

1. בת 25 נפגעה בתאונת דרכים ומטופלת בחדר הלם עם דמם מסיבי. היא מקבלת עירוי דם מלא מסוג דם O.

מהם המאפיינים של מרכיב הדם המתאים ביותר?

- א. תורם גבר או אישה - עם Rh שלילי ללא אנטי D.
- ב. תורם גבר - דם שעבר הקרנה (irradiation).
- ג. תורם גבר או אישה - דם שעבר הקפאה בטמפרטורה של  $-30^{\circ}\text{C}$ .
- ד. תורם גבר - עם כייל נוגדנים anti-A ו-anti-B נמוך.

2. חולה בן 68 עם CLL סובל מאנמיה סימפטומטית עם המוגלובין של 8 גרם אחוז. בדגימת דם שנשלחה לבנק הדם מתקבלות התוצאות הבאות בקביעת סוג דם:

בדיקת סוג על הכדוריות מצביעה על anti A=4+ anti B= negative  
בדיקת נוגדנים בסרום של המטופל מצביעה על A cells = 4+ B cells = 4+  
מה מהבאים מסביר בצורה הנכונה ביותר את הסיבה לאי-ההתאמה?

- א. קיום של נוגדן עצמי מסוג "קור" בנסיוב החולה - משנית ל-CLL.
- ב. איבוד האנטיגן B מעל פני הכדוריות האדומות של החולה - משנית ל-CLL.
- ג. נוכחות התרופה obinutuzimab בנסיוב החולה - המפריעה לקביעת סוג דם.
- ד. דיכוי חיסוני מתקדם ב-CLL - הגורם לאי התאמה בסוג הדם.

3. איזה סוג דם מהבאים מהווה כיום את הסיבה השכיחה ביותר למחלת המוליטית של העובר והיילוד HDFN?

- א. אמא K שלילי - עובר/יילוד K חיובי.
- ב. אמא O - עובר/יילוד עם A או B חיובי.
- ג. אמא D שלילי - עובר/יילוד D חיובי.
- ד. אמא M שלילי - עובר/יילוד M חיובי.

4. גבר בן 75 עם רקע של מחלת לב איסכמית, מאושפז במחלקה לטיפול נמרץ עקב דימום ממערכת העיכול. לאחר מתן 2 מנות כדוריות דם אדומות דחוסות (PC) ו-2 מנות FFP פיתח קוצר נשימה, היפוקסיה וקרפיטציות בבסיסי הריאות בהאזנה. לחץ הדם עלה, ו-Pro-BNP נמצא מוגבר.

מהי האבחנה הסבירה ביותר במטופל זה?

- א. Transfusion-related acute lung injury (TRALI).
- ב. Acute hemolytic transfusion reaction.
- ג. Transfusion-associated circulatory overload (TACO).
- ד. Allergic transfusion reaction.

5. בת 28, מופנית בשבוע 12 להריונה השני, כאשר סוג הדם הוא A עם Rh שלילי, סקר הנוגדנים חיובי וזוהה נוגדן anti-D בכייל 1:2.

מהו הניהול המומלץ ביותר למטופלת זו?

- א. מעקב כייל של anti-D בכל 4 שבועות עד שבוע 28, והערכת אנמיה עוברית בסוּנר.
- ב. מתן אימונוגלובולין anti-D- בשבוע 28 - לנטרל את נוגדן ה anti-D הקיים.
- ג. הערכת אנמיה עוברית לפי סוּנר, במידה ותקין אין צורך במעקב נוסף לאור כייל נמוך.
- ד. מתן עירוי תוך-רחמי בשבוע 28 - למניעת סיבוכי אנמיה עוברית.

6. גבר בן 37 הובא לחדר מיון לאחר תאונת דרכים קשה, עם דימום פעיל. במהלך הטיפול הראשוני בחדר הלים דווח על מתן 8 מנות כדוריות דם אדומות דחוסות (PC) ו- 6 מנות FFP. המטופל ממשיך לדמם; מדדים עכשוויים: טסיות 48,000 לממ"ק, פיברינוגן 80 מ"ג לדציליטר, INR 1.4, חום 34.2°.

מהו שלב הטיפול הקריטי הבא?

- א. מתן פקטור VIIa במינון אמפירי.
- ב. מתן עוד 2 מנות FFP.
- ג. מתן Cryoprecipitate.
- ד. מתן Prothrombin Complex Concentrate.

7. גבר בן 56 עם לוקמיה מילואידית עם סוג דם O עבר השתלת מח עצם מתורם עם סוג דם A וכעת סובל מאנמיה היפופרוליפריטבית.

מהו ההסבר הסביר ביותר לאנמיה במטופל זה?

- א. Transfusion associated GVHD.
- ב. Thrombotic Micropathy(TMA).
- ג. CMV associated Aplasia.
- ד. Pure Red Cell Aplasia.

8. אישה בת 69 פונה למלר"ד עקב חולשה הולכת ומתגברת מזה 5 ימים. לפני כשבועיים סבלה מחום ושיעול ונטלה cefuroxime (Zinnat) בהמלצת רופאת המשפחה. בבדיקות המעבדה: המוגלובין 10.1 מ"ג/ד"ל, MCV 105, רטיקולוציטים 5%. שאר שורות הדם תקינות. תפקודי כליה תקינים. LDH 450 יח"ל' (תקין עד 214), הפטוגלובין 12 מ"ג/דצ"ל (תקין מעל 30). נשלחה בדיקת קומבס ישיר.

מה מהבאים מתאר את משמעות בדיקת הקומבס הישיר במקרה זה?

- א. קומבס ישיר שלילית תכוון לאנמיה משנית ל- Cephalosporin(drug induced ) hemolytic anemia.
- ב. קומבס ישיר חיובית ל- C3d ושלילית ל- IGG תכוון לאנמיה המוליטית המופיעה לאחר זיהום ב- Mycoplasma pneumoniae.
- ג. קומבס ישיר שלילית תשלול את האבחנה של אנמיה המוליטית אוטואימונית.
- ד. קומבס ישיר חיובית ל- IGM ול- C3d מכוונת לאנמיה מסוג Donath-Landsteiner אשר התפרצה בשל מחלת החום.

9. בת 42 עם Paroxysmal Nocturnal Hemoglobinuria (PNH) מטופלת באקוליוזמאב מזה 18 חודשים. למרות הטיפול, היא ממשיכה לחוות אנמיה סימפטומטית, רמות גבוהות של בילירובין בלתי ישיר וספירת רטיקולוציטים המצביעות על המוליזה מתמשכת. רמת הפריטין בסרום שלה היא 1200 ננוגרם/מ"ל, ולאחרונה פיתחה אבני מרה הדורשות כריתת כיס מרה. אין לה היסטוריה של תרומבוזיס והיא אינה בהריון. הרופא שלה שוקל לשנות את הטיפול.

איזה מהבאים הוא הצעד הבא המתאים ביותר בטיפול בחולה זו?

- א. לעבור ל- pegcetacoplan לטיפול בהמוליזה חוץ-וסקולרית.
- ב. לעבור ל- Ravulizumab בשל זמן מחצית החיים הארוך יותר שלו ויעילות דומה.
- ג. להמשיך ב- Eculizumab ולהתחיל בתוספי ברזל לטיפול באנמיה.
- ד. להפסיק טיפול מעכב משלימים עקב חוסר יעילות.

10. מהו הגורם המרכזי לפגיעה לבבית המופיעה בעקבות טיפול ב- CAR-T?

- א. הטיפול האימונוסופרסיבי שניתן לפני מתן התאים.
- ב. מחלת הבסיס.
- ג. תסמונת שחרור ציטוקינים.
- ד. מתן Tocilizumab.

11. חולת מיאלומה בת 59, ספירה וביוכימיה תקינים. אושפזה להתחלת טיפול בטקליסטמב כקו רביעי לטיפול במיאלומה. למחרת קבלת מינון step-up ראשון חלה עליית חום עד 38.2 מלווה צמרמורת, וירידת לחץ דם סיסטולי מ-110 ל-80 לאחר עירוי נוזלים.

מהו הטיפול המיידני המתאים ביותר במצב זה?

- א. Dexamethasone ואקמול.
- ב. Tocilizumab.
- ג. אנטיביוטיקה רחבת טווח.
- ד. Hydrocortisone ואנטי היסטמינים.

12. גבר בן 62 עם CML מטופל ב-Dasatinib מזה שנתיים. הוא מתייצג עם קוצר נשימה במאמץ, בצקות פריפריות וסטורציה 90% במנוחה. בבדיקות: BNP מעט מוגבר, אקו לב מצביע על תפקוד סיסטולי שמור.

איזו מתופעת הלוואי הבאות אופיינית לטיפול ב-Dasatinib ומסבירה את ממצאי החולה?

- א. נפרטוקסיות.
- ב. יתר לחץ דם ריאתי.
- ג. אי ספיקת לב דיאסטולית.
- ד. פברוזיס ריאתי.

13. מטופל עם ממאירות המטולוגית הגורמת לכאב עז באגן, מאוזן כעת על טיפול ב-Targin 40 מ"ג פעמיים ביום.

מהו טיפול ההצלה המומלץ למטופל זה?

- א. Tramadex 100 מ"ג לפי הצורך.
- ב. Oxycodone 10 מ"ג לפי הצורך.
- ג. Optalgin 1000 מ"ג לפי הצורך.
- ד. Percocet 5 מ"ג לפי הצורך.

14. בן 50 מאובחן עם מילומה נפוצה, סובל מכאב גב עז (10/10), ומתחיל טיפול ב-Oxycodone.

מהי המטרה הטיפולית במתן Oxycodone?

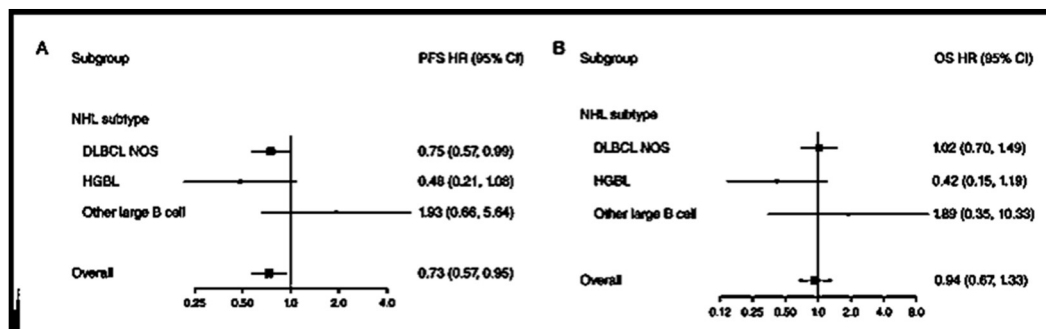
- א. לאפשר למטופל תפקוד ואיכות חיים סבירים בעיניו.
- ב. להוריד את עוצמת הכאב לאפס.
- ג. להוריד את הכאב מתחת ל-5/10.
- ד. לתת טיפול מקסימלי שלא גורם לתופעות לוואי.

15. בן 17 הסובל מ- sickle cell anemia וכאבים כרוניים בעצמות, שאינם מגיבים לכל נוגדי הכאב המקובלים, כולל אופיואידים במינון גבוה. CT עצמות ובו אוסטאופניה כללית בלבד, ללא AVN או סימני אוטמים או שברים.

מה מהבאים עשוי לשפר את הכאבים?

- א. Pramir
- ב. Zomera
- ג. Zyprexa
- ד. Histamine Inhibitors

16. במחקר POLARIX הושווה פרוטוקול POLA-RCHP ל- RCHOP בחולי DLBCL. בתרשים מוצגים ניתוחי תתי-קבוצות (Forest plots) של PFS ו- OS לפי סוג ההיסטולוגיה. צד שמאל: POLA-RCHP צד ימין: RCHOP



Forest plots of PFS (A) and OS (B) by the type of non-Hodgkin lymphoma.

NHL, non-Hodgkin lymphoma. Source: FDA analysis

DLBCL=Diffuse large B cell lymphoma HGBL= High grade B cell lymphoma.

PFS= progression free survival OS =Overall Survival CI= Confidence interval

איזה מהתיאורים הבאים מתאר בצורה נכונה את הנתונים הסטטיסטיים בתרשים?

- א. נמצא יתרון מובהק ל- POLA-RCHP בהישרדות הכוללת. (Overall Survival)
- ב. בניתוח הכולל של כלל החולים לא הודגם יתרון ל- POLA-RCHP ב- Progression Free Survival.
- ג. גודל המרובע בכל שורה משקף את משקל תת-הקבוצה, שהוא פונקציה של גודל המדגם.
- ד. בתת-קבוצת HGBL הודגם יתרון מובהק ל- POLA-RCHP, הן ב- Overall Survival והן ב- Progression Free Survival.

17. בן 30, בריא בדרך כלל. מתייצג עם פנציטופניה קשה שבעקבותיה אובחן כסובל מ-severe aplastic anemia. החולה הופנה להשתלת מח עצם מאחות מתאימה.

איזו מהאפשרויות הבאות היא הנכונה ביותר לגבי פרוטוקול ההתניה בהשתלה של מטופל זה?

- א. בפרוטוקול ההתניה יש להשתמש ב-ATG - שמקורו בסוס בשל האפקט הגדול יותר שלו בהורדת הלימפוציטים לעומת זה שמקורו מארנב.
- ב. פרוטוקול ההתניה המשלב Fludarabine Cyclophosphamide משפר באופן משמעותי את תוצאות ההשתלה.
- ג. שילוב Rituximab במינון של 375 מ"ג למטר רבוע יום לפני החזר השתל, הוכח כמוריד את הסיכון ל-EBV associated disease.
- ד. פרוטוקול ההתניה המשלב TBI 400 ראד בהשתלה מאחות מוריד באופן משמעותי את הסיכון למחלת השתל כנגד המאכסן.

18. בחור בן 21 עם פנציטופניה פרוגרסיבית. יש חשד קליני גבוה ל-Fanconi anemia, אך בדיקת שבירות כרומוזומלית בלימפוציטים עם DEB/MMC יצאה תקינה.

מבין האפשרויות הבאות, מהי הבדיקה המתאימה ביותר להמשך בירור האבחנה?

- א. ביופסית עור ובדיקת שבירות כרומוזומלית בתרבית פיברובלסטים.
- ב. חזרה על בדיקת השבירות בלימפוציטים עם ריכוז גבוה יותר של DEB/MMC.
- ג. בדיקה לאורך טלומרים.
- ד. הערכת mosaicism באמצעות FACS של אוכלוסיות לימפוציטריות.

19. בת 42 עם AML, כחודש לאחר השתלת מח עצם מתורמת זרה מתאימה חלקית (MMUD (9/10)). ללא עדות ל-GVHD, נויטרופילים 1400. כשבועיים לאחר ההשתלה פיתחה אי-ספיקת כליות (קריאטינין 2.3 מ"ג/ד"ל). בבדיקת PCR ל-CMV נמצאה וירמיה של 10,000 עותקים/מ"ל, ללא תסמינים. לאחר טיפול ב-Gancyclovir במשך שבועיים רמת ה-CMV נותרה 10,000 עותקים/מ"ל ללא תסמיני מחלה.

איזו מהאפשרויות הבאות היא הגישה הטיפולית המתאימה ביותר בשלב זה?

- א. לעבור לטיפול ב-Maribavir.
- ב. להוסיף לטיפול Foscarnet.
- ג. לעבור לטיפול ב-Letermovir.
- ד. לעבור לטיפול ב-Valgancyclovir.

**20. מהי המטרה המרכזית בהכנסת "גנים מתאבדים" (suicide genes) לתאי T מהונדסים בטיפולים תאיים?**

- א. לאפשר את הפסקת הפעילות והכחדת התאים המהונדסים במקרה של רעילות חמורה.
- ב. להבטיח שהתאים יפעלו אך ורק כאשר הם מזהים אנטיגנים ייחודיים לגידול.
- ג. לשפר את יכולת התאים לחדור לרקמות ספציפיות, כגון לחדור דרך ה- Blood-Brain Barrier.
- ד. לאפשר את הפסקת הפעילות של התאים לאחר השגת ריפוי מלא לאורך זמן.

---

**21. בן 65, שנה לאחר השתלת מח עצם אלוגנאית מתורם זר (9/10) עקב MDS. בחודשים האחרונים סובל מ- GVHD כרוני קשה עם מעורבות של פציות (skin sclerosis). טופל כבר ב- prednisone, Ruxolitinib ו- Belumosudil ללא תגובה. איזה מהטיפולים הבאים הוכח כיעיל גם לאחר כישלון של הטיפולים המתוארים?**

- א. Ibrutinib.
- ב. Mesenchymal Stem Cells.
- ג. Extracorporeal Photopheresis.
- ד. Axatilimab.

---

**22. מה מהבאים נכון לגבי הגישה לטיפול מגשר (bridging therapy) במטופלים עם relapsed/refractory aggressive B-cell lymphoma המופנים לטיפול ב- CAR-T אנטי CD19?**

- א. אין חשיבות למשך זמן הייצור בהחלטה על מתן של bridging therapy.
- ב. הצורך ב- bridging therapy תלוי במצב הקליני של המטופל ובמשך זמן הייצור של תאי ה-CAR-T.
- ג. bridging therapy מומלץ לכלל המטופלים לפני קבלת CAR-T.
- ד. bridging therapy נדרש רק במוצרי דור ראשון, כמו tisagenlecleucel, אך לא במוצרים חדשים יותר, כמו axi-cel או liso-cel.

23. חולה בן 19 לאחר השתלת מח עצם אלוגנאית בשל לוקמיה, טופל בפרוטוקול התניה (conditioning) משולב עם שתי תרופות מקבוצת alkylating agents. ביום 5+ לאחר ההשתלה, בעת היותו פנציטופני, הופיעה ירידת לחץ דם, עלייה בבילירובין ל- 3 מ"ג/ד"ל ועלייה בקריאטינין ל- 4 מ"ג/ד"ל. תרבויות הדם שליליות. החולה נזקק לנוראדרנלין, נגמל ממנו בהמשך, אך ערכי הקריאטינין והבילירובין המשיכו לעלות. בנוכחות פנציטופניה עמוקה, איזו בדיקה יש לבצע בשלב זה כדי לקדם את האבחנה והחלטה על המשך טיפול?

- א. אולטרסאונד בטן עם דופלר, ובדיקת פברוסקן במידה וזמינה.
- ב. אקו לב עם הערכת תפקוד חדר שמאל לזיהוי קרדיומיופתיה משנית לכימותרפיה.
- ג. CT בטן עם חומר ניגוד להערכת זרימת וריד הפורטלי וההפטי.
- ד. ביופסיית כבד תחת אולטרסאונד (מלעורית).

---

24. גבר בן 85 עם Diffuse Large B-Cell Lymphoma (DLBCL) טופל בשישה מחזורי R-mini-CHOP, והשיג תגובה חלקית בלבד (Partial Response). איזה מהטיפולים הבאים, שנבחן במחקר Phase III רנדומלי, נמצא כיעיל ביותר מבחינת שיעור הפוגה מלאה (CR) והישרדות (OS), המתאים לחולה זה?

- א. Rituximab gemcitabine oxaliplatin.
- ב. Selinexor.
- ג. Tafasitamab lenalidomide.
- ד. Glofitamab gemcitabine oxaliplatin.

---

25. גבר בן 79 עם הישנות שלישית של DLBCL מיועד לטיפול בנוגדן בי-ספציפי (BiTE) מכון כנגד CD20.

איזה מהגורמים הבאים עלול להפחית את סיכויי התגובה לטיפול?

- א. ביטוי שלילי של CD20 על תאי הלימפומה.
- ב. גיל מעל 75 שנים.
- ג. מספר נמוך של לימפוציטים T בדם הפריפרי.
- ד. רמות בסיס נמוכות של IL-6 ו-IL-8.

26. חולה בן 60 עם DLBCL בהישנות שלישית של מחלתו. מאובחן עם מוטציות MYD88 L265P ו-CD79B.

איזו מבין התרופות הבאות עשויה להיות רלוונטית במיוחד לפי מנגנון המחלה?

- א. Venetoclax
- ב. Ibrutinib
- ג. Tazemetostat
- ד. Nivolumab

27. גבר בן 65 עם Follicular lymphoma (grade 1–2, stage II) במעקב של שלוש שנים, ללא טיפול, מציג כעת החמרה קלינית ו- PET חשוד לטרנספורמציה. בביופסיית בלוטה צווארית נמצאה עדות לטרנספורמציה.

מבין הבאים, מהו הממצא הפתולוגי הסביר ביותר בדגימה?

- א. Triple-hit lymphoma
- ב. DLBCL, GCB type
- ג. T cell rich B cell Lymphoma
- ד. CD5 Positive

28. גבר בן 74 עם Mantle Cell Lymphoma מסוג Ki-67 25–30%, nodal, ללא מוטציית TP53, מציג התקדמות מחלה לאחר תקופת מעקב. מצבו התפקודי טוב, Stage III, ו-LDH מוגבר.

מהו הטיפול המתאים ביותר בשלב זה כקו ראשון?

- א. CHOP-DHAP-RITUXIMAB-Ibrutinib
- ב. Venetoclax-Ibrutinib
- ג. R-CHOP והשתלה עצמית.
- ד. Bendamustine-Rituximabss בשילוב Acalabrutinib

29. מושתל כליה בן 52 מגיע למרפאה עם חום, הזעות לילה וגושים חוץ-נודליים.  
בביופסיה הודגמה לימפומה מסוג DLBCL/ Monomorphic PTLD, חיובית ל- CD20  
ול- EBV.

לאחר הפחתת הטיפול המדכא חיסון, לא נראתה תגובה קלינית.

מהי הגישה הטיפולית הראשונית המומלצת ביותר על סמך העדויות הקיימות?

- א. טיפול ב- Rituximab.
- ב. טיפול אנטייראלי ב- Valganciclovir.
- ג. מתן תאי T ציטוטוקסיים כנגד EBV.
- ד. Rituximab-Polatumumab-CHP.

---

30. גבר בן 55 אובחן עם Primary CNS Lymphoma וקיבל אינדוקציה מבוססת  
Methotrexate במינון גבוה, עם תגובה קלינית ורדיולוגית מלאה.

מהו טיפול הקונסולידציה בעל הראיות החזקות ביותר כיום בחולה זה?

- א. קרינה לכל המוח (WBRT) במינון מופחת, במטרה להפחית סיכון נזקקוגניטיבי.
- ב. השתלת תאי גזע אוטולוגית עם משטר הכנה מבוסס Thiotepa.
- ג. טיפול במינונים גבוהים של Cytarabine (Ara-C) ± Etoposide כטיפול כימותרפי אינטנסיבי.
- ד. טיפול אחזקה מתמשך ב- Ibrutinib או Lenalidomide, בהתבסס על מחקרים פאזה II.

---

31. איזה מהמשפטים הבאים משקף בצורה המדויקת ביותר את מנגנוני העמידות הידועים  
לטיפולים הפועלים על מסלולים תוך תאיים שונים במחלות למפופרוליפריטיביות?

- א. מעכבי MEK, העמידות נגרמת בעיקר עקב ביטוי יתר של CD20 והפחתת רגישות לנוגדנים חד־שבטיים.
- ב. מעכבי BTK, העמידות נגרמת עקב מוטציות ב- TP53 הגורמות לירידה באפופטוזיס.
- ג. מעכבי BRAF, העמידות נגרמת עקב היווצרות מוטציות ב- NRAS או KRAS.
- ד. מעכבי BCL2, העמידות נובעת ברוב המקרים מהופעת מוטציות ב- notch-1.

32. גבר בן 78 עם CLL, בעל מוטציה ב- TP53, קריוטיפ מורכב ו- IGHV unmutated, קיבל בעבר Ibrutinib אך הפסיק טיפול בעודו בהפוגה לאחר 5 חודשים עקב תופעות לוואי קשות. כעבור 3 שנים חזרה מחלתו וקיבל Venetoclax + Rituximab במשך שנתיים, נשאר בהפוגה במשך 3 שנים. כעת יש עדות להישנות מחלה עם לימפאדנופתיה והמוגלובין 9.9 g/dL.

מהו העיקרון הטיפולי המרכזי במקרה זה?

- א. ניתן לשקול טיפול במעכב BTK קוולנטי דור שני, מאחר שהפסקת Ibrutinib הייתה עקב איסבילות.
- ב. המטופל מוגדר כ- double refractory מאחר שנחשף בעבר ל- Ibrutinib ול- Venetoclax.
- ג. אין מקום לחזרה על Venetoclax.
- ד. ל- Pirtobrutinib יש יתרון ב- PFS על פני Zanubrutinib.

---

33. איזה מהמקרים הבאים אינו מהווה אינדיקציה, לפי קריטריונים של iwCLL 2018, להתחלת טיפול תרופתי בחולה עם Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL)?

- א. לימפאדנופתיה ממושטת בכל התחנות מעל 8 ס"מ.
- ב. לימפוציטוזיס 250000 לממ"ק ומוטציה בי אללית ב- TP53.
- ג. טחול מוגדל 8 ס"מ מתחת לקשת הצלעות, ללא כאב או תלונות.
- ד. אנמיה עם HB 9.5 גרד"ל משנית לאינפילטרציה של מח העצם ע"י CLL.

---

34. מטופלת בת 58 עם Chronic Lymphocytic Leukemia (CLL), חסר כרומוזום 12 ו- IGHV mutated, מתחילה טיפול ב- Acalabrutinib עקב מחלה סימפטומטית עם bulky lymphadenopathy.

לאחר כשבוע מהתחלת הטיפול נצפתה עלייה אסימפטומטית בספירה הלבנה מ-  $103,000/\mu\text{L}$  ל-  $168,000/\mu\text{L}$ , ללא שינוי משמעותי ברמות HgB ו- PLT.

מהו ההסבר הסביר ביותר לעלייה בלויקוציטים?

- א. Bacterial infection.
- ב. Cell mobilization.
- ג. Clonal evolution and resistance.
- ד. Differentiation syndrome.

35. גבר בן 48, בבדיקות סקר נמצא לימפוציטוזיס קל של 4000 לממ"ק ובאיפיון תאים הודגם כי 80% מהלימפוציטים הם תאי B מונוקלונליים, חיוביים ל- CD5 ול- CD23, ושליליים ל- FMC7. בבדיקה הגופנית - ללא הגדלת בלוטות לימפה או טחול.

לאיזה מהסיבוכים הבאים חולה זה אינו נמצא בסיכון מוגבר לפתח?

- א. ממאירויות המטולוגיות.
- ב. זיהומים חוזרים.
- ג. ממאירויות סולידיות.
- ד. קרישיות יתר.

36. גבר בן 40 אושפז לבירור חום ממושך ופריחה מגרדת. בבדיקה גופנית נמצאו בלוטות לימפה צוואריות ואקסילריות עד 2 ס"מ. במעבדה: Hb 11 g/dL, WBC 7,000, PLT 120,000 ו- LDH מוגבר, היפרגמאגלובולינמיה פוליקלונלית ועלייה קלה בטרנסאמינזות. ב- CT כל גופי הודגמו בלוטות מוגדלות מעל ומתחת לסרעפת (עד 2.5 ס"מ) והגדלה קלה של הטחול. בביופסיית בלוטה: הסננה לימפופרוליפרטיבית של תאי T קטנים-בינוניים עם arborizing venules ורקע דלקתי פולימורפי. אימונופנוטיפ: חיובי ל- CD3, CD4, CD10, BCL6, PD1, CXCL13, שלילי ל- CD8, CD30, CD56. בדיקת NGS: מונוקלונליות של TCR ומוטציות ב- TET2 ו- DNMT3A.

מהו הטיפול המומלץ בקו ראשון?

- א. טיפול בפרוטוקול ( CHOEP (Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, Etoposide, Prednisone והתקדמות להשתלה אוטולוגית אם מושגת תגובה מלאה.
- ב. טיפול בפרוטוקול ( Rom-CHOP (Romidipsine + Cyclophosphamide + vincristine+Doxorubicin + Prednisone והתקדמות להשתלה אוטולוגית אם מושגת תגובה מלאה.
- ג. טיפול בפרוטוקול ( CHOP (Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, Prednisone עם Azacitidine פומי.
- ד. ( NIVO-CHOP (Nivolumab, Cyclophosphamide, Doxorubicin, Vincristine, Prednisone והשתלה אלוגנאית.

37. גבר בן 73, אובחן לפני ארבע שנים עם לימפומה פוליקולרית (FL) עם האבחנה. הוא טופל ב- Bendamustine-Rituximab - ונכנס להפוגה מלאה, ולאחר מכן קיבל טיפול אחזקה בריטוקסימאב במשך שנתיים. כעת יש הישנות סימפטומטית של המחלה מעל ומתחת לסרעפת. בביופסיה: לימפומה פוליקולרית CD20 positive, ומוטציה ב- EZH2, אין עדות לטרנספורמציה. באיזה מהטיפולים הבאים נכון לבחור בשלב זה?

- א. Lisocabtagene maraleucel (Breyanzi) – CAR T anti-CD19
- ב. Tafasitamab + Rituximab + Lenalidomide
- ג. Tazemetostat (EZH2 inhibitor)
- ד. Mosunetuzumab

---

38. גבר בן 49, בריא בדרך כלל, עבר ביופסיה ממסה ארובתית העוטפת את שק הדמעות בעין שמאל. האבחנה: Extranodal marginal zone lymphoma (MALT lymphoma), Stage IE. במעבדה עדות לזיהום *Chlamydophila psittaci*. מהו הטיפול המתאים ביותר עבורו?

- א. קרינה ממוקדת (ISRT) במינון כולל של 24 Gy.
- ב. טיפול כימואימונותרפי R-CHOP.
- ג. טיפול אנטיביוטי ב-Ceftriaxone.
- ד. טיפול ב-Rituximab.

---

39. בן 72, מוצא צפון אפריקאי, ברקע יתר לחץ דם וסכרת מזה שנים רבות, מאוזנים תרופתית. אינו מעשן, ומאז יצא לפנסיה לפני כמה שנים מבצע פעילות גופנית מרובה, כולל ריצת מיני-מרתון מידי שבוע, והחל בדיאטה צמחונית. ללא תלונות. בבדיקות המעבדה אנמיה Hb 12.8 g/dl MCV 84 ושאר השורות תקינות. משטח דם ללא ממצאים חריגים. פריטין 15 ננוגרם/מ"ל רמות B12 וחומצה פולית בתחום התקין. תפקודי כבד כליות TSH ואלקטרוליטים תקינים. תבחין קומבס ישיר שלילי. רמת הפטוגלובין מעט מתחת הנורמה. בירור מערכת עיכול מלא תקין. מבין הבאים, מהי האתיולוגיה לאנמיה במטופל זה?

- א. מחלות הרקע.
- ב. חסר B12 חבוי occult deficiency.
- ג. חסר בסלניום משנית לדיאטה הצמחונית.
- ד. הפעילות הגופנית.

40. בן 24, מוצא תימני, מופנה לבירור נויטרופניה עד 500 תאים לממ"ק אפיזודית בשנים האחרונות. ללא עדות לזיהומים חוזרים. בגיל 13 סבל מ- ITP שחלף תחת טיפול בסטרואידים. כעת טסיות תקינות ואין אנמיה. ללא ממצא בבדיקה הפיזיקלית. משטח דם פריפרי תקין. במעבדה חלבון כללי נמוך ואלבומין תקין. ללא הפרעות ביוכימיות נוספות. בירור מעלה רמות אימונוגלובולינים נמוכות IgG 260 mg IgM 65 IgA 5 mg/dl. מבוצעת בדיקת מח עצם המראה מח עצם היפרצלולרי עם שינויים דיספלסטיים קלים. ציטוגנטיקה תקינה. פאנל NGS מיאלואידי תקין. בדיקת whole exome מצביעה על 50% מוטציה בגן TACI.

מהי האבחנה המסבירה את מכלול הממצאים של החולה?

- א. Common variable immunodeficiency CVID
- ב. Myelodysplastic syndrome
- ג. Diamond Blackfan syndrome
- ד. Ethnic Neutropenia

41. אישה בת 32 עם  $\beta$ -תלסמיה תלויית עירווי דם (גנוטיפ  $\beta^0/\beta^+$ ), עברה כריתת טחול בילדות ומקבלת עירווי דם תכופים וטיפול כלאציה של ברזל באופן קבוע. רמת הפריטין האחרונה שלה בסרום עלתה ל- 2800 ננוגרם/מ"ל, והיא החלה טיפול ב- luspatercept. לאחר מספר חודשים עומס העירוויים ירד באופן משמעותי. איזה מהגורמים הבאים תרם, ככל הנראה, לתגובתה החיובית של החולה לטיפול ב-luspatercept?

- א. גילה הצעיר.
- ב. גנוטיפ שאינו  $\beta^0/\beta^0$ .
- ג. היענותה לטיפול בכלאציה למרות עומס יתר של ברזל.
- ד. תדירות עירוויי הדם הגבוהה יחסית לפני תחילת מתן Luspatercept.

42. בת 26, מוצא אשכנזי, עם עייפות והפרעה כבדית קלה. ללא שימוש באלכוהול, תרופות או גורמי סיכון למחלת כבד. בדיקה גופנית תקינה, למעט הגדלה קלה של הכבד. בדיקות מעבדה מראות עלייה בפריטין (1500 ננוגרם/מל), רוויון טרנספרין של 66%, עלייה קלה ב-ALT (46 יחידות/ליטר) והמוגלובין תקין (15.0 גרם/דציליטר) עם MCV של 98 fL. הומוזיגוטית למוטציה HFE C282Y. הוחל בהקזת דם תכופה, עד לפריטין של 50 מק"ג/ל, עם שיפור בעייפות וללא התפתחות אנמיה לאחר 30 הקזות.

מה מהבאים מסביר את היעדר האנמיה בשלב זה?

- א. גילה הצעיר.
- ב. ערכי ה-HB הראשוניים.
- ג. מינה ומוצאה.
- ד. היעדר ספלנומגליה באבחנה.

---

43. איזו מהתרופות הבאות אינה עלולה לגרום לאנמיה מגלובלאסטית?

- א. Metoclopramide .
- ב. Meformin .
- ג. Famotidine .
- ד. Neomycin .

---

44. בת 25 מקבלת עירוי Venofer בשל חסר ברזל בפעם הראשונה בחייה ומפתחת בסיום העירוי פריחה אלרגית.

מה תהיה תרופת הבחירה כהכנה לפני העירוי הבא?

- א. Promethazine .
  - ב. Montelukast .
  - ג. Prednisone .
  - ד. Paracetamol .
-

45. בת 67, סובלת מדלקת פרקים שגרנית Rheumatoid arthritis מזה שנים, ולאחרונה התלקחויות חוזרות. עייפות ניכרת ובספירת הדם: Hb 9 gr/dl MCV 82. טסיות 580,000 לממ"ק. רמת CRP ופריטין גבוהה, ויחס ברזל טרנספרין של 12% עם רמת soluble transferrin receptor של 3.

מה מהבאים יהווה את המטרה בטיפול באנמיה של חולה זו?

- א. נרמול ההמוגלובין לרמה של יותר מ- 11 גרם אחוז.
- ב. שיפור התסמינים הקליניים הנובעים מירידה בהמוגלובין.
- ג. הורדת סימני הדלקת.
- ד. הורדת רמות הפריטין.

---

46. גבר בן 52 מתייצג עם ספלנומגליה קלה וכאבי עצמות. ברקע: מחלת לב כלילית יציבה.

איזה מהמצאים הבאים תומך באבחנה של גושה?

- א. תרומבוציטופניה ופריטין מוגבר.
- ב. פגיעה נוירולוגית פרוגרסיבית עם עיכוב התפתחותי.
- ג. תפקודי כליה ירודים עם פרוטאינוריה משמעותית.
- ד. נוגדנים עצמיים (ANA, anti-dsDNA) חיוביים.

---

47. מטופלת בת 30 עם אבחנה של מחלת וון ווילברנד (von Willebrand disease) מגיעה להתייעצות לקראת עקירה כירורגית.

באיזה מהמקרים הבאים יש להימנע מהשימוש ב- Desmopressin (DDAVP)?

- א. אם במבחן DDAVP (DDAVP challenge) המטופלת העלתה את רמת אנטיגן פקטור וון וילברנד בשיעור של פי 3 מערכי הבסיס (לרמה של 60 IU/dL).
- ב. אם המטופלת קיבלה טיפול ב- desmopressin (DDAVP) לפני 10 ימים לקראת פרוצדורה אחרת.
- ג. אם למטופלת יש תרומבוציטופניה לא מוסברת בבדיקות חוזרות.
- ד. אם המטופלת חוותה לאחרונה דמם פעיל ממערכת השתן העליונה.

48. מטופל בן 57, עם ממאירות ריאה ממושטת (stage IV) חווה אירוע של proximal DVT בגפה תחתונה ימנית כחודשיים לפני הגעתו למרפאה. המטופל אסימפטומטי מבחינת ה-DVT ומקפיד על טיפול ב-apixaban (Eliquis) במינון 5 מ"ג פעמיים ביום.

מה מהבאים נכון לגבי האפשרות להפחתת מינון התרופה לאחר חצי שנה, במידה שאין שינוי משמעותי במצבו הרפואי?

- א. לא מומלץ לרדת במינון, מאחר שמדובר בממאירות ממושטת.
- ב. הפחתת מינון apixaban (Eliquis) ל-2.5 מ"ג פעמיים ביום.
- ג. מומלץ להעבירו לטיפול ב-Rivaroxaban (Xarelto) במינון מופחת של 15 מ"ג ביום.
- ד. הפחתת מינון מותנית בבדיקת דופלר חוזרת תקינה של ורידי הגפיים התחתונות.

49. בת 45 עם חסר פקטור XI(11), פחות מ-1%, מעולם לא עברה ניתוחים, מעולם לא קיבלה מוצרי דם.

מיועדת לניתוח בטני להוצאת גידול.

כיצד יש להכין את המטופלת לניתוח?

- א. מתן Hexacaprone בלבד במינון 1 גרם שלוש פעמים ביום.
- ב. Novo Seven במינון 90 מק"ג לק"ג, כל 6 שעות ביממה הראשונה לניתוח.
- ג. מתן פלסמה (10-20 מ"ל לק"ג) בתוספת Hexacaprone.
- ד. PCC (prothrombin complex concentrate) במינון של 10-15 יח"ל לק"ג.

50. בן 18 עם המופיליה B קשה פיתח נוגדנים (inhibitor) לפקטור IX(9). מתן הפקטור מלווה בתגובה אלרגית קשה מאז גיל 3. הוא מתייצג עם דימומים חוזרים למפרק הברך. בבדיקות מעבדה: נמצא נוגדן בטיטר גבוה (37=BU).

מהי הגישה הטיפולית המתאימה ביותר בשלב זה?

- א. להתחיל טיפול בנוגדן תת עורי מקבוצת ה-anti TFPI.
- ב. להעלות מינון פקטור IX כדי להתגבר על הנוגדן.
- ג. להתחיל פרוטוקול סבילות חיסונית (ITI).
- ד. לעבור לטיפול מניעתי עם אמסיזומאב (Emicizumab).

51. מטופל בן 68 עם סרטן קיבה פעיל המקבל טיפולים כימותרפיים. סובל מפקקת פרוקסימילית ברגל. משקל 70 ק"ג, קראטינין תקין. תחת טיפול של ENOXAPARIN 1 מ"ג לק"ג פעמיים ביום. הופיעה החמרה בטרומבוזת.

מהי ההמלצה הנכונה לטיפול בשלב זה?

- א. להכניס פילטר ל- IVC.
- ב. לבדוק ANTI-Xa ולעלות לרמה סופרה תרפויטית של 120-125%.
- ג. לעבור לטיפול ב- DOACs.
- ד. לעשות הפסקה בטיפולים הכימותרפיים שעלולים להחמיר את מצב הקרישה.

52. בן 72 פיתח DVT במהלך אשפוז לדלקת ריאות. ברקע COPD קשה, נעזר בחמצן ביתי. משקל 75 ק"ג, קראטינין תקין. סיים 3 חודשי טיפול ב- apixaban במינון 5 מ"ג פעמיים ביום.

מהי ההמלצה הטיפולית הנכונה בשלב זה?

- א. להמשיך טיפול נוגד קרישה למשך חצי שנה ולהפסיק.
- ב. להפסיק טיפול נוגד קרישה רק אם דופלר חוזר תקין.
- ג. המשך טיפול נוגד קרישה במינון של 2.5 מ"ג פעמיים ביום.
- ד. להפסיק טיפול נוגד קרישה.

53. מהו הסיכון לתרומבוזיס בתרומבופיליה משולבת מסוג double-heterozygous carriers of factor V Leiden and prothrombin G20210A?

- א. השכיחות והסיכון היחסי לתרומבוזיס דומים למצב הומוזיגוטי של פקטור V- Leiden.
- ב. הסיכון לתרומבוזיס במערכת העורקית גבוה יותר מאשר במערכת הוורידית.
- ג. המערכת הוורידית שנפגעת בעיקר מתרומבוזיס היא המערכת הפורטלית.
- ד. הסיכון לתרומבוזיס זהה למצב הטרוזיגוטי של כל אחת מהמוטציות בנפרד.

54. אישה בת 35 מגיעה לייעוץ לקראת תכנון הריונה הראשון.

לפני כשנתיים אובחנה עם תסמונת אנטיפוספוליפידית (APS) בעקבות אירוע של שבץ מוחי איסכמי. בבדיקות דם שנלקחו כשנה לאחר האירוע נמצאו רמות גבוהות (מעל אחוזון 99) של anti-cardiolipin (aCL) IgG ושל anti-β<sub>2</sub> glycoprotein I IgG. Anticoagulant (LA) assay - בבדיקות דם עוקבות כעבור 18 שבועות נמצאו ממצאים דומים. מאז האירוע המטופלת נמצאת תחת טיפול קבוע של Warfarin (vitamin K antagonist).

מהי ההמלצה הטיפולית הנכונה עבור מטופלת זו ?

- א. טיפול ב-LMWH בלבד במהלך ההריון, ללא תוספת אספירין.
- ב. אספירין בלבד במהלך ההריון.
- ג. עם כניסתה להריון ובמהלכו מומלץ טיפול ב-LMWH במינון טיפולי, בשילוב אספירין במינון נמוך.
- ד. כל עוד אינה בהריון ניתן לשקול טיפול ב-Rivaroxaban.

---

55. בת 68, ברקע סכרת, יתר לחץ דם, אפילפסיה, אוסטאופורוזיס. אובחנה לאחרונה עם סרטן שד. פנתה למיון לפני חודש בשל כאבים פלאוריטיים בחזה מימין וקוצר נשימה פתאומי. CT PE הדגים תסחיף ריאתי סגמנטלי מימין, הוחל טיפול ב-Epixaban. כעת פנייה חוזרת בשל כאבים פלאוריטיים בחזה משמאל. PE CT מדגים תסחיף סגמנטלי חדש משמאל.

איזו מהתרופות הבאות יכולה להיות הגורם לכישלון של הטיפול ב-Epixaban ?

- א. CARBAMAZEPINE (TEGRETOL).
- ב. RAMIPRIL (TRITACE).
- ג. SEMAGLUTIDE (OZEMPIC).
- ד. TERIPARATIDE (FORTEO).

56. בת 17 שנים, לקראת ניתוח כריתת שקדים. בעברה אירועים חוזרים של דמם מהאף והמטומות עוריות.  
מעבדה:

|                    | Result | Normal Range |
|--------------------|--------|--------------|
| PT (sec)           | 11     | 9.5-13       |
| PTT(sec)           | 55     | 26-41        |
| Fibrinogen (mg/dL) | 240    | 150-450      |
| Factor VIII (%)    | 12     | 60-150       |
| Factor IX (%)      | 80     | 60-150       |
| Factor XI (%)      | 90     | 60-150       |
| vWF Ag (%)         | 80     | 50-180       |
| vWF RCo (%)        | 75     | 50-180       |

מה ההכנה המתאימה ביותר לקראת הניתוח?

- מתן תרכיז משולב – vWF+FVIII לפני הניתוח ובהמשך לפי הצורך.
- מתן Desmopressin (DDAVP) בלבד לפני הניתוח.
- מתן rFVIIa בלבד לפני הניתוח.
- מתן Tranexamic acid (Hexacapron) בלבד לפני הניתוח.

57. איזו מהתרופות הבאות אסורה לשימוש ל- ITP בהריון?

- RITUXIMAB
- FOSTAMATINIB
- AZATHIOPRINE
- ROMIPLOSTIM

58. בן 65 מאושפז לאחר ניתוח מעקפים. יממה לאחר הניתוח הוחל טיפול באספירין וב-enoxaparin במינון 40 מ"ג ליום. ביום החמישי לאחר הניתוח התלונן על נפיחות ברגל ימין, דופלר ורידי רגליים הדגים DVT ברגל זו. נתבקש יעוץ המטולוגי. מעיון בבדיקות הדם: ספירת הטסיות טרם הניתוח הייתה 350,000 תאים/מק"ל. מאז הניתוח ירידה הדרגתית של ספירת הטסיות עד ל- 150,000 תאים/מק"ל ביום אבחנת ה-DVT.

כיצד יש לבצע את המשך הבירור?

- א. יש לבצע בדיקה אימונולוגית (immunoassay) לנוגדי HIT. אם הבדיקה תהיה חיובית, יש לבצע תבחין פונקציונלי כגון heparin-induced platelet-activation assay HIPA לקבלת אבחנה ודאית.
- ב. למטופל סבירות גבוהה ל-HIT על פי מדד T4, אין צורך בבירור נוסף ויש לטפל כ-HITT חיובי.
- ג. בנוכחות אירוע תרומבואמבולי, בדיקה אימונולוגית (immunoassay) חיובית לנוגדי HIT תהווה אבחנה ודאית.
- ד. המטופל מקבל low molecular weight heparin במינון נמוך, ובספירת הדם אין תרומבוציטופניה. לכן אבחנת HIT אינה סבירה, ואין צורך לבצע בירור בכיוון זה.

59. בן 27 שנים עם Glanzmann's thrombosthenia. בעבר נזקק למספר עירוויי טסיות. כעת - דימום חמור לאחר עקירת שן, הנמשך למרות עירוויי טסיות חוזרים.

מה הגישה הטיפולית הנכונה בשלב זה?

- א. Single donor platelets.
- ב. Desmopressin (DDAVP).
- ג. Recombinant FVIIad.
- ד. Cryoprecipitate.

60. מטופלת בת 72, ברקע בריאה, למעט פרפור עליות כרוני, מטופלת ב-APIXABAN במינון 5 מ"ג פעמיים ביום. מיועדת לניתוח אלקטיבי של כריתת כיס מרה.

איך יש לנהל את הטיפול בחולה זו לפני הניתוח?

- א. הפסקת Apixaban יומיים לפני הניתוח, ללא צורך בבדיקות נוספות.
- ב. הפסקת Apixaban חמישה ימים לפני הניתוח, התחלת Clexane במינון טיפולי לאחר 36 שעות ועד 24 שעות לפני הניתוח.
- ג. הפסקת Apixaban יומיים לפני הניתוח ולקיחת בדיקת ANTI XA כשעה לפני הניתוח ולהחליט על שעת הניתוח בהתאם לתוצאה.
- ד. לקיחת רמת ANTI XA חמישה ימים לפני הניתוח והחלטה לגבי מועד ההפסקה-יומיים או יממה לפני בהתאם לתוצאה.

61. בן 70, חצי שנה לאחר צינתור לבבי. המטופל ב- BRILINITA בלבד ללא אספירין. הגיע למיון עם דימום GI משמעותי.

מה ההמלצה הנכונה לצוות במיון?

- א. הפסקת הטיפול, אנדוסקופיה לאחר מתן טסיות.
- ב. הפסקת הטיפול ומתן 5 מנות טסיות.
- ג. הפסקת הטיפול, טיפול תומך לפי הצורך ואנדוסקופיה.
- ד. הפסקת הטיפול ומתן 10 מנות טסיות לפני אנדוסקופיה.

62. איזה מהטיפולים הבאים אינו מביא לידי ביטוי את ההתקדמות המשמעותית של השנים האחרונות בטיפול ב- TTP?

- א. טיפול ב- ADAMTS13 רקומביננטי ב- TTP מולד.
- ב. טיפול בנוגדי VEGF לשיפור מיקרוסקולריזציה ב- TTP נרכש.
- ג. טיפול פראמפטיבי ב- Rituximab למניעת התלקחות TTP נרכש.
- ד. טיפול ב- immune thrombotic thrombocytopenic purpura ללא plasma exchange.

63. איזה ממעכבי BTK הבאים הוכח יעיל בטיפול ב- ITP?

- א. Rilzabrutinib.
- ב. Ibrutinib.
- ג. Zanibrutinib.
- ד. Pirtobrutinib.

64. מטופל עם סרטן של מערכת העיכול, המטופל ב- FOLFOX מתייצג עם פקקת ורידים עמוקה פרוקסימלית (DVT) ועם תרומבוציטופניה של  $30 \times 10^9$  לממ"ק.

בהתאם להמלצות העדכניות, כיצד נכון לנהוג בטיפול האנטיקואגולנטי?

- א. להתחיל טיפול ב- LMWH במינון טיפולי מלא ללא הגבלת סף טסיות.
- ב. LMWH במינון מופחת.
- ג. להפסיק לחלוטין טיפול אנטיקואגולנטי עד לספירת טסיות  $< 50 \times 10^9/L$ .
- ד. להחליף את ה- LMWH ל- apixaban במינון מופחת.

65. מהי הגישה הטיפולית הנכונה בהתייחס לגבר עם CML המקבל טיפול ב-TKI ונמצא בתגובה מולקולרית יציבה, כאשר הוא ובת זוגו מתכננים הריון?

- א. להפסיק את הטיפול ב-TKI לפחות 3 חודשים לפני ניסיון הכניסה להריון.
- ב. לעבור ל-IFN- $\alpha$  במהלך תקופת הכניסה להריון.
- ג. להימנע מהריון עד להשגת DMR ולאחר מכן להפסיק טיפול.
- ד. ניתן להמשיך בטיפול ב-TKI גם בזמן ניסיון כניסה להריון.

66. גבר בן 55 שנים, עם סוכרת ויתר לחץ דם, ללא מחלת לב איסכמית. מאובחן עם CML בפאזה כרונית מזה 10 שנים. בתחילה טופל ב-Imatinib אשר הוחלף ל-Dasatinib במינון 50 מ"ג עקב כאבי פרקים משמעותיים. במהלך חצי השנה האחרונה חלה עלייה הדרגתית בערכי BCR-ABL PCR עד לרמה של 5%. החולה מקפיד על הטיפול. בבדיקת מוטציות של ABL מתגלה מוטציית T315I.

מהי ההמלצה הטיפולית המתאימה ביותר?

- א. ביצוע השתלת מח עצם אלוגנאית מיידית.
- ב. התחלת טיפול ב-Ponatinib במינון 45 מ"ג ליום.
- ג. התחלת טיפול ב-Asciminib במינון 40 מ"ג פעמיים ביום.
- ד. העלאת מינון Dasatinib ל-140 מ"ג ליום.

67. בת 60 שנים, ללא מחלות רקע משמעותיות, מאובחנת עם CML. בבדיקת מח העצם ישנם 12% בלסטים מיילואידים. אין שינויים כרומוזומלים נוספים, מלבד t(9,22).

איזו אופציה טיפולית הינה העדיפה ביותר במצבה?

- א. להתחיל Dasatinib עם מעקב BCR ABL PCR אחת לשלושה חודשים.
- ב. להתחיל Imatinib בשילוב עם כימורפיה אינטנסיבית.
- ג. להתחיל Nilotinib ולבצע השתלת מח עצם אלוגנאית בעת השגת תגובה.
- ד. להתחיל Asciminib כקו ראשון ומעקב אחר BCR ABL PCR אחת לחודש.

68. לפי ה-revised IPSET score, מהו הסיכון לאירוע תרומבוטי באישה בת 55 עם essential thrombocytosis גורמי סיכון קרדיווסקולריים ומוטציה ב-JAK2 V617F?

- א. סיכון נמוך.
- ב. סיכון בינוני.
- ג. סיכון גבוה.
- ד. אין מספיק נתונים כדי לענות על השאלה.

**69. איזה מצב מבין הבאים מוגדר כ- C-findings (cytoreductive requiring findings) באבחנה של מסטוציטוזיס סיסטמית?**

- א. ציטופניה על רקע שינויים דיספלסטיים במח עצם.
- ב. הגדלת כבד עם הסננה ע"י תאי פיטום.
- ג. טחול מוגדל כתוצאה מיתר לחץ דם פורטלי.
- ד. ספיגה לקויה עם ירידה במשקל עקב חדירת תאי מאסט למערכת העיכול.

---

**70. בת 68, אושפזה עקב קשיי נשימה במאמץ, עייפות וחולשה. בבדיקות מעבדה לויקוציטוזיס ומספר אאוזינופילים גבוה  $5.0 \times 10^9/L$  בבדיקות חוזרות במהלך כחצי שנה אחרונה, אנמיה נורמוציטית קלה, מספר טסיות תקין. בדיקות FISH:  $FIP1L1/PDGFR\alpha, PDGFR\beta, JAK2-PCM1, FGFR1, BCR-ABL$  תקינות, בבדיקת FACS לא הודגמה אוכלוסיה מונוקלונלית של לימפוציטים - T.  $TCR\ rearrangement$ -פוליקלונלי. ללא ממצאים חריגים בבדיקת CT כלל גופי. בבדיקת מח עצם הודגם ריבוי אאוזינופילים, ללא ריבוי בלסטים, ללא שינויים דיספלסטיים, בדיקת ציטוגנטיקה תקינה, בבדיקת NGS נמצאה מוטציית DNMT3A-56%.**

**מה האבחנה הנכונה של המטופלת?**

- א. CEL - לויקמיה אאוזינופילית כרונית.
- ב. IHES - תסמונת היפראאוזינופילית אידיופטית.
- ג. Gleich Syndrome.
- ד. היפראאוזינופיליה משנית – Lymphoid Variant.

---

**71. גבר בן 67 עם מיאלופיברוזיס ראשוני, טחול מוגדל והזעות לילה. בעברו DVT לפני 5 שנים וקרוהן יציב תחת טיפול. בבדיקות: המוגלובין  $8.9\ g/dL$ , טסיות  $210,000/\mu L$ , לויקוציטים  $9,000/\mu L$ . נשקלת התחלת טיפול במעכב JAK.**

**איזה מהשיקולים הבאים יהווה שיקול בבחירת מומלוטיניב לעומת רוקסוליטיניב עבור מטופל זה?**

- א. momelotinib עשוי להביא לשיפור באנמיה בהשוואה ל-Ruxolitinib.
- ב. momelotinib יעיל יותר בהקטנת טחול בהשוואה ל-Ruxolitinib.
- ג. Ruxolitinib יעיל במניעת אירועי טרומבוזיס בהשוואה ל-momelotinib.
- ד. Ruxolitinib עדיף בשל שכיחות נמוכה יותר של שלשולים ותסמינים גסטרואינטסטינליים בהשוואה ל-momelotinib.

72. בן 54, הופנה לבירור עקב ספירת טסיות של 540 אלף בבדיקה שגרתית. מרגיש טוב וללא תלונות. בבירור: בדיקה גופנית תקינה, למעט טחול נמוש 2 ס"מ מתחת לגבול הצלעות. המוגלובין 11.2, ספירה לבנה LDH=420, 13,000, ב-US בטן הגדלת טחול קלה-בינונית 18 ס"מ. בביופסיית מח עצם: היפרצלולרי, מגה-קריוציטים אטיפיים בקבוצות, ריבוי סיבי רטיקולין, (MF-2) ללא ריבוי בלאסטים. בציטוגניקה - קריוטיפ תקין. מולקולרית - חיובי למוטציה type-1 בגן CALR.

מה המשך הטיפול המתאים ביותר?

- א. עקב מיאלופיברוזיס עם הגדלת הטחול יש להתחיל טיפול ב-ruxolitinib בהקדם.
- ב. יש להפנות לבדיקת סיווג רקמות וחיפוש תורמים, לקראת השתלת מח עצם אלוגנאית.
- ג. במיאלופיברוזיס בסיכון נמוך וללא עומס תסמינים קשה, ניתן להשאיר במעקב ללא טיפול תרופתי.
- ד. עקב מיאלופיברוזיס עם ספירת טסיות גבוהה ולויקוציטוזיס, יש להתחיל טיפול ב-Hydroxyurea.

---

73. בן 66 אובחן עם classic Hodgkin lymphoma בביופסיה פתוחה של קשרית לימפה סופרקלביקולרית משמאל. מדווח על חום והזעות לילה. ECOG-0. בפט –סיטי: לימפאדנופתיה היפרמטבולית מעל ומתחת לסרעפת וקליטות מוקדיות בכבד ובטחול. IPS-4. ברקע: יתר לחץ דם, סכרת ונוירופתיה פריפרית דרגה 2.

מבין המשלבים הבאים, מהו המתאים ביותר לטיפול בחולה זה?

- א. BV-AVD
- ב. BRECADD
- ג. Pembro-GVD
- ד. NIVO-AVD

74. בן 25, אובחן עם classic Hodgkin lymphoma בביופסיה של קשרית לימפה בצוואר ימין. מדווח על חום  $38^{\circ}\text{C}$  לסירוגין והזעות לילה. בבדיקותיו: WBC - 16,000 לממ"ק, המוגלובין – 10.0 גרם אחוז, אלבומין - 3.9 גרם לדציליטר, בפט סיטי - קליטת FDG מוגברת בגוש מדיאסטינלי, בלימפאדנופתיה רטרופריטונאלית וצווארית דו"צ, וכן במוקדים בטחול ובכבד. בפט סיטי לאחר שני מחזורי BRECADD קיימת קליטה המוגדרת כ- Deauville 4-Score בקשרית רזידואלית בקוטר 1.2 ס"מ במיצר, ללא ממצאים פתולוגיים אחרים. כיצד יש להמשיך טיפול בחולה זה?

- לתת עוד 4 מחזורי BRECADD ובסיומם בדיקת פט סיטי.
- ביצוע ביופסיה של הקשרית הרזידואלית והחלטה על המשך על פי תוצאותיה.
- להמשיך טיפול ב- 4 מחזורי AVD ובסיומם בדיקת פט סיטי.
- להמשיך טיפול בשני מחזורי BRECADD ובנוסף קרינת ISRT במינון של 30 גריי לאזור הקשרית הרזידואלית, ובסיומם בדיקת פט סיטי.

75. בת 31, ברקע מתמודדת עם SLE (בשליטה עם פלקוויניל), אובחנה כסובלת מ- Hodgkin lymphoma stage 2A, קיבלה 6 קורסים של טיפול בפרוטוקול ABVD, interim PETCT, CMR, PETCT הדגים בסוף טיפול הדגים רמיסה מלאה. שלושה חודשים לאחר מכן, בביקורת שגרתית, התגלתה בלוטת לימפה מוגדלת סופראקלוויקולרית מימין. בביופסיה אובחנה הישנות מחלה. ב- PETCT הישנות באתר יחיד. מה הטיפול המקובל עבור המטופלת בשלב זה?

- לאור זאת שמסת המחלה נמוכה, ניתן להתקדם מייד להשתלה עצמית.
- שילוב anti pd-1 עם כימותרפיה ללא השתלה.
- קרינה מקומית והמשך מעקב.
- טיפול כימותרפי בשילוב עם BV והשתלה עצמית.

76. גבר בן 35 אובחן עם Nodular sclerosis Hodgkin disease שמערב קשריות תת בריחיות ובבית שחי ימין בקוטר של עד 3.5 ס"מ. ש"ד 20 וללא חריגות בבדיקות הדם. הוחלט להתחיל בפרוטוקול ABVD, ובוצעה בדיקת PET אחרי שני מחזורים, שהייתה שלילית (DS-2).

מה הקשר בין הטיפול לתוצאים אפשריים?

- השמטת Bleomycin במחזורים הבאים צפויה להפחית את הסיכון לתמותה.
- תוספת קרינה בשלב זה צפויה להפחית את הסיכון לתמותה.
- תוספת קרינה בשלב זה צפויה להפחית את הסיכון להישנות.
- החלפה של Bleomycin ב- Brentuximab צפויה להפחית את הסיכון להישנות.

**77. מהו ההבדל המרכזי של Optical Genome Mapping (OGM) בהשוואה לקריטיפ קונבנציונלי באבחון AML?**

- א. הבדיקה מחייבת תאים מתחלקים לצורך ניתוח DNA.
- ב. רגישות גבוהה יותר לאיתור וריאנטים מבניים (SVs).
- ג. יכול לזהות מוטציות נקודתיות ברמת single nucleotide.
- ד. לא מאפשר לנתח דגימות מדם פריפרי.

**78. מה מהבאים מאפיין את השימוש ב- Multicolor Flow Cytometry לניטור של minimal residual disease בלוקמיה מילואידית חריפה (AML)?**

- א. מאפשרת זיהוי של AML-associated immunophenotypes ברגישות של לפחות  $10^{-3}$ .
- ב. רגישותה נמוכה מ- PCR ולכן אינה יעילה למעקב אחרי הפוגה.
- ג. דורשת בהכרח ביופסיית מח עצם בכל מקרה ולא מתאימה לדגימות דם פריפרי.
- ד. אינה שימושית למטופלים עם NPM1-mutated AML.

**79. בן 60 מאובחן עם MDS בסיכון נמוך. כחלק מביורור דלקות פרקים ופריחה בשנה החולפת, נמצאה בבדיקת דם מוטציה סומטית UBA1.**

**לאור ממצא זה, יש לצפות לסיכון מוגבר לאיזה מהסיבוכים הבאים?**

- א. התמרה ללויקמיה חריפה.
- ב. פקקת ורידים עמוקה (DVT).
- ג. נטייה מוגברת לזיהומים.
- ד. Disseminated intravascular coagulopathy (DIC).

**80. מה מהבאים מתאר בצורה נכונה את היעילות של הטיפול ב- luspatercept במטופלים עם MDS בסיכון נמוך, תלויית מנות דם (transfusion dependent lower-risk MDS)?**

- א. הטיפול ב- luspatercept יעיל יותר מאריתרופויטין בקו הראשון בחולים עם מוטציה ב-SF3B1.
- ב. הטיפול ב- luspatercept וב- erythropoietin זהה ביעילותו להפחתת התלות במנות דם בקו טיפול ראשון, כאשר ערך אריתרופויטין אנדוגני נמוך מ- 200 יחידות לליטר.
- ג. הטיפול ב- luspatercept יעיל פחות מ- Imetelstat להפחתת התלות במנות דם בקו הטיפול השני לאחר כישלון טיפול באריתרופויטין.
- ד. הטיפול ב- luspatercept יעיל יותר מלנלדומיד בקו השני בחולים עם del5q.

81. מטופל בן 75 מאובחן עם MDS בשל אנמיה מקרוציטית וטרומבוציטופניה. בשאיבת מח עצם 14% בלסטים ובבירור הגנטי מונוזומיה של כרומוזום 7 ומוטציה ב- FLT3.

מה מהבאים מתאר את התוצאות של טיפול במשלבי Vidaza במטופל זה?

- א. טיפול ב-Vidaza בלבד הוכח כמשפר הישרדות, בהשוואה לטיפול תומך בקרב חולים עם MDS עם MDS with increased blast 2 (MDS/AML).
- ב. המשלב של Vidaza Venetoclax הוכח כמשפר הישרדות בהשוואה ל-Vidaza בלבד בקרב חולים עם (MDS with increased blast 2 MDS/AML).
- ג. המשלב של Vidaza ו-Gilteritinib הוכח כמשפר הישרדות בהשוואה ל-Vidaza בלבד בקרב חולים עם MDS ומוטציה ב- FLT3.
- ד. המשלב של Gilteritinib ו-Venetoclax הוכח כמשפר הישרדות בהשוואה ל-Vidaza Venetoclax בקרב חולים עם MDS ומוטציה ב- FLT3.

82. בן 56 מאובחן עם הישנות של AML עם טרנסלוקציה המערכת את 11q23. ברקע אי ספיקת לב. במח עצם כעת 65% בלסטים. הוחלט טיפול במעכב מנין (revumenib).

כ- 6 ימים לאחר התחלת הטיפול קיימת עלייה בספירה הלבנה בבדיקות הדם עד 15000 תאים לממ"ק, צבירת בצקות, קוצר נשימה והופעת חום גבוה.

מהם גורמי הסיכון למצבו הקליני של המטופל?

- א. תהליך זיהומי חריף במהלך התחלת הטיפול.
- ב. טרנסלוקציות המערכות את kmt2a.
- ג. אי ספיקת לב עם EF נמוך מ- 50%.
- ד. אחוז בלסטים גבוה בזמן התחלת הטיפול.

83. כיצד משפיעה התוספת של gemtuzumab ozogamycin לאינדוקציה אינטנסיבית (7+3) במטופלים עם AML with mutated NPM1?

- א. כרוכה בעלייה בתמותה מוקדמת (early death).
- ב. משפרת event free survival (EFS) בקבוצת חולים זו.
- ג. לא משפיעה על שיעורי הישנות המחלה (cumulative incidence of relapse).
- ד. GO משפרת הישרדות במטופלים הנושאים בנוסף מוטציה ב- FLT3-ITD.

84. בן 35, מאובחן עם APL. באבחנה ספירת דם לבנה של 8,000 תאים לממ"ק וספירת טסיות של 20,000 טסיות לממ"ק.

באיזה מהמצבים הבאים יש מקום לתת טיפול אחזקה בתשלובת של ATRA MP 6MTX במטופל זה?

- א. יש לתת טיפול אחזקתי בכל מצב.
- ב. בנוכחות measurable residual disease (MRD) חיובי בסוף הטיפול.
- ג. אין מקום לתת טיפול אחזקה במטופל זה.
- ד. בנוכחות מוטציה ב- FLT3-ITD.

85. בן 65 הופנה ממרפאת עור בשל הופעת נגעים עוריים אשר עברו בירור בביופסיה שפוענחה כ-blastic plasmacytoid dendritic cell neoplasm (BPDCN).

מה מהבאים יאשר או ישלול את האבחנה של BPDCN?

- א. היעדר מעורבות מח עצם שולל אבחנה של BPDCN.
- ב. נוכחות השילוב CD123 CD4 CD56 הוא פתוגנומוני ל-BPDCN.
- ג. צביעה חיובית ל-MPO שוללת את האבחנה של BPDCN.
- ד. נוכחות קריוטיפ מורכב שוללת אבחנה של BPDCN.

86. כיצד משפיע טיפול ב- AML בקו ראשון עם שינוי ב- FLT3 על ההישרדות (OS)?

- א. Vidaza Gilteritinib אינו משפר OS במטופלים עם מוטציה ב- FLT3 בהשוואה ל-Vidaza בלבד.
- ב. תוספת של quizartinib לטיפול אינטנסיבי בקו הראשון משפרת OS במטופלים עם מוטציה ב- FLT3 מסוג TKD.
- ג. משלב של Vidaza Venetoclax משפר OS במטופלים עם FLT3-ITD בהשוואה ל-Vidaza בלבד.
- ד. תוספת של midostaurin לטיפול אינטנסיבי בקו הראשון משפרת OS רק במטופלים עם עומס אללי גבוה של FLT3.

87. מטופלת מאובחנת עם AML, משיגה הפוגה מלאה. מועמדת להשתלה מאחיה, שנמצא כתורם מתאים. ללא סיפור משפחתי של ממאירויות או מחלות דם במשפחה.

באיזה מהמקרים הבאים יש להשלים בירור ל- germ line predisposition לפני התקדמות להשתלת מח עצם?

- א. כאשר המטופלת בת 32. בדגימה האבחנתית מוטציה ב- NPM1.
- ב. כאשר המטופלת בת 48. שנה לאחר טיפול כימי למאירות שד. בדגימה האבחנתית CBFB-MYH11 rearrangement (inv16).
- ג. כאשר המטופלת בת 30. בדגימה האבחנתית מוטציה ב- EZH2.
- ד. כאשר המטופלת בת 58. בדגימה האבחנתית מוטציה ב- CEBPA באלל אחד ממוקמת ל- 3' end (מתאים ל c-terminus).

88. מטופל בן 42 עם אבחנה חדשה של B-ALL שלילית לכרומוזום פילדלפיה. מטופל בפרוטוקול כימותרפי מבוסס BFM המכיל PEG-asparaginase.

איזה מהאירועים הקליניים הבאים, המופיעים שבוע לאחר מתן המנה הראשונה של Asparaginase, מהווה התוויית נגד מוחלטת למתן חוזר של Asparaginase בהמשך הפרוטוקול?

- א. התפתחות כאבי בטן עליונה והקאות עם עמילאז וליפאז פי 6 מהגבול העליון של הנורמה.
- ב. תסחיף ריאתי עם ירידה חולפת בתפקוד חדר ימין.
- ג. עליית בילירובין ל- 9 מ"ג אחוז עם AST/ALT עד פי 8 מהנורמה.
- ד. עלייה בטריגליצרידים עד 1000 מ"ג לד"ל.

89. בן 63 מאובחן כסובל מ- B ALL עם מוטציה ב- KMT2A. מקבל 3 מחזורים של טיפול בפרוטוקול הכולל כימותרפיה (miniHyperCVAD) ו-Inotuzumab ozogomycin (IO). לאחר סיום הטיפול והשגה של הפוגה מולקולרית, הוא מופנה להשתלת מח עצם מתורם מתאים.

מה מהבאים נכון לגבי תופעות הלוואי הצפויות של הטיפול שקיבל?

- א. כימותרפיה בשילוב עם IO קשורה בתמותה מוקדמת משמעותית (early death >20%).
- ב. נוכחות KMT2A rearrangement מגבירה את הסיכון לרעילות זיהומית.
- ג. לאחר השגת הפוגה עם כימותרפיה בשילוב עם IO, תמותה מאוחרת שאינה קשורה בהישנות (non-relapse mortality) היא נדירה.
- ד. המתנה של חודשיים בין המחזור האחרון של IO לבין ההשתלה מפחיתה באופן משמעותי את הסיכוי לפתח VOD.

90. בן 48 ללא מחלות רקע אובחן עם Ph+ALL. באבחנה חיובי ל- IKFZ and PAX5 . deletion טופל במשלב של סטרואידים +DASATINIB+ BLINATUMOMAB . לאחר 2 מחזורי טיפול ב- BLINATUMOMAB נותר עם MRD חיובי.

כיצד יש להמשיך את הטיפול בשלב זה?

- א. לשנות טיפול ל- PONATINIB.
- ב. להמשיך באותו טיפול.
- ג. להתקדם להשתלת מח עצם אלוגנאית כעת.
- ד. לבצע בדיקת LP בחשד לרלפס.

---

91. בן 35 מאובחן עם B-ALL בסיכון גנטי סטנדרטי. מתחיל טיפול בפרוטוקול מבוסס BFM ולאחר טיפול אינדוקציה משיג תגובה מלאה עם בדיקת MRD שלילית.

איזה מההתערבויות הבאות למיצוק הטיפול בשלב זה הוכחו כמשפרות הישרדות ( overall survival ) לחולה זה?

- א. CD19 CART cell.
- ב. Blinatumomab.
- ג. Inotuzumab Ozogamycin.
- ד. השתלת מח עצם עצמית.

---

92. בן 56 עם נזירופתיה אקסונואלית דמיאלינטיבית מתקדמת מזה שנתיים, נמצא IGM/K ברמה של 2 גר'ל' ובמח העצם 10% תאים לימפנו-פלזמהציטואידים ומוטציות ב- MYD88 וב- CXCR4 . כמו כן, נמצאו נוגדני אנטי MAG ברמה גבוהה. ס"ד וביוכימיה תקינה. ללא עדות לעמילואידוזיס.

מה יהיה הצעד הנכון הבא?

- א. טיפול כתלות בממצאי כלי הדם בקרקעיות העין.
- ב. טיפול ב- Rituximab בלבד.
- ג. אין אינדיקציה בטיפול ל- IgM MGUS ועל כן מעקב בלבד.
- ד. טיפול ב- Daratumomab עם Lenalidomide ו- Dexamethasone.

**93. מהו המעקב ההדמייתי המומלץ במטופלים עם מיאלומה זוחלת (Smoldering myeloma)?**

- א. whole body MRI אחת לשנה למשך 5 שנים לכלל המטופלים עם מיאלומה זוחלת.
- ב. PET-CT או whole-body MRI אחת לשנה בחולים עם מיאלומה זוחלת בסיכון גבוה.
- ג. whole-body MRI בעת האבחנה לכלל המטופלים עם מיאלומה זוחלת ולאחר מכן רק אם יש עלייה במדדי מחלה evolving disease.
- ד. PET-CT אחת לשנה למשך 5 שנים לכלל המטופלים עם מיאלומה זוחלת.

---

**94. בן 59, במסגרת בירור אנמיה, שבינתיים חלפה (נמצאה כמשנית לחסר B12 אשר טופל), נמצא בבדיקות הדם מקטע מונוקלנלי IgG/k בגודל 1.2 גרם לדציליטר עם FLC K 80 L8. אסימפטומטי. ספירה וכימיה תקינים. רמות Ig תקינות וללא חלבון בשתן. כיצד יש להעריך מטופל זה בשלב זה?**

- א. יש לבצע תחילה בדיקת מח עצם ואם אין מיאלומה במח עצם אין צורך להשלים הדמיה.
- ב. יש לבצע תחילה CT כלל גופי ואז להחליט אם לבצע מח עצם בשאלת MM או לימפומה.
- ג. יש להפנות לבדיקת מח עצם ובדיקת CT כלל גופי.
- ד. אין צורך לבצע הערכה נוספת בשלב זה, אלא מעקב בלבד.

---

**95. בת 65, אבחנה של מיאלומה עם סיכון גנטי גבוה. קיבלה טיפול קו ראשון ב- DVRD ו- ASCT. לאחר ההשתלה השיגה הפוגה מלאה (CR). קיבלה טיפול אחזקתי ב- Lenalidomide. לאחר שנה וחצי של טיפול אחזקתי מחלתה מתלקחת. איזה מבין הבאים יהיה טיפול הבחירה עבורה?**

- א. Cilta-cel.
- ב. DARA-Pd (דאראטומאב, פומלידומיד, דקס).
- ג. Ide-Cel.
- ד. השתלה עצמית שנייה.

---

**96. מהם היתרונות בתוספת Daratumumab לטיפול ב- AL amyloidosis (ANDROMEDA)?**

- א. תגובות המטולוגיות עמוקות יותר ושיעורי רמיסיה מלאה גבוהים באופן משמעותי בהשוואה ל-VCD בלבד.
- ב. שיפור בשרידות חולים עם מעורבות לבבית קשה במיוחד (stage IIIb).
- ג. אין שינוי בתגובות איבר organ response (cardiac/renal).
- ד. ירידה בתמותה משנית לאי ספיקת לב.

97. חולה בן 81 עם מיאלומה חוזרת. במעבדה: Hb 10 g/dL, ANC 1300, לימפוציטים 500, טסיות 140,000 לממ"ג, מקטע IgG-λ 3.3 g/dL. לפני חודשיים אושפז עקב דלקת ריאות עם שוק ספטי.

מה השיקול המרכזי בניהול הטיפול במטופל זה בהינתן הרקע הרפואי שלו?

- א. יש לדחות טיפול מונע ב- IVIG בשל מקטע חד-שבטי משמעותי.
- ב. בהעמקת נויטרופניה יש להפחית מינון טיפול, שכן מתן G-CSF עלול להחמיר CRS עם נוגדנים בי-ספציפיים.
- ג. יש להימנע מטיפול בנוגדנים בי-ספציפיים בשל הלימפופניה, מאחר שרוב הזיהומים נובעים מתשישות תאי T.
- ד. טיפול בנוגדן בי-ספציפי המכוון ל- GPRC5D עדיף על הטיפולים המכוונים כנגד BCMA, מאחר שסיכון הזיהומים בו נמוך יותר.

98. מטופל עם אבחנה חדשה של מיאלומה (MM) מסוג א-IgA. ביופסיית מח עצם הדגימה הסננה נרחבת של תאי פלסמה. בבדיקת ציטוגנטיקה הודגמו t(4;14), del(17p) ב- 15% מתאי הפלסמה, ואמפליפיקציה של 1Q כ- 3 תעתיקים. על פי סיווג ה- IMWG/IMS לשנת 2024, מהי המשמעות הפרוגנוסטית של השינויים הציטוגנטיים המתוארים בחולה זה?

- א. המטופל מוגדר כ- high risk MM לאור t(4.14) ונוכחות אמפליקציה של Q1.
- ב. המטופל מוגדר כ- High risk MM לאור הממצא של del17p.
- ג. המטופל מוגדר כ- Ultra High risk לאור קיום שלושת השינויים הגנטיים המתוארים.
- ד. לא ניתן להגדיר מטופל זה כ- High risk MM מכיוון שהשינויים ב- P17 ו-t(4,14) מופיעים בפחות מ- 20% מהתאים.

99. אישה בת 29 סיימה טיפול DA-EPOCH-R ל- Primary Mediastinal B Cell Lymphoma. ב- PET לאחר הטיפול נראית קליטה שאריתית (Deauville 4).

מהי הגישה הטיפולית הנכונה בשלב זה?

- א. ביצוע הקרנה משלימה.
- ב. מעקב בלבד ב- CT PET.
- ג. החלטה בהתאם לביופסיה חוזרת בלבד.
- ד. מתן טיפול הצלה והשתלה עצמית או CART.

100. גבר בן 70. ברקע סכרת ויתר לחץ דם. אובחן עם Burkitt lymphoma מפושט וללא מעורבות CNS. מצבו הכללי טוב.

איזה מהשיקולים הבאים מהווה שיקול מרכזי בבחירת פרוטוקול הטיפול עבורו?

- א. פרוטוקול CODOX-M/IVAC-R, נמצא כיעיל ביותר במבוגרים בכלל המחקרים ההשוואתיים.
  - ב. פרוטוקול Hyper-CVAD, הוכיח יתרון מובהק על פני CODOX-M/IVAC ו- DA-EPOCH-R.
  - ג. R-POLATUZUMAB-CHP הוכח כפרוטוקול המועדף בשל רעילות נמוכה בגיל המבוגר.
  - ד. פרוטוקול DA-EPOCH-R, הראה שיעורי תגובה והישרדות דומים ל- CODOX-M/IVAC עם רעילות מופחתת.
-