המרכז ההפטו-ביליארי: כבד - דרכי מרה - לבלב

12, avenue Paul Vaillant Couturier
94800 VILLEJUIF
מרכזייה: 01 45 59 30 00
אתר אינטרנט: http://hopital-paul-brousse.aphp.fr

מר [redacted]
[redacted]
ISRAEL

וילז'ואיף, [redacted]

סימוכין: MSC/MSC

סיכום אשפוז מיום [redacted] עד יום [redacted]

סיבת האשפוז

מר [redacted], יליד [redacted], [redacted], אושפז מיום [redacted] עד יום [redacted].

הרגלים

צריכת טבק :

0

צריכת אלכוהול :

0

חומרים והתנהגויות אחרים :

קנביס

עבר רפואי

רקע רפואי :

- השמנה שחייבה ניתוח בריאטרי

דלקות חוזרות של דרכי המרה ((ERCP (CPRE) [redacted] שחמת על רקע MASH שסובכה בפקקת בווריד השער ובהפטוכולנגיוקרצינומה שנכרתה, ולאחר מכן בקרצינומות הפטוצלולריות (CHC) רב-מוקדיות. הורדת שלב (Downstaging) נוכחית לאחר ניתוח ואימונותרפיה, בהמתנה להשתלת כבד.

- [redacted] דלקת דרכי מרה טרשתית ראשונית (התבטאה בדלקות חוזרות של דרכי המרה שטופלו באנטיביוטיקה)

[redacted] שחמת לאחר דלקת דרכי מרה טרשתית ראשונית (post-CSP) עם פקקת בווריד השער והתפתחות דליות סביב הקיבה ומעקף טחולי-כלייתי

-אוסטאופורוזיס

[redacted] קרצינומה הפטוצלולרית (CHC)

המרכז ההפטו-ביליארי
Henri Bismuth

מנהל המחלקה
Pr Antonio SA CUNHA
כירורגיה:
Pr Antonio SA CUNHA
Pr Marc Antoine ALLARD
Pr Daniel AZOULAY
Pr Daniel CHERQUI
Pr Eric VIBERT
Pr René ADAM
Dr Oriana CIACIO
Dr Gabriella PITTAU
Dr Chady SALLOUM
Dr Nicolas GOLSE
Dr Daniel PIETRASZ
Dr Lucia PAIANO
Dr Abdallah IBEN KHAYAT
טל': 01 45 59 30 36 - 32 07 - 30 49
פקס: 01 45 59 38 57
הפטולוגיה:
Pr Audrey COILLY
Pr Didier SAMUEL
Pr JC DUCLOS-VALLÉE
Pr Cyrille FERAY
Pr Olivier ROSMORDUC
Dr Aurore BARON
Dr Eleonora DE MARTIN
Dr Léa DUHAUT
Dr Manon EVAIN
Dr Laurène FUSI
Dr Ilias KOUNIS
Dr Thomas LEVI-STRAUSS
Dr Alina PASCALE
Dr Bruno ROCHE
Dr Rodolphe SOBESKY
טל': 01 45 59 34 03 - 34 33 - 65 40 - 67 81
טיפול נמרץ:
Dr Philippe ICHAI
Pr Faouzi SALIBA
Dr Clément BOCKTAELS
Dr Theodor BOT
Dr Tiberiu MUNTEANU
Dr Quintana SOULIER ZANINKA
טל': 01 45 59 40 94
אשפוז:
01 45 53 64 13
01 45 53 64 21
אחראית הצוות הפרא-רפואי של המחלקה הרפואית-אוניברסיטאית (DMU):
Me Davina BOUCHOUCHA
01 45 59 66 04
אשפוז יום:
טל': 01 45 59 34 50
עובדות סוציאליות:
טל': 01 45 59 69 79 - 32 11
מרפאות - תורים:
טל': 01 45 59 30 28 - 39 84 - 31 39
rdv.chb.pbr@aphp.fr
אתר אינטרנט:
www.centre-hepato-biliaire.org

Institut du cancer AP-HP. Université Paris - Saclay
[סמל: המכון לסרטן (Institut du cancer) AP- אוניברסיטת Paris - Saclay]

-> 5 נגעים כבדיים דו-צדדיים ב-MRI (IRM) של הכבד מינואר 2023
- נגע 1 בקצה האונה השמאלית, בגודל 55 mm
- נגע 1 בקצה מקטע VI, בגודל 32 mm
- נגע 1 בגודל 43 mm במקטע VII, הצמוד לווריד הכבדי (sus-hépatique) הימני
- נגע 1 בגודל 22 mm במקטע VII
- נגע 1 בגודל 15 mm במקטע IVa

-> סמנים סרטניים (2022): AFP 9.5 ; CEA (ACE) 1.5 ; CA 19.9 32
-> פתולוגיה (Anapath) של כריתת האונה השמאלית [redacted]: נגע בגודל 6 cm של קרצינומה הפטוצלולרית (CHC) בדרגת התמיינות בינונית, מקרו-טרבקולרית, עם מרכיב של 5% כולנגיוקרצינומה בדרגת התמיינות טובה, וכל אלה תומכים בגידול מעורב מסוג הפטוכולנגיוקרצינומה.
-> התחלת טיפול משלים (adjuvant) ב-ATEZOLIZUMAB - BEVACIZUMAB [redacted]
-> ביופסיית כבד (PBH) לנוכח נגע במקטע VII שאינו נסוג תחת טיפול ((MRI (IRM להערכה חוזרת מ-[redacted])
-> סמנים סרטניים ([redacted]): AFP 10.1 ; CEA (ACE) 2.6 ; CA 19.9 43.6
-> התוכנית הטיפולית הנוכחית תהיה הקרנה פנימית סלקטיבית של נגע נפחי זה, לפני רישום ברשימת ההמתנה להשתלת כבד.

רקע ניתוחי :
- -כריתת אונה שמאלית של הכבד (2023)
-שרוול קיבה (sleeve) (2017)
-ניתוח אורתופדי בכף הרגל (2005)
ERCP (CPRE)-

- השתלת כבד [redacted]
כריתת אונה שמאלית, מרץ 2023
כריתת מקטע VII, כריתות תת-מקטעיות IVa ו-V בנובמבר 2024
כריתת כיס מרה בלפרוטומיה
שרוול קיבה (Sleeve) 2017
ניתוח אורתופדי בכף הרגל השמאלית 2005
ERCP (CPRE)

טיפול בעת הקבלה

טיפולים נגד דחייה :

PROGRAF 1,5 mg בבוקר ו-1.5 mg בערב
CELLCEPT 500 mg : 2 טבליות בבוקר ו-2 טבליות בערב
PREDNISONE 15 mg בבוקר

טיפול מונע נגד זיהומים :

LINEZOLIDE 600 mg : טבליה 1 בוקר וערב עד [redacted]
VALGANCICLOVIR 450 mg : 2 טבליות בבוקר
BACTRIM 400/80mg: טבליה 1 בבוקר

לדילול הדם :

KARDEGIC 75 mg : שקית 1 בבוקר

אחרות :

LANSOPRAZOLE 15 mg : טבליה 1 בבוקר
ACIDE FOLIQUE 5 mg : טבליה 1 בבוקר

סיכום קליני - תולדות המחלה

תולדות המחלה :

- מטופל במעקב בשל **שחמת מעורבת** על רקע דיסמטבולי ודלקת דרכי מרה טרשתית ראשונית, שסובכה ב**הפטוכולנגיוקרצינומה רב-מוקדית** עם הורדת שלב (down staging), **עבר השתלת כבד** ביום [redacted].

סיבוכי השחמת :

- אנצפלופתיה כבדית תחת טיפול כפול ב-RIFAXIMINE וב-DUPHALAC.
- פקקת בווריד השער מסוג קריש דם (cruorique).
- דליות סביב הקיבה תחת PROPRANOLOL כמניעה ראשונית.
- היעדר דה-קומפנסציה בצורת בצקות ומיימת.
- הפטוכולנגיוקרצינומה רב-מוקדית

במישור האונקולוגי :

- **הפטוכולנגיוקרצינומה רב-מוקדית** שהתגלתה ב-[redacted] (גוש 55 mm בקצה האונה השמאלית, 32 mm מקטע VI, 43 mm במקטע VII, 22 mm במקטע VII, 15 mm במקטע IVa).

  סמנים סרטניים בבסיס (baseline) : AFP 9.5 ; CEA (ACE) 1.5 ; CA 19.9 32
- **כריתת אונה שמאלית** למטרה "אבחנתית" שבוצעה בישראל ב-[redacted]. פתולוגיה (Anapath) : נגע בגודל 6 cm, קרצינומה הפטוצלולרית בדרגת התמיינות בינונית, מקרו-טרבקולרית, עם מרכיב של 5% כולנגיוקרצינומה בדרגת התמיינות טובה, גידול מעורב מסוג הפטוכולנגיוקרצינומה. **טיפול סיסטמי ב-- ATEZOLIZUMAB - BEVACIZUMAB** ב-[redacted]
- התמדה של גוש כבדי במקטע VII תחת טיפול סיסטמי. ביופסיית כבד (PBH) [redacted] : כבד שחמתי שאינו גידולי, עם סטאטוזיס מיקרו-וסיקולרי 10%, נגעים של דלקת דרכי מרה לימפוציטרית ומראה של דיספלזיה של תאים קטנים. היעדר דגימה מן הגידול. **כריתת מקטע VII וכריתות תת-מקטעיות IVa ו-V** עם כריתת כיס מרה ב-[redacted]. פתולוגיה (Anapath) : קרצינומה הפטוצלולרית סטאטו-הפטיטית, נמק 50%. היעדר מרכיב של כולנגיוקרצינומה. שוליים תחתונים < 1 mm. בלוטות לימפה בעלות ארכיטקטורה ומורפולוגיה תקינות.
- **הישנות רב-מוקדית ב-[redacted]. טיפול סיסטמי ב-ATEZOLIZUMAB - BEVACIZUMAB** מ-[redacted] עד [redacted]. מעבר ל-**LENVATINIB** לאחר **רישום ברשימת ההמתנה** להשתלת כבד ביום [redacted].
- הפסקת LENVATINIB ביום [redacted] בשל תסמונת נפרוטית וסבילות ירודה.

השתלת כבד : (MELD 7) [redacted] :

- אורתוטופית, כבד שלם מתורם שנפטר (cadavérique)
- מאפיינים מקרוסקופיים של השתל : משקל מחושב 1600 g
- משקל הכבד שהוצא (explant) : 1015 g
- משך איסכמיה עורקית : 7h04
- משך איסכמיה פורטלית : 6h36
- משך הניתוח : 7h30

אנסטומוזות :

- עורקית : התפצלות העורק הגסטרו-דואודנלי/העורק הכבדי המשותף (AGD/AHC) של השתל והתפצלות העורק הכבדי העצמי/העורק הגסטרו-דואודנלי (AHP/AGD) של המקבל (native)
- וריד נבוב (Cave) : 3V - ללא מעקף פורטו-קאבלי זמני (APC temps) בשל מעקף טחולי-כלייתי
- פורטלית : **כלייתי-פורטלית (Réno-porte)**
- דרכי מרה : מרה-מרה (bilio-biliaire)

מאפיינים תוך-ניתוחיים :

איבוד דם : 700 cc

עירויי דם : 0

Noradrénaline עד 2mg/h

נתונים וירולוגיים :

- IgG anti-CMV : תורם - / מקבל +
- נוגדנים anti-Hbc (Ac) בתורם : שלילי
- סרולוגיה לדלקת כבד B במקבל : נוגדנים anti-HbS (Ac) שלילי

מניעה אנטיביוטית : Tazocilline במהלך הניתוח

מניעת זיהומים פטרייתיים : לא מותווית

במישור האימונולוגי :

- התאמה צולבת (Crossmatch) : סיכון אימונולוגי נמוך
- נוגדנים ספציפיים נגד התורם (DSA) : היעדר
- טיפולים מדכאי חיסון במהלך הניתוח : Solumédrol 500 mg

תיקון בקע בצלקת ניתוח (éventration). הנחת 2 נקזי Redon מתחת לדופן הבטן (sous-pariétal).

אשפוז בטיפול נמרץ CHB מיום [redacted] עד יום [redacted] :

- נורמליזציה הדרגתית של ההפרעות בתפקודי הכבד ובתפקוד הכבד, עם בדיקות אולטרסאונד דופלר יומיות של הכבד שתוצאותיהן משביעות רצון במישור כלי הדם, דרכי המרה והפרנכימה.
- דיכוי חיסון : השראה (אינדוקציה) ב-mycophénolate mofétil וב-méthylprednisolone. התחלת tacrolimus החל מיום 1 (J1). Prednisone 20mg 1 ליום החל מיום (J1) 1.
- טיפול מונע נגד זיהומים ב-Tigecycline לנוכח עבר של נשאות אנאלית של חיידקים מייצרי ESBL (BLSE). ללא טיפול מונע נגד פטריות.

אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ (USI) מיום [redacted] עד יום [redacted] :

- כולסטזיס עם צהבת, שהובילה לגילוי היצרות באנסטומוזה של דרכי המרה ב-MRCP (cholangio IRM), עם הופעת הצטברות נוזל תוך-בטנית, אפיגסטרית ומזוגסטרית, בתקשורת עם הצטברויות נוזל סביב הכבד ומתחתיו, שהן יציבות מלבד זאת. הנחת תותב מרה פלסטי בגישה אנדוסקופית ביום [redacted]. דלקת לבלב לאחר ERCP (CPRE) בחומרה בינונית.
- דיכוי חיסון ב-Prednisone, Cellcept ו-Prograf.

אשפוז ב-CHB4

- **CT (TDM)** [redacted] : יציבות בגודל הצטברות הנוזל התוך-בטנית, היעדר הרחבה של דרכי המרה התוך-כבדיות, עם תותב מרה פתוח (perméable).

חזרה לביתו ביום [redacted].

אשפוז 9/5-20/5

המטופל פונה לבדיקה במיון (urgences) של CHB ביום [redacted] בשל הידרדרות במצב הכללי עם אירוע חום בביתו. בדיקות הדם שבוצעו אינן מראות חריגה. ביום [redacted] המטופל מאושפז בשל חום של 39°C. בהגעתו המטופל יציב מבחינת לחץ הדם אך טכיקרדי. מתחיל טיפול אנטיביוטי אמפירי ב-Tazocilline לנוכח חשד למוקד זיהום בדרכי המרה כאפשרות ראשונה, לאחר ביצוע בירור בקטריולוגי. הבדיקות המעבדתיות מראות תסמונת דלקתית מעבדתית (CRP 180 mg/L), עם כולסטזיס ללא צהבת 18 umol/L.

CT (scanner) חזה-בטן-אגן בעת הקבלה מראה החמרה של תפליט פלאורלי ימני עם הופעת אזור מעובה (consolidation) בפרנכימה הריאתית של האונה התחתונה הימנית והאונה האמצעית, בעל מראה זיהומי, וכן הגדלה קלה בגודל הצטברות הנוזל התוך-בטנית המתפשטת לאזור האפיגסטרי והמזוגסטרי, סביב הכבד ומתחתיו, ובמיוחד של המרכיב הבוקע ברקמת השומן התת-עורית של הדופן הקדמית.

בערב יום [redacted], הוא מפתח התקף ספטי (décharge septique) עם צמרמורות, עור משויש (marbrures), יתר לחץ דם (hypertension) וטכיקרדיה. בדיקת גזים בדם עורקי מראה היפרלקטטמיה של 7mmol/L. לנוכח הנשאות הקודמת של E SBL (BLSE), הטיפול האנטיביוטי האמפירי מורחב ב-Meronem, Linézolide ו-Amikacine. כמו כן הוא מקבל העמסת נוזלים.

הוחלט על **ניקוז** דחוף של הצטברות הנוזל בהקשר של הלם ספטי. מנוקזים 380cc של נוזל מרתי. המעקב לאחר הניקוז מתבצע בטיפול נמרץ. הדגימות מהצטברות הנוזל חוזרות חיוביות לקוקים גרם + בשרשראות (זיהוי בתהליך). לא נדרשה תמיכה בתרופות מכווצות כלי דם (vasopresseur). הלקטט חזר לערכים תקינים לאחר העמסת נוזלים. תפוקת השתן שמורה.

המטופל מועבר ליחידה לטיפול נמרץ (USI) הפטולוגיה להמשך הטיפול ביום [redacted].

טיפול ביחידה לטיפול נמרץ (USI) מיום [redacted] עד יום [redacted]:

בוצע ERCP (CPRE) ביום [redacted], שמראה דרכי מרה תוך-כבדיות דקות, ללא היצרות, עם דליפה של חומר ניגוד בדרך המרה הראשית. הוכנס תותב מרה מתכתי מצופה לאחר הוצאת התותב הפלסטי. ההמשך המיידי חיובי, ובמיוחד היעדר דלקת לבלב חריפה לאחר ERCP (CPRE). יש לתכנן החלפת תותב בתוך 6 חודשים לכל היותר.

לנוכח ירידה ניכרת בתפוקת הנקז בין ה-14 ל-[redacted], עם ביצוע CT (scanner), בוצע ביום CT (scanner) [redacted] של הבטן והאגן, שבו הודגם כי תותב מרה נמצא במקומו ופתוח (perméable), ללא הרחבה של דרכי המרה. למרות הקטנה בגודל הצטברות הנוזל התוך-בטנית, מזוהה הגדלה של המרכיב הבוקע שלה, בהמשכיות לרקמת השומן התת-עורית של הדופן הקדמית, כאשר הקצה הפרוקסימלי של הנקז יוצר לולאה במגע עם הדופן העליונה של הצטברות הנוזל.
לאחר התייעצות עם פרופ' Azoulay, הנקז מוזז כמה סנטימטרים ו-300cc של נוזל עכור מנוקזים במזרק דרך הנקז.

- הנקז מפיק כמות של 200c/24h ביום [redacted]. ביום [redacted] מבוצע CT (scanner) חדש של הבטן והאגן לבקרת מיקומו התקין של הנקז, והוא מראה הקטנה בגודל הצטברות הנוזל התוך-בטנית באזור האפיגסטרי והמזוגסטרי שדווחה קודם לכן, שממנה נותר מרכיב קטן סביב הכבד בגודל 18x86mm.

תותב מרה ימני פתוח (perméable) ובמקומו, בהיעדר הרחבה של דרכי המרה.

-טיפול אנטיביוטי אמפירי ב-Méropenem וב-Linézolide מותאם ביום [redacted] ל-Linézolide בלבד במינון 600mg פעמיים ביום, לנוכח דגימה מהנקז (Staphyloccocus epidermidis ו-Streptocoque pneumoniae) הרגישים ל-Linézolide. משך הטיפול הכולל ייקבע לפי תוצאות CT (TDM) בטן-אגן (AP) מיום [redacted]. חוות הדעת של מומחה למחלות זיהומיות מיום [redacted] ממליצה על שבוע נוסף של טיפול במקרה של התמדת הצטברות הנוזל התוך-בטנית.

- במישור דיכוי החיסון, רמת השפל של tacrolimus בדם (tacrolémie résiduelle) בטווח התקין ביום 8 ,[redacted] ng/mL, תחת Prograf 1.5 mg x 2.

אשפוז ב-4 CHB להמשך הטיפול

במישור ה**כבדי**

הוא עובר ERCP (CPRE) ביום [redacted], שמראה דרכי מרה תוך-כבדיות דקות, ללא היצרות, עם דליפה של חומר ניגוד בדרך המרה הראשית. הוכנס תותב מרה מתכתי מצופה לאחר הוצאת התותב הפלסטי. ההמשך המיידי חיובי, ובמיוחד היעדר דלקת לבלב חריפה לאחר ERCP (CPRE).

אנו מבקשים ERCP (CPRE) בעוד 6 חודשים להחלפת תותב המרה המתכתי.

לנוכח ירידה ניכרת בתפוקת הנקז בין ה-14 ל-[redacted], בשילוב מישוש של נפיחות תת-עורית באזור האפיגסטרי, מבוצע ביום CT (scanner) [redacted] של הבטן והאגן. תותב המרה במקומו ופתוח (perméable), ללא הרחבה של דרכי המרה. למרות הקטנה בגודל הצטברות הנוזל התוך-בטנית, מזוהה הגדלה של המרכיב הבוקע שלה, בהמשכיות לרקמת השומן התת-עורית של הדופן

הקדמית, כאשר הקצה הפרוקסימלי של הנקז יוצר לולאה במגע עם הדופן העליונה של הצטברות הנוזל.

לאחר התייעצות עם פרופ' Azoulay, הנקז מוזז כמה סנטימטרים ו-300cc של נוזל עכור מנוקזים במזרק דרך הנקז.

הנקז מפיק כמות של 200c/24h ביום [redacted]. ביום [redacted] מבוצע CT (scanner) חדש של הבטן והאגן לבקרת מיקומו התקין של הנקז. לנוכח ההתפתחות החיובית של הצטברות הנוזל, הנקז מוצא בחדר ביום [redacted].

במישור דיכוי החיסון, רמת השפל של tacrolimus בדם (tacrolémie résiduelle) בטווח התקין ביום 8 ng/mL ,[redacted], תחת Prograf 1.5 mg x 2.

במישור כלי הדם, CT (TDM) בטן-אגן מיום [redacted] מזהה נוכחות של מפרצת (אנוריזמה) של הגזע הצליאקי (tronc coeliaque) עם דיסקציה אפשרית, יציבה בהשוואה לבדיקות הדימות מינואר 2026, ובגינה התבקשה חוות דעת של פרופ' Kobeiter ב-Mondor, והיא ממתינה.

במישור ה**זיהומי**

הוא ללא חום במהלך האשפוז. התסמונת הדלקתית המעבדתית נסוגה, עם CRP של 18.3 mg/L ולויקוציטים 5 G/L ביום [redacted].

הדגימות לבדיקה בקטריולוגית שנלקחו במהלך הניקוז ביום [redacted] מזהות נוכחות של Staphyloccocus epidermidis ושל Streptocoque pneumoniae, הרגישים ל-Linézolide. יש לציין כי לא ניתן היה לבצע דגימות לבדיקה בקטריולוגית במהלך ה-ERCP (CPRE).

לפיכך, הטיפול האנטיביוטי האמפירי ב-Méropenem וב-Linézolide מותאם ביום [redacted] ל-Linézolide בלבד במינון 600mg פעמיים ביום. משך הטיפול הכולל ייקבע לפי תוצאות CT (TDM) בטן-אגן (AP) מיום [redacted]. חוות הדעת של מומחה למחלות זיהומיות מיום [redacted] ממליצה על שבוע נוסף של טיפול במקרה של התמדת הצטברות הנוזל התוך-בטנית. לכן, אנו ממשיכים עד יום שישי [redacted].

הדגימות לבדיקה בקטריולוגית שנלקחו ביום [redacted] דרך הנקז חיוביות לקוקים גרם + בשרשראות, אך עם תרבית שלילית.

במישור ה**מטבולי**

הוא לא פיתח אי-ספיקת כליות חריפה. תפוקת השתן שמורה.

תולדות אחרונות

תור ראשון באשפוז יום (HDJ) לאחר השתלת כבד (post-TH)

הבוקר בסביבות 7h, בהתעוררות, תחושת חום ולאחר מכן צמרמורות. הופעה פתאומית, אירוע אחד של הקאה מרתית בהגעה לאשפוז יום (HDJ). ללא כאב בטן ספונטני, צבע הצואה והשתן מתואר כתקין. נשימה תקינה (eupnéique) באוויר החדר (AA), ללא שיעול. כאבי ראש הנלווים לחום.

חום 39.4°C, המודינמיקה שמורה. ללא עור משויש (marbrures). ירידה בקולות הנשימה (MV) מימין, ללא קולות נלווים. כאב במישוש ברום הבטן הימני (hypochondre droit), ללא התגוננות, שלא הורגש קודם לכן על ידי המטופל. נקודת הכניסה בעור של ה-PiccLine נקייה.

אשפוז בקומה 4 היום
משקל : 89.5 kg ([redacted]), גובה : [redacted]), IMC : 28.2 kg/m2 ,178 cm, שטח פנים גוף (SC) 2.1 m2
הערכת כאב : סולם מספרי (EN) = 0 (הערכה מיום 10:54 [redacted])

בדיקות עזר שבוצעו בעת הקבלה

מעבדה

BMI ([redacted]) :

ערכי ייחוס	08:30 [redacted] הושלם	יחידה	בדיקה [redacted]
דוח ביוכימיה (COMPTE-RENDU BIOCHIMIE)			
דוח (CR) - Pdf	PDF		דוח ביוכימיה
פרמקולוגיה - טוקסיקולוגיה			
מידע פרמקולוגי	[redacted]		תאריך השתלה
[1] תאריך השתלה			
פרמקולוגיה - טוקסיקולוגיה - דם			
מדכא חיסון : Tacrolimus			
	לא נמסר		תאריך תחילת טיפול
	po (דרך הפה)		דרך מתן
	1,5 mg x 2 ליום		מינון
	22h00		שעת נטילה אחרונה
	5.9	ng/mL	Tacrolimus
	טווחים טיפוליים Tacrolimus (ng/mL)		הערה

[2] תאריך תחילת טיפול
[3] דרך מתן
☐ שעת נטילה אחרונה
☐ 5.9
ריכוז שפל בטווחים הטיפוליים המומלצים.
☐ טווחים טיפוליים Tacrolimus (ng/mL) :
מיום (J0) 0 עד 6 שבועות לאחר ההשתלה 20 - 8
מעבר ל-6 שבועות לאחר ההשתלה 15 - 5

ערכי ייחוס	[redacted]		[redacted]

ייחוס		08:30 הושלם	יחידה	בדיקה
המטולוגיה - ציטולוגיה				
ספירה				
4.00-10.00	-	3.34	x10*9/L	לויקוציטים
4.20-5.90	-	2.75	x10*12/L	אריתרוציטים
13.0-17.0	-	8.5	g/dL	המוגלובין
39.0-49.0	-	25.1	%	המטוקריט
82.0-98.0		91.3	fL	נפח כדורית ממוצע (VGM)
27.0-32.0		30.9	pg	המוגלובין כדורית ממוצע (TCMH)
32.0-36.0		33.9	g/dL	ריכוז המוגלובין כדורית ממוצע (CCMH)
<15.0		15.0	%	מדד פיזור אריתרוציטים (IDR)
150-400	-	67...[1]	x10*9/L	טסיות
6.5-11.1	+	11.3	fL	נפח טסיות ממוצע (VMP)
		היעדר צברי טסיות.		מורפולוגיה של טסיות [2]

[1] 67
לא נצפה קריש
[2] מורפולוגיה של טסיות
ספירה מבדלת

		69.0	%	נויטרופילים [3]
1.50-7.00		2.30	x10*9/L	נויטרופילים [3]
		1.0	%	אאוזינופילים ☐
<0.50		0.03	x10*9/L	אאוזינופילים ☐
		1.0	%	בזופילים ☐
<0.20		0.03	x10*9/L	בזופילים ☐
		28.0	%	לימפוציטים
1.00-4.00	-	0.94	x10*9/L	לימפוציטים
		1.0	%	מונוציטים
0.10-1.00	-	0.03	x10*9/L	מונוציטים

		ספירה ידנית		מורפולוגיה של לויקוציטים ☐
[3] נויטרופילים				
☐ אאוזינופילים				
☐ בזופילים				
☐ מורפולוגיה של לויקוציטים				
המטולוגיה - המוסטזיס				
TP				
		16.0	s	זמן Quick מטופל ☐
		☐...14.0	s	זמן Quick ביקורת ☐
>70		81	%	שיעור פרותרומבין
		1.16		INR
☐ זמן Quick מטופל				
☐ זמן Quick ביקורת				
☐ 14.0				
תוצאה/ות אומתה/ו				
TCA				
		29.0	s	מטופל
		33.0	s	ביקורת
<1.20		0.87		יחס מטופל/ביקורת
פיברינוגן				
1.50-4.00		3.88	g/L	פעילות פיברינוגן
ביוכימיה				
בדיקות דם				
3.8-5.8	+	6.2	mmol/L	גלוקוז בפלזמה
135-146		137	mmol/L	נתרן
3.5-4.5		3.9	mmol/L	אשלגן
98-107		105	mmol/L	כלוריד
22-29	-	20	mmol/L	CO2 כולל
65-85	-	63	g/L	חלבונים
2.6-8.1		7.5	mmol/L	אוריאה
62-110	+	144	µmol/L	קריאטינין
2.20-2.55		2.33	mmol/L	סידן
		2.54	mmol/L	סידן מתוקן לפי אלבומין [1]☐
0.80-1.45		1.06	mmol/L	פוספטים
0.65-1.05	-	0.61	mmol/L	מגנזיום
<5.0	+	18.2	mg/L	CRP
<50		17	U/L	ASAT
<50		12	U/L	ALAT
<61	+	83	U/L	Gamma GT
56-152		145	U/L	פוספטזה בסיסית [11]
<17		16	µmol/L	בילירובין כללי
<6	+	8	µmol/L	בילירובין ישיר
[1]☐ סידן מתוקן לפי אלבומין				
[11] פוספטזה בסיסית				
חלבונים - דם				
35-50	-	32	g/L	אלבומין
דוח PDF				
דוח - Pdf				
		PDF		דוח מעבדה לתשובה מהירה (LRR) [12]

[12] דוח מעבדה לתשובה מהירה (LRR)

בדיקות עזר שבוצעו במהלך האשפוז

מעבדה

ערכי ייחוס		06:00 [redacted] הושלם	יחידה	בדיקה
המטולוגיה - ציטולוגיה				
ספירה				
4.00-10.00	-	3.24	x10*9/L	לויקוציטים
4.20-5.90	-	2.94	x10*12/L	אריתרוציטים
13.0-17.0	-	9.0	g/dL	המוגלובין
39.0-49.0	-	26.3	%	המטוקריט
82.0-98.0		89.5	fL	נפח כדורית ממוצע (VGM)
27.0-32.0		30.6	pg	המוגלובין כדורית ממוצע (TCMH)
32.0-36.0		34.2	g/dL	ריכוז המוגלובין כדורית ממוצע (CCMH)
<15.0	+	16.6	%	מדד פיזור אריתרוציטים (IDR)
		3.4	%	רטיקולוציטים
20.0-100.0	+	100.3	x10*9/L	רטיקולוציטים
150-400	-	102	x10*9/L	טסיות
6.5-11.1		10.4	fL	נפח טסיות ממוצע (VMP)
המטולוגיה - המוסטזיס				
TP				
		15.6	s	זמן Quick מטופל [1]

זמן Quick ביקורת [2]	s	14.0		
שיעור פרותרומבין	%	84		>70
INR		1.12		

[1] זמן Quick מטופל
[2] זמן Quick ביקורת

מסלול חיצוני

פקטור II	%	96		60-140
פקטור V	%	101		60-140

TCA

מטופל	s	34.0		
ביקורת	s	33.0		
יחס מטופל/ביקורת		1.02		<1.20

פיברינוגן

פעילות פיברינוגן	g/L	2.49		1.50-4.00

ביוכימיה
בדיקות דם

נתרן	mmol/L	141		135-146
אשלגן	mmol/L	3.5		3.5-4.5
כלוריד	mmol/L	111	+	98-107
CO2 כולל	mmol/L	20	-	22-29
חלבונים	g/L	52	-	65-85
אוריאה	mmol/L	3.6		2.6-8.1
קריאטינין	µmol/L	77		62-110
סידן	mmol/L	2.14	-	2.20-2.55
סידן מתוקן לפי אלבומין [3]	mmol/L	2.39		
פוספטים	mmol/L	0.92		0.80-1.45
מגנזיום	mmol/L	0.61	-	0.65-1.05
CRP	mg/L	6.0	+	<5.0
ASAT	U/L	12		<50
ALAT	U/L	<30		<50
Gamma GT	U/L	63	+	<61
פוספטזה בסיסית ☐	U/L	108		56-152
בילירובין כללי	µmol/L	10		<17
בילירובין ישיר	µmol/L	5		<6
LDH	U/L	146		125-250
קריאטין קינאז	U/L	13		<195

[3] סידן מתוקן לפי אלבומין
☐ פוספטזה בסיסית

חלבונים - דם

אלבומין	g/L	30	-	35-50

דוח PDF
דוח - Pdf

דוח מעבדה לתשובה מהירה (LRR) ☐	PDF	דוח מעבדה לתשובה מהירה (LRR) ☐

☐ דוח מעבדה לתשובה מהירה (LRR)

<u>דימות</u>

(Scanner) 25.5 CT חזה-בטן-אגן

התוויה

אלח דם (Sepsis) במושתל כבד עם תותב מרה ורקע (ATCD) של ניקוז לאחרונה של אוסף תוך-בטני, הוצאת הנקז ביום 20.05. תפליט פלאורלי ימני +/- תמט (atelectasie) ב-(TDM) CT מיום 15.05. השוואה. חיפוש מוקד זיהומי.

טכניקה

סריקה ספירלית ללא הזרקה ולאחר הזרקה

תוצאות

בחזה:

השוואה לסריקה מיום [redacted] (בדיקה ללא הזרקה):

יציבות של התפליט הפלאורלי הימני, עם מוקד גודש תמטי (atélectasique) בבסיסו.

הקטנה של המוקד שתואר קודם באונה התחתונה ובאונה האמצעית הימניות, עם המשך קיומם של מספר פסים תמטיים.

אין קשריות ריאתיות חשודות.

היעדר ממצא חריג בקנה הנשימה או בסימפונות הפרוקסימליים.

היעדר הגדלת בלוטות לימפה מעל הסרעפת.

היעדר תפליט פריקרדיאלי.

צנתר ורידי מרכזי ללא סימני פקקת.

בבטן ובאגן:

השוואה לסריקה מיום [redacted] (בדיקה ללא הזרקה):

הגדלה של אוסף הנוזל התת-כבדי שתואר קודם, בגודל 34 mm × 88, המתקשר עם המרווח התת-עורי דרך פגם בדופן בגודל (4-275) 15 mm.
עלייה קלה בגודל האוסף התת-עורי, המציג האדרה היקפית מתונה של חומר ניגוד.
היעדר סימני דימום פעיל באוסף שתואר קודם.
בצקת סביב-פורטלית (péri-portal).
שתל כבד מוגדל (17 cm בציר הארוך בקו האמצע-בריחי בחתך קורונלי), בעל קווי מתאר חלקים, ללא סימני דיסמורפיזם.
נוכחות של שתי האדרות עורקיות עם האחדה מאוחרת בכיפת הכבד ובמקטע VI, התומכות באנגיומות כבדיות.
פתיחות טובה של עורקי הכבד.
אוויר בדרכי המרה (Aérobilie). נראות טובה של דרכי המרה התוך-כבדיות.
אין ממצא חריג משמעותי בלבלב, בבלוטות יותרת הכליה, בכליות או בדרכי השתן הפרוקסימליות.
אין תפליט באגן.
היעדר הגדלת בלוטות לימפה בבטן ובאגן.
היעדר נגע גרמי חשוד.
מסקנה
יציבות של התפליט הפלאורלי הימני
הגדלה של אוסף הנוזל התת-כבדי, עם פיסטולה לעור.
אוויר בדרכי המרה (Aérobilie). נראות טובה של דרכי המרה התוך-כבדיות.

מהלך האשפוז

במישור הזיהומי:

חום של 39 מעלות, CRP 104.6 ולויקופניה של 2410/mm³, שבגינה הוחל טיפול אנטיביוטי אמפירי ב-PIPÉRACILLINE/TAZOBACTAM.
תרביות דם היקפיות ומה-PICC-line חיוביות ל-P. aeruginosa ול-ELIZABETHKINGIA, שבגינן הופסק ה-Tazocilline לטובת CÉFÉPIME ו-CIPROFLOXACINE למשך כולל של 7 ימי טיפול.
ה-PICC-line הוצא.
בעת הקבלה, CT (tomodensitométrie, scanner) שבוצע הדגים פתיחות של האנסטומוזות של השתל, אך הראה הגדלה של אוסף הנוזל התת-כבדי, עם פיסטולה לעור. לאור ממצאים אלה הוחלט על חזרה לחדר הניתוח לצורך ניקוז מלעורי של האוסף.
ביום [redacted], ניקוז של האוסף התוך-בטני בהנחיית אולטרסאונד על ידי פרופ' AZOULAY, שהדגימה ממנו שנשלחה למיקרוביולוגיה שלילית.
הניקוז הוסר ביום [redacted].
לפיכך, מתברר כי נקודת הכניסה היא ה-PICC-line.
מתוכנן דופלר (Doppler) של הגפיים העליונות ביום [redacted] לשלילת קריש (thrombus).
מהלך חיובי תחת CÉFÉPIME.
CRP בשחרור 8.1 mg/dL

במישור הכבדי:

תפקוד כבד שמור לחלוטין עם TP 89% ובילירובין 11 µmol/L. ASAT/ALAT 25/6 ו-gGT/PAL 72/110 בשחרור.

<u>במישור דיכוי החיסון</u>:
- Prograf 1.5 mg פעמיים ביום עם ריכוז שפל של tacrolimus 6.2,
- Prednisone 10 mg
- Cellcept 1000 mg פעמיים ביום

שחרור מתוכנן ליום [redacted]

מרשמים בשחרור

תרופות

<u>טיפולים נגד דחייה:</u>

PROGRAF 1,5 mg בבוקר ו-1.5 mg בערב
CELLCEPT 500 mg: 2 טבליות בבוקר ו-2 טבליות בערב
PREDNISONE 10 mg בבוקר

טיפול מונע נגד זיהומים:
VALGANCICLOVIR 450 mg: 2 טבליות בבוקר
BACTRIM 400/80mg: טבליה 1 בבוקר

לדילול הדם:
KARDEGIC 75 mg: שקית 1 בבוקר

אחרות:
LANSOPRAZOLE 15 mg: טבליה 1 בבוקר
ACIDE FOLIQUE 5 mg: טבליה 1 בבוקר

לסיכום

אלח דם (Sepsis) מ-P. aeruginosa ומ-Elizabethkingia על רקע זיהום של ה-PICC-line. מהלך חיובי תחת CÉFÉPIME ו-CIPROFLOXACINE.
ניקוז של האוסף התוך-בטני בהנחיית אולטרסאונד, עם תרביות שליליות
מטופל לאחר השתלת כבד בשל קרצינומה הפטוצלולרית (CHC) על רקע שחמת דיסמטבולית.

מעקב מתוכנן באשפוז יום (HDJ). בדיקת אקו-דופלר (écho-Doppler) חוזרת של הגפיים העליונות מתוכננת ליום שני 8 ביוני

תכנון הטיפול / המשך טיפול

תורים שנקבעו
- [redacted] בשעה 08:05: (PBR HEPATO BIL HDJ HEPATOLOGIE - CHB RDC)
- [redacted] בשעה 13:35: (--)
- [redacted] בשעה 14:30: (--)
- [redacted] בשעה 08:00: (PBR HEPATO BIL HDJ HEPATOLOGIE - CHB RDC)
- [redacted] בשעה 10:15: (--)
- [redacted] בשעה 13:00: (PBR CS CHB ONCOLOGIE)
- [redacted] בשעה 08:30: (--)
- [redacted] בשעה 09:30: (PBR CS HEPATOLOGIE)
- [redacted] בשעה 10:10: (PBR CS ANESTHESIO)
- [redacted] בשעה 09:00: (--)

אירועים שתועדו במהלך אשפוז זה:
- מסירת מידע למטופל / למשפחתו: כן
- מתן מוצרי דם לא יציבים (produits sanguins labiles): לא
- מתן מוצרים שמקורם בדם: לא
- נשא / מגע של חיידקים עמידים לריבוי תרופות (BMR) או של חיידקים עמידים מאוד מתפתחים (BHRe): לא
- הכללה בפרוטוקול מחקר: לא
- התקן רפואי מושתל קבוע: לא
- ניתנו המלצות בנושאי היגיינה ותזונה: כן
- התרחשות אירועים לא רצויים: לא

מכתב שלא אושר
המסמך נמסר למטופל בעת שחרורו

ד"ר M. SCOPPETTUOLO מתמחה	ד"ר L. FUSI CCA	ד"ר R. SOBESKY PH

לצורך הבטחת הטיפול בך, AP-HP מתחייבת לאסוף את נתוניך האישיים (לדוגמה: שם משפחה, שם פרטי, עבר רפואי) בכלים דיגיטליים המאובטחים ברמה גבוהה ובהתאם לרגולציה החלה.
לשם מיטוב פעילותם, שירותים מסוימים עשויים לעשות שימוש בכלי בינה מלאכותית, בכפוף לאימות אנושי.

כמו כן, חלק מנתוניך עוברים פסאודונימיזציה (כלומר, נשללים מהם כל פרטי המידע המזהים במישרין) ומרוכזים במאגר נתוני בריאות (EDS), על מנת שייעשה בהם שימוש חוזר להפקת מדדים לניהול הפעילות בבית החולים, או לקידום המחקר, בכפוף לחוות דעתה של הוועדה המדעית והאתית של ה-EDS.
לידיעתך: ניתן למצוא את מסמכי AP-HP שלך בתיק הבריאות הלאומי Mon espace santé https://monespacesante.fr, וכן באזור המסמכים של אזור המטופל שלך ב-AP-HP (Espace patient AP-HP) https://mon.aphp.fr.
למידע נוסף על עיבוד נתוניך האישיים ולמימוש זכויותיך, ובפרט זכות ההתנגדות, יש להיכנס לאתר https://www.aphp.fr/RGPD.