

המועצה המדעית ועדת הבחינות

בחינות שלב א'
ראומטולוגיה ילדים

05.01.26

מס' השאלות בחלק זה: 100

1. נער בן 15 שנים מאובחן עם SLE. המאפיינים ומהלך המחלה טיפוסיים. במשפחה יש דודה מצד האב עם Rheumatoid Arthritis. האמא שואלת מה הסיכוי של בני משפחה אחרים לפתח מחלה והאם צריך בירור גנטי?
- א. יש 20% סיכון שאחותו התאומה תאובחן עם SLE בעתיד
- ב. לקרובי משפחה באופן כללי יש 25% סיכון לפתח מחלת רקמת חיבור כלשהי
- ג. הסיכון לא גבוה ואין צורך להשלים ברור גנטי למטופל
- ד. אם המוצא המשפחתי הוא לטיני אז מומלץ על בירור גנטי

2. נערה בת 15 שנים מופנית למיון עם אירוע של בלבול ופציאליס מרכזי מימין. לחץ דם בקבלתה 180/100 mm/hg.
- ב- MRI מח יש אוטם משמאל, וב- US כליות יש טרומבוס ב-RENAL ARTERIES. בבדיקה נראה הממצא הבא:



בבדיקות מעבדה נמצא LAC חיובי

בדיקות ANA, anti cardiolipin IgG/IgM, anti Beta-2-glycoprotein IgG/IgM שליליים.

מה יהיו המלצות הטיפול ?

- א. LMWH (קלקסן) תוך מעקב קפדני
- ב. IVIG+ Heparin+ Rituximab
- ג. Heparin+pulse Methylprednisolone +plasma exchange
- ד. Heparin + pulse Methylprednisolone + Cyclophosphamide

3. תינוקת בת 6 שבועות מאושפזת עם Respiratory distress syndrome קשה. ידוע שבגיל שבועיים הופיעו נפיחות ורושם לכאב בעצם הבריח מימין והתפרחת העורית הבאה:



- בבדיקות המעבדה יש מדדי דלקת מוגברים.
- בדיקת MRI הדגימה multifocal osteolytic lesions+periostosis בעצם הבריח, בצלעות ובעצמות ארוכות.
- טיפול אנטיביוטי אמפירי לא הביא לשיפור במצבה.
- מה עוד סביר בנוגע לתינוקת זו?
- א. היא סובלת מ Chronic aseptic meningitis
 - ב. היא צפויה להציג אירועי חום ממושכים
 - ג. יש בבדיקות שלה פרוטאינוריה בתחום הנפרוטי
 - ד. יש לה היסטוריה של פגות

4. ילדה בת 7 שנים עם אבחנה של Oligoarticular JIA מגיל 4 שנים מועמדת למחקר תרופתי חדש אשר מתייחס בפרוטוקול לסיווג החדש של JIA לפי PRINTO.
- איזה מהמשפטים הבאים מתאר את ההבדל המרכזי בין הסיווג החדש לבין הסיווג הקודם של ILAR?
- א. הסיווג החדש שם דגש על ביומרקרים וגנטיקה בשילוב מספר המפרקים המעורבים
- ב. הסיווג החדש מבוסס על ארבע קטגוריות ומפסיק להשתמש במספר המפרקים כקריטריון
- ג. הסיווג החדש משלב לאותה קטגוריה את מקרי ה-psoriatic arthritis וה-ERA
- ד. הסיווג החדש מחייב הערכה הדמייתית כמותית של מספר המפרקים המעורבים

5. בן 5 שנים מופנה למיון בשל הפריחה שבתמונה וכאבי בטן מזה כשבוע. בבדיקתו: עירני ונינוח, הבטן רכה ועם רגישות דיפוזית קלה.



במעבדה

ה	ה	נורמה
HG g/dl	11	11.5-13.5
WBC X10 ³ /microL	13	5-10
Cr mg/dl	0.5	0.3 - 0.7
Albumin g/dl	4	3.2 - 4.9
CRP mg/dl	5	<0.5
Urine WBC cells/hpf	5	<5
Urine RBC cells/hpf	50	<5
Protein/Cr ratio g/g	2.5	

מה נכון לגבי המעורבות הכלייתית במחלתו?

- לאור יחס חלבון-קראטנין מוגבר והמטוריה יש לבצע כעת ביופסיית כליה
- אם לא יחול שיפור בממצאי השתן אחרי חודש יש לבצע ביופסיית כליה
- אם לא יחול שיפור בממצאי השתן בעוד 3 חודשים יש לבצע ביופסיית כלייה
- יש להתחיל טיפול בסטרואידים כדי להפחית סיכון לפתח מחלת כלייה כרונית

6. מה נכון לגבי טיפול ב- anti-TNF במחלת Kawasaki?
א. טיפול ב-Etanercept הוכח כמשפר את ה- z score של העורקים הקורונריים
ב. טיפול ב-Infliximab מקצר את משך החום במחלה
ג. טיפול ב-Adalimumab מומלץ כקו ראשון ב- high risk patients
ד. טיפול ב-Infliximab הוא קונטרה אינדיקציה אם יש מתחת ל 1000 נויטרופילים
7. איזה מבין הבאים נכון לגבי מעורבות כלי הדם במחלת בכצ'ט?
א. פקקת (טרומבוזיס) ורידית שכיחה יותר בילדים מאשר במבוגרים
ב. Superficial thrombophlebitis מעלה סיכון לפקקת ורידית משמעותית בעתיד
ג. במצבי פקקת עמוקה הטיפול נוגד הקרישה חשוב יותר מהטיפול נוגד הדלקת
ד. פקקת של עורק הריאה היא סיבוך שכיח ומסוכן במחלה זו

8. ילדה בת 10 שנים מופנית לבירור אירועים חוזרים של כאב ונפיחות באזור הלסת מימין. היא טופלה במספר קורסים של אוגמנטין.
בבדיקה גופנית הממצא הבא:



מה מהבאים לא יכון לאתיוולוגיה ספציפית?

- א. ביופסייה של הממצא
 - ב. RF חיובי גבוה
 - ג. עמילאז גבוה
 - ד. Anti SSA חיובי
9. ילדה בת 8 שנים עם אבחנה של לופוס נפריטיס מטופלת בסטרואידים. איזה מהבאים נכון בנוגע להשפעת הטיפול על הגדילה של הילדה?
- א. פרדניזון במינון של 4 מ"ג ליממה לא פוגע בגדילה
 - ב. הוספת טיפול בהורמון גדילה לא משפר גדילה במצבים כאלה
 - ג. טיפול בסטרואידים יום כן ויום לא פחות פוגע בגדילה יחסית לטיפול יומי
 - ד. מתן ויטמין D יומיומי ישפר גדילה

10. בן 10 שנים, מתייצג במרפאה עם ארטריטיס בברך ימין ובקרוסול ימין, שבועיים לאחר מחלת חום ושלשולים ריריים.

מה נכון לגבי האבחנה הסבירה ביותר?

- א. מעורבות המפרקים במחלה זו בדרך כלל פוליארתיתקולרית
- ב. במעל מחצית מהמקרים תהיה דלקת לחמית בהתייצגות
- ג. במצב זה שכיח מאוד למצוא גם cervicitis ו-urethritis
- ד. דקטיליטיס ואנתזיטיס נדירים מאוד ולכן יכונו לאבחנה אחרת

11. בן 9 שנים, מגיע למיון עם תנועות סימטריות, קופצניות ולא רצוניות של פנים וגפיים, שנפסקות בשינה. בנוסף ההורים מדווחים על שינוי התנהגותי ועצבנות ייתר בחודש האחרון. ללא רקע של מחלה נוירולוגית, ללא היסטוריה של זיהום קודם או של דלקת גרון.

מה הכי יקדם את האבחנה במקרה זה?

- א. השלמת MRI ראש לשלילת PANDAS
- ב. סרולוגיה של Autoimmune encephalitis
- ג. בדיקת ASLO חיובית
- ד. ממצא של mitral regurgitation באקו לב

12. ילדה בת 12 שנים, עם היסטוריה של Rheumatic fever שלא מקפידה על

הטיפול מונע, מתייצגת עם חום מזה 5 ימים וכאבי מפרקים.

בבדיקה גופנית: ללא ארטריטיס וללא מקור לחום.

בבדיקות דם- שקיעת דם 60 מ"מ לשעה. צילום חזה תקין.

על פי המאמר –

Update on streptococcal-associated rheumatic disease

מה מהבאים יוביל לאבחנה של התלקחות Rheumatic fever?

- א. טיטר ASLO פי 4 מבדיקה קודמת
- ב. אקו לב עם MR ללא שינוי מבדיקה קודמת
- ג. בדיקת CRP 5mg/dl
- ד. רק ביטוי של Major criteria יוביל לאבחנה של התלקחות

13. בן 10 שנים, אובחן לפני כשבועיים עם טונסיליטיס חיובי ל-group A strep. מתלונן מזה שבוע ימים על כאבים עזים במפרקי אצבעות הידיים ובברכיים. בבדיקה גופנית: חום 37.8 מעלות, ללא פריחה, ללא אוושה לבבית. במפרקים יש ארטריטיס של PIP 3,4,5 באצבעות הידיים, קרסוליים וברכיים. אקו לב ואק"ג תקינים. במעבדה: ספירת דם תקינה, כימיה תקינה, שקיעת דם 30 מ"מ לשעה, CRP 1.5mg/dl.

מה נכון לגבי הטיפול במחלתו?

- א. צפויה תגובה מצוינת ומהירה לטיפול בנורופן
- ב. סטרואידים במינון נמוך אינם יעילים במקרה זה
- ג. יש לשקול לתת טיפול אנטיביוטי מונע ל-GAS למשך של עד שנה
- ד. מומלץ לתת טיפול אנטיביוטי מונע עד גיל 21 שנים

14. נערה בת 14 שנים עם SLE אובחנה עם LUPUS NEPHRITIS CLASS III/IV מטופלת מזה שנה וחצי ב- CELLCEPT במינון 600 מ"ג פעמיים ביום עם תגובה טובה. בביקורות האחרונות במרפאה: משלים תקין, DSDNA שלילי, בבדיקת שתן יש RBC 7/hpf, ללא פרוטאינוריה. על פי המאמר:

2024 American College of Rheumatology (ACR) Guideline for the Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis

איזה מהבאים נכון בנוגע לצורך בביופסיה חוזרת בנערה המתוארת?

- א. בפרוטאינוריה מעל 0.5g/g יש אינדיקציה לביופסיה חוזרת
- ב. לפני הפסקת טיפול יש אינדיקציה לביופסיה חוזרת
- ג. אם יש החמרה בהמטוריה בלבד אין צורך בביופסייה חוזרת
- ד. אם הקראטינין יציב, אך לא תקין לגילה, יש צורך בביופסייה חוזרת

15. בן שנה וחצי, עם FTT מלידתו, מתייצג עם חום לסירוגין מזה כחודש ורושם לכאבי מפרקים.

בבדיקה הגופנית: יש בלוטות לימפה מוגדלות בכל התחנות והגדלת טחול וכבד.

בדיקת המפרקים תקינה, ללא ממצאים נוספים.

בבדיקות מעבדה:

ממד	תוצאה	ערכי נורמה
WBC X10 ³ /microL	4.8	5-10
NEUT X10 ³ /microL	0.97	2-8
PLT X 10 ³ /microL	72	180-450
HB g/dl	8.2	11.5-13.5
Coombs	++	neg
IgG	2500	600-1100
ANA	שלילי	שלילי
Ferritin ng/mL	200	50-150
CRP mg/dl	1	<0.5
ESR mm/h	25	0-20

מה יתמוך באבחנה הסבירה ביותר?

א. עלייה ב double negative T cells

ב. רמה גבוהה של IgD

ג. רמת IL-18 גבוהה

ד. calprotectin בצואה גבוה

16. נערה בת 17 שנים מאובחנת עם RF positive polyarticular JIA מזה כשנתיים. היא מטופלת ב - Methotrexate וב - Adalimumab עם שיפור חלקי. כעת מתלוננת על כאבים ונפיחות באזור המרפקים. בבדיקה גופנית נשמעה איוושה דיאסטולית לאורך גבול הסטרנום השמאלי ונראה הממצא הבא:



איזה מהמשפטים הבאים הוא הנכון בנוגע למאפיינים האקסטרה-מפרקיים של מחלה זו?

- א. אובאיטיס כרונית היא הביטוי האקסטרה-מפרקי השכיח ביותר במחלה זו
- ב. המעורבות הלבבית השכיחה ביותר במחלה זו היא Aortic regurgitation
- ג. הנודולים המתוארים מחייבים הפסקת טיפול במטוטרקסט
- ד. הנודולים המתוארים מופיעים בדרך כלל אחרי יותר מעשר שנות מחלה ואינם קשורים לפעילות המחלה

17. בן 8 שנים, בריא ברקע, מגיע למיון בשל חום מזה שבועיים, כאבי שרירים בגפיים תחתונות, תחושת שריפה בכפות רגליים והפריחה תמונה.



הוא שולל כאבי בטן ולחץ הדם שלו תקין.

במעבדה –

ערכי נורמה	תוצאה	בדיקה
11.5-13.5	10.8	HG g/dl
5-10	18	WBC X10 ³ /microL
0.4-0.75	0.7	Cr mg/dL
5.5- 3.5	4	Albumin g/dl
10-120	60	CPK U/L
<0.5	15	CRP mg/dl
0-20	100	ESR mm/h
NEG	NEG	ANA
NEG	NEG	ANCA

בהתבסס על הקליניקה של הילד, מה תהיה הבדיקה שהכי סביר שתקדם את האבחנה שלו?

- א. בדיקת MRA חזה ובטן
- ב. בדיקת EMG
- ג. בדיקה גנטית
- ד. ביופסיית שריר ו/או עצב

18. מה מהבאים הוא גורם פרוגנוסטי רע ב-Juvenile Dermatomyositis?

- א. אנזימי שריר גבוהים בהתייצגות
- ב. עליה ב-von Willebrand factor
- ג. חולשת שרירים קשה בהתייצגות
- ד. Heart rate variability גבוה

19. בן חצי שנה, בריא ברקע, מתייצג עם חום מזה 7 ימים, לשון תותית וטורטיקוליס. ב-CT צוואר אובחן retropharyngeal phlegmon. התינוק מטופל כבר 4 ימים באנטיביוטיקה תוך וורידית ללא הטבה.

במעבדה –

ערכי נורמה	תוצאה	בדיקה
10.5-12.5	9	HG g/dl
6-12	23	WBC X10 ³ /microL
150-450	520	PLT X10 ³ /microL
0.3 - 0.5	0.3	Cr mg/dl
3.2 - 4.9	2.8	Albumin g/dl
25-40	80	AST u/l
25-40	90	ALT u/l
<0.5	15	CRP mg/dl
0-20	110	ESR mmHg/h
0-5	20	Urine WBC cells/hpf

מה יהיה הצעד הבא בניהול המקרה?

- הרחבת כיסוי אנטיביוטי + ניקוז כירורגי של הפלגמון
- התחלת IVIG + סטרואידים + אספירין
- התחלת IVIG + אספירין
- השלמת בירור אימונולוגי

20. איזה מהבאים מופיע כחלק מהקריטריונים של Pediatric Behcet Disease שפורסמו ב-2016?

- לפחות שלושה אירועי אפטות בגנטליה בשנה
- כאבי ראש התקפיים
- נוכחות HLAB-51 חיובי
- אנוריסמה עורקית

21. ילד בן 11 שנים מתייצג עם כאבים בגב המרכזי והתחתון, בצלעות ובשוקיים מזה 3 חודשים. הכאב מעיר אותו משינה. בבדיקה נמצאת הפריחה בתמונה. בבדיקות מעבדה נמצא CRP 2mg/dl (תקין עד 0.5) וספירת הדם תקינה.



איזו בדיקה חיונית לאבחנה?

- א. HLA-B27
- ב. MRI
- ג. ביופסיית עצם
- ד. בדיקה גנטית של פאנל אוטואינפלמטורי

22. מה נכון לגבי הטיפול ב Mycophenolate Mofetil -MMF ?

- א. יש צורך במעקב אחרי אנזימי כבד כל 3 חודשים
- ב. רעילות המטולוגית מ-MMF בדר"כ משתפרת תוך שבוע מהפסקת הטיפול
- ג. במקרה של תופעות לוואי במערכת העיכול יש להפסיק את התרופה
- ד. טיפול במקביל ב-Tacrolimus מצריך הפחתת המינון של MMF

23. מה ההמלצה לגבי פעילות גופנית במטופל שאובחן לאחרונה עם Juvenile Dermatomyositis?

- א. מומלץ להימנע מפעילות גופנית בזמן מחלה פעילה כדי לא להחמיר מיוזיטיס
- ב. מומלץ לבצע פעילות גופנית כי היא מחזקת תפקוד שריר וצפיפות עצם
- ג. מומלץ לבצע פעילות גופנית בעיקר מסוג anaerobic וחיזוק שרירים
- ד. מומלץ להפחית פעילות גופנית כל עוד המטופל מקבל סטרואידים

24. ילד בן 6 שנים עם אבחנה חדשה של SJIA. מה נכון לגבי הטיפול האפשרי ב-Tocilizumab או ב-Canakinumab?

- א. כשיש רקע של כיבים במעיין עדיף להימנע מטיפול ב-Canakinumab
- ב. שתי התרופות יכולות לגרום לנויטרופניה אבל זו בדרכ כלל לא מעלה סיכון להופעת זיהומים
- ג. הפרעה בפרופיל הלפידים היא קונטרה אינדיקציה ל-Tocilizumab
- ד. היסטוריה משפחתית של מחלה דה מיאלינטיבית היא קונטרה אינדיקציה ל-Tocilizumab

25. בן שנה וחצי אובחן לפני חצי שנה עם polyarticular JIA ומטופל במטוטרקסט ללא תגובה מספקת.

בביקורת היום יש תלונות על פריחה חדשה ועל החמרה בארטריטיס. בבדיקה גופנית הממצאים הבאים:



מה מהבאים יכול להסביר את מחלתו הסבירה?

א. מוטציה ב NOD2

ב. מוטציה ב IL1RN

ג. מוטציה ב LP1N2

ד. מוטציה ב TREX1

26. ילד בן 10 שנים מתייצג עם בלוטת לימפה צווארית מוגדלת ולא רגישה מזה חודשיים.

ביופסיה מהבלוטה הדגימה granulomatous inflammation.

מה מהבאים אינו סביר כגורם לביטוי הקליני הזה?

א. תגובה לטיפול באנטי-TNF

ב. Wiscott-Aldrich Syndrome

ג. Hodgkin lymphoma

ד. Ulcerative colitis

27. באיזה מהמצבים הבאים צפויה היפומוביליות (joint hypomobility)?

א. Marfan Syndrome

ב. Trisomy 21

ג. Homocystinuria

ד. Stickler Syndrome

28. בת 17 שנים, עם חום גבוה וכאבי מפרקים נודדים, לפני שבוע סבלה מכאבי גרון. בבדיקתה כעת ברך ימין אדומה, נפוחה, רגישה ומוגבלת בתנועה, והפריחה הבאה:



במעבדה לויקוציטוזיס ומדדי דלקת גבוהים.

איזו בדיקה תתרום ביותר לאבחנה?

א. משטח גרון ו-ASLO

ב. תרביות

ג. רמות משלים

ד. ביופסיית עור

29. בת 15 שנים, מגיעה לרופא בקהילה בשל כאבי מפרקים מפושטים וחום שהופיעו מספר ימים לאחר שחזרה מחופשה משפחתית. בבדיקתה הגופנית ללא ארתריטיס, אך נצפית הפריחה הבאה (בגודל של 6 ס"מ).



מה נדרש על מנת להגיע לאבחנה?

- א. אין צורך בבדיקות נוספות כדי להגיע לאבחנה
- ב. יש צורך בסימפטומים נוספים כגון מנינגיטיס או ארתריטיס
- ג. תרבית מביופסית עור
- ד. בדיקה סרולוגית לנוגדנים

30. איזה מההיגדים הבאים נכון לגבי central sensitization?

- א. גורמת להיפראלגזיה רק באיזור הדלקתי
- ב. אינה יכולה להתקיים במקביל ל-peripheral sensitization
- ג. עשויה לגרום ל-allodynia באיזורים מפושטים יותר מהאיזור הדלקתי
- ד. אינה קשורה למצב הקוגניטיבי והריגשי

31. נערה בריאה בת 15 שנים מגיעה עם תלונה על כאבים מפושטים בגב, בברכיים ובמרפקים מזה 4 חודשים. בנוסף היא סובלת מעייפות כרונית, כאבי ראש ונימולים בגפיים. בבדיקה גופנית יש רגישות ביותר משש TENDER POINTS, ללא ממצא חריג אחר. האם ניתן לאבחן אותה עם פיברומיאלגיה לפי הקריטריונים של Yunus & Masi childhood fibromyalgia criteria?
- כן, היא עונה על מספיק קריטריונים
 - לא, כיוון שיש צורך גם במעבדה בסיסית תקינה
 - לא, כיוון שצריכות להיות לפחות 11 Tender Points בבדיקה הגופנית
 - לא, יש הכרח לפגיעה בתפקוד היומיומי

32. נער בן 13 שנים מתלונן מזה כחודשיים על כאבים בברך ימין ועל חום סובפיברילי. בבדיקה גופנית יש ארטריטיס של הברך. ספירת דם תקינה, כימיה תקינה, שקיעת דם 40 מ"מ לשעה. בנוזל הסינוביאלי יש 30,000 לויקוציטים ללא צמיחה בתרבית. הוא עבר הזרקת סטרואידים למפרק ללא הטבה. מה מהבאים לא יסייע באבחנתו?

- MRI של הברך
- calprotectin בצואה
- סרולוגיה ל Lyme
- בדיקת ASLO

33. בן 15 שנים, עם אבחנה של קרוהן מזה כשנתיים, אובחן לאחרונה עם Sacroiliitis ב-MRI. הוא מטופל מזה כשנה וחצי ב-Adalimumab. מה תהיה אפשרות הטיפול הסבירה במצב זה?

- החלפת הטיפול ל-Infliximab
- הוספת טיפול ב-Sulfasalazine
- החלפת טיפול ל-Ustekinumab
- החלפת הטיפול ל-Secukinumab

34. במעקב הריון בשבוע 20 מודגם דופק עוברי בקצב 70 פעימות לדקה ובאק"ג לעובר יש 2nd degree heart block . האם בריאה והיא ילדה תינוק בריא לפני 3 שנים. בבדיקת סרולוגיה האם חיובית ל- anti Ro.

מה ההמלצה הטיפולית המתאימה ביותר?

- א. טיפול לאמא בדקסמתזון
- ב. תרופות בטא מימטיות (סלבוטמול או טרבוטלין) לאמא
- ג. טיפול לאמא ב- IVIG
- ד. טיפול לאמא בדקסמתזון וב- IVIG

35. לנער בן 15 שנים, נמצא PTT מוארך בבדיקה שגרתית. בבדיקת דם נמצא LUPUS ANTI COAGULANT חיובי בטיטר גבוה בשתי בדיקות בהפרש של 4 חודשים, נוגדנים: ANA, anti Cardiolipin, anti Beta-2-glycoprotein שליליים.

מה ההמלצות לנער זה?

- א. יש צורך במעקב של נוגדני APLA ובירור SLE קפדני כל חצי שנה
- ב. יש להתחיל טיפול באספירין ובמקרים של סיכון מוגבר לטרומבוס טיפול ב-LMWH
- ג. במקרה של אירוע טרומבוטי ורידי יהיה צורך להתחיל טיפול ב-LMWH ובאספירין
- ד. אם יהיה אירוע טרומבוטי עורקי יש לטפל באנטיקואגולציה עם INR מטרה 3-4

36. ילד בן 9 שנים מאושפז במחלקת ילדים עם אבחנה של SJIA (Systemic JIA) עם ביטוי של חום יומיומי, פריחה ודלקת מפרקים בברך ימין ובקרסול שמאל. התחיל טיפול ב- NSAIDS עם שיפור חלקי. במהלך האשפוז, מפתח חום 40° , כאב בחזה המוחמר בשכיבה ומשתפר ברכינה קדימה, וקוצר נשימה. באק"ג - עליות ST מפושטות וירידות PR. באקו לב - תפליט פריקרדיאלי בכמות בינונית. במעבדה:

ערכי נורמה	תוצאה	בדיקה
5–10	21	WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
150–400	490	Platelets ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
20–300	950	Ferritin (ng/mL)
<40	35	AST (U/L)
200–400	400	Fibrinogen (mg/dL)

מהי הגישה הטיפולית המתאימה ביותר בשלב זה?

- המשך טיפול קבוע ב- NSAIDS תחת מעקב צמוד ותוספת קולכיצין
- טיפול ביולוגי נוגד IL-1 או IL-6 ולשקול בהמשך תוספת סטרואידים
- התחלת טיפול בסטרואידים במינון גבוה יחד עם טיפול נוגד IL-1 או IL-6
- התחלת טיפול בחוסמי JAK

37. איזה מההיגדים הבאים הוכח לגבי הטיפול ב- ANCA VASCULITIS?
- א. טיפול ב- mycophenolate mofetil בשלב האידוקציה נמצא לא פחות יעיל (not inferior) מבחינת התגובה לטיפול ושיעורי ההישנות בהשוואה ל- IV Cyclophosphamide
- ב. טיפול ב- Rituximab בשלב האידוקציה נמצא לא פחות יעיל (not inferior) מ- IV Cyclophosphamide
- ג. הוספת טיפול ב- plasma exchange לסטרואידים בחולים עם מעורבות כלייתית שיפרה את התוצאה הכלייתית והפחיתה תמותה
- ד. טיפול ב- Azathioprine בשלב האחזקה יעיל כמו Rituximab במניעת התלקחויות
38. בת 12 שנים אובחנה עם Juvenile dermatomyositis. הותחל טיפול בפרדניזון וב- Methotrexate, ללא הטבה משמעותית. מה יהיה קו הטיפול הבא?
- א. Cyclophosphamide - אם יש מעורבות GI קשה
- ב. Cyclosporine - אם אין הטבה עורית
- ג. Tofacitinib - אם יש מעורבות ריאתית קשה
- ד. Plaquenil - אם יש מחלת שריר קשה
39. לילד בן שנה יש אירועים חוזרים של חום, הקאות ושלשולים. בבדיקה נמצאת פריחה אדומה בירכיים ובבטן וטחול מוגדל. בבדיקות מעבדה בזמן אירועי החום יש פאנציטופניה, אנזימי כבד גבוהים ופריטין מוגבר מאוד.
- איזה ציטוקין רצוי לחסום בכדי לטפל בילד באופן מיטבי?
- א. IL-1
- ב. TNF
- ג. IL-6
- ד. IL-18

40. בן 5 שנים עם Juvenile dermatomyositis עושה תגובה אנפילקטית בעירוי הראשון של IVIG. מה מהבאים לא מעלה סיכון לתגובה זו?

- א. חסר IgA
- ב. מינון ה- IVIG
- ג. מתן התכשיר בקצב מהיר
- ד. סוג תכשיר ה- IVIG

41. נערה בת 12 שנים, עם כאבי מפרקים בכפות ידיים ורגליים, מזה שבועיים, ללא חום סיסטמי וללא פריחה. בבדיקה גופנית יש ארטריטיס של PIP במפרקי האצבעות הידיים והרגליים. ללא ממצא אחר בבדיקה. במעבדה – ספירת דם תקינה, כימיה תקינה, מדדי דלקת CRP 1mg/dl, סרולוגיה שלילית ל- ANA, ACPA, RF, אימונוגלובולינים תקינים, קלפרוטקטין תקין. איזה מהממצאים הבאים יכול להסביר את מחלתה?

- א. ויטמין A גבוה
- ב. פריטין גבוה
- ג. בדיקת PPD חיובית
- ד. Parvo virus IgM חיובי

42. בן 5 שנים מגיע למרפאה עם כאבים בשתי כפות הרגליים. בבדיקה הגופנית יש התרשמות מקשת שטוחה דו צדדית. מה נכון לגבי הממצא בבדיקה הגופנית?

- א. ברוב המקרים יישאר עד הבגרות
- ב. שכיח יותר שנשאר בבגרות אצל בנות מאשר בנים
- ג. השמנה מפחיתה סיכוי למצב זה
- ד. נפוץ במיוחד מתחת לגיל 6

43. ילד בן 5 שנים הגיע למרפאה עקב תלונות על כאבי ברכיים. יש לו רגישות ניכרת מעל העצמות הארוכות, וכן חולשה פרוקסימלית בגפיים התחתונות. ידוע על בררנות באוכל מינקות, חשיפה מועטה לשמש בגלל הימנעות מיציאה מהבית וצפייה מרובה במסכים.

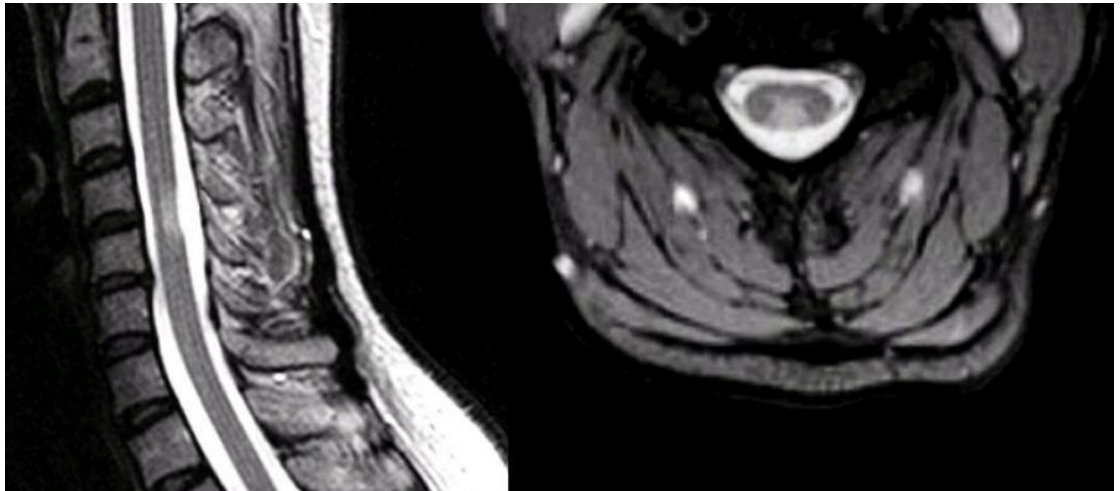
בצילום הממצא הבא:



איזו בדיקת עזר תסייע ביותר לאבחנה?

- א. רמת ויטמין D
- ב. רמת ויטמין A
- ג. רמת ויטמין C
- ד. נייר גטרי בשאלה של גושה

44. בת 14 שנים, ללא מחלת רקע, מזה מספר שעות מתארת קושי בהנעת גפיים תחתונות, וקושי במתן שתן. בבדיקה במיון יש רפלקסים פטלריים מוגברים, חולשה של גפיים תחתונות וירידה בתחושה של הרגליים.
ב-MRI של עמוד השדרה הממצא הבא:



איזה מהנוגדנים הבאים פחות סביר שיסביר את מחלתה?

- א. Anti PR3/ Anti MPO
- ב. Anti cardiolipin/ Beta2 glycoprotein/ Lupus anticoagulant
- ג. ANA/ anti dsDNA/ anti smith
- ד. Anti MOG/ anti aquaporin 4

45. בת 15 שנים, מתייצגת עם חולשה, חום והפריחה הבאה:



לחץ הדם תקין. ללא ממצא אחר בבדיקה הגופנית.
במעבדה - ספירת דם תקינה, כימיה עם קראטינין תקין ואלבומין תקין, שקיעת דם 100 מ"מ לשעה.

בבדיקת שתן מאקרוהמטוריה ופרוטאינוריה עם יחס חלבון קראטינין 1.5.
איזה מהממצאים הבאים בביופסיה כלייה יתמוך באופן החזק ביותר באבחנה של לופוס?

- א. באימונופלורסנציה - משקעים של IgG, IgM, C3, C1q, kappa, lambda
- ב. באימונופלורסנציה - מעט משקעים של IgG ומשלים
- ג. EM - necrotizing glomerulonephritis
- ד. בהיסטולוגיה - thrombotic microangiopathy

46. בת 15 שנים, עם JIA מגיל שנתיים, ללא היסטוריה של אובאיטיס. מהי ההמלצה לגבי מעקב עיניים?

- א. אם ה-ANA חיובי - כל 3 חודשים
- ב. אם ה-ANA חיובי - כל חצי שנה
- ג. פעם בשנה, בלי קשר ל-ANA
- ד. אין צורך בהמשך מעקב עיניים

47. ילד בן שלוש שנים מאושפז לבירור חום מזה שבועיים, פריחה (מצורפת בתמונה) ולימפאדנופתיה ממושטת. ללא ממצא נוסף בבדיקה גופנית.



בירור זיהומי מלא היה שלילי.

במעבדה:

טווח תקין	תוצאה	
0-20	30	ESR mm/h
0-0.5	15	CRPmg/dL
11-13	9	Hb g/dL
4-15.5	5	WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
150-450	100	PLT ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
15-50	60	GOT units/L
12-45	60	GPT units/L
500	600	LDH units/L
200-400	250	Fibrinogen mg/d
7-150	700	Ferritin ng/ml

מהי ההמלצה הטיפולית במקרה זה?

- יש להתחיל טיפול ב Canakinumab
- יש להתחיל טיפול ב Solumadrol 2 מ"ג לק"ג
- יש להתחיל טיפול ב pulse Solumedrol ולשקול Anakinra
- יש להתחיל טיפול ב Tocilizumab

48. כל המקרים הבאים עוסקים בחולים עם RF positive polyarticular JIA
המקבלים טיפול ב Adalimumab + Methotrexate מזה כשנתיים. איזה מהבאים עשוי להיות סיבוך של המחלה עצמה ולא של הטיפול התרופתי?
א. בן 17 שנים. פנה כעת עקב נויטרופניה שהתגלתה עקב דלקת ריאות. בבדיקתו טחול מוגדל.
ב. בת 15 שנים. פנתה עקב הופעת נודולים רבים בכפות הידיים בלבד, הנודולים הופיעו בתוך זמן קצר מאוד ואינם כואבים.
ג. בת 12 שנים, לאחרונה חולשה וחומים יומיומיים. על הפנים פריחת פרפר ובבדיקת דם נוגדני ANA חיוביים.
ד. בן 15 שנים, בצילום חזה הסננות דו"צ. בביופסיה ברונכיאלית – גרנולומות. בירור לשחפת שלילי.
49. מה ידוע על HLA-B27 חיובי?
א. HLA-B27 חיובי שכיח יותר בבנים
ב. בילד עם HLA-B27 חיובי יש 50% סיכוי לפתח ERA
ג. בחולי ERA עם HLA-B27 חיובי - הסיכוי לרמיסיה כעבור 8 שנים גבוה יותר
ד. בחולי ERA עם HLA-B27 חיובי - יש יותר כאב גב אינפלמטורי
50. נער בן 15 שנים עם כאבים בגב תחתון ובקרוסוליים. בבדיקות דם HLA- B27 חיובי, מדדי דלקת גבוליים.
איזה מהמשפטים הבאים מתאר נכון את הממצאים בהדמייה של מפרקי הסקרואליאק?
א. הימצאות אוסטאופניה בצילום אגן היא רמז מוקדם לסקרואליאיטיס
ב. בצקת מח עצם ברצפי STIR עם אות גבוה ב- T1 מעידים על דלקת פעילה
ג. הדמיית CT טובה יותר להדמיית מחלה פעילה מאשר להדמיית נזק
ד. אות נמוך פריארטיקולרי ב- T1 וב- T2 מכוונים לסקלרוזיס

51. נערה בת 15 שנים, עם התעבות עור בפנים ובאצבעות, תופעת ריינו ו-ANA חיובי. איזה דפוס של ANA באימונופלורסנציה יחזק במיוחד את האבחנה

הסבירה?

א. Fine speckled

ב. Homogeneous

ג. Nucleolar

ד. Fibrillar

52. עיכוב של איזה מהחלבונים הבאים יגרום לעלייה בתהליכי דלקת?

א. MAPK

ב. NF-kB

ג. Perforin

ד. MyD88

53. בן שנה וחצי עם כאבים ונפיחות של ברך ימין מזה 6 שבועות, ללא חום וללא תלונות אחרות. בבדיקה גופנית יש ארטריטיס של הברך. מה מהבאים יחשיד

שלא מדובר ב- oligoarticular JIA ?

א. האבא אובחן בגיל עשרים עם IBD

ב. העובדה שהוא בן

ג. ANA שלילי

ד. שקיעת דם 80

54. בן 5 שנים, ברקע קומה נמוכה באחוזון גובה 1, ללא מחלות אחרות וללא חשיפה לתרופות, הופנה לבירור כאבים במפרקי הירכיים עם הליכה אנטלגית מזה כשלושה שבועות. בדיקה גופנית תקינה. בצילום אגן אובחן bilateral perthes. במעבדה: ספירת דם תקינה, כימיה תקינה, תפקודי תריס תקינים. מה הכי יקדם את האבחנה?

- א. מיפוי עצמות
- ב. בירור אנדוקריני מלא
- ג. בירור גנטי
- ד. בדיקת מח עצם

55. נערה בת 14 שנים, עם juvenile systemic sclerosis מאובחנת מזה שנתיים. קלינית – יש עיבוי עור דיפוזי עד המרפקים והברכיים, חולשת חגורת כתפיים, אנזימי שריר מוגברים, ומחלת ריאות אינטרסציאלית קלה.

בבדיקות הסרולוגיות:

- ANA חיובי
- Anti SCL70 חיובי
- Anti PM/SCL חיובי ברמה בינונית
- Anti RNA polymerase 3 שלילי
- Anti RNP חיובי

איזה מהבאים הוא פירוש נכון של פרופיל הנוגדנים?

- א. נוגדני anti PM/SCL מצביעים על overlap עם JDM ולרוב מהלך מתון יותר
- ב. נוגדני anti SCL70 מעלים סיכון ל- renal crisis
- ג. נוגדני anti RNA polymerase 3 מעידים על פרוגנוזה טובה
- ד. נוגדני anti RNP מעלים סיכון למחלה עורית קשה

56. בן 3 שנים, סובל מאירועי חום חוזרים מזה 6 חודשים. בזמן החום נראית פריחה רטיקולרית ברגליים. הוא התקבל כעת עם חולשת צד וחשד לשבץ.

בבדיקות מעבדה:

ערכי הנורמה	תוצאה	בדיקה
0-34	85	ESR mm/H
0-0.5	12	CRP mg/dL
11-13.5	9.2	HG g/dL
7-14	12	WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
150-400	450	PLT ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
neg	neg	ANA
neg	neg	ANCA

MRI מוח מדגים lacunar infarcts. לאחותו בת ה-7 יש היסטוריה של חומים

חוזרים, אירועים חוזרים של קוליטיס ופריחה דומה.

הותחל טיפול בפאלס סולומדרול. מהו טיפול ההמשך המועדף מבין הטיפולים

הבאים?

א. Rituximab

ב. Adalimumab

ג. Canakinumab

ד. Cyclophosphamide

57. בת 9 שנים עם FMF, מטופלת בקולכיצין עם תגובה טובה. מזה חודש היא מתארת כאבים עזים ברגליים וחולשת שרירים. בבדיקה גופנית, יש לה drop foot דו-צדדי ותחושה מופחתת בכפות הרגליים. לחץ הדם שלה מוגבר - 135/85 מ"מ כספית.

בבדיקות מעבדה:

ערכי הנורמה	תוצאה	בדיקה
0-34	95	ESR mm/H
0-0.5	18	CRP mg/dL
0.4-0.7	0.6	Creatinine mg/dL

בדיקת שתן תקינה.

בדיקות הולכה עצבית מדגימות mononeuritis multiplex.

מה יכול להסביר בצורה הטובה ביותר את המצב הקליני הנוכחי של המטופלת?

א. רעילות כולכיצין הגורמת לנוירופתיה

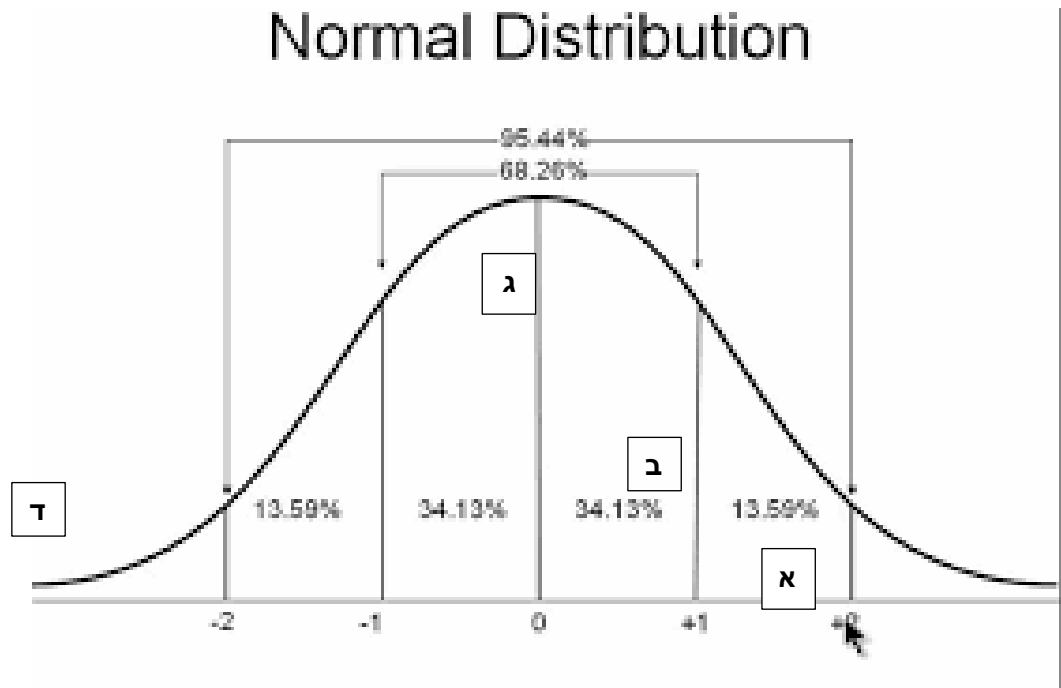
ב. עמילואידוזיס AA הקשור ל-FMF

ג. Polyarteritis nodosa

ד. Protracted Febrile Myalgia

58. בת 11 שנים, מופנית בשל כאב בקרסול ימין וצליעה מזה כחודשיים. ללא סיפור של חבלה וללא חום או תסמינים ססטמיים.
- בבדיקה גופנית יש נפיחות קלה ורגישות מעל המלאולוס המדיאלי הימני ונפיחות ללא רגישות מעל הקלביקולה השמאלית. ללא ממצאים נוספים.
- בבדיקות דם: ספירת דם תקינה, משטח דם תקין, כימיה תקינה.
- ב-MRI כלל גופי נראית בצקת לשד עצם ב-T2 במלאולוס המדיאלי מימין, בשתי עצמות הבריח, ובהומרוס פרוקסימלי דו"צ.
- איזה מהמשפטים הבאים נכון בנוגע לאפשרות להימנע מביופסיית עצם במטופלת זו?
- ניתן להימנע מביופסיה בתנאי שיש גם מעורבות חוליות
 - לא ניתן להימנע מביופסיית עצם בחשד לאבחנה זו
 - ניתן להימנע מביופסיה לאור הממצאים האופייניים ב-MRI
 - מומלץ להתחיל סטרואידים ולכן לא ניתן להימנע מביופסיה

59. בן שנה וחצי עם חשד לקוואסאקי.
בגרף שלהלן מוצגים ערכי גודל ה- LAD שנצפו באקו ראשון של התינוק.
באיזה מהמיקומים הבאים יש צורך להוסיף סטרואידים ל- IVIG ?



60. מה היו מסקנות המאמר:
Safety of colchicine on fertility, pregnancy, and lactation: a systematic review and meta-analysis informing the EULAR/PReS recommendations for familial Mediterranean fever?
- לנשים עם FMF שמתופלות בקולכיצין יש פגיעה בפוריות בהשוואה לנשים ללא טיפול
 - לנשים עם FMF המתופלות בקולכיצין יש יותר הפלות בהשוואה לנשים ללא טיפול
 - לגברים עם FMF המתופלים בקולכיצין, יש פגיעה בספירת הזרע
 - אין סכנה בנטילת קולכיצין בזמן הנקה

61. בן 15 שנים, מופנה לבירור אירועים חוזרים של שינויי צבע בכפות הידיים. הוא מתאר הלבנה של האצבעות ואז הכחלה.

מה מהבאים מעלה את הסיכוי שתופעה זו משנית ואינה ראשונית?

א. מין זכר

ב. גיל צעיר

ג. העדר האדמה של האצבעות

ד. תופעה שמתגברת במצבי לחץ נפשי

62. בבדיקת whole exome sequence שנעשתה לעובר במהלך הריון הוא נמצא הומוזיגוט ל-M694V. על פי המלצות ה-EULAR לטיפול ב-FMF, מתי יש להתחיל לו טיפול בקולכיצין?

א. מיד לאחר הלידה

ב. כשהילד יפתח ביטויים קליניים של FMF

ג. רק אחרי גיל שנה ורק אם יש ביטויים קליניים

ד. מומלץ שהאם תיקח קולכיצין כבר במהלך ההריון

63. בת 8 שנים מתייצגת עם polyarticular JIA. לפי המלצות ה-ACR, במעורבות של איזה מהמפרקים הבאים ניתן לשקול טיפול ביולוגי כקו טיפולי ראשון?

א. ירך

ב. קרסול

ג. מרפק

ד. אצבעות

64. בת 17 שנים, בריאה בד"כ. אמא שלה מאובחנת עם Antiphospholipid syndrome. לנערה יש נוגדנים חיוביים ל- anti Beta-2 glycoprotein מסוג IgG בטווח גבוה.

איזה מהבאים אינו מעלה סיכון לאירוע טרומבוטי?

א. עישון

ב. טיסה טרנס אטלנטית

ג. גלולות פרוגסטרון

ד. אבחנה של לופוס

65. מה נכון לגבי מחלת SLE על רקע מוטציה בגן C1q ?

א. המחלה תתבטא קלינית בעשור הרביעי-חמישי לחיים

ב. יש סיכוי של יותר מ- 90% לפתח לופוס נפריטיס

ג. תהיה שכיחות ייתר של זיהומים חוזרים

ד. יש סיכוי גבוה שהסרולוגיה ל- ANA ול- anti-DsDNA תהיה שלילית

66. ילד בן 9 שנים מגיע למרפאה בשל כאבים בירך ימין ובקרוסול שמאל מזה שלושה חודשים.

בבדיקה: הגבלה בטווח התנועה במפרק ירך ימין עם כאב בסוף התנועה, חום

מקומי ונפיחות בקרוסול שמאל, ורגישות דו-צדדית מעל גידי האכילס.

בבדיקות מעבדה: HLA-B27 שלילי, ANA שלילי, RF שלילי.

מה מהבאים נכון בנוגע להתפתחות מעורבות אקסיאלית בילד זה?

א. אם תתפתח מעורבות אקסיאלית, היא תופיע ברוב המקרים תוך 1–3 שנים

מהאבחנה

ב. צילום רנטגן של האגן הוא אמצעי ההדמיה המועדף לזיהוי של מחלה

אקסיאלית מוקדמת בילדים

ג. מעורבות מפרק הירך ומין הילד מעלים את הסיכון להתפתחות מחלה

אקסיאלית

ד. גילו של הילד ותשובת ה- HLA-B27 מעלים סיכון להתפתחות מחלה

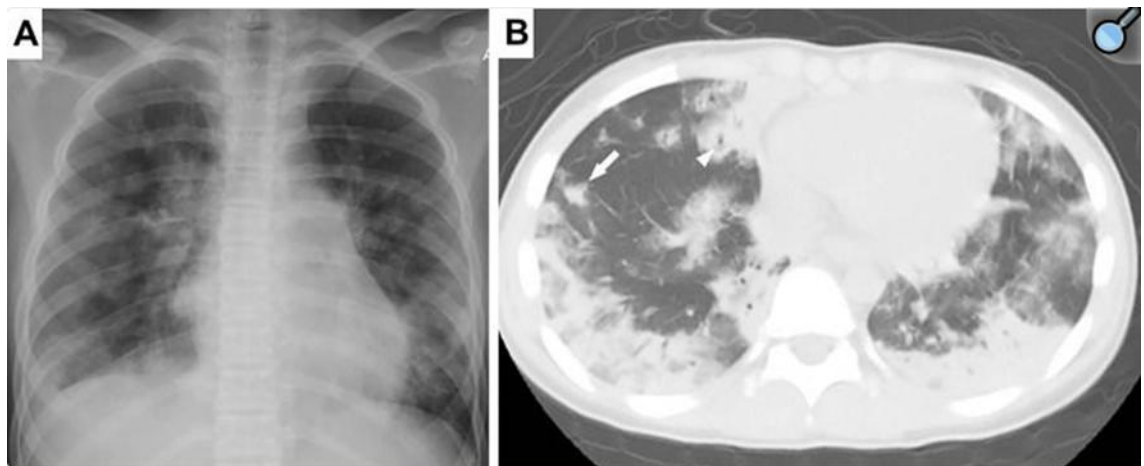
אקסיאלית

67. בת 13 שנים, אובחנה עם אסטמה לפני כשנה. פנתה למיון בשל חום, שיעול, ירידה במשקל ושלשולים מזה שבועיים.
בהאזנה לריאות – קרפיטציות מפושטות.
בבדיקות המעבדה:

ערכי נורמה	תוצאה	בדיקה
11.5-14	13	Hg g/dL
4-10	13	WBC X10 ³ /microL
150-400	388	Platelet X10 ³ /microL
200	4500	Eosinophils
0.7	0.6	Creatinine mg/dL
12-40	20	AST u/l
<0.5	10.5	CRP mg/dl
NEG	NEG	ANA
NEG	NEG	ANCA

ברור זיהומי מלא היה שלילי.

בוצעו צילום חזה ו CT :



מה מהבאים יהיה המשך הבירור המומלץ?

- יש לבצע תפקודי ריאות - לרוב החולים נראה תבנית חסימתית
- יש להשלים שתן וסונר כליות לאור מעורבות כלייתית במעל מחצית מהחולים
- יש לבצע אק"ג לאור שכיחות גבוהה של הפרעות הולכה במחלתה
- יש לבצע בדיקת עיניים בשל שכיחות גבוהה של אובאיטיס

68. מטופלת עם Juvenile dermatomyositis מתארת שיש שינוי במראה שלה :
לפני האבחנה:



אחרי האבחנה:



מה נכון לגבי הביטוי הזה של JDM?

- א. מופיע לרוב לאחר כשנה של מחלה
- ב. מופיע לרוב בחולים עם facial erythema ואטרופיה שרירית
- ג. מופיע לרוב בחולים עם נוגדן anti MDA-5
- ד. כשמתפתח בחולים צעירים יש פחות סיכוי לעמידות לאינסולין

69. מה ידוע על הקשר בין טיפול בנוגדי TNF לזיהומים?
- א. הטיפול בנוגדי TNF מעלה סיכון להרפס זוסטר
 - ב. בזמן טיפול בנוגדי TNF יש נטייה גבוהה יותר בעיקר לזיהומים חיידקיים
 - ג. בזמן טיפול בנוגדי TNF יש נטייה גבוהה יותר לזיהומים בהשוואה לטיפול בסטרואידים
 - ד. בשחפת לטנטית, ניתן לתת טיפול בנוגדי TNF רק אחרי 3 חודשי טיפול בשחפת
70. מה מתאר את הביטויים הקליניים של pediatric onset adult sarcoidosis?
- א. הביטוי הנזירולוגי השכיח ביותר הוא שיתוק עצב קרניאלי
 - ב. Hypercalciuria ו-Hypercalcemia מופיעים ברוב המקרים
 - ג. הפטיטיס היא ביטוי שכיח ונוטה להתקדם למחלה פולמינגטית
 - ד. הביטוי העיני (ocular) השכיח ביותר הוא אובאיטיס
71. בן 3 שנים, מגיע למיון בשל צליעה וחום שהופיעו שבוע לאחר אירוע של אפטות בפה. בבדיקתו הגופנית רגישות ממוקדת בטיביה באזור הסמוך למפרק, עם חום מקומי, נפיחות והגבלה בתנועה של ברך ימין.
- מה מהבאים נכון לגבי בדיקות דימות לאבחנה המשוערת של הילד?
- א. צילומי X ray לרוב יראו הרס קורטיקלי רק אחרי כ-3 שבועות
 - ב. בדיקת MRI אינה בדיקת הבחירה לאור הצורך בהרדמה
 - ג. בילד זה בדיקת CT טובה יותר מ-MRI לאור חשד למעורבות גרמית
 - ד. מיפוי עצמות הינה בדיקת הבחירה לאור גיל הילד

72. בת 12 שנים לאחר חבלה ברגל ימין, סובלת מרגישות ניכרת למגע בכף הרגל. בבדיקה גופנית כף הרגל בצקתית, חיוורת וקרה. בירור מעבדתי והדמייתי תקין עד כה.

מה ידוע לגבי הפרוגנוזה של אבחנתה הסבירה?

א. הפרוגנוזה טובה יותר ככל שהילד יותר צעיר

ב. אם יהיה אירוע נוסף בעתיד סביר שהוא יהיה עם התייצגות זהה

ג. הפרוגנוזה בבנים יותר טובה מאשר בבנות

ד. הפרוגנוזה תלויה במהירות ההתערבות הטיפולית

73. בת 8 שנים, מאובחנת עם ITP. בבירור יש ANA חיובי 1:160. מה מהבאים

יוביל לאבחנה של לופוס על-פי EULAR/ACR criteria?

א. נוגדני APLA חיוביים

ב. קומבס חיובי

ג. משלים (C3 + C4) נמוך

ד. ארטריטיס

74. מה מהבאים מאפיין את הקשר בין Lupus ו- Pediatric Antiphospholipid

?Syndrome (APS)

א. חצי מהילדים שאובחנו עם Primary APS יפתחו לופוס או מחלה דומה

ב. בלופוס עם APS יש יותר מעורבות עורקים מאשר ב- Primary APS

ג. הפרוגנוזה בחולי לופוס אינה מושפעת מהימצאות נוגדני APLA

ד. נוכחות טרומבוציטופניה ב- APS יכולה לנבא התפתחות של לופוס בעתיד

75. בן שנה, מגיל חודש סובל מאירועי חום חוזרים, תפרחת עורית דמוית אורטיקריה, ארטריטיס, הגדלת טחול וכבד, מדדי דלקת מוגברים וירידה בשמיעה.

מה נכון בנוגע לטיפול במחלה זאת?

- א. אנטי TNF יעילים בטיפול במפרקים ובעור אך לא במעורבות הנזרולוגית
- ב. יש לתת טיפול קבוע בקולכיצין במטרה למנוע אירועי חום ועמילואידוזיס
- ג. טיפול הבחירה הוא השתלת מח עצם אלוגנית
- ד. הטיפול הוא ANAKINRA אבל הוא לא משפיע על המעורבות הגרמית במחלה

76. בת 12 שנים מתאשפזת במחלקה בשל חום ממושך, ירידה במשקל, חולשה, ועייפות. היא מספרת שבשבועות האחרונים, אחרי כמה דקות של הליכה מופיעים אצלה כאבים בשרירי הרגליים וחולשה שמשתפרים אחרי מנוחה. בבדיקות חוזרות יש לה לחצי דם גבוהים ולא ניתן למשש דופק רדיאלי. במעבדה יש מדדי דלקת מוחשים.

מה מהבאים נכון בנוגע להדמיה הקשורה למחלתה הסבירה של הילדה?

- א. הממצא השכיח ב-MRA הוא סטנוזיס
- ב. המצאות דופן קרוטיד מעובה ב-MRA מעידה על מחלה פעילה
- ג. בדיקת הבחירה למעקב אחר פעילות המחלה היא בדיקת דופלר
- ד. CT אנגיוגרפיה הוא ה-gold standard לאבחון מחלה זו

77. תינוק בן שבוע נולד לאמא שידוע אצלה על אנטי Ro חיובי. בספירת דם בגיל 7 ימים יש 40,000 טסיות. מה נכון לגבי הטרומבוציטופניה במקרה המתואר?

- א. טרומבוציטופניה קיימת ברוב המקרים
- ב. טרומבוציטופניה מתפתחת לרוב בשבועות 2-6 לחיים
- ג. יש סיכוי גבוה להימצאות נוגדנים נגד טסיות
- ד. לרוב הטרומבוציטופניה קלה-בינונית וחולפת ללא סיכון מוגבר לדימום

78. נערה בת 16 שנים מתייצגת במיון עם חום סיסטמי ואובאיטיס קדמית. בבדיקות המעבדה:

טווח תקין	תוצאה	
0.8-1	1.9	Serum creatinine mg/dL
60-100	90	Glucose mg/dl
12-15	9.5	Hb g/dl
4-15.5	10	WBC ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
150-450	200	PLT ($\times 10^3/\mu\text{L}$)
5-30	60	GOT units/L
5-40	50	GPT units/L
	Glucose +++ Ketones 0 Nitrites 0 Leucocytes +++ Protein ++ RBC ++	Urinalysis
	Negative	Urine culture

מה הביטויים הקליניים האופייניים למחלתה?

- אודם לחמיות, פוטופוביה ואובאיטיס קדמית אקוטית
- ברוב המקרים אין תסמינים סיסטמיים למחלה
- ביטויים נירולוגיים כגון כאבי ראש או פרכוסים
- מחלה כלייתית קשה וכרונית

79. לפי המאמר:

Macrophage activation syndrome שפורסם ב-Arthritis & Rheumatology,

איזו מהתרופות הבאות אינה חלק מהפרוטוקול הטיפולי המומלץ בסינדרום

המתואר?

א. Ruxolitinib

ב. Tacrolimus

ג. Tocilizumab

ד. IVIG

80. נערה בת 16 סובלת מ-RF positive polyarticular JIA ומטופלת מזה מספר

חודשים בשילוב תרופתי של Leflunomide + Hydroxychloroquine. היא

הופנתה למיון עם ניידת מד"א עקב החמרה פתאומית במצבה שכללה חולשה,

התנשמות ובצקות ברגליים.

בצילום חזה :



מה עשוי להיות טיפול הולם למצבה המשוער?

א. סטרואידים במינון גבוה (1-2 מ"ג/ק"ג ליממה) למשך 4-6 שבועות

ב. החלפת מסתם אאורטלי

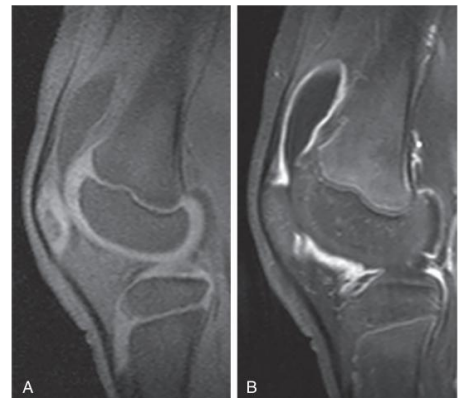
ג. התחלת טיפול בנוגד TNF

ד. הפסקת הטיפול באחת התרופות אותה היא מקבלת

81. בן 15 שנים, מאובחן עם ERA, מטופל בנוגד TNF. הוא מתאר כאבים עזים סביב הפטלות והאכילסים. בבדיקה גופנית אין כל ממצא. מהי ההמלצה הנדרשת במקרה זה?

- א. כנראה מדובר בסנדרום כאב ויש לתת המלצות בהתאם
- ב. יש להשלים US עם דופלר שיכול לקדם אבחנה
- ג. יש להשלים צילום ברכיים וכפות רגליים
- ד. יש להמליץ על החלפת טיפול לנוגד TNF אחר

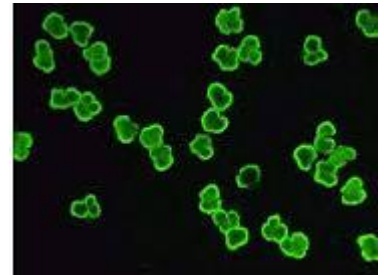
82. ילד בן 8 שנים, עם נפיחות בברך ימין שהחלה לפני כחודשיים לאחר חבלה קלה לברך בעת משחק כדורגל. בבדיקתו נפיחות עם הגבלה בתנועת הברך. במעבדה ללא החשת מדדי דלקת. בוצע MRI שהדגים את הממצא הבא.



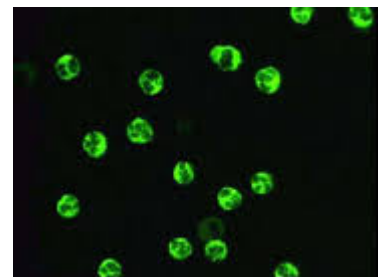
מהי הפרשנות הנכונה לממצא?

- א. סינוביטיס פעילה ייתכן על רקע JIA מוקדם
- ב. ממצא חשוד לממאירות
- ג. עיבוי סינוביום פיברוטי לא פעיל, ייתכן לאחר טראומה
- ד. משקעי המוסידרין על רקע PVNS

83. נער בן 14 שנים מתלונן על חום ממושך, ירידה במשקל, נזלת כרונית ודימומים מהאף. בבדיקה גופנית יש כיבים באף ללא ממצא אחר. בבדיקות הדם ספירת דם תקינה ויש עלייה במדדי דלקת. בוצעה בדיקת ANCA בשיטת indirect immunofluorescence (IIF) תמונה א':



תמונה ב':



מה מהבאים הכי סביר שיתאים לילד?

- א. תמונה א, עם סרולוגיה חיובית ל- anti MPO
- ב. תמונה א', עם סרולוגיה חיובית ל- anti PR3
- ג. תמונה ב', עם סרולוגיה חיובית ל- anti MPO
- ד. תמונה ב', עם סרולוגיה חיובית ל- anti PR3

84. איזו מהבאים אינו Pattern Recognition Receptors (PRR)?

- א. TLR4
- ב. NOD2
- ג. MDA5
- ד. MHC-1

85. בת 15 שנים, בריאה בדרך כלל, התייצגה עם אי נוחות ונפיחות של ברך ימין מזה כחודשיים. ללא תלונות נוספות. בבדיקה גופנית ברך ימין חמה, עם ריבוי נזל והגבלה בתנועה. בדיקות המעבדה תקינות. בחשד ל-JIA טופלה בהזרקת סטרואידים לברך - ללא הטבה כלל. בבדיקת MRI של הברך יש עיבוי סינוביום עם Hemosiderin deposition. מה הטיפול המתאים לאבחנה הסבירה?

- א. הזרקת נוספת של סטרואידים לברך
- ב. התחלת טיפול במטוטרקסט
- ג. Synovectomy
- ד. טיפול בפקטורי קרישה

86. איזה מהבאים מגביר פירוק עצם ו-Osteoclastogenesis?

- א. ציטוקינים פרואינפלמטורים כמו IL-6
- ב. מעכבי RANK ligand
- ג. פעילות גופנית
- ד. טיפול בהורמון גדילה

87. בן 8 שנים, בריא ברקע. מגיע למרפאה עם נגע עורי על הגב, כפי שמופיע בתמונה להלן. גודל הנגע 2 X1 ס"מ. ללא ממצאים נוספים בבדיקה גופנית. מה הטיפול המומלץ כקו ראשון?



- א. פותותרפיה מסוג PUVA
- ב. סטרואידים טופיקלים
- ג. מטוטרקסט
- ד. טקרולימוס PO

88. נער בן 15 שנים עם אבחנה ידועה של PAPA (PSTP1 mutation) מטופל ב Anakinra במינון 2 מ"ג לק"ג ליום. מתאשפז עם נפיחות חדשה בברך מזה 5 ימים. בבדיקה גופנית ברך שמאל נפוחה וחמה עם הגבלה בטווח תנועה. ללא חום סיסטמי וללא נגעים עוריים חדשים.

בבדיקות מעבדה:

ערכי הנורמה	תוצאה	בדיקה
0-34	40	ESR mm/H
0-0.5	6	CRP mg/dL
5-10	11	WBC X10 ³ /microL

בניקור הברך - 40 מ"ל נוזל סינוביאלי.

WBC 60,000/ μ L (92% נויטרופילים) וצביעת גראם שלילית.

תוצאות התרבית טרם התקבלו.

מהו הצעד הסביר הבא בניהול המקרה?

- ככל הנראה מדובר בהתלקחות של PAPA וניתן להעלות מינון אנקינרה
- ככל הנראה מדובר בארתריטיס זיהומית ויש להתחיל טיפול אנטיביוטי IV
- ככל הנראה מדובר ב JIA- המגיע באסוציאציה ל-PAPA ויש להתחיל Methotrexate
- ככל הנראה מדובר בהתלקחות של PAPA ומומלץ להחליף טיפול ל Tocilizumab

89. מה נכון לגבי ה clinical outcome measures- במחלות ראומטולוגיות בילדים?

- Manual muscle testing – MMT8 אינו כולל הערכה של שרירי בטן.
- Cutaneous assessment tool - CAT כולל 5 מדדי פעילות, 5 מדדי נזק ו-5 מדדים משולבים של נזק ופעילות
- Rodnan score כולל הערכה של 12 אזורי גוף על סקלה של 1-5.
- BILAG- British isles lupus assessment group הוא המדד המועדף לפעילות במחלת לופוס

90. במאמר:

Efficacy and Safety of Obinutuzumab in Active Lupus Nephritis

מה נכלל בשיטות (Methods)?

- א. Obinutuzumab הוסף לסטרואידים וסלספט, לאחר כישלון של Belimumab
- ב. Obinutuzumab הושווה ל- Rituximab
- ג. Obinutuzumab הושווה ל- Anifrolumab
- ד. Obinutuzumab הוסף לטיפול בסטרואידים וסלספט

91. בת 17 שנים, מתארת מזה שנתיים אירועים חוזרים של שינוי צבע באזניים
כמתואר בתמונה:



תחילה האזור נהיה לבן ואז מאדים. זה מלווה בכאב וחולף תוך דקות עד שעות.

מה יהיה השלב הבא בניהול המקרה?

- א. ביופסייה בזמן התקף חריף
- ב. השלמת בדיקה גנטית למחלת הסבירה
- ג. המלצה להקפיד על ביגוד חם והימנעות מעישון
- ד. המלצה על טיפול בסטרואידים באירוע

92. בן 15 שנים, עם כאבים בקרסוליים מזה חודשיים, בבדיקה גופנית יש רגישות מעל האכילסים. במשפחה אבא עם קוליטיס.
ב-MRI של קרסול ימין הממצא הבא:



לפי המלצות ה-ACR מ-2019, מה מהבאים יהיה הטיפול המועדף במידה ו- NSAIDS לא יהיו יעילים?

- א. מטוטרקסט
- ב. אנטי TNF
- ג. פיזיותרפיה
- ד. סולפסלזין

93. באיזו מהמחלות הבאות המכניזם של המחלה אינו אקטיבציה של אינפלמזום ועלייה בייצור IL-1 β ?

- א. PAPA
- ב. CINCA/NOMID
- ג. SCAN4
- ד. HA-20

94. ע"פ המאמר:

2024 American College of Rheumatology (ACR) Guideline for the Screening, Treatment, and Management of Lupus Nephritis

מה הטיפול המומלץ בהתלקחות של pure class 5 lupus nephritis עם עלייה בפרוטאינוריה ל- 0.7 גרם חלבון ליממה?

- א. הידרוקסיכלורקווין + ACE inhibitors בלבד
- ב. הידרוקסיכלורקווין + ACE inhibitors + סטרואידים
- ג. הידרוקסיכלורקווין + סטרואידים + Cellcept
- ד. הידרוקסיכלורקווין + סטרואידים + Calcineurin inhibitor

95. ילדה בת 10 שנים עם כאב בקרסול ימין.

באולטרסאונד של הקרסול הודגם נוזל בכמות פיזיולוגית עם אותות דופלר הממוקמים במעבר כלי דם החוצים את המרווח הסינוביאלי, ללא היפרטרופיה סינוביאלית ניכרת.

מהי הפרשנות הנכונה?

- א. הדופלר מעיד על סינוביטיס פעילה של הקרסול
- ב. הממצאים הללו מעידים על הדמייה תקינה
- ג. הממצאים אינם ספציפיים ולכן יש להשלים MRI
- ד. יש עדות ל-enthesitis פעילה של הקרסול

96. ע"פ המאמר:

Advances in the treatment of ANCA-associated vasculitis

מה היתרון המרכזי של הוספת Avacopan ל- Rituximab או ל- Cyclophosphamide בשלב האינדוקציה?

- א. מאפשר שימוש במינון נמוך יותר של סטרואידים
- ב. מפחית relapses בטווח הארוך
- ג. מפחית תמותה בטווח הארוך
- ד. מונע החמרה בתפקוד הכלייתי

97. ע"פ המאמר:

EULAR/PReS recommendations for the diagnosis and management of Still's disease, comprising systemic juvenile idiopathic arthritis and adult-onset Still's disease

מתי ניתן לשקול bDMARD tapering ?

- א. אחרי שנתיים של CID- complete inactive disease
- ב. אחרי שנה מהפסקת טיפול בסטרואידים כל עוד יש CID
- ג. אחרי 3-6 חודשים של CID ללא טיפול בסטרואידים
- ד. באירוע ראשון אחרי 3 חודשים גם תחת סטרואידים

98. מה מהבאים מתאר נכון תהליך הבשלה של מאקרופג בתגובה לגירוי?

- א. תא Th-1 מפריש γ -IFN ומוביל להבשלה לכיוון פרו-אינפלמטורי מסוג M1
- ב. תא Th-1 מפריש γ -IFN ומוביל להבשלה לכיוון אנטי-אינפלמטורי מסוג M1
- ג. תא Th-2 מפריש γ -IFN ומוביל להבשלה לכיוון אנטי-אינפלמטורי מסוג M2
- ד. תא Th-2 מפריש γ -IFN ומוביל להבשלה לכיוון פרו-אינפלמטורי מסוג M2

99. מה משמעות הנוכחות של Interferon signature?

- א. שנמדדת רמת Type 1 IFN גבוהה בדם
- ב. שיש עלייה בביטוי של Interferon regulated genes
- ג. שנמדדת רמת γ -IFN גבוהה ברקמות המעורבות
- ד. שיש מחלה מונוגנית מתווכת IFN

100. ע"פ המאמר:

Impact of serological activity on flare following clinically
inactive disease and remission in childhood-onset systemic lupus
erythematosus

מהו המסר העיקרי של המאמר?

- א. סרולוגיה חיובית ל- anti smith Ab מעלה סיכון להתלקחות
- ב. היסטוריה של טרומבוציטופניה מעלה סיכון להתלקחות ב- clinical inactive disease
- ג. כשיש סרולוגיה אקטיבית יש לשמור על מינון פרדניזון מעל 15mg/d
- ד. יש להימנע ממינון סאבאופטימלי של פלקוויניל בעיקר כשיש משלים נמוך

בהצלחה