

מניעת דימומים בעקבות טיפול תרופתי

ד"ר אביה אלמליח, ד"ר סופיה רבינוביץ, דר' אלונה חוטין ומג"ר ורד רב-הון

רקע

דימום כתוצאה מטיפול תרופתי מהווה סיכון קליני משמעותי, ולעיתים אף סכנת חיים. בחלק מהמקרים מדובר בתופעת לוואי בלתי נמנעת הנובעת מעצם האפקט הטיפולי הנדרש כמו בטיפול אנטי-תורמבוטי (נוגדי קרישה/טסיות), ובאחרים הסיכון יכול לנבוע משימוש לא נכון בטיפול התרופתי, כמו מינון שגוי/ אינו מותאם לתפקוד כלייתי, שילובים תרופתיים המקיימים ביניהם אינטרקציה המעלה סיכון לדמם (סטרואידים, NSAIDs, SSRIs), וכן נוכחות ברקע של גורמי סיכון כמו גיל מבוגר, היסטוריה של דימומים, כשל כלייתי/ כבדי.

מטרות

תרשים 1

זיהוי מטופלים בסיכון מוגבר לדמם (דימום מג'ורי / דימום GI / או דימום מוחי) בעקבות טיפול תרופתי, על בסיס ירידה משמעותית ברמות המוגלובין.

הפחתת הסיכון באמצעות הוספת טיפול מונע (כגון PPI) או התאמת הטיפול התרופתי לגורמי הסיכון שברקע (הפחתת מינון, הפסקת טיפול)

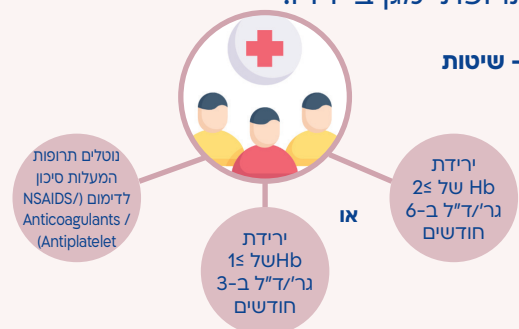
הפניית מטופלים לבירור דמם כאשר יש חשד לדימום שלא כתוצאה מהטיפול התרופתי.



שיטות

אותרו מטופלים עם ירידת Hb של ≤ 2 גר"ד"ל ב-6 חודשים או ≤ 1 גר"ד"ל ב-3 חודשים, אשר נוטלים תרופות המעלות סיכון לדימום (NSAIDs / Anticoagulants / Antiplatelet) (תרשים 2). לא הוכללו מטופלים עם גורמי סיכון משמעותיים נוספים כגון מטופלים אונקולוגים או עם מחלת כליות כרונית (CKD). בנוסף נבדק עבור מטופלים אלו האם נוטלים טיפול תרופתי מגן ב-PPI.

תרשים 2 - שיטות



תוצאות

במחוז דרום במכבי שירותי בריאות נמצאו כ-25 מטופלים בסיכון מוגבר לדמם מטיפול תרופתי (נטלו בפועל בין 1 ל-3 תרופות המעלות סיכון לדמם במקביל לירידת המוגלובין $Hb < 12$ וללא PPI). כאשר יותר ממחציתם (כ-64% מהמטופלים) עם גורם סיכון נוסף של גיל מבוגר מעל 65, וכ-16 מטופלים (64%) נדרשו להתערבות פרמקולוגית בכדי למנוע את הסיכון המוגבר לדימום מגורי.

מתוך 16 המטופלים שקיבלו המלצות לניהול הסיכון המוגבר לדמם:

- 69% (11 מטופלים) קיבלו המלצה על הוספת PPI
- ל-44% (7) הומלץ שינוי טיפול תרופתי המגביר סיכון לדמם
- ל-13% (2) הומלץ המשך בירור דמם.
- ל-3 מתוך 4 מטופלים שיושם עבורם שינוי תרופתי בתרופות המגבירות סיכון לדימום, נראתה עלייה בהמוגלובין לאחר הפסקת טיפול/ הורדת מינון (תרשים 3).

מסקנות

טיפול בתרופות הידועות כבעלות סיכון מוגבר לדמם מצריך ניטור ומעקב הדוק בדבר הסיכון להתפתחות דימום משמעותי קליני, ע"י ניטור המוגלובין בתדירות גבוה מהשגרה (כל 3-6 חודשים). ניטור זה חשוב בפרט אצל אוכלוסיות מטופלים רגישות כדוגמת מטופלים גריאטרים או במטופלים עם מספר תרופות המעלות סיכון לדמם. ישנו צורך להעלאת המודעות למתן טיפול מניעתי ב-PPI להגנה מדימום GI אצל אוכלוסיות בעלות סיכון מוגבר.

תרשים 3 - יישום המלצות

