

## טיפול בסטרואידיים ואימונוסופרסיה

טיפול ממושך בסטרואידיים וכמובן טיפולים אימונוסופרסיביים אחרים יכולים להעלות את רמת הסיכון להדבקות בקורונה ולמחלה חמורה יותר ואנחנו כרופאים מטפלים צריכים לקחת אחריות בנושא זה. לצערי לא מצאתי לכך קיום מנחים ברורים ולכן ההחלטות בידינו :

- א. חולים המגיעים לאשפוז עם תמונה נוירולוגית אקוטית שדורשת טיפול בסטרואידיים (אימונוסופרסיה אחרת) אין מנוס מהטיפול במיוחד במקרים כאשר לסטרואידיים עדיפות על אימונוגלובולינים ( נויריטיס אופטית, התלקחות טרשת, FIRES, אנצפליטיס אימונית וכו) ואז יש להקפיד על מיגון מקסימלי שלהם בתוך המערכת.
- ב. יש לשקול בכובד ראש התחלת טיפול בסטרואידיים /ACTH טיפולים אחרים בחולים עם אנצפלופתיות אפילפטיות או אבחנות נוירואימוניות אחרות כאשר על כפות המאזניים סיכון מול תועלת.
- ג. בחולים האפילפטיים:

1. תינוקות עם IS : החלטה על טיפול ב-ACTH היא בידי הרופא במטפל אך ניתן לשקול האם יש מקום להתחיל בטיפול בחולים עם פרוגנוזה ראשונית גרועה במיוחד שבה הטיפול ב-ACTH לא ישנה בהרבה את ה-OUTCOME הסופי.

2. ילדים עם אנצפלופתיות אפילפטיות שאינן IS ואינם מגיבים לטיפולים אחרים כולל ESES – לשיקול הרופא המטפל אם להתחיל בשלב זה טיפול בסטרואידיים תוך ורידית או פומית – אם הוחלט לטפל –יש להכיל על ילדים אלה ומשפחותיהם את הכללים שהומלצו לגבי חולים בדיכוי חיסוני – בידוד/ מיגון.

3. בילדים שכבר נמצאים תחת טיפול אימונוסופרסיבי – יש להכיל עליהם כללים של חולים עם דיכוי חיסוני – הכולל בידוד/מיגון / חשיפה מופחתת להגעה לבתי החולים.

אחת האפשרויות היא לשקול החלפת פלסים של סטרואידיים במתן טיפול במיגון גבוה של סטרואידיים פומי בסופי שבוע ואז ישנה פחות חשיפה למערכות רפואיות.

העקרון המרכזי: להמנע מטיפולים אלה כשאינם חיוניים כרגע או באם החלטת הרופא המטפל שאין ברירה ויש להתחילם או להמשיכם להכיל על החולים את הכללים של בידוד / מיגון / וחשיפה מעטה ככל האפשר למערכות רפואיות.

מוזמנות הערות / השגות כדי שנוכל לגבש עמדה משותפת ונציג בפני כל הנוירולוגים לילדים בישראל.