

דוקטור חזן דני , מומחה בכירורגיה כללית

M.D. Hazan Danny , General Surgery

Clinical Office: כתובת המרפאה:

Eben Gvirol 124, migdal ha 100, Tel-Aviv רח' אבן גבירול 124, מגדל המאה, תל-אביב

Mail address: כתובת למשלוח דואר:

Ha Hatzmaut road 37/31 רח' דרך העצמאות 37\31

Yeoud-Monosom 5630203 יהוד-מונוסון, 5630203

Appointments: 0526533399 לקביעת תורים – 0526533399

E-mail: dannyhazan2003@yahoo.com דואר אלקטרוני: dannyhazan2003@yahoo.com

Date: 25.11.2025 תאריך:

חוות דעת רפואית משפטית

הנדון: ציון אברהם. ת.ז. 5118402-6 - חוות דעת ברשלנות רפואית.

שם המומחה: דר חזן דני.

מעונו: דרך העצמאות 31\37, יהוד- מונוסון.

מקום עבודתו: שיבא תל השומר, רמת גן .

אני החתום מטה נתבקשתי, על ידי עו"ד עמית פוגל מ.ר. 64176, לחוות דעתי המקצועית בשאלה המפורטת להלן, חוות דעת ברשלנות רפואית בעניין הנדון. אני נותן חוות דעתי זאת במקום עדות בבית משפט, אני מצהיר זאת כי ידוע לי היטב, שלעניין הוראת החוק הפלילי בדבר עדות שקר בשבועה בבית המשפט, דין חוות דעתי זאת כשהיא חתומה על ידי, כדין עדות בשבועה שנתתי בבית משפט.

ואלה פרטי השכלתי וניסיוני:

בוגר בית ספר לרפואה שנת 2009.

נאמן מטעם ICRC, Surgical management in austere environments, 2018.

נאמן משרד הבריאות, לסיכונים במחלקה הכירורגית. 2020.

תואר שני במנהל מערכות הבריאות והציבור + תזה, אוניברסיטת בר-אילן, 2021.

מדריך קליני מטעם אוניברסיטת תל-אביב 2021.

2022 Up To Date® Certified Trainer.

מומחה בכירורגיה כללית 2022. מ.ר.מ 1-44222

רופא בכיר במחלקה הכירורגית 2022-2023.

התמחות על כירורגית ילדים, שיבא תל השומר, 2023.

חבר בהסתדרות הרופאים לישראל

חבר באיגוד הכירורגים.

המסמכים הרפואיים והרשומות הרפואיות שעמדו לרשותי בעת עריכת חוות הדעת ואשר נשלחו אלי ממשרדו של עוה"ד עמית פוגל - משרד עורכי דין AFG, רמת גן, המיצג את התובע, מפורטים להלן:

מ-1 – מכתב קבלה דלקת בכיס המרה באשפוז, 12.05.25.

מ-2- מכתב אשפוז, מחלקה כירורגית, שמיר.

מ-3- מכתב אשפוז בטיפול נמרץ כללי במרכז הרפואי עש שמיר.

מ-4- דוח EUS לפני ניתוח .

מ-5 - דוח ניתוח ראשון לכריתת כיס המרה.

מ-6 – דוח ניתוח שני, לפרטומיה דחופה.

מ-7- דוח טיפול נמרץ המרכז רפואי שמיר כולל טיפול תרופתי

מ-8 – CT בטן חזה אנגיו לאחר ניתוח ראשון .

מ-9- דוח טרום הרדמה

מ-10- קבלה סיעודית לפני ואחרי ניתוח .

מ-11 – דוח פטירה , טיפול נמרץ כללי , מרכז רפואי שמיר.

פרשת המקרה:

אדון, ציון אברהם ז"ל, נפטר בתאריך 16.2.25, ת.ז. 5118402-6, התקבל אלקטיבית לניתוח כריתת כיס מרה לאחר תלונות על אבנים סימפטומטיות בכיס המרה. בהדמיה הדגים אבנים בכיס המרה וכן סעיף גדול בסיגמא. לאחר ישיבה רב משתתפים במחלקה הכירורגית הוחלט להשלים EUS ולהפנותו לניתוח אלקטיבי לכריתת כיס המרה.

בעברו - מצב אחרי, (מלא) תיקון בקע מפשעתי

ידוע על BPH תחת טיפול בקסטראל וספזמקס.

מלאפטי 2, ASA 2, צלול ועצמאי.

חוות דעת רפואית, למנוח ללא מחלות רקע משמעותיות, בקשר לפטירת מטופל לאחר ניתוח לכריתת כיס מרה (Laparoscopic Cholecystectomy), עקב פגיעה בצינור הכבד המשותף (Common Hepatic Duct – CHD) ודימום מעורק הכבד הימני (Right Hepatic Artery – RHA), פגיעות לא זוהו או טופלו במועד אשר הובילו לפריטוניטיס ביליארי, וגרמו להידרדרות וכשל רב-מערכתי ולמוות.

לאור המידע הרפואי, נתוני התיק, המהלך הקליני הידוע והספרות המקצועית, לא ניתן לחלוק על כך שסיבת המוות הישירה היא הפגיעה הניתוחית בצינור הכבד המשותף (Common Hepatic Duct) ובעורק הכבד הימני (Right Hepatic Artery) במהלך ניתוח לכריתת כיס המרה.

פגיעה זו, שלא זוהתה ולא טופלה במועד, הובילה לדלף מרה תוך-צפקי ולדימום, אשר התפתחו במהירות לפריטוניטיס ביליארי, אלח דם, (Sepsis) כשל רב-מערכתי (MODS) ולבסוף למוות. רצף זה תואם באופן מלא את הידוע בספרות הכירורגית והפתופיזיולוגית לגבי סיבוכים חמורים של פגיעה בדרכי המרה ובעורק הכבד במהלך ניתוח.

מונחים רפואיים:

Critical View of Safety (CVS):

מונח זה מתאר את הטכניקה הכירורגית שהוגדרה לראשונה ע"י Strasberg בשנת 1995, ומטרתה למנוע פגיעות בדרכי המרה. הוא מהווה את הסטנדרט הבינלאומי המחייב בניתוחי כריתת כיס מרה בלפרוסקופיה. לפי שיטה זו, לפני חיתוך מבנים כלשהם, יש לבצע:

ניקוי מלא של שומן ורקמה פיברוטית מהצוואר של כיס המרה (Calot's Triangle).

חשיפת שני מבנים בלבד שנכנסים לכיס המרה - הציסטיק דקט והעורק הציסטי.

הפרדה תת-כבדית של כיס המרה מבסיסו, לפחות בשלישו התחתון.

“Critical View of Safety is the most effective method to prevent bile duct injuries and is a requirement in all laparoscopic cholecystectomies”.

Strasberg SM. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2002;9(5):543-547.

:Common Hepatic Duct (CHD)

צינור הכבד המשותף הוא הצינור המוביל מרה מן הכבד (מהאונות הימנית והשמאלית) דרך האיחוד של הצינורות ההפטיים הימני והשמאלי. הוא מתאחד עם ה-Cystic Duct מהכיס ליצירת ה-Common Bile Duct (CBD).

“The CHD is vulnerable to misidentification during dissection of Calot’s triangle. Its injury typically results from being mistaken for the cystic duct”.

Way LW et al. Ann Surg. 2003;237(4):460-469.

:Right Hepatic Artery (RHA)

העורק ההפטי הימני הוא סעיף מה-Hepatic Artery Proper, ומספק דם לאונה הימנית של הכבד. הוא עובר סמוך מאוד ל-CHD, ולעיתים אף מאחוריו - ולכן פגיעתו שכיחה במקרים של זיהוי מוטעה של דרכי המרה. פגיעה בעורק זה עלולה לגרום ל: דימום תוך-בטני חמור, איסכמיה בכבד הימני, נמק, יצירת מורסות כבד ותמותה מוגברת במידה וקיימת גם פגיעה בדרכי המרה

“Injury to the right hepatic artery is frequently associated with bile duct injuries and worsens the outcome due to ischemia and infection”.

Bektas H et al. HPB (Oxford). 2009;11(1):37-42.

“Combined injury to RHA and bile duct significantly increases morbidity and often results in liver segmental atrophy or failure”.

Kaman L et al. Surg Endosc. 2004;18(8):1196-1199.

דין:

בחוות דעת זו אתייחס לטיפול הרפואי שניתן לאדון אברהם ציון ז"ל במסגרת הטיפול בביה"ח שמיר. בתחום הכירורגיה הכללית. השאלה העיקרית שמוצגת במקרה זה האם המטופל עבר ניתוח בהתאם לאינדיקציה הרפאית הידועה והאם ביה"ח ופעל בהתאם לסטנדרט הרפואי המקובל והאם יש חשד לרשלנות רפואית בניתוח. הבנת האנטומיה והפרקטיקה המקובלת (CVS) חיונית למניעת נזקים חמורים אלו. כל חריגה מזיהוי תקין של CHD, CBD ו-RHA תוך ויתור על כללי CVS נחשבת לסטייה חמורה מסטנדרט הזהירות המחייב את הרופא המנתח.

על מנת לענות על שאלות אלו אבקש להתייחס למספר נקודות רפואיות מקדימות:

1. האם הייתה חריגה מסטנדרט רפואי סביר במהלך הניתוח?
2. האם הפגיעות בכלי המרה והדם היו ניתנות למניעה?
3. האם להתנהלות הייתה תרומה ישירה למותו של המטופל?

1.

מהעיון בדוח הניתוח עולה כי מצוין בו שהושגה *Critical View of Safety (CVS)* אולם מתיאור שלבי הניתוח לא ניתן להסיק כיצד שלב זה בוצע בפועל. בדוח הניתוח מצוין כי זהו צינור ציסטי ועורק ציסטי, נוצר חלון אחורי, והושגה *Critical View of Safety (CVS)* עם זאת, מהתיעוד הקיים לא ניתן לשלול אפשרות כי תיאור זה מהווה נוסח מובנה בתבנית הדוח, שנרשם אוטומטית, ולא תיעוד מפורש של שלבי הניתוח שבוצעו בפועל. בהיעדר פירוט של פעולות הניתוח המדויקות, כגון האופן בו בודדו הצינור והעורק, כיצד נוצר החלון האחורי, והדרכים בהן הושגה CVS לא ניתן לקבוע בוודאות כי השגת ה- CVS בוצעה בפועל, ולא מדובר בכשל בתיעוד בלבד או בנוסח מובנה אוטומטי.

בהיעדר תיעוד מפורט, לא ניתן לשלול אפשרות כי ציון ההשגה של ה- CVS מהווה ניסוח מובנה בתבנית הדוח, או לחלופין כי מדובר בכשל תיעודי. כך או כך, התיעוד הקיים אינו מאפשר לוודא כי הניתוח בוצע בהתאם לסטנדרט הבטיחות הנדרש בפרוצדורה זו.

מהתיעוד הרפואי עולה כי לאחר כריתת כיס מרה לפרוסקופית הופיעו אצל המטופל סימנים קליניים ברורים לדליפת מרה ולפריטוניטיס, כולל חוסר יציבות המודינמית שדרש טיפול באמינים ווסופרסורים בטיפול נמרץ. עם זאת, האבחנה המדויקת בוצעה באיחור, ורק לאחר ביצוע CT בטן שהדגים את הדליפה הניכרת הוחלט על המשך טיפול מתאים.

בהתאם לפרקטיקה הרפואית המקובלת:

1. סימנים קליניים ברורים לאחר כריתת כיס מרה, כגון כאב בטן, טכיקרדיה, חוסר יציבות המודינמית, חום או עליה במדדי דלקת מהווים אינדיקציה לאבחנה מהירה של סיבוכים פוסט-אופרטיביים, לרבות דליפת מרה.

2. האבחנה המאוחרת מצביעה על פער בין הופעת הסימנים לבין התגובה האבחנתית, מה שמוגדר כאיחור באבחנה.

3. התגובה האופטימלית בנקודת הזמן של הופעת הסימפטומים הייתה:

✓ הערכה מיידית של המטופל, כולל בדיקות מעבדה רלוונטיות.

✓ ביצוע בדיקה דימותית מוקדמת לאישור דליפת מרה.

✓ בחינת הצורך בטיפול כירורגי או פרוצדורלי מיידי במידה והדימות או מצב המטופל מצביעים על דליפה משמעותית.

מסקנה: האיחור באבחנה נבע מהיעדר הערכה דחופה של סימנים קליניים ברורים, ולא בשל מגבלה בלתי נמנעת בטיפול. הקפדה על תגובה מהירה לסימנים אלו הייתה מאפשרת קבלת אבחנה מהירה יותר והתחלת טיפול מוקדם יותר, דבר שהיה עשוי לצמצם את חומרת הסיבוכים.

בניתוח השני, קיימת עדות לפגיעה ב-CHD וב-Right Hepatic Artery אשר החמיר את הסיבוך, והעלאה את הסיבוך לתחלואה ותמותה. ניסיון תיקון בוצע בניתוח לפרוסקופי חוזר, למרות הידרדרות סיסטמית דבר שעולה שאלות מקצועיות לגבי ההתנהלות. במקרים של פריטוניטיס מתקדם, חולים מבוגרים, ודליפת מרה עם חשד לפגיעת כלי דם אין הצדקה מקצועית לביצוע תיקון חוזר בלפרוסקופיה.

“In unstable patients or suspected vascular injury, relaparoscopy is contraindicated; open surgery is preferred”.

Stewart L, Way LW. Arch Surg. 1995;130(11):1123-1128.

לכן, ההחלטה להמשיך לפרוסקופית ולא לבצע פתיחה מלאה נוגדת נהלים רפואיים. וכן במקרים מורכבים כמו זה נכון לבצע הפנייה למרכז מומחה בדרכי מרה או לפחות לקרוא לעזרה למומחה הפטו-בילארי.

“Failure to achieve CVS mandates conversion or referral; proceeding without it is unacceptable”.

Strasberg SM. HPB (Oxford). 2014;16(12):1113-1116.

בית החולים המדובר כולל מומחה פטו-בילארי זמינים, שניתן היה לקרוא אליהם באופן מיידי לצורך הערכת המקרה או ביצוע טיפול כירורגי מתקדם. מכאן, ניתן לקבוע כי במצב זה היה נכון ואף מצופה על פי סטנדרט רפואי לפנות למומחה ולא להמשיך בהליך מורכב ללא תמיכה.

בנוסף, מתוך דוח הניתוח הראשון (כריתת כיס מרה אלקטיבית) עולה כי המנתח הראשי היה פנימאי, ולא בעל הכשרה כירורגית. הדבר מהווה סטייה מהפרקטיקה הרפואית המקובלת בישראל, בה רק מומחה בכירורגיה רשאי לבצע ניתוחים, ורק מתמחה בכירורגיה רשאי לבצע ניתוח בנוכחות מומחה בכירורגיה.

לפי מאגר המנתחים של משרד הבריאות, המנתח הרשום כפנימאי וכמומחה טיפול נמרץ. אין בידינו מידע על הרשאות מיוחדות המאפשרות לו לבצע ניתוחים כירורגיים. בהיעדר הכשרה כירורגית, יש מקום לשאול האם הייתה לו הרשאה לבצע ניתוחים כירורגיים, ובפרט כריתת כיס מרה, שהיא הליך כירורגי מורכב.

עוד עולה כי המנתחים שביצעו את ההליך היו מתמחים, ולפי הרשומות, לא ידוע אם הייתה להם הרשאה או ניסיון מספק לביצוע ניתוחים מורכבים מסוג זה, ובוודאי לא במצב של סיבוך בדרכי המרה.

בהתאם לספרות המקצועית ולסטנדרטים הבינלאומיים, במקרים שבהם קיימת דליפת מרה או חשד לפגיעה בדרכי מרה, קיימת חובה רפואית להפנות את המטופל למומחה הפטו-ביליארי או למרכז ייעודי. אי-קריאה למומחה במצב כזה מהווה סטייה מהנהוג הרפואי הסביר, ויכולה להיחשב ככשל ניהולי וכירורגי.

2.

כשל בזיהוי אנטומיית דרכי המרה (CHD כציסטיק דקט):

הספרות המקצועית קובעת כי מרבית הפגיעות בדרכי המרה נובעות מזיהוי מוטעה של מבנים אנטומיים. בפרט, טעות קלאסית היא זיהוי שגוי של ה-CHD כציסטיק דקט טעות שנחשבת לכשל כירורגי מקצועי.

"The most common cause of bile duct injury is the misidentification of the common hepatic duct as the cystic duct."

.Strasberg SM. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2002;9(5):543-547

"Most injuries are not due to difficult anatomy, but rather a perceptual error where the CHD is mistaken for the cystic duct"

.Way LW et al. Ann Surg. 2003;237(4):460-469

"This misidentification is a well-recognized mechanism of injury during cholecystectomy"

.Nuzzo G et al. Arch Surg. 2005;140(10):986-992

מכאן שזיהוי מוטעה של ה-CHD כציסטיק דקט, כשל מקצועי מוכר ומתועד היטב. ולכן נתמך היטב על ידי כמה מהמאמרים המכוננים והמצוטטים ביותר בתחום הכירורגיה של דרכי המרה. כל אחד מהם מתאר במפורש ש-misidentification of the CHD as the cystic duct הוא כשל מקצועי ברור ומוכר לא טעות נדירה או "בלתי נמנעת".

"Injuries are not usually due to inexperience or difficult anatomy but rather a visual perceptual illusion where the common hepatic duct is misperceived as the cystic duct."

Way LW, Stewart L, Gantert W, et al. "Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries." Ann Surg. 2003;237(4):460-469

רוב הפגיעות בדרכי המרה לא נגרמות מקושי טכני אלא מאשליה ויזואלית כלומר, זיהוי מוטעה של ה-CHD כציסטיק דקט.

The principal mechanism of injury is misidentification of biliary anatomy, particularly the “common hepatic duct mistaken for the cystic duct”.

Nuzzo G, Giulianti F, et al. "Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: results of an Italian national survey." Arch Surg. 2005;140(10):986-992.

המנגנון העיקרי לפגיעה הוא זיהוי שגוי של האנטומיה ובעיקר טעות בזיהוי ה-CHD כציסטיק דקט.

פגיעה ודימום מהעורק ההפטי הימני (RHA):

פגיעה בעורק ההפטי הימני היא סיבוך מוכר אך חמור, ולעיתים מתרחשת בשילוב עם פגיעה בצינור המרה. היא עלולה לגרום לדימום קשה, איסכמיה כבדית, נמק, דלקת קשה, ולעיתים אף למוות.

"Right hepatic artery injury often occurs in association with bile duct injury and may "complicate the clinical course significantly".

Kaman L et al. "Management of major bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy." Surg Endosc. 2004;18(8):1196-1199.

"Injury to the RHA can result in massive hemorrhage, hepatic ischemia, or abscess formation, especially when accompanied by biliary leak".

Bektas H et al. "Right hepatic artery injury associated with bile duct injury." HPB (Oxford). 2009;11(1):37-42.

"Combined vascular and biliary injuries significantly increase morbidity and mortality".

Flum DR et al. JAMA. 2003;290(16):2168-2173.

לפיכך, הפגיעה בעורק ההפטי הימני במקרה זה מהווה גורם תורם משמעותי לתמותה.

כשל במניעת הפגיעה ובזיהוי הסיבוכים:

לא בוצעה הדמיה תוך ניתוחית (כגון IOC – Intraoperative Cholangiography), לא תועד נכון ניסיון להשיג Critical View of Safety, ולא בוצעה הערכת דימום תוך-ניתוחי. כל אלה היו עשויים למנוע את הפגיעה או לאבחן אותה מידית. לפי הספרות המקובלת (כולל הנחיות IOC-ISAGES, EAES) אינה מבוצעת באופן שגרתי בכל ניתוח, אך נחשבת לפרקטיקה מומלצת במצבים בהם קיימת אנטומיה לא ברורה, דלקת קשה, או קושי בהשגת CVS. בבית חולים בישראל הזמינות ל IOC נמצא בכל בית החולים, היה והיו מערבים מומחה הפטו-בליארי ככל הנראה היה משתמש בפרקטיקה הזו והיה ככל הנראה נמנע הפגיעה הקשה, לא ננקטו האמצעים המקובלים שיכלו למנוע את הפגיעה או לזהותה בזמן אמת.

בנוסף, לאחר הניתוח, כאשר מופיעים סימנים קליניים ברורים של דליפת מרה או פריטוניטיס, ההנחיות הרפואיות קובעות שיש לבצע בדיקת דימות מוקדמת בדרך כלל CT בטן עם חומר ניגוד המטופל הראה סימני שוק ודליפה ברורים, אך ה־ CT בוצע רק לאחר שהמטופל כבר היה בטיפול נמרץ תחת ואזופרסורים משמעות הדבר היא שיתכן כי חלפו שעות רבות בין הופעת הסימנים לבין ביצוע הדימות וזהו איחור משמעותי מבחינת התגובה הקלינית והאבחנתית.

הצטברותם של שני כשלים אלו מהווה סטייה מהפרקטיקה הרפואית המקובלת ומהסטנדרט הסביר של טיפול במצבי סיבוך לאחר כריתת כיס מרה.

3.

קיים קשר סיבתי ישיר וברור בין התנהלות הצוות, הטיפול הרפואי הלקוי אשר הוענק למנוח ופטירתו המצערת. אלמלא הפגיעה בדרכי מרה, כשלי הטיפול והאבחון אשר נסקרו בחוות דעתי, הפריטוניטיס הבילארי ואלח הדם, המנוח היה נהנה מהחלמה מלאה.

לסיכום:

לדעתי, מדובר במקרה מובהק של רשלנות רפואית כירורגית חמורה, עם סטייה ברורה מהפרקטיקה הסבירה המצופה ממנתח וממוסד רפואי.

בברכה,
 דר חזן דני מ.ר. 117207, מ.ר.מ. 44222

ספרות:

Strasberg SM. "Avoidance of bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy." J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2002;9(5):543-547.

Way LW et al. "Causes and prevention of laparoscopic bile duct injuries." Ann Surg. 2003;237(4):460-469.

Nuzzo G et al. "Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy." Arch Surg. 2005;140(10):986-992.

Flum DR et al. "Bile duct injury during cholecystectomy and survival." JAMA. 2003;290(16):2168-2173.

Kaman L et al. "Management of major bile duct injuries." Surg Endosc. 2004;18(8):1196-1199.

Bektas H et al. "Right hepatic artery injury associated with bile duct injury." HPB (Oxford). 2009;11(1):37-42.