

שאלה מספר 1

ד"ר מור מרקוביץ
עריכה ד"ר מיכל כהן דדי

1. [הצג לנבחן נספח מס' 1] בן 56, בריא בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי קבוע. מעשן 30 שנות קופסא, עובד כמכונאי. מלין על קוצר נשימה במאמץ בימים האחרונים המוקל במנוחה. שולל כאבים בחזה, ללא סיפור משפחתי של מחלות לב. בבדיקה גופנית - כניסת אוויר טובה דו"צ מלווה בחרחורים עדינים בבסיסים, קולות לב סדירים, בטן רכה, גפיים ללא בצקות. השלים אק"ג במרפאה. תאר את האק"ג. מהו השלב הבא בניהול המקרה?

התשובה המצופה:

- תרשים האק"ג מדגים סינוס טכיקרדיה (בין 110 ל-120 פעימות לדקה), CLBBB.
 - קוצר נשימה חדש במאמץ יחד עם עישון LBBB-חדש, מחשיד ל-ACS עד שיוכח אחרת.
 - יש להזמין נט", לנטר סימנים חיוניים (דופק, לח"ד, סטורציה), פתיחת וריד ומתן אספירין 300 מ"ג בלעיסה, מתן חמצן במידה וסטורציה מתחת ל-90%.
- [נבחן שלא יפנה את המטופל למיון יקבל ציון 2 על השאלה לכל היותר]

2. [הצג לנבחן נספח מס' 2] המטופל פונה לחדר מיון. צילום חזה הדגים גודש ריאתי, בדיקת טרופונין תקינה. אקו לב הדגים חדר שמאלי מורחב במידה קלה, עובי קיר חדר שמאל תקין, תפקודו הסיסטולי מופחת במידה קשה באופן דיפוזי. Ejection Fraction 27%. הודגם תפליט פריקארדיאלי בכמות מינימלית מסביב ללב. המטופל השלים צנתור שהיה תקין.

מהי האבחנה הסבירה ומהם הגורמים האפשריים למצבו?

התשובה המצופה:

- האבחנה הסבירה היא Dilated Cardiomyopathy.
- **אבחנה מبدלת:**
- Dilated cardiomyopathy אידיופטי
- קרדיומיופטיה על רקע זיהומי כגון שפעת, EBV, אנדו וירוס, HIV, הפטיטיס C, מיקובקטריה, ריקציה.
- קרדיומיופטיה על רקע אנדוקריני כגון סוכרת, בלוטת התריס (פעילות יתר / תת תריסיות), השמנה.
- קרדיומיופטיה על רקע אוטואימוני/דלקתי כגון לופוס, סקלרודרמה, סרקואידוזיס, RA.
- קרדיומיופטיה על רקע הסננה כגון עמילואידוזיס וגושה.
- קרדיומיופטיה טוקסית כגון צריכת אלכוהול/סמים, חשיפה כרונית למתכות כבדות בעבודה, המוכרומטוזיס, הקרנות.

3. אבחנת כי מדובר ב-Dilated cardiomyopathy Stage C מהם המעקב והטיפול הנדרשים במסגרת המרפאה?

התשובה המצופה:

- טיפול לא תרופתי: פעילות גופנית סדירה, הפחתת צריכת נתרן.
- טיפול תרופתי מיטבי ווידוא היענות: תרופה ממשפחת ACE-I/ARB/ARNI, חוסמי בטא קרדיו-פרוטקטיביים, אנטגוניסטים לרצפטור לאלדוסטרון (יש להימנע אצל מטופלים עם EGFR מתחת ל-30 ולעקוב אחר רמות אשלגן), מעכבי SGLT-2. ניתן לשקול טיפול במשתן במידה וגדוש.
- בהמשך, לפי צורך ובהתאם לקריטריונים, ניתן לשקול השתלת קוצב/דפיברילטור (ICD, CRT).
- איזון גורמי סיכון קרדיווסקולריים (שומנים, סוכר, לחץ דם).
- עידוד גמילה מעישון - הפניה לסדנאות, טיפול תרופתי תומך.
- מעקב אחר תסמינים, סיבולת מאמץ, סטטוס תפקודי, סקר לבידוד חברתי, frailty ואוריינות רפואית.
- טיפול צוות רב תחומי - קרדילוג, ייעוץ תזונתי, עו"ס (מיצוי זכויות).
- תמיכה בהסתגלות למצב כרוני, כולל דיון על המשך עבודה והפניה לרופא תעסוקתי במידת הצורך.

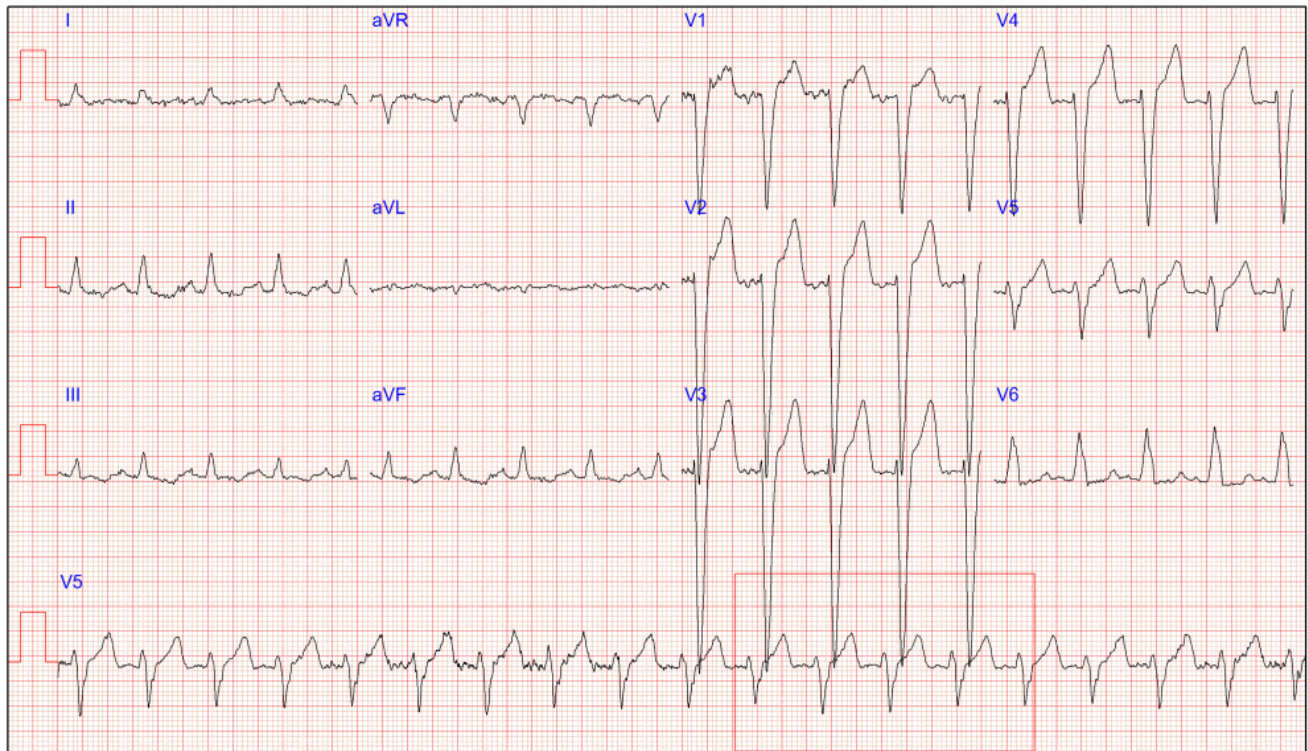
מקורות מידע:

1. American Family Physician, 2020 - Acute Chest Pain in Adults: Outpatient Evaluation
2. American Family Physician, 2017 - Acute Coronary Syndrome: Current Treatment
3. American Family Physician, 2017 - Cardiomyopathy: An Overview
4. American Family Physician, 2023 - Management of Heart Failure: Updated Guidelines From the AHA/ACC
5. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 32 – Approach to the patient with chronic congestive heart failure

נספח מספר 1

(שאלה מספר 1)

בן 56, בריא בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי קבוע. מעשן 30 שנות קופסא. מלין על קוצר נשימה במאמץ בימים האחרונים המוקל במנוחה. שולל כאבים בחזה, ללא סיפור משפחתי של מחלות לב. בבדיקה גופנית - כניסת אוויר טובה דו"צ מלווה בחרחורים עדינים בבסיסים, קולות לב סדירים, בטן רכה, גפיים ללא בצקות.



נספח מספר 2

(שאלה מספר 1)

המטופל פונה לחדר מיון. צילום חזה הדגים גודש ריאתי, בדיקת טרופונין תקינה. אקו לב הדגים חדר שמאלי מורחב במידה קלה, עובי קיר חדר שמאל תקין, תפקודו הסיסטולי מופחת במידה קשה באופן דיפוזי. Ejection Fraction 27%. הודגם תפליט פריקארדיאלי בכמות מינימלית מסביב ללב. המטופל השלים צנתור שהיה תקין.

שאלה מספר 2

ד"ר מיטל נביזדה כהן
ד"ר רות כהן בן-נון

1. בן 21, שוחרר לאחרונה משירות צבאי בשל מצבו הרפואי. בחודשים האחרונים סובל מהתקפים של שלשולים מרובים 5-6 פעמים ביום, עם ריר ודם, תחושה של דחיפות וטנזמוס. מציין ירידה של 4 ק"ג במשקל. לעיתים מלווה בעליית חום עד 38, ללא תסמינים נוספים. מספר תרבויות צואה היו עקרות לאורך התקופה. מהי האבחנה המבדלת העיקרית ומהם המאפיינים התומכים או מחלישים כל אבחנה?

התשובה המצופה:

- IBD - גיל מתאים, מצב כרוני עם התקפים, שלשול רירי, דמי וחום תומכים באבחנה.
- IBS - כרוני עם התקפים, התחיל בתקופה לחוצה, אך דם וחום פחות תומכים באבחנה.
- Lymphocytic Colitis - שלשול כרוני מימי, פחות רירי או דמי, אופייני בנשים מבוגרות.
- צליאק ורגישות לגלוטן – כרוני, לרוב שלשול מימי עם גזים ופחות רירי או דמי, ללא חום.
- אי סבילות ללקטוז - כרוני, השלשול יכול להיות דמי, לרוב לא גורם לירידה במשקל.
- מחלה פרזיטרית כגון *Giardia lamblia*, *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium* - כרוני עם התקפים, אמבה יכולה לגרום לשלשול דמי.
- קלוסטרידיום דפיצילה - פחות תומכים אלא אם היה אשפוז ו/או שימוש באנטיביוטיקה לאחרונה.

2. שלחת את המטופל לבירור - [הצג לנבחן נספח מס' 3] להלן תוצאות מעבדה וקולונוסקופיה. תאר את הממצאים, על סמך הממצאים והרקע מהי האבחנה הסבירה ומהן ההמלצות הטיפוליות עבור מטופל זה?

התשובה המצופה:

- במעבדה אנמיה מחסר ברזל, CRP מוגבר, קלפרוטקטין גבוה, ללא עדות לצליאק.
- האבחנה הסבירה היא IBD ככל הנראה מסוג Ulcerative Colitis.
- אין המלצה לדיאטה ספציפית. בשל שכיחות גבוהה יחסית של חסר לקטאז ניתן לנסות דיאטה דלת לקטוז.
- FODMAP נמצא כמקל תסמינים אך לא משנה את חומרת המחלה.
- פעילות גופנית מעלה את איכות החיים ומורידה חרדה שלעיתים מתלווה.
- הטיפול התרופתי תלוי בחומרת המחלה ובמידת הפיזור (פרוקטיטיס, קוליטיס בקולון שמאלי או פאנקוליטיס)
- במקרים קלים-בינוניים: הטיפול ההתחלתי הוא לרוב 5-ASA פומי (+/- רקטלי). במחלה קלה שמוגבלת לקולון הדיסטלי ניתן להשתמש ב-5-ASA רקטלי בלבד.
- במקרים של אי סבילות ל-5-ASA ניתן לטפל עם בודזונייד (Budesonide) פומי/מקומי.
- במקרים בינוניים-חמורים: סטרואידים סיסטמיים יעילים בהשראת רמיסה, אך הטיפול מוגבל בזמן. ניתן לשלב עם אימונומולטוריים (6-MP או Azathioprine) או עם טיפול ביולוגי ANTI TNF כגון Infliximab (Remicade) או Janus Adalimumab (Humira). טיפול ב-Integrin Receptor Antagonists כגון Vedolizumab (Entyvio), טיפול ב-Janus Kinase Inhibitors (JAK) כגון Tofacitinib (Xeljanz).
- השתלת צואה יכולה להביא לרמיסה, כרגע משמש בעיקר במחקר.
- תוספי ברזל וחומצה פולית במידה ויש חוסרים, חומצה פולית מומלצת גם למי שנוטל Sulfasalazine.
- סידן וויטמין D למטופלים שמקבלים סטרואידים לאורך זמן.
- פרוביוטיקה וכורכומין עשויים לסייע קלות, דיקור סיני - אין EVIDENCE.
- רפואה מונעת – חיסונים: שפעת, פניאומוקוק, שלבקת חוגרת.

3. המטופל אובחן עם Ulcerative Colitis והוחל טיפול בפנטסה (PENTASA) בטבליות ופתיוליות ומצבו השתפר. מה תסביר למטופל לגבי הפרוגנוזה של מחלתו והמשך המעקב הנדרש?

התשובה המצופה:

- רוב החולים יסבלו ממחלה קלה עד בינונית עם תקופות רמיסה ארוכות. רק 10% יפתחו מחלה כרונית פרסיסטנטית.
- 6% מהחולים יסבלו מתסמינים נוספים חוץ אינטסטינליים כגון אריתמה נודוזום, פיודרמה גנגרנוזום, ארתריטיס, אובאיטיס, Primary Sclerosing Cholangitis.
- 15% מהמטופלים יזדקקו לבסוף לטיפול כירורגי (קולקטומי).
- כעבור 8 שנים מהופעת המחלה יש להתחיל סקרינינג לסרטן קולון. יש לבצע קולונוסקופיה אחת לשנה-שנתיים (PSC) מעלה סיכון לסרטן קולון, בנוכחותו יש לבצע קולונוסקופיה כל שנה).
- צפיפות עצם - מעל גיל 50 ובחולים שקיבלו סטרואידים סיסטמיים במשך 3 חודשים ומעלה
- בדיקת רופא עיניים שנתיים אצל חולים שנוטלים סטרואידים באופן כרוני
- בדיקת רופא עור שנתיים, בעיקר אצל מי שנוטלים טיפול אימונומולטורי / ANTI TNF

מקורות מידע:

1. American Family Physician 2022 - Ulcerative Colitis: Rapid Evidence Review
2. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 64 – Evaluation and Management of Diarrhea
3. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 73 – Management of Inflammatory Bowel Disease

נספח מספר 3
(שאלה מספר 2)

HGB g/dl	11.6	13.5-17.5
FERRITIN ng/ml	15	30-400
ALBUMIN g/dl	4.2	3.5-5.2
AST U/l	27	5-35
ALT U/l	30	5-45
ALK. PHOS U/l	105	30-120
BILIRUBIN TOTAL mg/dl	0.74	0.3-1.2
SODIUM mEq/l	136	135-145
POTASSIUM mEq/l	3.8	3.5-5.5
CRP mg/dl	3.7	0.0-0.5
ANTI tTG IgA U/ml	<0.5	0.0-14.9
CALPROTECTIN ug/g	450	0-70

בדיקת צואה לפרזיטים תקינה

קולונוסקופיה :

רירית בצקתית עם מראה גרנולרי הנוטה לדמם בקלות. עם כיבים ופסיאודו-פוליפים לאורך הקולון היורד והרקטום. ללא ממצאים בחלק הפרוקסימלי של הקולון.

פתולוגיה:

לויקוציטים פולימורפונוקלאריים מרובים ברירית.

שאלה מספר 3

ד"ר נבאל אבו אחמד, ד"ר עורסאן יחיא, ד"ר בשאר ח'טיב
עריכה: ד"ר רוית כהן בן-נון

1. [הצג לנבחן נספח מס' 4] בת 29, פנתה עקב כאבי בטן תחתונה מזה כשנה. הכאב מקרין לגב ולאגן, מחמיר בזמן קיום יחסי מין וסביב וסת ומוקל עם נורופן (Ibuprofen). יש בן זוג קבוע, ללא אמצעי מניעה. וסת סדירה מגיל 11, ללא הריונות / הפלות / ניתוחי בטן בעברה. בדיקתה הגופנית תקינה, בדיקת בטא שלילית. נבדקה ע"י רופא נשים, אשר העלה חשד לאנדומטריזיס. כיצד נעשית האבחנה של אנדומטריזיס ומהי הגישה הראשונית לאבחון במצב זה?

התשובה המצופה:

- במקרים רבים האבחנה היא קלינית ונתמכת ע"י בדיקות דימות.
- הגישה של איגודים רבים הינה התחלת טיפול לפני אבחנה דפיניטיבית בכדי לא לעכב את הטיפול.
- מומלץ להתחיל עם US טרנס וג'נלי.
- כאשר קיים חשד לאנדומטריזיס עם הסננה עמוקה לאברי האגן יש לבצע MRI.
- ה-GOLD STANDARD הוא לפרוסקופיה + ביופסיה מנגעים חשודים.

2. מה תסביר/י למטופלת בנוגע לאפשרויות הטיפול באנדומטריזיס?

התשובה המצופה:

- יש לברר תחילה האם המטופלת מעוניינת בהריון, אם כן יש להפנותה לגניקולוג לשקול טיפול ניתוחי.
- טיפול ניתוחי הוא אופציה גם במקרים עמידים או בנוכחות קונטרא-אינדיקציה / אי סבילות לטיפול תרופתי
- טיפולים תרופתיים:
 - במקרים קלים NSAID'S שבוע לפני הווסת.
 - קו ראשון - טיפול הורמונלי משולב (גלולות, מדבקות, נוברינג) או PROGESTIN ONLY - מקל תסמינים ומאט את התקדמות המחלה.
 - קו שני - DANAZOL + GNRH AGONIST - מוגבל בזמן בשל ת"ל (גלי חום, פגיעה בצפיפות עצם, שיעור יתר)
 - GNRH ANATGONIST.
 - מעכבי ארומטאז – במקרים חמורים / רפרקטוריים
- טיפולים לא תרופתיים:
 - דיקור סיני
 - תזונה ופעילות גופנית - EVIDENCE חלש

3. המלצת למטופלת להתחיל טיפול בגלולות משולבות. המטופלת חוששת מאוד, היא שמעה שיש לגלולות תופעות לוואי משמעותיות. מהן תופעות הלוואי של הגלולות ומה תרצה לברר בהקשר זה?

התשובה המצופה:

תופעות הלוואי הפוטנציאליות כוללות בין היתר:

- קרישיות יתר – טיפול בגלולות משולבות מעלה סיכון ל-CVA, VTE, MI. לרוב מדובר באוכלוסייה בסיכון נמוך מאוד ותוספת הסיכון היא נמוכה. הסיכון עולה עם הגיל ובנוכחות עישון, מיגרנה עם אאורה, יתר לחץ דם לא מאוזן, גורמי סיכון קרדיווסקולריים והשמנה.
- יתר לחץ דם - הסיכון גבוה פי 2-6 במי שנוטלות גלולות. מומלץ לעקוב אחר לחץ הדם במהלך הטיפול.
- הפרעה הפטוביליארית - מעלה סיכון פי 2 לאבני מרה, באופן נדיר עלולות לגרום לאדנומה כבדית שעלולה להיקרע ולדמם, צהבת כולסטטית.
- סרטן שד - ככל הנראה מעלה מעט את הסיכון, אין EVIDENCE חזק.
- סרטן צוואר הרחם - סקירה סיסטמטית הראתה עלייה בסיכון. הסיכון עולה ככל שמשך השימוש עולה.
- השפעות מטבוליות - מעלות טריגליצרידים, אסטרוגן מעלה HDL ופרוגסטרון מעלה LDL.
- טיפול בגלולות עשוי להעלות את תדירות המיגרנות, אך להביא לשיפור בנשים עם מיגרנה סביב הווסת.
- קיימת הורייט נגד מוחלטת בנוכחות מיגרנה עם אאורה.
- יש לברר את הרקע הרפואי - אירועים תרומבואמבוליים אצל ו/או במשפחה, מחלות רקע (סוכרת, יתר לחץ דם, היפרליפידמיה, סרטן שד/רחם, מחלת לב, אפילפסיה, מחלת כבד), מיגרנות, עישון. דימום וג'נלי לא מוסבר, סיכוי להריון.

מקורות מידע

1. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 119 – Approach to Fertility Control
2. American Family Physician, 2022- Endometriosis: evaluation and treatment

נספח מספר 4

(שאלה מספר 3)

בת 29, פנתה עקב כאבי בטן תחתונה מזה כשנה. הכאב מקרין לגב ולאגן, מחמיר בזמן קיום יחסי מין וסביב וסת ומוקל עם נורופן (Ibuprofen). יש בן זוג קבוע, ללא אמצעי מניעה. וסת סדירה מגיל 11, ללא הריונות / הפלות / ניתוחי בטן בעברה. בדיקתה הגופנית תקינה, בדיקת בטא שלילית. נבדקה ע"י רופא נשים, אשר העלה חשד לאנדומטריוזיס.

שאלה מספר 4

ד"ר אנה ליאשץ פאר
עריכה: ד"ר ענבל אלבו בוק

1. בן 64 בריא בדרך כלל, ללא טיפול תרופתי, פונה לבדיקה עקב הופעה של נגע חדש בעור הבטן.
[הצג לנבחן נספח מס' 4] תאר את הנגע, מה תרצה לשאול את המטופל?

התשובה המצופה:

- נגע פיגמנטרי, אסימטרי, בעל שוליים לא סדירים, עם שינויי צבע, כ-6-7 מ"מ, לא מכווץ.
- האם הנגע חדש או מוכר, האם השתנה לאחרונה, גדל או שינה צבע.
- האם הופיע אחרי חבלה, האם מגרד/כואב/מפריש/מדמם.
- האם יש נגעים דומים נוספים, האם הוסרו נגעים דומים בעבר, האם יש רקע אישי או משפחתי של מלנומה או נגעי עור סרטניים.
- חשיפה לשמש בחייו, שימוש בקרם הגנה, תרופות, תוספים, שימוש בתכשירים לעור.

2. המטופל משיב כי הנגע הופיע לפני כחודשיים באופן ספונטני, ללא פגיעה בעור, לא כואב, לא מגרד, היה קטן יותר וגדל יחסית מהר, אין נגעים נוספים על העור או היסטוריה משפחתית של מחלות עור או נגעים עוריים סרטניים. במה תחשוד ומדוע ומהי האבחנה המבדלת האפשרית?

התשובה המצופה:

- הנגע חשוד כמלנומה
- עפ"י עקרונות ABCDE – אסימטרי, שוליים לא סדירים, שינויי צבע, גדול מ-6 מ"מ, התפתחות ושינוי (E – evolution). [נגע מעל 6 מ"מ – חשד גבוה יותר למלנומה - מצופה מהנבחן להתייחס ל-CUTOFF של 6 מ"מ]
- אבחנה מבדלת אפשרית נוספת - נבוס דיספלסטי, סולר לנטיגו, סבוראיק קרטוזיס.
- (לבוחן- ישנם עקרונות נוספים שניתן לקבל כתשובה: EFG (elevated, firm, growing), Glasgow 7-point checklist, Ugly duckling sign, Revised 7-point checklist)

3. אתה חושד במלנומה, הפנית את המטופל להסרת הנגע והתקבלה תשובת פתולוגיה [הצג לנבחן נספח מס' 5].
מה תסביר למטופל?

התשובה המצופה:

- מדובר במלנומה ממאירה, המלנומה היתה צמודה לנבוס עורי (יתכן והתפתחה בתוך או על יד שומה קיימת).
- מדד Breslow 0.43 מ"מ - זהו הממד החשוב ביותר לקביעת דרגת הסיכון של מלנומה, עד 0.8 מ"מ סיכון נמוך, גם הפרמטרים האחרים - CLARK 3, היעדר התכייבות או נסיגה, שיעור מיטוזות אפסי - מעידים על סיכון נמוך.
- שולי הכריתה נקיים, מרחק השוליים 1.7 מ"מ - המשמעות היא שהמלנומה הוסרה בשלמותה.
- יש צורך בהרחבת שוליים – בנוכחות מלנומה דרושים שוליים רחבים של לפחות 1 ס"מ מכל כיוון.
- אין צורך בדגימת בלוטות לימפה SNLB או בדיקות הדמיה להערכת מחלה גרורתית לאור הנתונים.
- דרושה בדיקת רופא עור כל 3-6 חודשים במשך שנתיים ואז כל שנה.
- הדרכה לבדיקה עצמית בבית והתייחסות לנגעים חדשים.
- במטופל עם ריבוי נגעים מומלץ לבצע דרמוסקופיה דיגיטלית.
- בנוכחות היסטוריה משפחתית, ריבוי נגעי מלנומה, הופעה מתחת לגיל 50 – בדיקה גנטית.
- המלצות מפורשות להימנע מחשיפה לשמש בשעות השיא (10:00-16:00), שימוש במסנני קרינה (SPF ≥30), הימנעות ממיטות שיזוף.

מקורות מידע:

1. Primary Care Medicine, Goroll, 8th Edition. Chapter 177 – Screening for Skin Cancers
2. American Family Physician, 2024 - Melanoma: Diagnosis and Treatment

נספח מספר 5

(שאלה מספר 4)



נספח מספר 6

(שאלה מספר 4)

