

מקרה גדול 2

בת 75 אושפזה עקב TIA שביטוייו דיסארתריה וצניחת זזית פה מימין שנמשכו כ- 10 דקות.
ברקע: יל"ד, סוכרת ואנמיה מחסר ברזל
[גסטרו +קולונוסקופיה וקפסולה פעמיים- תקינים].

1. אילו בדיקות תשלים?

[אק"ג- פרפור?, דופלקס קרוטידים, אקו לב, CT מוח
דיון בדבר הולטר מוניטור ממושך ותרומתו]

2. כיצד תעריך את חומרת האירוע?

[ABCD]:

The ABCD2 score is a clinical prediction rule used to determine the risk for stroke in the days following a transient ischemic attack.

The ABCD2 score is based on five parameters (age, blood pressure, clinical features, duration of TIA, and presence of diabetes) scores for each item are added together to produce an overall result ranging between zero and seven.

risk for stroke can be estimated from the ABCD² score as follows:

Score 1-3 (low)

2 day risk = 1.0%

7 day risk = 1.2%

Score 4-5 (moderate)

2 day risk = 4.1%

7 day risk = 5.9%

Score 6-7 (high)

2 day risk = 8.1%

7 day risk = 11.7%]

3. אילו המלצות לטיפול תרופתי יש לתת בשחרור ?

[איזון גורמי סיכון:

LDL לכמה?

HBA1C לכמה?

לחץ דם כמה?

נוגדי טסיות, איזה?

מעקב המוגלובין]

מסור לנבחן את המשך פרטי המקרה:

שבוע לאחר מכן מתקבלת לבית החולים בשל דפיקות לב- באק"ג פרפור פרוזדורים מהיר

4. מה התוכנית הטיפולית?

[האטה היפוך- מתי? איך? שיקולים?]
[נוגדי קרישה]

5. אם פרפור הפרוזדורים היה מתגלה בזמן האשפוז עקב ה- CVA,

כיצד היית נוהג בנושא הטיפול בנוגדי הקרישה?

[מחכה כ- 4 עד 8 ימים, חוזר על CT ומתחיל טיפול]

6. לאור המהלך והאנמיה מחסר ברזל, מה השיקולים בבחירת הטיפול

נוגד הקרישה?

[COUMADIN לעומת NOACS ומה השיקולים בבחירת ה- NOAC]

מסור לנבחן את המשך פרטי המקרה:

הוחל טיפול ב-COUMADIN, שבוע לאחר מכן מתקבלת בשל MELENA, והמוגלובין 5 ג"ד"ל.

7. מה הטיפול המיידית?

[מנות דם, גסטרוסקופיה שוב?

אנטיידוט ל- COUMADIN : ויטמין K, PCC, דיון על אנטיידוט ל- NOAC]

8. היות וברור מערכת העיכול היה לפני זמן קצר, הוחלט שלא לבצע

שוב ברור. מה הטיפול?

- [הסיכון לדימום אל מול הרווח- [CHADS VASC/CHADS אל מול HAS-BLED]
- NOAC אל מול VKA
- [LEFT ATRIAL APPENDAGE OCCLUSION]

מסור לנבחן את המשך פרטי המקרה:

החולה יועדה ל- LEFT ATRIAL APPENDAGE OCCLUSION, שוחררה עם טיפול ב-ASPIRIN ו-PLAVIX, אותם יש ליטול בשבועות הראשונים לאחר הפעולה.

לאחר 3 שבועות החולה מגיעה לפעולה, אך טרם הפעולה מבצעים TEE ומוצאים קריש גדול לא יציב בעליה- קונטרא אינדיקציה לפעולה.

9. איך היית מתקדם?

[נוגדי קרישה? עם- סיכון לדמם, בלי- סיכון ל-CVA
האם יש יתרון לנוגד קרישה ספציפי? - ELIQUIS פחות דמם GI.
ניתוח כריתת אוזנית?]

מסור לנבחן את המשך פרטי המקרה:

הוחל טיפול ב- APIXABAN 2.5 MG X2.

10. מה היו הנימוקים בבחירת תכשיר זה? ומה דעתך על המינון?

[גורם להכי פחות עליה בדימומי GI,
המינון הנמוך אינו עומד בהמלצות:
גיל <80, משקל מתחת ל- 60 קג ואי ספיקת כיליה. המינון נבדק על מספר חולים קטן ביותר]

שאלה למצטיינים:

11. בהנחה ולחולה אנגיואקטזיות במערכת העיכול, האם ישנה דרך למנוע דימומים ממערכת העיכול?

[Octreotide (brand name Sandostatin, Novartis Pharmaceuticals) is an octapeptide that mimics natural somatostatin pharmacologically
ישנם דיווחים על יעילות]