

מקרה קצר 1

בת 62 הועברה בהטסה רפואית מארצות הברית.

היא נסעה לטיול משפחתי ובעלה מצא אותה באמבטיה מחוסרת הכרה. בבדיקת CT בחדר המיון שם אובחן דימום תוך מוחי שלא התאים לניקוז כירורגי. לציין כי היא סובלת מפרפור פרוזדורים כרוני ובעת האירוע הייתה מטופלת בנוגד קרישה פומי מטיפוס NOAC. בהגעתה לאשפוז היא בהכרה מלאה אך סובלת מאפזיה מוטורית וסנסורית.

א. מה הוא שיעור הדימומים הנגרמים על ידי טיפול נוגד שבץ בקרב חולים הלוקים בפרפור פרוזדורים התקפי / כרוני? מה הם גורמי הסיכון לדימומים אלה?

[מתוך הריסון, מהדורה 19:]

Major bleeding requiring transfusion or in a critical area (e.g., intracranial) occurs in approximately 1% of patients per year.

Risk factors for bleeding include age >65–75 years, heart failure, history of anemia, and excessive alcohol or nonsteroidal anti-inflammatory drug use.

Patients with coronary stents who require antiplatelet therapy with aspirin and a thienopyridine are at particularly high risk of bleeding.]

ב. האם יש יתרון ל- NOAC ע"פ COUMADIN בנושא זה ?

[ל- NOACS יתרון ברור על קומדין בירידה בשיעור הדימומים המוחיים]

ג. האם היה ניתן לטפל בה תרופתית בחו"ל ?

[אם טופלה ב- DABIGATRAN – שימוש בנוגדן הספציפי, דיאליזה

אם טופלה ב- ANTI FACTOR X – ניתן לתת PCC, NOVO VII ...]

ד. משפחת החולה מוטרדת מהעובדה שהרופא המטפל לא בדק את

תפקודי הקרישה במהלך הטיפול. מה עמדתך?

[בעת הטיפול ב- NOAC אין צורך לבדוק תפקודי קרישה, הבדיקה אינה אבחנתית, ואין

משמעות לתוצאות מבחינת מינון התרופות]

ה. מתי והאם בכלל יש מקום לחידוש שימוש באנטיקואגולציה / אנטי אגרגנטים במקרים אלה?

[הטיפול חייב להיות מותאם אינדיבידואלית ובהתאם לחולה והמוח הספציפי שעליו אנו מעוניינים להגן.
באופן כללי יש התוויה לחידוש השימוש בשל עדויות להפחתת סיכון לאירועים מוחיים חוזרים ולתמותה כוללת:

מתוך Circulation 2015:

Oral anticoagulant treatment was associated with a significant reduction in ischemic stroke/ all-cause mortality rates, supporting oral anticoagulant treatment reintroduction after intracranial hemorrhage as feasible.]

