



Hôpital
Paul-Brousse
AP-HP

[סמל: בית החולים Paul-Brousse AP-HP]

המרכז ההפטו-ביליארי: כבד - דרכי מרה - לבלב

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

מר [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
ISRAEL

המרכז ההפטו-ביליארי
Henri Bismuth

וילז'ואיף, [REDACTED]

סימוכין: MSC/MSC

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

סיכום אשפוז מיום [REDACTED] עד יום [REDACTED]

סיבת האשפוז

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

הרגלים

צריכת טבק:

0

צריכת אלכוהול:

0

חומרים והתנהגויות אחרים:

קנבים

עבר רפואי

בקע 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 הפטוצולולריות (CHC) רב-מוקדיות. הורדת שלב (Downstaging) נוכחית לאחר ניתוח ואימונותרפיה, בהמתנה להשתלת כבד.

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

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

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 Laurence 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-אונקו-רדיאית (DMU):
Me Davina BOUCHOUCHA
טל': 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 - 39 31
rdv.chb.pbr@aphp.fr
אתר אינטרנט:
www.centre-hepato-biliaire.org

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

-אוסטאופורוזיס

קרצינומה הפטוצולולרית (CHC) [REDACTED]

מטופל: [REDACTED] | תאריך: [REDACTED] | זמן: 09:09
הודפס ביום

- אנצפולופתיה 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 בקצה מקטע mm 43, VI, 22 mm במקטע VII, 15 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. **ביופסיה 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- BEVACIZUMAB - ATEZOLIZUMAB** 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 :

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

מאפיינים תוך-ניתוחיים :

- איבוד דם : 700 cc
- עירוי דם : 0
- Noradrénaline עד 2mg/h
- נתונים וירולוגיים :

- o IgG anti-CMV : תורם - / מקבל +
- o נוגדנים anti-Hbc (Ac) בתורם : שלילי
- o סרולוגיה לדלקת כבד B במקבל : נוגדנים anti-HbS (Ac) שלילי
- מניעה אנטיביוטית : Tazocilline במהלך הניתוח
- מניעת זיהומים פטרייתיים : לא מותווית
- במישור האימונולוגי :

- o התאמה צולבת (Crossmatch) : סיכון אימונולוגי נמוך
- o נוגדנים ספציפיים נגד התורם (DSA) : היעדר
- o טיפולים מדכאי חיסון במהלך הניתוח : Solumédrol 500 mg
- תיקון בקע בצלקת ניתוח (éventration). הנחת 2 נקזי Redon מתחת לדופן הבטן (sous-pariétal).

מטופל: [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED] | [REDACTED]
הודפס ביום 09:09

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

טיפול אנטיביוטי אמפירי ב-Méropenem וב-Linézolid מותאם ביום [REDACTED] ל-Linézolid בלבד במינון 600mg פעמיים ביום, לנוכח דגימה מהנקז (Staphylococcus epidermidis ו-Streptococcus pneumoniae) הרגישים ל-Linézolid. 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-CHB 4 להמשך הטיפול

במישור הכבדי

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 המידי חיובי, ובמיוחד היעדר דלקת בלבב 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 [REDACTED] CT (scanner) 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 (trunc coeliaque) עם דיסקציה אפשרית, יציבה בהשוואה לבדיקות הידומות מינואר 2026, ובגינה התבקשה חוות דעת של פרופ' Mondor ב-Kobeiter, והיא ממתינה.

במישור הזיהומי

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

הדגימות לבדיקה בקטריוλογית שנלקחו במהלך הניקוז ביום [REDACTED] מזהות נוכחות של Staphylococcus epidermidis ושל Streptococcus pneumoniae, הרגישים ל-Linézolid. יש לציין כי לא ניתן היה לבצע דגימות לבדיקה בקטריוλογית במהלך ה-ERCP (CPRE).

לפיכך, הטיפול האנטיביוטי האמפירי ב-Méropenem וב-Linézolid מותאם ביום [REDACTED] ל-Linézolid 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 בקטריוλογית שנלקחו ביום [REDACTED] דרך הנקז חיוביות לקוקים גרם + בשרשראות, אך עם תרבית שלילית.

במישור המטבולי

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.

¹² דוח מעבדה לתשובה מהירה (LRR)

מעבדה

7/11

הגדלה של אוסף הנוזל התת-כבדי שתואר קודם, בגודל 34 mm x 88, המתקשר עם המרווח התת-עורי דרך פגם בדופן בגודל 15 mm (4-275). עלייה קלה בגודל האוסף התת-עורי, המציג האדרה היקפית מתונה של חומר ניגוד. היעדר סימני דימום פעיל באוסף שתואר קודם. בצקת סביב-פורטלית (peri-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 בלב, 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 וליוקופניה של $2410/mm^3$, שבגינה הוחל טיפול אנטיביוטי אמפירי ב- PIPÉRACILLINE/TAZOBACTAM. תרבויות דם היקפיות ומה-PICC-line חיוביות ל-P. aeruginosa ול-ELIZABETHKINGIA, שבגין 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 $\mu mol/L$ ו-ASAT/ALAT 25/6 ו-gGT/PAL 72/110 בשחרור.

במישור דיכוי החיסון:

- Prograf 1.5 mg פעמיים ביום עם ריכוז שפל של 6.2 tacrolimus,
- Prednisone 10 mg
- Cellcept 1000 mg פעמיים ביום

שחרור מתוכנן ליום [REDACTED]

מרשמים בשחרור

תרופות

טיפול נגד דחייה:

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 CIPROFLOXACINE ו-CÉFÉPIME.

ניקוז של האוסף התוך-בטני בהנחיית אולטרסאונד, עם תרבויות 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

08:05: (PBR HEPATO BIL HDJ HEPATOLOGIE - CHB RDC) בשעה [REDACTED] -

(--):13:35 בשעה -

(--):14:30 בשעה

08:00: (PBR HEPATO BIL HDI HEPATOLOGIE - CHB RDC) בשעה -

רשעה 10:15: (--)

13:00: (PBR CS CHB ONCOLOGIE) השעה -

השעה 08:30 (-) -

09:30: (PBB CS HEPATOLOGIE) השעה

10:10: (PBB CS ANESTHESIO) בשעה

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 חידקים עמידים לריבוי תרופות (BMR) או של חיידקים עמידים מאוד מתפתחים (BHRe): לא

- הכללה בפרוטוקול מחקר: לא

- התקנו רפואי מושטל קרוס: לא

- ויתנו המלצות בנושאי היגיינה ותזונה: כן

- התרחשויות אירועים לא רצויות: לא

מכתב שלא אושר

המסמר נמסר למטופל בעת שחרורו

R. SOBESKY ר"ד
PH

L. FUSI ד"ר
CCA

M. SCOPPETTUOLO ד"ר
מתמחה

לצורך הבטחת הטיפול בר, AP-HP מתחייבת לאסוף את נתוניך האישיים (לדוגמה: שם משפחה, שם פרטי, עבר רפואי) בכלים דיגיטליים המאובטחים ברמה גבוהה ובהתאם לרגולציה החלה.

מטופל: [REDACTED] | ת.ז. [REDACTED] | [REDACTED]
הודפס ביום 09:09

10/11

כמו כן, חלק מנתוני 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 נתוני האישים ולמימוש זכויותיך, ובפרט זכות ההתנגדות, יש להיכנס לאתר <https://www.aphp.fr/RGPD>.