



היחידה לתביעות וקביעת זכויות
בכל בירור/פניה נא לציין מספר תיק



מדינת ישראל
משרד הביטחון



משרד הביטחון

ב' אדר א תשפ"ד
11 פברואר 2024

מספר תיק: 713886005
מספר זהות: 208935874

לכבוד
עדן יצחק
שאל המלך 3
קרית אונו 5565403

שלום רב,

הנדון: בקשתך להכרת זכות נכה מתאריך 22/07/2021 - החלטה

הנני להודיעך כי בקשתך נדחתה, לאחר שהגעת למסקנה, על בסיס החומר העובדתי והרפואי שעמד בפני ולרבות חוות הדעת מתאריך 14/10/2023 של פרופ' טליה וינשטיין, כי לא הוכח קשר סיבתי בין תנאי שירותך הצבאי, לרבות השהייה בכלא, לבין מחלת הכליות הכרונית בה לקית, כשנתיים לאחר שחרורך הצבאי, שהינה על רקע מחלת TSC בה לקית.

הנך רשאית לערער על ההחלטה האמורה בפני ועדת הערעורים תוך 60 יום מיום קבלתה.

את הערעור יש להגיש ב- 4 עותקים למזכירות ועדת הערעורים, לפי הכתובת: יו"ר ועדת הערעורים לפי חוק הנכים, בית משפט השלום תל אביב, רח' ויצמן 1. אם הנך זקוקה להארכת מועד להגשת ערעור עליך לפנות ליו"ר ועדת הערעורים שלו הסמכות להחליט על כך על פי חוק.

לאור האמור לעיל, זכאותך לטיפול רפואי בגין פגימה זו מסתיימת בסוף החודש העוקב לחודש זה.

מצ"ב חוות דעת רפואית כולל העתק לעו"ד מייצג.

בכבודך,

גלית טאוב
קצינת תגמולים

העתקים:

מחוז שיקום דן נכים
עו"ד אריאל פרייברג אבא הלל 7 רמת גן 5252204
בית גנזים- תיק רפואי סרוק

משרד הביטחון - אגף השקום
יחידה לתביעות תגמולים והטבות
חוות דעת רפואית באוריינטציה משפטית

פרופ' מליה ויזשטיין, מזמנית לנפרולוגיה ויתר לחץ דם, רשיון מס' 17912
מינוי אקדמי: פרופסור חבר קליני לרפואה פנימית, הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר, אוניברסיטת תל אביב

תיק מס': 713886005

הנדון: עדן יצחק ת"ז 208935874

הפגישה נערכה בנוכחות אמא של מבקשת ההכרה.

בת 26, ילידת הארץ, רווקה, סיימה תואר במשפטים.

מעברה (כפי שנמסר ע"י מבקשת ההכרה, ב-26 יולי 2023):

- היא נולדה בניתוח קיסרי עקב גודל קטן.
- לא היו אירועים מיוחדים, ללא אשפוזים או תרופות.

משפחה (כפי שנמסר ע"י מבקשת ההכרה, ב-26 יולי 2023):

- אם בת 51, בריאה.
- אב בן 54, בריא.
- אח בן 29, בריא.
- סבא מצד אמא החל טיפולי דיאליזה בגיל 52, עבר לאחר מכן השתלת کلیה.
- יש הסטוריה של מחלות ריאה במשפחת האם.

פרטי המחלה (כפי שנמסר ע"י מבקשת ההכרה, ב-26 יולי 2023):

- באוקטובר 2017 היתה 25 יום בכלא צבאי. באחד הלילות שמרה עם חום גבוה, כאבי גרון וכאבים בכל הגוף. נתנו לה אטופן ואקמול. קבלה 14 ימי גימלים.
- בערך כחודש לאחר השחרור מהכלא, חזרו כאבי הכתפיים. בביקור רופא קבלה זריקת וולטרן, שלא עזרה. היא פיתחה חום, חזרה לביקור רופא וקבלה שוב זריקת וולטרן. קבלה משככי כאבים.
- השתחררה מהצבא 3 חודשים לאחר האירוע של קבלת הזריקות.
- שנה וחצי לאחר השחרור התחילו הקאות 3-4 פעמים ביום. ביצעה בדיקות דם והודיעו לה שצריכה להגיע לחדר מיון. הגיעה למיון שיבא עם קריאטינין 9, אוראה 350. חזרו על הבדיקות כי היה נראה כטעות.
- אושפזה למשך 10 ימים, קבלה סטרואידים 60 מ"ג ליום. השתחררה, הקריאטינין לא ירד ואושפזה שוב.
- ביצעה דיאליזה למשך שנה וחצי. בפברואר 2021 עברה השתלת کلیה. הדיאליזה גרמה לפגיעה בלב, ריאות. במהלך הדיאליזה ניגשו אליה שני רופאים ואמרו לה שזריקות הוולטרן גרמו לה לכשל כליתי, ושהיא אלרגית לוולטרן.
- כעת בבקורת אחת לחודש. היא במעקב אצל רופא ריאות אחת לשנה, אקו לב פעם בשנה, MRI מוח פעם ב-3 שנים. פעם בשנה מבחן לב במאמץ.

תרופות והרגלים (כפי כפי שנמסר ע"י מבקשת ההכרה, ב-26 יולי 2023):

סרטיקן 2 מ"ג, טאקרוסל 3.5 מ"ג 2X, מגנזיום, פרדניזון 5 מ"ג, אומפרדקס 20 מ"ג, אספירין, ויטמין D 2000 יח',

בבדיקתה (ב-26 יולי 2023):

- לחץ דם 110/65, דופק 84, סדיר.
- לב: קולות סדירים ללא אוושות או שפשוף.
- ריאות: נשימה בועית, לא חרחורים או צפצופים.
- בטן: רכה, ללא רגישות, כבד וטחול לא גמושו. צלקת ניתוחית.
- גפיים: ללא בצקת.

מסמכים רלוונטיים: תצהיר, טופס תביעה, מסמכים רפואיים שונים אשר בתיק התביעה.

שירות צבאי:

- התגייסה עם פרופיל 97 באוקטובר 2015.
- השתחררה בינואר 2018.
- באוקטובר 2017 שהתה במחבוס כ-10 ימים בכלא 4, ולאחר מכן עברה לכלא 6.

תיק רפואי:

בקורים במרפאות בצבא:

- 16.1.2018: ביקור רופא: בת 21, בריאה בדרך כלל. פנתה בשל כאב בכתף שמאל מזה כחודשיים. נבדקה על ידי אורטופד אשר התרשם מדלקת בגיד (לא הוצג מסמך רשמי). יש להפנות את החיילת לאורטופד לצורך בירור וניהול משככי כאבים. אביטרן מותר פעם ביום בלבד. ל"ד 119/80, חום 37.2.
- 31.12.2017: ביקור רופא: לדבריה סובלת מדלקת חוזרות בכתף שמאל. הגיעה עם התקף של כאב. חום 36.8, ל"ד 122/82. כאבים במישוש. שוחררה עם זריקת וולטרן 75 מ"ג IM. מעקב רופא אורטופד בצבא.
- 17.12.2017: ביקור רופא: מאתמול כאב גרון. בנוסף מתארת שיעול ליחתי, ללא קוצר נשימה. נמדד בבית חום 38.2. מדדים: 37.3. לחץ דם 114/74. נינוחה, עירנית. לוע ללא אודם, שקדים מוגדלים עם תפליטים. אבחנה משוערת PHARYNGITIS. טיפול RAFAPEN 0.5 גרם 2X ל-10 ימים.
- 13.12.2017: מחנה תל השומר, ד"ר סמירנוב: החיילת מזה חודש מתלוננת על כאבים בכתף שמאל. קבלה זריקת וולטרן עם שיפור זמני. חום 37.2. רגישות במישוש שרירים פאראוורטברלי באזור ע"ש צווארי בצד שמאל. כח גס ותחושה שמורים. להתחיל טיפול מקומי עם אטופן וולטרן. יעוץ אורטופד.
- 6.12.2017: מזה יומיים כאב גרון ונזלת, בנוסף מתארת שיעול יבש. מציינת קושי משמעותי בבליעה, בבית נמדד חום 38. בבדיקת חום 37.5. לוע: אודם, נמושו בלוטות לימפה צוואריות רגישות ומוגדלות. קולות לב סדירים, ללא אושיות, ריאות נשימה בועית ללא ממצאים האזנתיים ממוקדים לריאות, ללא סימני גירוי מנינגיאלי. אקמול, סינופד, רפטריצין.
- 5.12.2017: מתלוננת על כאבי גרון ונזלת ביומיים האחרונים, לא מדדה חום. במרפאה 37.1. סטרפסילס.
- 3.12.2017: ביקור רופא: מציינת לפני שבועיים כאבים בכתף שמאל, ב- INTERNAL AND EXTERNAL ROTATION כאבים, ללא הגבלה בתנועה או בעיה נוירולוגית. קבלה זריקת וולטרן 75 מ"ג IM.
- 16.11.2017: מאתמול סובלת מהקאות חוזרות. ללא עליית חום. לפי CPR נבדקה על ידי רופא, קבלה טיפול סימפטומטי. 37.1. בדיקה נוירולוגית, בדיקת לוע, ריאות, תקינים. בטן רכה, ללא גירוי ציפקי, רגישות במישוש בחלק תחתון של בטן, כבד וטהול לא נמושו. ניקוש מותני שלילי. הומלץ על שתיה מרובה, במידה וישנה החמרה או עליית חום לשוב לבדיקה. פרמין, פפברין.
- 15.11.2017: ד"ר סמירנוב: החיילת מתלוננת על כאבי גרון וקושי בבליעה. לפני שבוע קבלה אנטיביוטיקה ורקסו לא מציינת שיפור. חום 37. שקדים מוגדלים עם אודם, ללא תפליטים, בלוטות לימפה תת ליסתיות וצוואריות לא נמושו מוגדלות. סינופד, פליקסונו.
- 8.11.2017: ביקור רופא: מזה 4 ימים כאב גרון ונזלת. בנוסף מתארת שיעול ליחתי. נמדד בבית חום 38. ללא תלונות נוספות. בבדיקת חום 36.5. ללא אודם בלוע. רושם של מחלה וירלית. במידה ויש החמרה או עליית חום מעל 38 לפנות לרופא היחידה.
- 6.11.2017: כאב גרון, נזלת שיעול ליחתי זה שבוע. חום 37.3. לוע שקד ימני מוגדל ללא תפליט. רוקסו, סולבקס, לורטידין.
- 31.10.2017: כלואה. מתלוננת מזה 5 ימים על כאבי גרון, שיעול פרודוקטיבי, נזלת, אודינופגיה אך שותה ואוכלת כרגיל. בבדיקת חובשת ללא עליית חום 37.1. נמושה בלוטת לימפה מוגדלת בצוואר 0.5 ס"מ, רגישה וניידת. פה ולוע ללא אדמומיות, שקדים לא מוגדלים, ללא תפליטים. בתמונה של מחילל וירלי טיפול סימפטומטי. למוסין, אקמול. קיבלה 4 ימי גימל.
- 30.10.2017: ד"ר אברבך פליקס: תלונות של צפזפון חודרנית בבוקר 1 של כף רגל ימין. בבדיקה צפזפון חודרנית במידה קלה בצד המדיאלי של בוקר 1 ברגל ימין, בקצה הדיסטלי ללא נפיחות או אודם. רגישות מעטה במישוש, ללא הפרשות. הוסבר לחיילת על אופציה ניתוחית או אופציה של טיפול על ידי פדיוקוריסטית. מעוניינת בפדיוקוריסטית.

- 29.10.2017: מצינת שמרגישה שיש לה חום כל השבת. מעט שיעול לילה, נזלת מוגלתית וכאבי גרון. ללא הקאות. מצינת לפעמים סחרחורת. 36.6. למוסין, אקמול.
- 25.10.2017: החיילת הגיעה מכלא 4. מצינת שיש תור לרופאת שיניים בכלא 4, אך עברה לכאן. תראה את רופאת השיניים כאן.
- 23.10.2017: החיילת מתלוננת על תחושה של לחץ בשן בזמן אכילה מזה כשלושה ימים. מצינת שלפני שנה החלה לעשות באותה שן טיפול שורש אך לא סיימה אותו. שוללת כאבים, תופנה לרופאת השיניים.
- 18.10.2017: ד"ר חסין נינה: בריאה בדרך שלל, לא נוטלת טיפול תרופתי קבוע, לא ידוע על רגישויות, ללא בעיות רפואיות פעילות כעת. בבדיקה במצב כללי טוב. אין מניעה רפואית למעצר.

מסמכים מ"שיבא":

- 8-14.11.2019: סיכום אשפוז בפנימית א': בת 22. התקבלה בשל בחילות והקאות בשבועיים טרם קבלתה מלווים בחולשה כללית. בעיות במהלך השהות במחלקה: אי ספיקת כליות חריפה – ללא בדיקות במערכת מאז 2013. במעבדה קריאטינין 7 עם אורמיה. עברה בירור מעבדתי: פרוטאינוריה 200 מ"ג ליממה, C3 77, C4 תקין. ANA שלילי, אנטי GBM, אנטי MPO, אנטי PR3 שליליים. ANCA שלילי, וירולוגיה שלילית. US כליות הדגים כליות מוגדלות, אקוגניות, ציסטות קטנות מרובות בשתי הכליות.
- ביופסית כליה ב-10.11.2017: 8 גלומרולי, מתוכם 4 עם סקלרוזיס גלובלית, ו-4 תקינים. הדגם תהליך טובולו-אינטרסטיציאלי עם 60% פיברוזיס ומוקדים של הסננה דלקתית - moderate. תסנין דלקתי כולל לימפוציטים, לויקוציטים ואאוזינופילים, חלק מהטובולי מראים הרחבה ציסטית. אימונופלוורסנציה שלילית.
- טופלה בסולומדורול 3 ימים במינון של 250 מ"ג, ו-3 ימים בפרדניזון במינון 60 מ"ג. כמו כן נצפתה BACTERURIA: צמיחות GBS בשתי תרביות שתן. הוחל טיפול במוקסיפן במינון מותאם לתיפקוד הכליתי. כמו כן אנמיה, התקבלה עם המוגלובין 7.2 שבהמשך ירד עד 6.5, תמונה משולבת של מחסור בברזל ומחלה כרונית. טופלה בשתי מנות דם ובברזל. שוחררה עם טיפול בפרדניזון 60 מ"ג, מוקסיפן 500 מ"ג פעמיים ביום למשך 5 ימים, ארנספ, לוסק, ויטמין D. הומלץ על המשך מעקב במרפאה הנפרולוגית.
- 27.11.2019: ביקור במרפאה הנפרולוגית: ד"ר שיינברג: בבדיקות שנלקחו היום אוריה 336, קריאטינין 10.47, לויקוציטוזיס 15,000 (משני לסטרואידים). רושם: מדובר באי ספיקת כליות מתקדמת ללא תגובה לטיפול בסטרואידים. מופנית להמשך טיפול באשפוז. מבקש לחזור על בדיקות מעבדה. במידה ולא נראה שיפור נשקול אפשרות של renal replacement therapy.
- 27.11-1.12.2019: סיכום אשפוז בפנימית א': מוכרת למחלקתנו מאשפוז קודם עקב אי ספיקת כליות. הרפנתה לאשפוז מהמרפאה הנפרולוגית. בצילום חזה תפליטים פלוירליים קטנים דו"צ חדשים. במהלך האשפוז קבלה טיפול להיפרקלמיה (5.7), ולאור ההחמרה בתיפקוד הכליות וכן התחלה של סיבוכים כגון תפליטים פלוירליים וכן הפרעות אלקטרוליטיות הוחלט על ידי הצוות הנפרולוגי להתחיל דיאליזה באשפוז. בוצעה הכנסה של פרמקט ג'וגורלי מימין והוחל טיפול בהמודיאליזה. באשר לטיפול הסטרואידלי, לאור זאת שלא הוכח שיפור תחת טיפול זה נתחיל בהורדת מינון הדרגתית. טיפולי דיאליזה ללא סיבוכים, משתחררת לביתה להמשך טיפול בדיאליזה ומעקב נפרולוגי במוסדנו.
- 23.2.2019: גירורגיה שיבא: עברה השתלת כליה.
- 11.4.2021: ד"ר שרון מיני, נפרולוגיה: ברביזיה מוכוונת של טריגרים למחלה אינטרסטיציאלית נמצא כי החל מ-3.12.2017 רצף פניות לשירות ביקור רופא. תחילה עקב כאב בכתף שמאל, אז טופלה בזריקת וולטרן, ימים בודדים לאחר מכן מחלת חום שיוחסה לזיהום רספירטורי ממקור עליון וטופלה אנטיביוטית (קורס קצר ב-6.12 וקורס חוזר ב-17.12). 31.12.2017 פניה חוזרת עקב כאב כתף שמאל עם הזרקה נוספת של וולטרן IM, כל זאת ללא בירור מעבדתי או הדמייתי.
- לאור סיפור של מחלת כליה משפחתית (סב מצד האם עבר השתלת כליה, סב מצד האב עבר כריתת כליה בגיל 18 מסיבה לא ידועה) נשלחה לבירור גנטי: בבדיקת clinical exome לפאנל גנים למחלות כליה נמצאה מוטציה בגן TSCI מסוג stop codon. לסיכום: עדן אובחנה כסובלת מאי ספיקת כליות סופנית משנית למחלת Tuberous sclerosis. היא התייצגה עם ההסתמנות הכליתיות הפחות שכיחה במחלה זו, קרי ציסטות מרובות קטנות עם נזק אינטרסטיציאלי. ללא אנגיוליפומות האופייניות למחלה. בהנחה שאכן תיפקוד כליתי היה שמור ב-2012, נראה כי מדובר בהתקדמות מהירה יחסית של מחלתה. יתכן שהטיפול התרופתי שקיבלה ב-12.2017 ובכללו NSAID גרם לנזק נפרוטוקסי נוסף והאיץ מהלך הדרדרות כליתית.

דיון:

בדצמבר 2019 גב' עדן יצחק אושפזה ב"שיבא" עקב אי ספיקת כליות מתקדמת שאובחנה בבדיקות מעבדה, כאשר פיתחה תסמינים של אורמיה כשבועיים טרם אושפזה. בבדיקות הדם האחרונות שנמצאו במערכת בוצעו בשנת 2012, ודווחו כתקינות. אין כל מידע על הטיפול הכליתי במהלך 7 השנים שהלפו בין שתי הבדיקות.

לאור אי ספיקת הכליות הקשה היא עברה ביופסיה כלית שבוצעה באשפוז, ונמצאו שני ממצאים: א. תמונה של נפריטיס אינטרסטיציאלית; ב. פיברוזיס ניכרת של הגלומולרי והטובולר-אינטרסטיציום, בלוי ציסטות מרובות בטובולי.

מתוך מחשבה שישנו מרכיב חריף והפך למחלתה, לאור הנפריטיס האינטרסטיציאלית, היא טופלה במינון גבוה של סטרואידים, אולם לא הגיבה לטיפול זה ונזקקה לטיפול בהמודיאליזה כרונית עקב כשל כליתי. בהמשך היא אובחנה כסובלת ממחלת TSC על פי מיופי גנטי. היא טופלה בהמודיאליזה החל מדצמבר 2019, ועברה השתלת כלית מוצלחת בפברואר 2021.

על פי התצהיר גב' יצחק טוענת לשני גורמים שהאיצו את התקדמות מחלת הכליות: ראשית, היא מציינת שסבלה ממחלת חום עם כאבי גרון בעת שהותה בכלא הצבאי באוקטובר 2017 ונאלצה לשמור במצב זה. אין זה סביר כלל שאירוע זה גרם להתפתחות אי ספיקת הכליות, מדובר במחלה קצרת-טווח שהלפה במהרה לאחר טיפול תוך ימים ספורים. כגורם עיקרי להמרת הטיפול היא מציינת כי קיבלה שתי זריקות וולטרן במהלך חודש דצמבר 2017 בשל כאבי כתפיים.

בהתייחסות לתצהיר וכן למסמכים מנפרולוגיה ב"שיבא" ארחיב על מספר נושאים שקשורים לאבחנה של גב' עדן יצחק:

1. נפריטיס אינטרסטיציאלית חריפה (acute interstitial nephritis – AIN).
2. סוגי הפגיעה הכליתית הנובעים משימוש בתרופות non-steroidal anti-inflammatory (NSAID).
3. המעורבות הכליתית ב-TSC שגורמת להתפתחות אי ספיקת כליות.

1. acute interstitial nephritis – AIN): הינה מחלה כליתית חריפה, הגורמת לעיתים קרובות להידרדרות בטיפול הכליתי. היא מאופיינת על ידי נוכחות של תסנין דלקתי בביופסיה כלית. הגורמים להתפתחותה כוללים תרופות, זיהומים ומחלות אוטואימוניות סיסטמיות (1). תרופות מהוות 70-75% מהסיבות ל-AIN. ההסתמנות הקלינית יכולה להיות א-תסמינית או עם בחילה, הקאה והרגשה כללית רעה. לעיתים קרובות קיים מופע של מחלה אלרגית: חום, פריחה, אוזינופיליה בספירת הדם ונוכחות של כדוריות דם לבנות רבות בשתן, לעיתים עם אוזינופילים (1). תמונה אלרגית זו נעדרת באופן בולט ב-AIN שנובעת מנטייל NSAID, שם התמונה האופיינית הינה פרוטאינוריה בטווח הנפרוטי, כאשר בביופסיה קיימת תמונה של minimal change disease או membranous nephropathy. התאוששות ספונטנית מתרחשת לרוב תוך שבועות או חודשים מנטייל התרופה (1). לאור העובדה שגב' יצחק קיבלה שתי זריקות וולטרן שנתיים טרם התייצגותה עם אי ספיקת הכליות, והיות והתמונה הקלינית, המעבדתית וההסטולוגית כלל לא מתאימה ל-AIN מ-NSAID (היעדר פרוטאינוריה, לויקוציטוריה וביופסיה כלית שלא תומכת באבחנה זו) – ניתן לומר שאבחנה זו אינה רלוונטית למבקשת ההכרה.
2. תרופות ממשפחת NSAID, שוולטרן נמנית עליהן, יכולות לגרום לפגיעה כליתית במספר מגנונים ואסכם את אלה הרלוונטיים לגב' יצחק.
 - א. אי ספיקת כליות על רקע נפריטיס אינטרסטיציאלית חריפה (AIN-acute interstitial nephritis). כאמור לא רלוונטית למבקשת ההכרה.
 - ב. אי ספיקת כליות חדה על רקע המודינמי: לרוב מתגלה באופן מקרי בעת בירור של בעיה רפואית אחרת. היא מופיעה לאחר נטילה **רסנטיית** של התרופה, ומתפתחת לרוב תוך 3-7 ימים מעת הנטילה (2). ההתאוששות מתרחשת לרוב תוך מספר יממות לאחר הפסקת התרופה. לנוכח העובדה שגב' יצחק קיבלה שתי זריקות וולטרן כשנתיים טרם האשפוז, הרי שמנגנון זה אינו רלוונטי.
 - ג. התפתחות של אי ספיקת כליות כרונית: ישנם דווחים על אסוציאציה בין **שימוש ממושך** ב-NSAID לבין התפתחות של אי ספיקת כליות כרונית, אם כי הספרות הרפואית חלוקה בנושא (3). רוב המחקרים שמדווחים על קשר אפשרי מציינים שהמטופל נטל תקופה ממושכת את ה-NSAID. כך במחקר שבחן 716 מטופלים, נמצא שנטיילה של לפחות 5000 כדורים היה באסוציאציה חיובית להתפתחות מחלת כליות כרונית (4). בסקירה של 583 מקרים עם אי ספיקת כליות סופנית והיסטוריה של נטילת משככי כאב שונים,

נמצא ששימוש ב-NSAID לא היה קשור כלל להתפתחות אי ספיקת הכליות הסופנית (5). מחקר שפורסם לאחרונה על 764,228 חיילים צעירים בצבא ארה"ב מצא קשר בין צריכה של מעל 7 מנות NSAID לחודש במהלך 6 חודשים לבין התפתחות אי ספיקת כליות (6). מחקר אחר בחן 1129 צרכנים של NSAID במהלך תקופה שעלתה על 48 חודשים, ונמצא שהדבר היה כרוך בהתפתחות אי ספיקת כליות עם $eGFR > 60$ מ"ל/דקה (7). אם כך, על פי הספרות המצוטטת לעיל, רק נטילה ממושכת של NSAID יכולה להוביל לפגיעה בתיפקוד הכליתי, ומבקשת ההכרה קיבלה שתי זריקות בלבד שנחיים קודם להתייצגותה.

3. **מחלת Tuberous sclerosis complex (TSC):** הינה מחלה תורשתית המערבת איברים רבים (8) ומאובחנת בוודאות בבדיקה גנטית. היא מתאפיינת בהתפתחות גידולים שפירים באיברים רבים כולל מוח, לב, כליות, עור, עיניים, ריאות וכבד. המחלה הינה בעלת שונות רבה באופן המופע שלה גם בתוך אותה משפחה. למרות שמעורבות כליתית הינה נפוצה במחלה זו, למטופלים רבים אין כלל תסמינים כליתיים. ההסתמנות הכליתית השכיחה ביותר היא נוכחות אנגיomiolipomates, שלא היו אצל גב' עדן יצחק. ההסתמנות השניה בשכיחותה הינה מחלה ציסטית של הכליות שמדווחת בקרב 45%-17 מחולי TSC עם מעורבות כליתית. ביופסית כליה מגלה לעיתים קרובות focal segmental glomerulosclerosis, ומחלה טובולו-אינטרסטיציאלית כרונית, כנראה משנית לאובדן נפרונים (8). אצל גב' יצחק נמצאה מחלה אינטרסטיציאלית כרונית קשה עם ציסטות טובולריות רבות, וכן סקלרוזיס של מחצית מהגלומרולי. לאחרונה פורסם מאמר בעיתון נפרולוגי חשוב המתאר שתי נשים צעירות בגיל דומה לגב' עדן יצחק עם אבחנה של TSC שהתייצגו עם תמונה קלינית דומה (9). בביופסית כליה נמצאו אצל שתיהן אותם ממצאים המתוארים אצל מבקשת ההכרה. כותבי המאמר קוראים לסוג זה microcystic variant of TSC, ומציינים שיש להיות מודעים לצורה זו של המחלה שאינה נפוצה אך מובילה לאי ספיקת כליות מתקדמת ואף סופנית. במאמר עדכני אחר מצוין ש-TSC הינה מחלה נדירה, שלא תמיד מאובחנת, וכ-40% מהחולים סובלים ממחלה כליתית כרונית. הווריאנט של microcystic disease עלול לגרום להידרדרות מהירה בתיפקוד בכליתי כבר בשנות העשרה או בתחילת שנות העשרים (10).

מבקשת ההכרה פיתחה אי ספיקת כליות סופנית בדצמבר 2019. המידע היחידי על בדיקות מעבדה טרם האירוע הזה הוא שבשנת 2012 היה לה תיפקוד כליתי תקין. אין בידנו אפשרות לדעת מתי החלה ההידרדרות בתיפקוד הכליתי שהובילה, למרבה הצער, לצורך בטיפול דיאליזה ולאחר מכן להשתלת כליה. אולם על פי המהלך הקליני, ממצאי ביופסית הכליה, והספרות הרפואית המצוטטת לעיל, מחלת הכליות הכרונית של גב' עדן יצחק נובעת ממחלת ה-TSC ולא מגורם אחר.

סיכום:

לאור האמור לעיל, נראה שאין קשר סיבתי בין תנאי השירות של גב' עדן יצחק לבין התפתחות אי ספיקת הכליות הסופנית שפיתחה כשנתיים לאחר שהרורה.

הריני מצהירה בזאת, כי ידוע לי היטב שלעניין הוראת החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית משפט, דין תעודה זאת כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה שנתיי בבית המשפט.

תאריך: 14 אוקטובר 2023



פרופסור סליה ריי
מומחית לנפולוגיה
ותי - חוק דמיוני
מ.ר. 17912
חתימה: פרופ' סליה ריינשטיין
10555

References:

1. UpToDate: Clinical manifestations and diagnosis of acute interstitial nephritis. Literature review current through: Oct 2023
2. UpToDate: NSAIDs: Acute kidney injury. Literature review current through: Oct 2023
3. UpToDate: Epidemiology and pathogenesis of analgesic-related chronic kidney disease. Literature review current through: Oct 2023
4. Perneger TV, et al. Risk of kidney failure associated with the use of acetaminophen, aspirin, and nonsteroidal antiinflammatory drugs. *N Engl J Med.* 331:1675, 1994
5. Ibanez L, et al. Case-control study of regular analgesic and nonsteroidal anti-inflammatory use and end-stage renal disease. *Kidney Int* 67:2393-8, 2005
6. Nelson DA, et al. Association of nonsteroidal anti-inflammatory drug prescriptions with kidney disease among active young and middle-aged adults. *JAMA Network Open.* 2:e187896, 2019
7. Pan Y, et al. China National Survey of chronic kidney disease working group. Status of non-steroidal anti-inflammatory drugs use and its association with chronic kidney disease: a cross-sectional survey in China. *Nephrology (Carlton)* 19:655-60, 2014
8. UpToDate: Tuberous sclerosis complex: Genetics, clinical features, and diagnosis. Renal manifestations of tuberous sclerosis complex. Literature review current through: Oct 2023
9. Kronick J, et al. Microscopic kidney disease in Tuberous Sclerosis Complex and treatment with mTOR inhibition. *American Journal of Kidney Diseases* 82:772-775, 2023
10. Bissler JJ, et al. Progress in Tuberous Sclerosis Complex renal disease. *Critical Reviews in Oncogenesis*, 27:35-49, 2022