



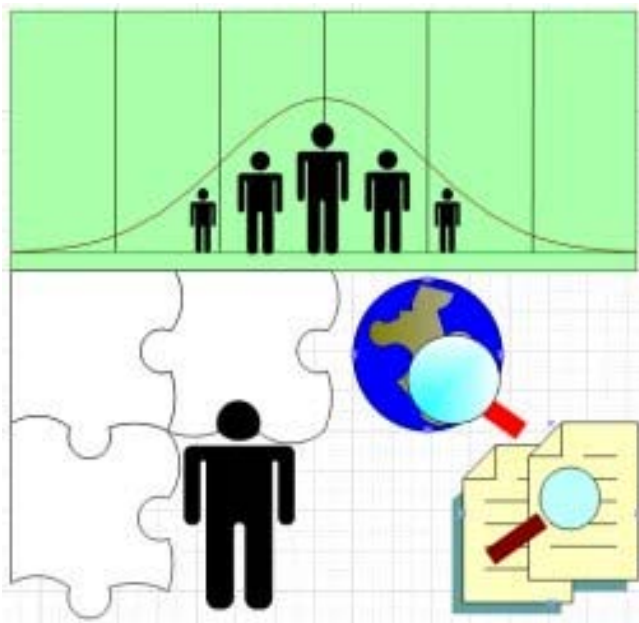
שרותי בריאות הציבור
אנף לאפידמיולוגיה
Division of Epidemiology

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

אפידע

דוח אפידמיולוגי תקופתי

גיליון מספר 4 - מרץ 2013



חברי המערכת (לפי סדר א"ב)

ד"ר אמיליה אניס
ד"ר דן גדנקו
ד"ר דניאל גולדמן
ד"ר דקלה דהן
ד"ר לריסה מוירמן
ד"ר קובי מורן- גלעד
ד"ר פאול סליטר
ד"ר ערן קופל
ד"ר אהוד קלינר
ד"ר איזבלה קרקיס
ד"ר דניאל שם טוב
גבי בלה אלרן
מר רוסלן גוסינוב
גבי טלי שחר

מחלת הנסן בישראל – תחלואה בשנים 2000-2012

מחלת הנסן בישראל

מחלת הנסן המכונה בעברית בשם "צרעת", נחשבת לאחת המחלות העתיקות ביותר בעולם. הקשר בין מחלת הנסן שאנו מכירים כיום, לשם "צרעת" (או Leprosy באנגלית) נוצר בשל זיהוי מוטעה בינה לבין הצרעת הנזכרת במקרא. כיום ברור מעל לכל ספק שאין קשר בין המחלה המקראית למחלת הנסן. כיוון שלאורך ההיסטוריה המונח "מצורע" הפך לסמל לכל סוגי הסטיגמה ונושא עמו משמעויות של הרחקה ונידוי, הוחלט בארץ כמו בארצות רבות אחרות בעולם, להשתמש בשם "מחלת הנסן" ע"ש הרופא הנורווגי ארמאור הנסן אשר גילה את החיידק מחולל המחלה בשנת 1873.

העדות המוחשית הראשונה לקיום המחלה בארץ ישראל היא סימני המחלה שנמצאו בשלד שנמצא בחפירה ארכיאולוגית בירושלים המתוארך לסביבות שנת 150 לספירה (AC), במהלך ההיסטוריה ישנן עדויות שונות המלמדות על נוכחות חולי הנסן בארץ הקודש מתקופת שלטון הצלבנים ועד ימינו, בעיקר בשולי הערים צפת, טבריה וירושלים.

בית המחסה הראשון למצורעים נפתח בירושלים בשנת 1876. לאחר שנעשה צר מלהכיל את כל החולים הוקם ב-1887 בית מחסה חדש "עזרת ישו" (Jesus Hilfe) המוכר לנו היום כבית החולים ע"ש הנסן הממוקם ברח' מרכוס 17 (שסקין 1). המתחם תוכנן כמשק אוטרקי ע"י האדריכל קונרד שיק ובו מקום ל-60 חוסים וצוות. מסדר "האחים מהרנהוט" של הכנסייה המורבית תפעל את המוסד ברוח המיסיון. מוסד פרטי זה, שכונה בפי כל "בית המצורעים" היה ייחודי באזור והגיעו אליו חולים מכל רחבי הארץ, חלקם נשאר שנים רבות וחלקם שהו בו תקופות קצרות יותר. היו חולים שבחרו לא להכנס למוסד הנוצרי, חלקם התגוררו בבקתות שבנו העותומנים בסילוואן, ומיעוטם נשאר מפוזרים במקומות שונים בארץ.

במאה ה-19 נמסרו דיווחים על נוכחות חולים במחלת הנסן באוכלוסייה המקומית. ד"ר טיטוס טובלר שביקר בירושלים באמצע המאה ה-19 מתאר בספרו **זכרונות מירושלים**: "ניתן איפוא לומר בזהירות, שהיחס המספרי בין המצורעים לבין יתר האוכלוסייה הוא לא יותר מ-1 ל-600, דהיינו לא הרבה..." (16 ל 10,000).

בתקופת המנדט הבריטי, במסגרת שרותי בריאות הציבור, הוחל בדיווחים שוטפים על היארעות מחלת הנסן (leprosy) לפי מחוזות, ובוצעו חקירות אפידמיולוגיות. מחלת הנסן ("צרעת") הוכנסה לרשימת המחלות המדבקות המחייבות הודעה אינדיבידואלית ללשכת הבריאות ע"פ פקודת בריאות העם משנת 1940.

בשנת 1948 לאחר הקמת מדינת ישראל, הטיפול בחולים הועבר לידי משרד הבריאות, האחריות הרפואית נמסרה למחלקת עור של ביה"ח הדסה וביוזמת מנהל המחלקה, פרופ' זגהר, הוחלף שם המוסד ל"בית החולים הממשלתי ע"ש הנסן".

החל במחצית המאה ה-20 נכנסו לשימוש תרופות חדשות ויעילות, בעקבות זאת השתנתה מדיניות הטיפול והחולים שוחררו בהדרגה לבתיהם. בינואר 2000, ביוזמת משרד הבריאות, עזבו אחרוני המאושפדים את ביה"ח ע"ש הנסן והמקום הפך ליחידה אמבולטורית "המרכז הארצי למחלת הנסן". בשנת 2009 הועברה היחידה לאחריות מחלקת העור של בית החולים הדסה. משכנה הפיזי הוחלף וכיום היא שוכנת במבנה היסטורי אחר – בית הבריאות של הדסה ע"ש נתן ולינה שטראוס ברחוב שטראוס 24.

במשך כל שנות פעילותו אפפה את מתחם בית החולים הנסן הילה של מיסתורין והציבור חשש להיכנס אליו. בעקבות החלטת ממשלה ממאי 2009, מתחם בית החולים הנסן – המיועד לשימור- עבר בנובמבר 2011 לידי עיריית ירושלים ונמצא כיום (2013) בתהליך שיקום ושימור. הוא עתיד להיפתח לציבור כמרכז מולטימדיה, עיצוב וטכנולוגיה, כאשר תערוכה מתמדת היסטורית על תולדות המוסד משולבת בו.

מחלת הנסן – מידע כללי

מחלת הנסן היא מחלה אנטרופופילית, זיהומית, כרונית, הנגרמת על ידי החיידק **מיקובקטריום לֶפְרָה** (*Mycobacterium leprae*). המחלה פוגעת בעיקר בעור ובעצבים היקפיים הנמצאים בגפיים קרוב לעור.

ל-95% מהאוכלוסייה יכולת מולדת להתמודדות עם החיידק ולכן בעקבות חשיפה מתפתחת תגובה חיסונית המונעת את הידבקותם ואת הופעת ביטויי המחלה. הטיפול התרופתי הקיים כיום מאפשר הבראה והמשך בשגרת החיים. כאשר הטיפול התרופתי ניתן בשלבים מוקדמים ניתן למנוע חלק גדול מסיבוכי המחלה. עדיין לא קיימים חיסון כנגד המחלה או בדיקה שתוכל לנבא מי עלול לחלות בה. המחלה יכולה להתפתח בכל גיל, בזכרים ובנקבות.

החיידק מחולל המחלה:

מיקובקטריום לֶפְרָה הוא החיידק הראשון שנתגלה וקושר למחלה בבני אדם. בשנת 2001 הושלם מיפוי הגנום שלו בשלמותו.

זהו מתג מאורך, גרם חיובי, הנצבע אדום ב"צביעת זיהל-נילסן", עמיד לחומצה ולאalkohol, בעל מעטפת שומנית חיצונית המגנה עליו מפני עיכול ופירוק. החיידק הוא תוך תאי אובליגטורי, ותלוי לקיומו והתרבותו בתוצרים של התאים בהם הוא מתרבה. בעור הוא מתאכסן ומתרבה בתאים היסטיוציטיים ומשם הוא נודד בגוף ממקום למקום בתוך תאים

בולעניים (מקרופאגים). זהו החיידק היחיד הידוע כבעל יכולת להדביק ולהתרבות בתוך תאי שוואן, המייצרים ומרכיבים את מעטפות העצבים ההיקפיים. הוא מעדיף ומתרבה בטמפרטורות נמוכות בלבד (27-33⁰ צלזיוס) ולכן עיקר ביטויי המחלה הם בעור ובעצבים ההיקפיים, בהם הטמפרטורה נוחה לו ומאפשרת את התרבותו. בשל תכונותיו הייחודיות ודרישותיו הבררניות לא ניתן לגדלו בתרבית בתנאי מעבדה אך לצרכי מחקר ניתן להזריק אותו לכפות רגלי עכבר ולארמדילו בהם הוא יכול להתרבות. יכולת ההתרבות שלו בגוף האדם תלויה ביכולת התגובה החיסונית של האדם הנושא אותו. מיקובקטריום לִפְרָה נטול יכולת ליצר רעלנים (טוקסינים) ולכן אינו גורם לתסמיני מחלה שכיחים כגון חום גבוה, חולשה, כאבים, הקאות ובחילות. החלוקה האיטית של החיידק, כל 12-16 יום, מסבירה את הקצב האיטי של התפתחות סימני המחלה והתקדמותה.

מנגנון ההדבקה:

מחלת הנסן היא מחלה מדבקת העוברת מאדם לאדם בפיזור טיפתי. דיבור, עיטוש או שיעול מפזרים את החיידקים מאדם אחד לחלל האוויר ומשם הם נשאפים למערכת הנשימה של אדם אחר. רק חלק קטן מהחולים במחלת הנסן נושאים את החיידקים בריריות דרכי הנשימה העליונות בכמויות משמעותיות המאפשרות את פיזור החיידקים והדבקה של הסובבים אותם. תקופת הדגירה בין החשיפה הראשונית לחיידקים ועד להופעת סימנים קליניים של המחלה נמשכת ממספר חודשים ועד שנים רבות. הדגירה הממוצעת היא של כ- 3-5 שנים. נכון להיום, רק בדרום אמריקה ובדרום מזרח ארה"ב, ידוע על מאגר משמעותי נוסף של החיידקים בטבע למעט האדם, ברקמות ה"ארמדילו". מחלת הנסן אינה מדבקת במגע מיני, במעבר דרך השליה, בנוזל השדרה או במוצרי דם ונוזלי גוף אחרים. דרכי העברה אפשריות אחרות כגון העברה על ידי עקיצות חרקים שונים, במזון דרך דרכי העיכול, באמצעות מחטים ומגע של עור בעור לא נמצאו משמעותיות מבחינה אפידמיולוגית.

תגובה חיסונית:

לרוב האוכלוסייה (כ- 95%) יכולת גנטית מובנית לפתח תגובה חיסונית תאית מהירה ויעילה המחסלת את החיידקים מייד עם החשיפה אליהם, ומונעת את התפתחות המחלה. אנשים אלו עוברים את החשיפה ללא כל ביטויים קליניים ומפתחים חיסון שמגן עליהם גם בעתיד מפני הדבקה בעקבות חשיפות נוספות למחולל המחלה. ל- 5% מהאוכלוסייה חסרה היכולת הגנטית המובנית לפתח תגובה חיסונית מיידית, אך רובם (75%) יפתחו תגובה חיסונית יעילה לאחר הופעת סימני מחלה קלים, ויחלימו ללא צורך בטיפול תרופתי. רק בכ- 1.25% מכלל האוכלוסייה שנחשפה לחיידקים תפתח מחלה משמעותית הדורשת טיפול ומעקב.

בחלק קטן מתוכם, תתפתח מחלה סיסטמית עם מעורבות של ריריות דרכי הנשימה, והם עלולים להוות מקור להדבקה של חולים נוספים – כל עוד לא קיבלו טיפול מתאים.

ביטויי המחלה

למחלת הנסן ביטויים קליניים שונים ומגוונים המשקפים את היכולת של המערכת החיסונית, הייחודית לכל אדם, להתמודד עם התרבות החיידק מיקובקטריום לפרה ברקמות השונות. ככלל, ביטויים אלה נעים על פני קשת רחבה בין שני קטבים, האחד של מחלה ממוקדת ומצומצמת והשני מחלה מפושטת ונרחבת. בין שני קטבים אלה נמצאים מרבית החולים ובהם התגובה החיסונית מגוונת ובעקבותיה גם התמונה הקלינית מגוונת ושונה מאדם לאדם.

סימני המחלה כוללים תופעות עוריות, לרוב מוסננות, אדמדות בעור בהיר או בהירות בעור כהה, ופגיעה בעצבים היקפיים המתבטאת לרוב תחילה בפגיעה בתחושה, בהמשך פגיעה בהפרשת חלב וזיעה ולבסוף פגיעה בתנועה. צמיחת השיער בגפיים ובעיניים ולעיתים בכל הגוף עלולה אף היא להיפגע. מספר התופעות העוריות, פיזורן ואיכותן, ומידת מעורבות העצבים ההיקפיים תלויים בתגובת מערכת החיסון.

החולים במחלה עלולים לפתח שני סוגים של מצבי דלקת אשר קרויים "ריאקציות". מצבים אלו יכולים להופיע במהלך הטיפול התרופתי וגם שנים לאחר השלמתו. בהעדר טיפול נגד דלקת הריאקציה מסוג 1 עלולה לגרום לנזקים בלתי הפיכים. ריאקציה מסוג 2, "Type II" המכונה גם בשם Erythema Nodosum Leprosum (ENL) נגרמת כתוצאה משקיעה של קומפלקסים אימוניים (נוגדנים - אנטיגנים – משלים) בכלי דם קטנים בכל הגוף, והיווצרות מוקדי דלקת סביבם.

פגיעה בעצבים היקפיים:

התרבות החיידקים בעור ובתאי שוואן גורמת לפגיעה בעצבים ההיקפיים על כל מרכיביהם: סיבים תנועתיים, תחושתיים ואוטונומיים. הנזק יכול להתבטא בפגיעה בחלק או בכל סיבי העצב ויכול להיות מלווה בכאב.

הפגיעה בעצבים ההיקפיים יכולה להופיע בכל שלב של המחלה; לפני תחילת הטיפול התרופתי, במהלכו ולעיתים גם לאחר השלמתו ואף שנים רבות לאחר היעלמות החיידקים מחוללי המחלה. התוצאה הסופית של הפגיעה בעצבים ההיקפיים עלולה להיות הופעת נכויות קשות בגפיים ובעיניים, אך היא ניתנת למניעה.

אבחון מחלת הנסן

- עדיין לא קימת בדיקה אחת שתוכל לקבוע את האבחנה של מחלת הנסן, ויש צורך בבדיקה קלינית יסודית של החולה כדי לקבוע את האבחנה בוודאות.
1. בדיקה של העור לגילוי תופעות עוריות.
 2. מישוש עצבים היקפיים ובדיקת תפקודם
 3. לקיחת משטחים מהעור (slit skin smear) למציאת חיידקי *מיקובקטריום לפרה*.

הטיפול התרופתי

מאז גילוי התרופה הראשונה שנמצאה בעלת יעילות כנגד החיידק – ה"דפסון", נתגלו תרופות יעילות נוספות. ב-1981 המליצה ועדת מומחים שהוקמה ע"י ארגון הבריאות העולמי (אב'ע) על טיפול תרופתי משולב (multiple drug therapy (MDT)). הטיפול שהומלץ ניתן חינם בכל העולם, מורכב מטיפול יומי של 100 מ"ג דפסון, 50 מ"ג קלופזימין (למפרן) ומטיפול חודשי הכולל- 600 מ"ג ריפאמפיצין, 300 מ"ג קלופזימין ו- 100 מ"ג דפסון פעם בחודש. הטיפול ניתן בישראל במשך שנתיים לפחות או עד שבמשטחים הנלקחים מעור החולה אין לראות חיידקים. הטיפול התרופתי יעיל מאד, והחיידקים מאבדים את חיוניותם זמן קצר לאחר התחלת הטיפול. לכן חולה מטופל אינו מדבק, והוא יכול לשהות בחברת אנשים ללא כל מגבלה שהיא. תרופות יעילות נוספות בהן נעשה לעיתים שימוש הן המינוציקלין, קלריתרומיצין, אופלוקסצין, לבופלוקסצין ומוקסיפלוקסצין

טיפול בחולי הנסן

מטרות הטיפול בחולי הנסן הן חיסול החיידקים, עצירת התהליך הדלקתי בעצבים הפריפריים, מניעת הופעת נכויות או החמרת נכויות הקיימות בזמן האבחון ומניעת שינוי לא רצוי באיכות החיים של המטופל. הטיפול ממושך ורצוף, וכולל טיפול תרופתי בשלב ראשון ובמקביל ובהמשך, הדרכה למניעת נכויות ושיקום.

מחלת הנסן בעולם ומדיניות אב'ע

הערכות שונות בקרב ארגונים העוסקים בטיפול בחולי הנסן מדברות על כ- 10-12 מיליון איש בעולם, הסובלים מהמחלה או מתוצאותיה, רובם במזרח אסיה, אפריקה ודרום אמריקה. בשל התגברות התיירות העולמית והגירת אוכלוסיות, ניתן כיום למצוא חולים במחלת הנסן במרבית מדינות העולם ובהם מדינות רבות באירופה, ארה"ב ובישראל.

אב'ע שם לו למטרה להקטין את ממדי המחלה במיוחד במקומות בהם השכיחות גבוהה ומספר החולים הסובלים מנכויות פיזיות קשות גבוה עד כדי פגיעה במצב הכלכלי – חברתי באופן משמעותי. ב- 1985 העריך אב'ע את שכיחות המחלה בעולם בכ- 21:10000, ובחלק

מן הארצות בלמעלה מ- 50:10000 באוכלוסייה. בעקבות התוצאות המרשימות של הטיפול ב-MDT שנכנסו לשימוש נרחב מ-1982, החליטה האספה הכללית של אב"ע בשנת 1991 על מערכה למיגור המחלה כבעיית בריאות הציבור עד שנת 2000¹. ההערכה הייתה שכאשר שכיחות המחלה תרד אל מתחת ל- 1:10000 באוכלוסייה המחלה תמשיך לסגת ותגווע בעצמה.

נכון לשלהי שנת 2011 מעריך אב"ע כי למעלה מ- 14 מיליון חולים קיבלו טיפול ב-MDT, שיעור השכיחות העולמי ירד אל מתחת ל- 1:10000, ויעד זה הושג ב- 119 מתוך 122 מדינות שהוכרו כאנדמיות בתחילת המערכה. לפי רישומי אב"ע מספר המקרים החדשים המתגלים בעולם (היארעות) בשנה ירד מ- 5.2 מיליון ב- 1985 לכ- 220,000 בשנת 2011 (גרף מס' 1). יחד עם זאת, גם להערכת אב"ע עדיין קיימות מדינות, ומחוזות ספציפיים בתוכן בהן שיעור השכיחות גבוה מן היעד². גם הירידה בשיעור הגילוי של מקרים חדשים (היארעות) נעצרה וחלה התייצבות במספרים בשנים האחרונות (גרף מס' 2).

המערכה של אב"ע למגור מחלת הנסן כללה הנגשה של הטיפול התרופתי MDT לכל החולים, שיפור איכות הטיפול כולל מניעת נכויות, העלאת מודעות לסימני המחלה וגיוס תמיכה של גורמים שונים בקהילה. מערכה זו העלתה את המחלה למודעות של מקבלי החלטות במערכות בריאות בארצות אנדמיות. אולם בשנת 1995, משיקולים שונים³, הוחלט לקצר את משך הטיפול במחצית⁴ ובשנת 2002 לשנות את הקריטריונים לאבחון אדם כחולה במחלת הנסן⁵. בנוסף, בשנת 2005, בניסיון להתמודד עם הסטיגמה המלווה את החולים, הוחלט על סגירת המרפאות הייחודיות למחלת הנסן ושילובן במרפאות קהילה רגילות. כתוצאה משילוב הטיפול בחולי הנסן במרפאות כלליות, המומחיות בטיפול בחולי מחלת הנסן וסיבוכיה נעלמת בעוד אחוז החולים המאובחנים באחור עם נזקים בלתי הפיכים לגפיים מתוך סך החולים המאובחנים נשאר משמעותי⁶.

¹ World Health Stat Q. 1991;44(1):2-15. Global review of multidrug therapy (MDT) in leprosy
Noordeen SK, Lopez Bravo L, Daumerie D

² <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/en/index.html>

³ Bull World Health Organ. 1995;73(1):1-6. Elimination of leprosy as a public health problem: progress and prospects. Noordeen SK.

⁴ WHO (1998) Expert Committee on leprosy. Technical Report series 874.

⁵ PAHO (2004) Bauru consensus for validating leprosy diagnosis in endemic states in Brasil. PAHO document, <http://www.paho.org>

⁶ Current status of leprosy: Epidemiology, basic science and clinical perspectives Koichi SUZUKI,1 Takeshi AKAMA,1 Akira KAWASHIMA,1 Aya YOSHIHARA,1 Rie R. YOTSU,2 Norihisa ISHII1, Journal of Dermatology 2012; 39: 121–129

למרות הנתונים המעודדים שמציג אב"ע, יש להתייחס בזהירות רבה לנתונים שכן ישנן ארצות שאינן מדווחות באופן שוטף ובארצות אחרות הדיווחים עצמם אינם מהימנים.

מחלת הנסן בישראל

המרכז הארצי למחלת הנסן מנהל את הרישום, האבחון והטיפול בכל החולים המאובחנים בישראל.

מאז תחילת הרישומים המסודרים ב-1933, אובחנו ונרשמו ברשומות בית החולים הנסן כ- 500 חולים. מתוכם כ- 200 חיים כיום בישראל, ואליהם נוספים מדי שנה, עד 10 חולים חדשים (גרף מס' 3). מאז שנות ה-50 רובם המכריע של החולים החדשים הוא מקרב אוכלוסיית העולים או המהגרים (גרף מס' 4). ישנם חולים שהגיעו ארצה כשהם מאובחנים או שאובחנו בסמוך להגעתם ולעומתם, בשל הדגירה הממושכת של המחלה, חולים המאובחנים לעיתים שנים רבות לאחר עלייתם ארצה.

שכיחות מחלת הנסן במדינת ישראל בשנת 2011 היא 0.25 ל-10000 תושבים.

להלן נתונים לגבי 68 חולים שאובחנו בשנים 2000-2012:

כמו בשאר הארצות היחס בין גברים לנשים הוא 3:2.

טווח הגילים בעת האבחנה נע בין 8-85 שנים, כ- 65% מהם עד גיל 40.

73% מתוכם יוצאי אתיופיה, כ- 10% מהפיליפינים והשאר מארצות שונות באפריקה ואסיה.

50% מן החולים מופנים ע"י רופא עור ו-22% ע"י רופא משפחה. כל השאר הופנו ע"י

גורמים שונים בקהילה ובאשפוז. 3 חולים פנו ביוזמתם.

התפלגות חולי הנסן בישראל לפי לשכות בריאות 2000 – 2012 מוצגת בטבלה מס' 1.

המרכז הארצי למחלת הנסן

המרכז הארצי למחלת הנסן מרכז את הידע והמומחיות הקשורים למחלת הנסן בישראל ובו פועלת המרפאה היחידה לכ- 200 חולי הנסן הרשומים בישראל.

במסגרת זו פועל המרכז בתחומים הבאים: אבחון, טיפול ומעקב, יעוץ והדרכת חולי הנסן ובני משפחותיהם, העלאת מודעות לקיום המחלה בארץ, מחקר ובדיקת מגעים.

השרות לחולי הנסן בישראל ניתן ללא תשלום על-ידי צוות רב-מקצועי הכולל רופא, אחיות ופיזיותרפיסטית.

כתובת המרפאה:

מרפאת הנסן, בית הבריאות ע"ש נתן ולינה שטראוס, רח' שטראוס 24 ירושלים, קומה ב'.

טלפון: 02-5611381

פקס: 02-5637977

מייל: Hansen@hadassah.org.il

ביקור במרפאה יש לתאם מראש.

לביקור במרפאה יש להביא מכתב הפניה מפורט מרופא ותשובות לבדיקות: שקיעת דם, ספירת דם, תפקודי כבד וכליה, בדיקת מוטולסקי לזיהוי חסר G6PD, סרולוגיה להפטיטיס B ו-C ו-HIV במקרים רלוונטיים (עולים חדשים מארצות אנדמיות בעיקר).

סיכום:

מחלת הנסן בישראל מעולם לא הייתה משמעותית מבחינת בריאות הציבור. למרות היותה מחלה מדבקת בהגדרה, העברתה מאדם לאדם מתרחשת לעתים רחוקות. יש להניח שעם המשך ההגירה, ובהתחשב בדגירה הממושכת של המחלה חולים חדשים ימשיכו להופיע עוד שנים רבות. הטיפול התרופתי היעיל מונע אפשרות הדבקה ומאפשר לחולים במחלת הנסן להבריא. הבעיה העיקרית שעמה מתמודדים החולים והמטפלים במחלת הנסן היא הפגיעה העצבית המלווה בנכויות ומשפיעה על האפשרות לתפקד בחיי היום יום ולהתפרנס בכבוד. העלאת המודעות לקיום המחלה בארץ עשויה להגדיל את הסיכויים לכך שחולים יגיעו לאבחון לפני שהנזק לעצבים ההיקפיים יתרחש.

הוכן על ידי:

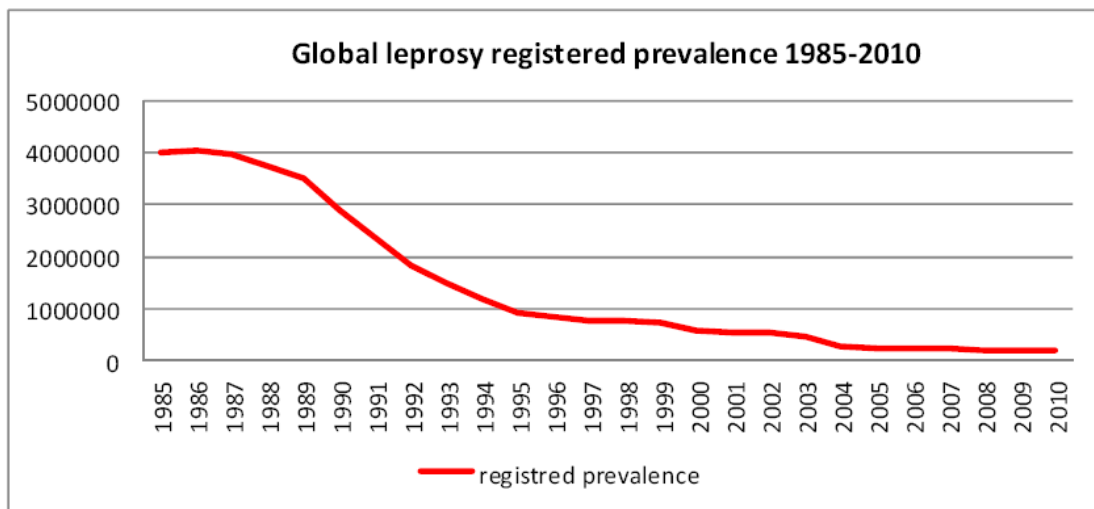
ד"ר ליאון גלעד – מנהל המרכז הארצי למחלת הנסן, מחלקת עור ומין, ביה"ח הדסה עין

כרם, ירושלים

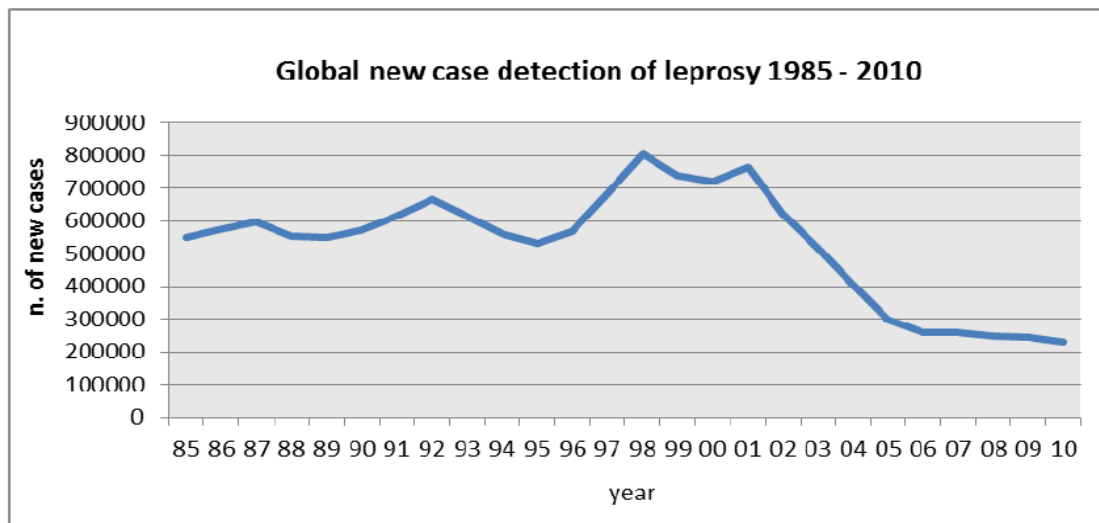
גב' רות וכסלר – מנהלת הסיעוד, המרכז הארצי למחלת הנסן, מחלקת עור ומין, ביה"ח

הדסה עין כרם, ירושלים

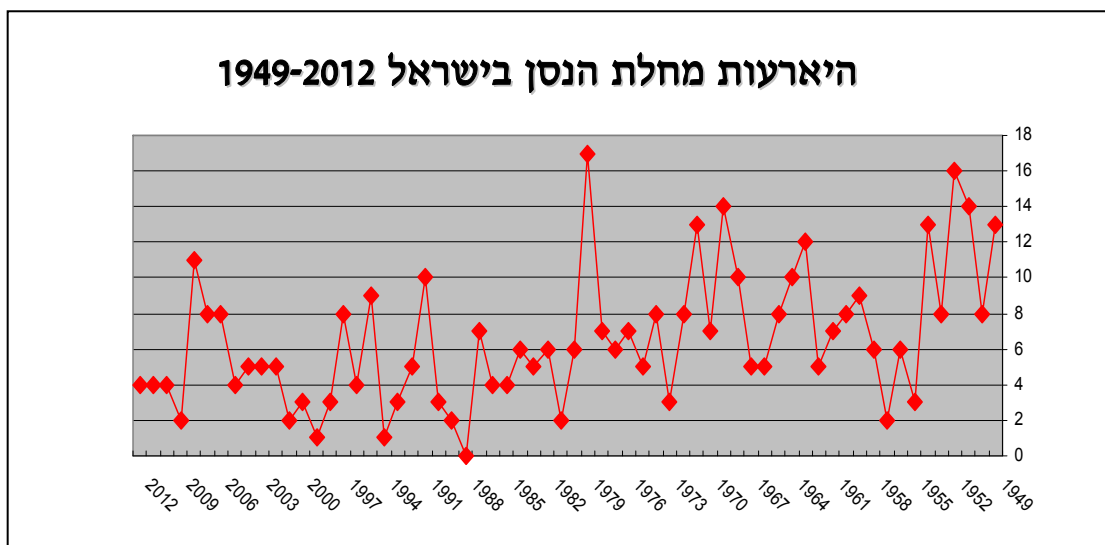
גרף 1:

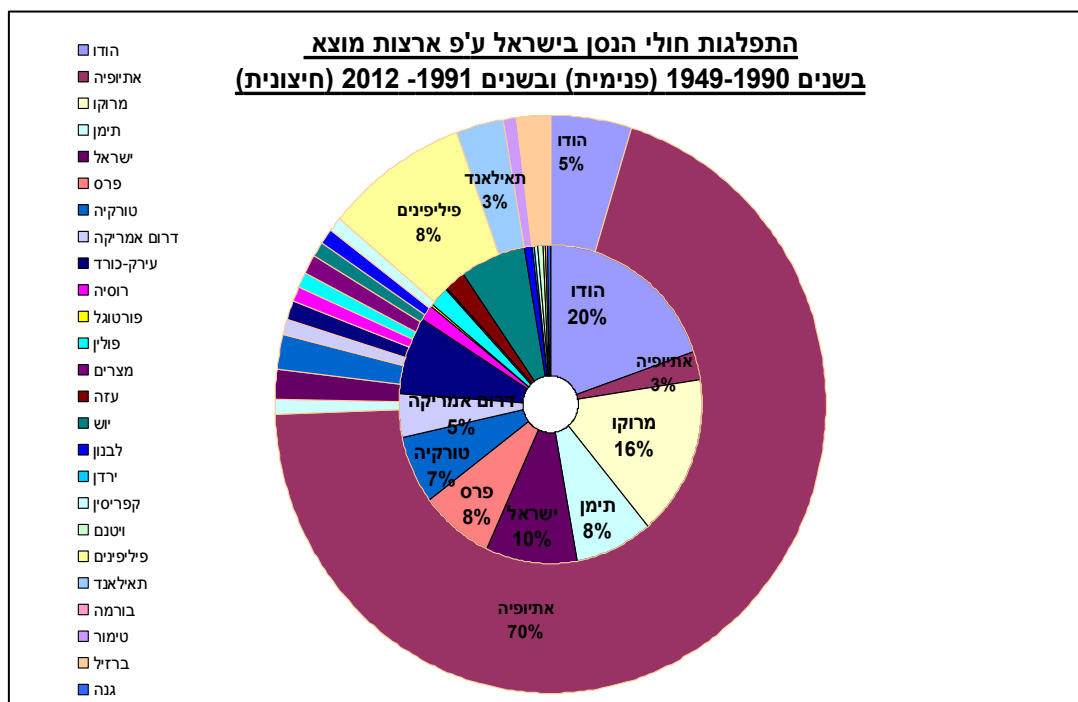


גרף 2:



גרף 3:





טבלה 1:

היארעות חולי הנסן בישראל לפי לשכות בריאות 2000 - 2012

שנה	מספר מקרים	ירושלים	תל אביב	עכו	טבריה	נתניה	רחובות	רמלה	חדרה	אשקלון	חיפה	באר שבע	פתח תקוה	צפת	תושבי חול
2000	3	1	1	1											
2001	3		1		1	1									
2002	5	1					1	1	1	1					
2003	5	2								1	2				
2004	5		1				1							2	1
2005	4	1										2		1	
2006	8	1				1		1		1		2		1	
2007	8	1	3			1					1		2		
2008	11		2	2	1			1		1			2	1	
2009	2	1					1								
2010	4					1	1				1				
2011	5	1	2							1					
2012	5	2	1				1					1			
סה"כ	68	11	11	3	2	4	5	3	1	5	6	5	3	7	2



תמונה מס' 1:

זרוע של חולה בת 46, עם Borderline lepromatous leprosy (נגע נוסף נראה על המותן).



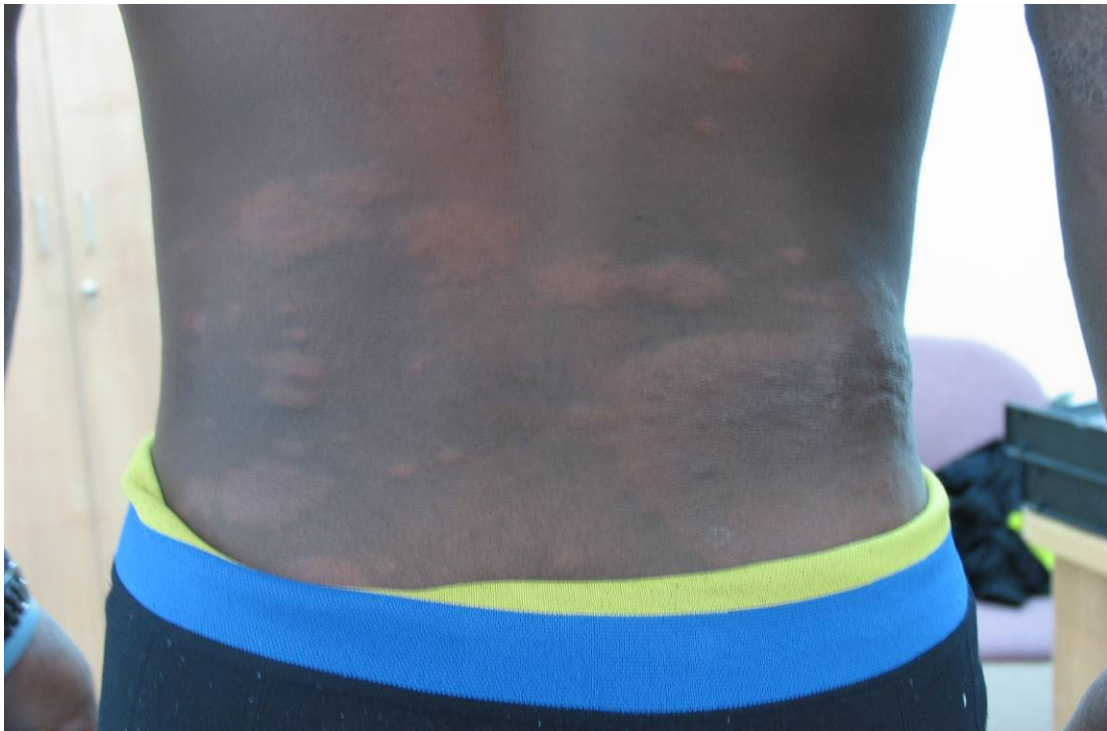
תמונה מס' 2:

Clawing באצבעות 3-5 ביד ימין על רקע שיתוק עצב אולנארי בחולה בן 35, שסבל מהתופעה ונבדק במשך 4 שנים טרם שאובחן כסובל מ-Lepromatous leprosy



תמונה מס' 3 ו-4:

נגעים על בטן ושיפולי גב של נער בן 16, אובחן כסובל מ- Lepromatous leprosy





תמונה מס' 5:

הכניסה הראשית לבית החולים הממשלתי ע"ש הנסן (צולם ב- 2005)