, כיבים וגרב (אקזמה). ממסנקנות נוספות של אותם חוקרים [3] עולה, כי לתכשירים המכילים חומצה היאלורונית קיים ערך במניעת הופעת הסמ"ע, אם כי ברמת הוכחה חלשה, וכי באותה רמה יש ערך לטריטינואין בהקטנת היקף הסמ"ע וחומרנו. הפעולה הפרמקולוגית של התכשיר משפיעה על זאת על החזרת פעילות הפיברובלסטים שבעור, ובעקבות זאת לתיקון הקולגן בעור. יחד עם זאת, תכשיר זה מסווג ברמה C מבחינת בטיחותו בהיריון. לעומת זאת, לחמאת קקאו ולשמן זית לא נמצא ערך טיפולי בסמ"ע.

יתרה מכך, במאמר סקירה מסוג Cochrane מאת Brennan וחב' [22] נכללו שישה מאמרים הכוללים 800 נשים שטופלו בטיפולים שונים בסמ"ע; לא נמצאו תכשירים יעילים לטיפול בתופעה זו, ואף הועלתה בו ביקורת נוקבת על המתודולוגיה של שיטות המחקר שפורטו במאמרים בנושא, אשר נבדקו על ידי מחברי הסקירה.

לבסוף, על פי Kimball ו־ Salter [19], טווח הטיפולים למניעת או הקטנת סמ"ע תואר כ"ניסוי כל דבר למן עיסויים בשמן זית ועד לטיפול לייזר, כולל כל מה שביניהם (כמו מריחת שמן קסטור, שימוש בטיזינאמינום, עטיפת נשים באצות ים, מריחת חוצה גליקולית או חומצה של פירות שונים, אלקלואידים ממינים שונים וקרמים הומאופתיים)". חוקרות אלו מסכמות וקובעות כי נכון לשנת כתיבת מאמרן (2006), טרם נמצא טיפול שהוכח כיעיל באמת במניעת או הקטנת כמות ופיזור סמ"ע.

ביבליוגרפיה

<p>1. Yamaguchi K, Suganuma N & Ohashi K, Quality of life evaluation in Japanese pregnant women with striae gravidarum: a cross-sectional study. BMC Res Notes, 2012;5:450-5.</p>	<p>2. Kumari R, Jaisankar TJ & Thappa DM, A clinical study of skin changes in pregnancy. Ind J Dermatol Venerol Leprol, 2007;73:141-4.</p>	<p>pregnancy: a review of topical prevention. Br J Dermatol, 2015;172:606-15.</p>	<p>pregnant Japanese women. Midwifery, 2014;30:595-99.</p>
<p>3. Korgavkar K & Wang F, Stretch marks during</p>	<p>4. Yamaguchi K, Suganuma N & Ohashi K, Prevention of striae gravidarum and quality of life among</p>	<p>5. Buchanan K, Fletcher HM & Reid M, Prevention of striae gravidarum with cocoa butter cream.</p>	

Int J Gynecol Obstet, 2010;108:65-8.

6. Tashan ST & Kafkasli A, The effect of bitter almond oil and massaging on striae gravidarum in prumuparous women. J Clin Nurs, 2012; 21:1570-6.
7. Sultanipour F, Delaram M, Taavoni S & Haghani H, The effect of olive oil and Saj cream in prevention of striae gravidarum: A randomized controlled clinical trial. Complement Ther Med, 2014;22:220-5.
8. Wade TR, Wade SL & Jones SE, Skin changes and diseases associated with pregnancy. Obstet Gynecol, 1978;52:233-42.
9. Osman H, Rubeiz N, Tamin H & Nassar AH, Risk factors for the development of striae gravidarum. Am J Obstet Gynecol, 2007;196:62.e-62e5.
10. LIU DT, Striae Gravidarum, Lancet, 1974;7858:625.
11. Kasielska-Trojan A, Sobczak M & Antoszewski B, Risk factors for striae gravidarum, INT J Cosmet Sci, 2015;37:236-40.
12. Ghasemi A, Rashighi-Firoozabadi M, Jafarian S & Firooz A, Striae gravidarum: associated factors. J Euro Acad Dermatol Venerol, 2007;21:743-6.
13. Findik RB, Hascelik NK, Akin KO & al, Striae gravidarum, vitamin C and other related factors. Int J Vitam Nutr Res, 2011;81:43-8.
14. J-Ohr R, Titapant V, Chuenwattana P & Tontisirin P, Prevalence and associate factors for striae gravidarum. J Med Assoc Thai, 2008;91:445-51.
15. Narin R, Nazik H, Narin MA & al, Can different geographic conditions affect the formation of striae gravidarum? A multicentric study. J Obstet Gynaecol Res, 2015;
16. Verma SB, Striae: Stretching the long list of precipitating factors for "true Koebnerization" of vitiligo, lichen planus and psoriasis. Clin Experiment Dermatol, 2009;34:880-3/
17. Gungor ANC, Oguz S Hacivelioglu S & al, Predictive value of striae gravidarum severity for intraperitoneal adhesions or uterine scar healing in patient with previous caesarean delivery. J Metern Fetal Neonatal Med, 2014;27:1312-5.
18. Halperin O, Raz I Ben-Gal L & al, Prediction of perinatal trauma during childbirth by assessment of striae gravidarum score. JOGNN, 2010;39:292-7.
19. Salter SA & Kimball AB, Striae Gravidarum. Clin In Dermatol, 2006;24:97-100.
20. Osman H, Usta M, Rubiez N & al, Cocoa butter lotion for prevention of striae gravidarum: a double-blind, randomized and placebo-controlled trial, BJOG, 115:1138-42.
21. Soltinpoor F, Delaram M, Taavoni S & Haghani H, The effect of olive oil prevention of striae gravidarum: A randomized controlled clinical trial. Complement Ther Med, 2012;20:263-6.
22. Brennan M, Young G & Devane D, Topical preparations for preventing stretch marks in pregnancy. Cochrane Database Syst Rev, 2012;14:11: CD 000066.
23. Picard D, Sellier S, Houivet E & al, Incidence and risk factors for striae gravidarum. J Am Acad Dermatol, 2015;73:699-700.
24. Beard MP & Hamilton WM, Recent developments in specific dermatoses of pregnancy. Clin Experiment Dermatol, 2001;37:1-5.

כרוניקה

זיהומים בנגיף הכשל החיסוני הנרכש (HIV) בבית חולים בסין



נמצא כי חמש נשים מתוך 33 היו חיוביות לנגיף, חלקן היו הרות וכולן קיבלו טיפול תרופתי נוגד נגיפי רטר. החשד היה שהזיהום הגיע מהמעבדה שטיפלה בדגימות הלימפוציטים. לאחר חקירת כל המעורבים, התברר כי אחת מעובדות המעבדה סטתה מהנוהל ועקב מחסור במבחנות, עשתה בהן שימוש חוזר... המעמס הנגיפי שנמצא בדמו של הבעל שכונה חולה 0, היה 121,000 עותקים למ"ל, והמעמס הנגיפי שנמצא בדם הנדבקות נע בין מאות אלפי עותקים ועד 9 מיליון עותקים למ"ל. שלושת הבעלים של הנשים הנדבקות נמצאו חיוביים לנגיף. נמצאה זהות בגנים של נגיפי HIV של מעל ל-99.9% בין אלה של הבעל המדביק לבין אלה של הנדבקות. בין המסקנות מאירוע חמור זה ניתן לצטט כי רשויות הבריאות יפעלו לזרז את זמני האיבחון של דגימות לאיידס, ידאגו להדרכה ואימון של אנשי המקצוע בנושאי זיהומים בקרב בתי חולים, ויגבירו את הפיקוח על מעבדות רפואיות בנושא הפרוטוקולים ותיפקוד העובדים. עם זאת, לא מזכרת כל המלצה להפסיק את טיפולי ה-LIT... (Pan et al. Emerg Infect Dis 2018;24:2141)

איתן ישראלי

אחד הטיפולים שהיו מקובלים בעבר לנשים שחוו הפלות חוזרות, הוא עירוי לימפוציטים (LIT) מתורם, לרוב הבעל. מוסדות רפואה ובקרה בינלאומיים פרסמו קווים מנחים נגד שיטה זו, אך מחקרים בסין צידדו בה, ובמספר בתי חולים בסין עדיין היא נפוצה. בינואר 2017 התברר, כי בבית חולים במחוז האנגצו הועלה חשד להתפרצות נגיף HIV בקרב מטופלות בשיטה LIT. הנהלת בית החולים הזעיקה את רשויות הבריאות, כולל המרכז לבקרת מחלות של סין, לחקור את האירוע בכל הרמות. האירוע החל בדיווח של אחת המטופלות שהייתה בהריון וקבלה LIT מבעלה, שהצהירה שהיא חוששת שנחשפה לנגיף HIV. הבעל תורם הלימפוציטים, שעד לאחרונה היה שלילי לנגיף, אובחן בבדיקת מעבדה עדכנית כנשא HIV. הבעל גילה שקיים לאחרונה מגע מיני אנאלי בלתי מוגן עם גבר הומוסקסואל. האישה טופלה מיד במעכבי נגיפי רטר ונשארה שלילית ל-HIV. באותו יום שבו טופלה האשה המתלוננת, טופלו 33 נשים נוספות ב-LIT. כל הנשים ובני זוגן נבדקו ל-HIV, לצהבת מסוג B, C ולעגבת.