

הערכה קלינית של חולי שיטיון

המלצות תת הועדה בנושא הערכה קלינית של חולי שיטיון.

חברי הועדה : יו"רים: ד"ר אליסה אש, דר' גרי סינוף. משתתפים: ד"ר אלי ורטמן, ד"ר ירחמיאל ברבר, ד"ר שולמית בר-זמר, ד"ר רחל בן חיון, פרופ' יצהל ברנר

היבטים שונים של התפקוד הקוגניטיבי עלולים להיפגע בגיל המבוגר. קיומו של שיטיון נחשד כאשר אבדנים קוגניטיביים גורמים לירידה תפקודית בעבודה, שינויים בהתנהגות והידרדרות בתפקודי היום יום (1). שיטיון הינו אבחנה קלינית. גישה קלינית מובנית עוזרת באישוש נוכחות השיטיון ומאפשרת לרופא להבדיל בין הסיבות השונות שבבסיס התסמונת, כולל מצבים העלולים להחמיר או לגרום לירידה קוגניטיבית הפיכה.

האנמנזה: רצוי לקבל אנמנזה מהנבדק עצמו ולהבין את נקודת ראותו לגבי מצבו הכללי, הקוגניטיבי, ההתנהגותי והרפואי. כיוון שלעתים חולים הסובלים משיטיון אינם פונים למרפאה בתלונה על ירידה בזיכרון או ליקויים בשיפוט או אינם מודעים לליקוי הקיים במצבם הקוגניטיבי יש להסתמך במקביל על מידע ממוסר המידע (informant), תוך בירור שאין רווח משנה עומד מאחורי האנמנזה שניתנת על ידי המלווים (ירושה, זכויות שונות וכו').

האנמנזה תכלול פרטים דמוגרפיים (כולל השכלה ומקצוע), פרטים רפואיים (מחלות עבר, רקע משפחתי למחלות הדמנציה, עישון, חשיפה לרעלנים, תרופות (כולל תרופות שניתן לרכוש ללא מרשם, סמים, אלכוהול), ברור האם חלו שינויים קוגניטיביים, התנהגותיים, ותפקודיים: תפקודי היום יום (ADL) ו IADL (נהיגה ניהול משק הבית ועניינים כספיים) וציר הזמן שלהם, וברור מוקדי תמיכה (משפחה, חוק סיעוד, בקור במועדונים ושירותים כמו ארוחות חמות, לחצני מצוקה וכד').

הבדיקה תכלול בדיקה גופנית, בצוע מבחנים פסיכומטריים, והערכה התנהגותית ותפקודית.

קריטריוני הליבה להגדרת שיטיון על מגוון סוגיו (על פי ה- NIA-AA 2011).

ניתן לאבחן שיטיון כאשר קיימים סימפטומים קוגניטיביים או התנהגותיים אשר

1. מפריעים לתפקוד בעבודה או בפעילויות רגילות.

ובנוסף-

2. מהווים ירידה מהרמה התפקודית הקודמת.

ובנוסף-

3. אינם מוסברים ע"י מצב של דליריום או הפרעה נפשית משמעותית.
4. הפרעה קוגניטיבית מזוהה ע"י שילוב של (1) אנמנזה מהחולה או ממלווה המכיר את מצבו (2) הערכה קוגניטיבית אובייקטיבית ע"י בדיקת הסטטוס המנטאלי או ע"י הערכה נירופסיכולוגית. הערכה נירופסיכולוגית צריכה להיעשות כאשר האנמנזה ובדיקת הסטטוס המנטאלי אינם מאפשרים אבחנה בטוחה של הירידה הקוגניטיבית.
5. ההפרעה הקוגניטיבית וההתנהגותית מערבת שתיים מההפרעות הבאות לפחות:
 - א. הפרעה ביכולת ללמוד ולזכור מידע חדש. הסימפטומים כוללים-חזרה על שאלות או על שיחות, הנחת חפצים אישיים במקומות לא נכונים, שכיחת אירועים ופגישות, אי התמצאות בסביבה מוכרת.
 - ב. הפרעה ביכולת חשיבה הגיונית טיפול במטלות מורכבות ושיפוט לקוי. הסימפטומים כוללים הבנה ירודה של סיכונים בטיחותיים, קושי בטיפול בכספים ובנושאים פיננסיים, קושי בקבלת החלטות, קושי בתכנון פעולות מורכבות או עוקבות.
 - ג. הפרעה ביכולת ויזואל-מרחבית. הסימפטומים כוללים קושי בזיהוי פנים מוכרות או חפצים מוכרים, קושי במציאת חפצים במבט ממוקד למרות חדות ראייה תקינה, קושי להפעיל מכשירים פשוטים או לכוון בגדים לגוף בזמן התלבשות.
 - ד. הפרעה בתפקודי השפה (דיבור, קריאה, כתיבה). הסימפטומים כוללים קושי והיסוס במציאת מלים שכיחות בזמן שיחה, שגיאות בדיבור, בכתיבה ובכתיב.
 - ה. שינויי אישיות, התנהגות או ההתנהלות. הסימפטומים כוללים פלוקטואציות רגשיות לא אופייניות כגון אגיטציה, הפרעת מוטיבציה, ירידה ביזימה, אפתיה, אובדן דחפים, הסתגרות חברתית, ירידת עניין בפעילויות הקודמות, איבוד יכולת אמפתיה, התנהגויות אובססיביות או כפייתיות והתנהגויות שאינן מקובלות חברתית.

המלצה 1: שיטיון הינו אבחנה קלינית הדורשת קבלת היסטוריה ובדיקה גופנית, ביצוע מבחנים פסיכומטריים והערכה תפקודית והתנהגותית. לעתים קרובות יש צורך בהערכה חוזרת על מנת לברר את האבחנה. רצוי שהאבחון והטיפול בשיטיון יהיו מבוססים על גישה רב-מקצועית.

המלצה 2: בדיקות עזר לזיהוי מצבים הפיכים וזיהוי אפשרות של אבחנה חלופית. בדיקות מעבדה: בדיקות המעבדה יכללו בדיקת שתן לכללית, ספירת דם, שקיעת דם, תפקודי כליה ואלקטרוליטים, תפקודי כבד וכליה, תפקודי בלוטת התריס, רמת ויטמין B12

וחומצה פולית. בדיקות נוספות, ייקבעו על פי תוצאות ההיסטוריה הרפואית, הבדיקה הגופנית ותוצאות בדיקות המעבדה הנ"ל.

המלצה 3: בדיקות דימות מבני (Structural brain imaging)

1) CT מוח ללא חומר ניגוד: מומלץ להפנות לביצוע CT מוח ללא חומר ניגוד כל אדם הסובל מליקויים קוגניטיביים, גם אם בדיקה זאת בוצעה בעבר ובמיוחד במקרים בהם השיטיון הסתמן פחות משנתיים לפני הבדיקה הקלינית, הירידה התפקודית או הקוגניטיבית מהירה, ניתן להדגים תסמינים נוירולוגיים בבדיקה הגופנית (סימני צד, הפרעה בשליטה על הסוגרים, דיספזיה, הפרעת הליכה), כאשר קיימת היסטוריה רפואית מחשידה (מחלה אימונית, שימוש בנוגדי קרישה או מחלת קרישה, מחלה ממאירה וחשד לגרורות).
2) על פי שיקול קליני רופא רשאי להימנע מביצוע CT מוח, או להשלים ברור בעזרת CT עם חומר ניגוד ו/או דימות מוחי בשיטת תהודה מגנטית (MRI).

המלצה 4: בדיקות דימות תפקודי של המוח (PET, SPECT, fMR) צריכות להתבצע במקרים בלתי ברורים בהוראת מומחה בלבד.

המלצה 5: בדיקות גנטיות: תבוצענה בהמלצת מרפאת זיכרון.

המלצה 6: בדיקות לסמנים ביולוגיים: תבוצענה בהמלצת רופא מומחה.

המלצה 7: חולי השיטיון ניתן להערכה ולטיפול במסגרת רפואת המשפחה ברוב המקרים. במקרה של אי ודאות באבחנה ניתן לשקול הפניה להערכה על ידי רופא המתמחה באבחון וטיפול בחולים הסובלים מליקויים קוגניטיביים.

המלצה 8: מבחנים להערכת המצב הקוגניטיבי: האבחנה של מצב שיטיון הנה קלינית. מבחנים פסיכומטרים עוזרים בהערכת מצב החולה ובמעקב אחר שינויים עם הזמן והתגובה לטיפול.

מבחני סקר (שאינם אבחנתיים בפני עצמם) מקובלים הם:

1. MMSE- Mini Mental State Examination

2. Montreal Cognitive Assessment (MoCA) : www.mocatest.org

3. Clock Drawing Test (CDT)

יש לבצע הערכה פסיכומטרית בתחילת האבחון ולפחות אחת לשנה בהמשך.

המלצה 9: הערכה פסיכולוגית והתנהגותית

הערכה פסיכולוגית -התנהגותית מהווה חלק מהאבחון הקליני של החולה והסועד העיקרי.

כלים להערכה התנהגותית (שאינם אבחנותיים בפני עצמם) מקובלים הם:

1. NeuroPsychiatric Inventory - NPI

2. Behave AD

שכיחות מצבי דכאון גבוהה. יש להעריך את החולה והסועד העיקרי ולטפל בהתאם

להתרשמות הקלינית.

המלצה 10: מומלצת הערכה גלובלית לקביעת חומרת השיטיון:

להערכה גלובלית ניתן להשתמש ב clinical dementia rating - CDR

רשימת קיצורים

ADL: activities of daily living

IADL: instrumental activities of daily living

NIA-AA: National Institute on Aging (NIA) - Alzheimer's Association

MRI: magnetic resonance imaging

fMRI: Functional MRI

SPECT: Single photon emission computerized tomography

PET: positron emission tomography

