

שאלה קלינית גדולה מס' 1, יום שלישי, 06.05.25

כתיבה: ד"ר אלכס גולדשטיין, ד"ר איתן גלוסקין

עריכה: ד"ר ליב שדמי

לבוחנות/יש להציג לנבחנות/ דף מידע מס' 1 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 1:

בן 60 צלול ועצמאי, עורך דין, מתאמן פעמיים בשבוע בחדר הכושר. מוכר לך היטב, ברקע יל'ד מטופל ב-Ramipril (טריטיס) 5 מ"ג ביום והיפרכולסטרולמיה מטופל ב- Atorvastatin (ליטורבה) 40 מ"ג ביום. הגיע למרפאה בשל תחושת דופק מהיר וחולשה קלה, בטריאז' אחיות בוצע אק"ג. לפניך האק"ג שבוצע, יחד עם אקג קודם מלפני שנתיים שבוצע לקראת ניתוח אלקטיבי. מהתרשמות ובדיקה ראשונית עולה שהמטופל יציב המודינמית, ללא קוצר נשימה, אינו כאוב. בבדיקה – סימנים חיוניים - דופק 120, ל"ד 125/87, סטורציה 98% בא"ח, נשימות 15 לדקה, ללא חום. BMI 24. בבדיקה גופנית ממוקדת: אוושה סיסטולית 3/6 מקרינה לאקסילה, מוכרת מהעבר. ריאות: ללא עדות לגודש.

שאלה מס' 1: תארי את האק"ג, מהי האבחנה?

- תשובה: נספח 1 – אק"ג נוכחי עם AF מהירות 130 נספח 2 – אק"ג לפני שנתיים עם NSR 80.
- אבחנה – פרפור עליות שלא היה ידוע מהעבר.

שאלה מס' 2:

מהי האנמנזה הממוקדת הרלוונטית כעת?

תשובה מצופה:

- זמנים – משך פלפיטציות וחולשה, פלוקטואציות.
- חולשה - קשיים במאמצים ואיזה? ישנוניות? חומרה, מגמה, השפעה על תפקוד, אפיזודות דומות בעבר. דימום / סימני דימום לאחרונה, היסטוריה משפחתית של מחלות כרוניות.
- תסמינים קרדיאליים – כאבים בחזה, קוצר נשימה, שיעול, בצקות, חום, PND, שינויים במצב ההכרה, היסטוריה משפחתית קרדיאלית
- תסמיני היפרתאירודיזם – טאכיקרדיה / פלפיטציות, נשירת שיער, אי סבילות לחום, שלשול, אגיטציה. או לחילופין ב-apathetic hyperthyroidism of the elderly דווקא להיפך – לתרגיה, ירידה במשקל, דכאון
- זיהומיות – חומים לאחרונה, טיולים, תסמיני GU/GI/רספירטוריים
- תסמיני OSA – ישנוניות, נחירות, פה יבש וחוסר התרעננות בקימה בבקרים
- שימוש בתרופות כולל OTC, צריכת אלכוהול או סמים, היסטוריה משפחתית קרדילוגית

- שאלות לחישוב של HASBLED לרבות דימומי עבר או היסטוריה משפחתית של דימום, טיב איזון לחצי דם. שאלות לחישוב CHADSVASC – היסטוריה של אס"ל, שבץ/TIA, יל"ד, מחלה וסקולארית (לרבות PVD).
- היסטוריה משפחתית של קרישיות יתר
- מצב רוח, סטרס לאחרונה, שינה (כולל הרגלים, היגיינת שינה)

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה האנמנוזה שנשאלה הייתה ממוקדת ומקיפה?

האם נשאלו שאלות מכוונות גם לנושא החלטה על טיפול באנטיקוגולציה?

לבוחנת/ת: יש להציג לנבחנת/ת דף מידע מס' 2 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 2: לדברי המטופל, מזה שלושה שבועות מרגיש שיש לפעמים הרגשה של דופק מהיר ויש ירידה בסיבולת למאמצים, מתעייף לאחר ריצה של 1 ק"מ בחדר הכושר, כאשר קודם היה יכול לרוץ 5 ק"מ מבלי להתעייף. התהליך התחיל באופן הדרגתי ולא יודע לציין נקודת זמן מסוימת בה הוא התחיל. במהלך עבודתו לא מרגיש הבדל. שולל כאבים בחזה, קוצר נשימה, בצקות או היסטוריה משפחתית קרדיאלית. שולל חומים, תסמינים רספירטוריים / GU / GI. ללא תסמינים ליליים כלשהם, ישן היטב. שולל דימום לאחרונה לרבות GI. סבתו נותחה בגיל 60 בשל סרטן המעי הגס. תרופות מרשם – נוטל טיפול ללח"ד ודיסליפדמיה זה זמן רב, מקפיד על הטיפול התרופתי ללא שינוי. שולל תרופה/תוסף OTC, צריכת אלכוהול או סמים. מצב רוח שמור. ללא אפיזודות של דימום או גורמי סיכון לדימום, איזון לחץ דם טוב לדבריו, בטווח התקין תחת הטיפול, ללא היסטוריה של מחלת כלי דם פריפרית. שולל היסטוריה אישית או משפחתית של קרישיות יתר.

שאלה מס' 3: מסרת למטופל אבחנה חדשה של פרפור עליות. אנא קיים דיון עם המטופל לגבי המשך ניהול המקרה מה המלצתך כעת? מה הבירור הדרוש? דון ביתרונות וחסרונות של הפנייה למלר"ד לעומת המשך טיפול בקהילה

במטופל זה?

תשובה מצופה:

מדובר במטופל צעיר, סימפטומטי, עם גילוי ראשון של פרפור עליות. קשה לדעת מה גילו של הפרפור, אך ע"פ הסימפטומים ככה"נ קיים כבר יותר מ-48 שעות, כמו כן המטופל יציב המודינמית ונשימתית ולכן בכל מקרה אינו מיועד להיפוך מידי, אלא אם כן יעבור TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAM (אקו דרך הושט). אם לא יהפוך חזרה לסינוס

עצמונית, סביר להניח שיוצע היפוך יזום. לצורך המשך התהליך לקראת היפוך אלקטיבי, המטופל זקוק לבירור בסיסי, אשר ניתן לבצע בקהילה או במלר"ד:

- בירור בקהילה - ניתן להתחיל בירור כעת בהינתן זמינות סבירה של הבדיקות הנדרשות, ובמקביל לשקול התחלת טיפול תרופתי בחסמי ביתא ובאנטיקוגולציה (להלן א"ק). כתלות בממצאים ניתן לשקול היפוך אמבולטורי לאחר < 3 שבועות א"ק. אפשרות זו יכולה למנוע מהמטופל טרחה וחשיפה אפשרית לזיהומים במלר"ד.
- בירור במלר"ד/אשפוז – הבירור מהיר יותר לזיהוי של מצב שגרם ל-AF. יחד עם זאת נראה שהבירור אינו דחוף היות ואין תסמינים מכוונים לאס"ל/איסכמיה. יתרון בבירור המהיר הוא שעל סמך תשובות הבירור הראשוני בביה"ח יהיה ניתן לבחון TEE ולאחריו היפוך מבלי לחכות לארבעה שבועות א"ק. לגבי rate control - במטופל זה הדופק אינו גבוה מאד ואין הכרח לטיפול תרופתי במתן IV, כך שניתן לנסות קודם טיפול פומי.

לבוחנת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה הנבחן דן ביתרונות והחסרונות של הגישות השונות ובאיזה מידה התייחס באופן ספציפי למטופל שבשאלה ? (ניתן לקבל כל המלצה סופית של הנבחן, כל עוד יש פירוט מנומק)

שאלה מס' 4 : לאחר דיון משותף ביתרונות והחסרונות, החלטתם יחד להתחיל ניהול בקהילה. מה המלצותיך לגבי

המשך הבירור ? ומה ההמלצות לטיפול במטופל הזה?

המשך הבירור יכול:

- בדיקות מעבדה – ספירה, כימיה (אלקטרוליטים, תפקודי כליות וכבד), תפקודי תריס
- אקו לב
- צילום חזה
- הולטר – במידת הצורך
- בדיקת שינה – באוכלוסייה רלוונטית (אנמנזה רלוונטית)

הטיפול שמומלץ בשלב זה:

- במטופל סה"כ צעיר ובריא בד"כ נעדיף RHYTHM CONTROL לטווח הארוך, אך ניעזר ב-RATE CONTROL לטווח קצר בינתיים לטובת שליטה בסימפטומים.
- אסטרטגיית השליטה בקצב: (Rhythm Control) - כאמור המטופל ככה"נ יותר מ-48 שעות עם הפרפור (ע"פ משך החולשה) ולכן יבוצע היפוך רק לאחר 4 שבועות של א"ק במינון טיפולי או TEE שלילי.
 - ביצוע היפוך חשמלי, לרבות במקרים של חוסר יציבות המודינמית.
 - אפשרות של טיפול תרופתי להחזרת קצב סינוס (דוגמאות- אמיודרון בלב עם בעיות מבניות, פרופאפנון בלב ללא בעיות מבניות)
- אסטרטגיית השליטה בדופק: (Rate Control)

- שימוש בחוסמי בטא או חוסמי תעלות סידן
- מעקב אחר תגובת הדופק והתאמת המינון
- מטרה להשגת דופק במנוחה סביב 90-110 פעימות לדקה
- שקילת אבלציה במקרים מתאימים – ניתן לשקול לאחר כישלון טיפול שמרני
- אנטיקואגולציה – CHAD VASC של המטופל – 1 (י"ד) – ניתן להתחיל טיפול באספירין / אנטיקואגולציה (העדפה ל-DOAC)

לבוחנ/ת: יש להציג לנבחנ/ת דף מידע מס' 3 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 3: המטופל חוזר לביקור עם תוצאות הבדיקות:

- צילום חזה – תקין
- הולטר אקג – מקטעים של פרפור 91-103 פעימות לדקה, תואם ליומן דופק שביצע המטופל
- אקו לב – גודל ותפקוד חדר שמאל וימין תקינים. תפקוד סיסטולי שמור EF=55%. הגדלה קלה של עליה שמאלית מסתמים: מסתם מיטרלי נצפתה אי ספיקה קלה (MR mild). ללא נוזל פריקרדיאלי. לחץ ריאתי תקין. אין מומי מבנה בולטים. לציין דופק לא סדיר במהלך הבדיקה.
- בדיקות מעבדה: ספירה וכימיה כולל אלקטרוליטים, תפקודי כליות וכבד – בגדר הנורמה

Test	Results	Units	Normal range
TSH	0.02	mU/L	0.5-5
T4	23	µg/dL	5-12

שאלה מספר 5: דון בתוצאות הבירור (מעבדה + דימות) הנ"ל. האם קיימת השפעה לתוצאות אלה על הטיפול

במטופל זה? ומה המשך הבירור הנדרש?

תשובה:

- באקו לב – ישנה עלייה שמאלית מוגדלת, יתכן על רקע MR, הדבר יכול להוות טריגר ל-AFIB
 - בבדיקות המעבדה – היפרתירואידיזם.
- בשלב זה נדרשת הערכה וטיפול בהיפר-תריסיות – תחילה, אבחנה ע"י תשאול לגבי היסטוריה משפחתית, בדיקה פיזיקלית לשלילת מחלה עינית ע"ר הפרעת תריס ולשלילת מחלה נודולרית, ובהתאם לממצאים החלטה על ביצוע בדיקת נוגדני תריס ו/או מיפוי (Radionuclide Thyroid Scan).
- לאחר טיפול בהיפר-תריסיות ברוב המקרים הפרפור חולף לאחר מספר שבועות, ולכן יש קודם לאבחן ולטפל בהפרעה בבלוטת התריס (ראה גורול פרק 28). רק לאחר מכן, אם יידרש – יש לבצע התאמת הטיפול ב-AF למחלות הרקע של המטופל והתוויות הנגד.

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה:

באיזו מידה ידע להתייחס הנבחן לממצאים בהקשר של AFIB?

לבוחנ/ת: יש להציג לנבחנ/ת דף מידע מס' 4 ולהקריא את קטע המידע הבא:

קטע מידע מס' 4: לאחר דיון ביתרונות ובהסרונות, הוחל טיפול באלקוויס (Apixaban) 5 מ"ג פעמיים ביום, בנוסף לחוסם הבטא שכבר הוחל. המטופל ללא היסטוריה משפחתית אוטואימונית או מחלה עינית ממקור בלוטת התריס, בבדיקה בלוטה מוגדלת ללא רגישות, במעבדה TSI (Thyroid Stimulating Immunoglobulin) מוגבר, מיפוי בלוטת התריס קליטה דיפוזית. בוצע ייעוץ אנדוקרילוגי ואושרה אבחנת העבודה של Graves Disease והוחל טיפול במתימזול (Methimazole) 10 מ"ג ליום עם הנחיות לטיטרציה.

שאלה מס' 6: איך תדריך/י את המטופל לאור אבחנותיו וטיפוליו החדשים? מה ההנחיות החשובות לקראת המפגש הבא? מה ההנחיות לניטור עצמי ובאילו נסיבות יהיה עליו לפנות לבדיקה חוזרת?

תשובה מצופה:

- יש למדוד מדי פעם קצב דופק (מדידה של דקה שלמה), ולוודא שנמצא בטווח 90-110. אם לא אז יש ליצור קשר לטובת התאמת מינון חוסם בטא. ניתן לבדוק עצמאית מדי פעם האם הדופק סדיר או לא, אם חוזר להיות סדיר אז מומלץ להגיע למרפאה לבצע אק"ג לאחר חזרה לקצב סינוס.
- במקרה של הופעת תסמינים קרדיאליים (לרבות כאבים בחזה, קוצר נשימה) יש לפנות מיידית לבדיקה, ייתכן ויידרש היפוך. במקרה של הופעת תסמיני דימום לרבות כאב בטן/ראש יש לפנות לבדיקת רופא.
- הופעת תסמיני היפר/היפותאיריז – יש לפנות לבדיקה ולשקול בדיקת מעבדה
- מתימזול – בדיקות מעבדה כולל תפקודי תריס כל 4-6 שבועות עם טיטרציה של מינון. ספירת דם בתחילת מחלת חום/כאב גרון לשלול אגרנולוציטוזיס.
- שמירה על איזון של מחלות הרקע – היפרלפדמיה, יל"ד. להמשיך להימנע משתיית אלכוהול. שמירה על אורח חיים בריא גם לטובת ירידה במשקל, שהוכח שמפחית האירעות של AF.
- לתשאל לגבי תמיכה סוציאלית/רגשית, לשקול תשאול בנושא דכאון לו מועדים יותר חולים כרוניים ובפרט חולי AF.
- להימנע מתרופות לא הכרחיות שיכולות להיות טריגר/להחמיר אריתמיות / פלפיטציות למשל פסואודופדרין בתרופות נוגדי גודש.
- ביקורת מרפאתית תקופתית - תחילה כל כמה שבועות, לאחר מכן ניתן לרווח.
- לקבוע ביקורת קרדיולוגית אם טרם ביצע זאת, וזאת כדי לשקול צורך בבדיקות נוספות.

לבוחנ/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה :

באיזו מידה התייחס הנבחן לכלל הבעיות של המטופל ונתן הנחיות רלוונטיות?

שאלה מס' 7: המטופל נסע לעבוד בארץ אחרת וחוזר אליך לאחר כשנה. אתה מתרשם מירידה במשקל ומצב רוח ירוד. בתשאול בעזרת שאלון PHQ-9 חושב ציון 8 מתוך 20, מה האבחנה? מהם הגורמים האפשריים לדיכאון במטופל זה?

תשובה מצופה:

האבחנה היא MILD DEPRESSION, גורמים אפשריים:

- התמודדות עם מחלה כרונית – מטופל עם אבחנה חדשה של AFIB
- דכאון שניוני להיפרתאירידיזם או להיפותאירידיזם על רקע יציאה מאיזון בשל טיפול-יתר או תת טיפול – תשאול סימפטומים רלוונטיים, בדיקת TSH
- דכאון שניוני לחסמי בתא – ניתן לבצע ניסיון של הפחתה במינון/הפסקה של התרופה אם הדפקים מאפשרים פחות סביר:
- דכאון משני למחלה וסקולארית מוחית סאב-כרונית / כרונית – דימות מוחית
- חסר ברזל / אנמיה ע"ר איבוד דם כרוני איטי, ייתכן בשל אלקווים, אך תמיד יש לבצע בירור, ובמסגרתו לשלול מקור GI, במיוחד לאור ההסטוריה המשפחתית של סרטן המעי הגס – ספירה והערכת משק ברזל, לשקול בירור אנדוסקופי.

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך בדף התשובות לגבי השאלה הבאה:

באיזו מידה הנבחן הבין את האבחנה וידע לחשוב על גורמים ספציפיים רלוונטים במטופל זה

לבוחנת/ת - נא לסמן את הערכתך המסכמת בדף התשובות.

מקורות מידע:

* Goroll 8, Chapter 25 Evaluation of Palpitations; Appendix 25-1 Evaluation of Atrial Fibrillation in the Outpatient Setting ; Chapter 28 Outpatient Management of Atrial Fibrillation ; Chapter 103 Approach to the Patient with Hyperthyroidism ; Chapter 227 Approach to the Patient with Depression

* Goroll 8, Chapter 227 Approach to the Patient with depression

* AAFP – Depression: Screening and Diagnosis (Oct 2018)

* 2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation:
A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on
Clinical Practice Guidelines January 2024

(מקור: <https://ecgwaves.com/topic/atrial-fibrillation-ecg-ekg-causes-classification-management>)



(מקור: <https://ecgwaves.com/topic/ecg-normal-p-wave-qrs-complex-st-segment-t-wave-j-point>)

