

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: 15.08.26 תאריך:

חוות דעת רפואית משפטית משלימה

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 אריאל פרייברג, לחוות דעתי המקצועית בשאלה המפורטת להלן, חוות דעת משלימה 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 Surgical management in austere environments, ICRC, 2018.

נאמן משרד הבריאות, לסיכונים במחלקה הכירורגית. 2020.

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

תואר שלישי במנהל מערכות ובריאות אוניברסיטת בר-אילן -2025

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.

וכן חוות הדעת מטעם ההגנה של פרופ' קלוגר , כירורגיה כללית שעמדו לרשותי בעת עריכת חוות הדעת המשלימה ואשר נשלחו אלי ממשדו של עוה"ד איראל פרייברג - משרד עורכי דין פרייברג רסקין ממשד עורכי דין, רמת גן, המיצג את התובע.

מבוא

לאחר שעיינתי בחוות הדעת מטעם ההגנה, ברשומה הרפואית המלאה, בדוחות הניתוח, בבדיקות ההדמיה ובמסמכי האשפוז, מצאתי לנכון להגיש חוות דעת רפואית משלימה. מטרתה של חוות דעת זו אינה לחזור על האמור בחוות דעתי המקורית, אלא להתייחס באופן ענייני ושיטתי לטענות שהועלו בחוות דעת ההגנה, ולהבהיר מדוע מסקנותיה אינן עולות בקנה אחד עם הידע המדעי העדכני, ההנחיות הבינלאומיות המקובלות והסטנדרט הכירורגי המחייב בניתוחי כריתת כיס מרה.

חוות דעת ההגנה של פרופ' קלוגר מבססת את מסקנותיה על ההנחה כי עצם העובדה שפגיעה בדרכי המרה היא סיבוך מוכר של כריתת כיס מרה לפרוסקופית שוללת קיומה של התרשלות רפואית. הנחה זו אינה משקפת את עמדת הספרות המקצועית ואינה עולה בקנה אחד עם ההנחיות העדכניות של האיגודים הכירורגיים הבינלאומיים. אין מחלוקת כי פגיעה בדרכי המרה היא סיבוך מוכר של כריתת כיס מרה, אולם ההכרה בקיומו של סיבוך אפשרי אינה פוטרת את המנתח ואת המוסד הרפואי מהחובה לנקוט בכל אמצעי הזהירות המקובלים למניעתו, לזהותו במועד כאשר הוא מתרחש, ולהעניק טיפול מיטבי בהתאם לסטנדרט המקצועי.

בעשור האחרון פורסמו מספר מסמכי קונצנזוס והנחיות בינלאומיות אשר שינו באופן מהותי את תפיסת הבטיחות בניתוח כריתת כיס מרה. מסמכים אלה, ובראשם הנחיות ה World Society of Emergency Surgery (WSES), Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), European Association for Endoscopic Surgery (EAES) וכן מסמכי הקונצנזוס של האיגודים ההפטו-ביליאריים, מדגישים כי מניעת פגיעה בדרכי המרה אינה מסתכמת בביצוע טכני של שלבי הניתוח, אלא מחייבת אימוץ תרבות בטיחות מובנית הכוללת זיהוי אנטומי מדויק, השגת Critical View of Safety בהתאם להגדרתו המקורית, הערכה מחודשת בכל מקרה של ספק אנטומי, שימוש באמצעי עזר כאשר קיימת אי-בהירות, זיהוי מוקדם של סיבוכים לאחר הניתוח והעברת הטיפול למומחה מתאים כאשר הפגיעה חורגת מגבולות ההתמודדות השגרית.

לאור עקרונות אלו, אין די בקביעה כי הפגיעה שנגרמה למנוח הייתה "סיבוך מוכר". השאלה המקצועית והמשפטית הרלוונטית היא האם הצוות הרפואי פעל בהתאם לסטנדרט הזהירות המצופה ממנתח סביר בכל אחד משלבי הטיפול: טרם הניתוח, במהלכו, לאחריו ובמהלך הטיפול בסיבוך שהתפתח. בהתאם לכך, חוות דעת משלימה זו תבחן אחת לאחת את טענות מומחה ההגנה ותשווה אותן להנחיות הבינלאומיות העדכניות, לסקירות שיטתיות ולמסמכי הקונצנזוס המקצועיים, ולא למאמרים בודדים בלבד.

למען הסר ספק, איני חולק על כך שחלק מן הסיבוכים בניתוחי כריתת כיס מרה עלולים להתרחש גם בידי מנתחים מנוסים. עם זאת, כאשר מתפתחת פגיעה משמעותית בדרכי המרה המלווה בדליפת מרה, פריטוניטיס, אלח דם ולבסוף פטירת המטופל, קיימת חובה מקצועית לבחון האם נשמרו כל עקרונות הכירורגיה הבטוחה והאם קיים הסבר חלופי סביר לתוצאה מעבר להגדרה הכללית של "סיבוך מוכר". כפי שיוצג להלן, בחינת הנתונים העובדתיים והספרות המדעית אינה תומכת במסקנות חוות דעת ההגנה, אלא מחזקת את המסקנה כי במקרה זה קיימות מספר סטיות מהותיות מהסטנדרט הכירורגי המקובל, אשר תרמו באופן מצטבר להתפתחות הסיבוך הקטלני.

פרק א': משמעות השגת ה- Critical View of Safety והאם ניתן להסיק כי הושג במקרה זה

1. עקרונות ה-Critical View of Safety

מאז פרסום עבודתו המכוננת של Strasberg בשנת 1995, ה- Critical View of Safety (CVS) נחשב לאמצעי הבטיחות המרכזי למניעת פגיעות בדרכי המרה במהלך כריתת כיס מרה לפרוסקופית. מטרתו של ה- CVS היא למנוע את מנגנון הפגיעה השכיח ביותר בניתוח זה זיהוי שגוי (misidentification) של מבנים אנטומיים, ובעיקר טעות שבה צינור הכבד המשותף (Common Hepatic Duct - CHD) או צינור המרה הראשי (Common Bile Duct - CBD) מזוהים בטעות כצינור הציסטי.

ההנחיות העדכניות של ה- World Society of Emergency Surgery (WSES), ה- Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons (SAGES), ה- European Association for Endoscopic Surgery (EAES) ומסמכי הקונצנזוס של האיגודים ההפטו-ביליאריים קובעים באופן עקבי כי השגת CVS היא אבן היסוד של כריתת כיס מרה בטוחה.

בהתאם להגדרתו המקורית של Strasberg, השגת CVS מחייבת שלושה תנאים מצטברים:

1. ניקוי מלא של המשולש ההפטוציסטי (Hepatocystic Triangle) משומן ורקמה פיברוטית.
2. הפרדת השליש התחתון של כיס המרה ממיטת הכבד.
3. זיהוי חד-משמעי של שני מבנים בלבד הנכנסים לכיס המרה - הצינור הציסטי והעורק הציסטי - ורק לאחר מכן ביצוע קליפינג או חיתוך.

הנחיות (2020) WSES מדגישות כי כל אחד משלושת המרכיבים הללו חייב להתקיים במלואו. העדר אחד מהם אינו מאפשר לקבוע כי הושג CVS.

2. האם עצם הרישום בדוח הניתוח מוכיח שה- CVS הושג?

בחוות דעת ההגנה קיימת הנחה כי מאחר שבדוח הניתוח נרשם שהושג Critical View of Safety יש לראות בכך הוכחה כי שלב זה אכן בוצע כנדרש.

עם כל הכבוד, מסקנה זו אינה עולה בקנה אחד עם הספרות המקצועית.

הנחיות WSES ו-SAGES מדגישות כי תיעוד מילולי של CVS אינו מהווה כשלעצמו הוכחה להשגתו. מסיבה זו פותחה בשנים האחרונות גישה של **Documentation of CVS**, הכוללת צילום או תיעוד וידאו של שלושת מרכיבי ה-CVS לפני חיתוך הצינור והעורק הציסטיים. מטרת דרישה זו היא למנוע מצב שבו רישום בדוח הניתוח אינו משקף באופן מדויק את המהלך הכירורגי בפועל.

גם סקירות שיטתיות עדכניות הראו כי קיימת שונות רבה בין דיווח של מנתחים על השגת CVS לבין הערכה בלתי תלויה של צילומי הניתוח, ולעיתים קרובות נמצא כי למרות שהמנתח דיווח כי הושג CVS, הקריטריונים האנטומיים לא התקיימו במלואם.

לפיכך, אין די ברישום המילים "Critical View of Safety" הושג" כדי להוכיח כי שלושת התנאים הנדרשים אכן מולאו.

3. התיעוד במקרה הנדון

בדוח הניתוח צוין כי זוהו הצינור הציסטי והעורק הציסטי, נוצר חלון אחורי, והושג Critical View of Safety.

עם זאת, הדוח אינו מפרט:

- כיצד בוצעה דיסקציה של המשולש ההפטוציסטי.
- האם הוסרו כל הרקמות שהסתירו את האנטומיה.
- האם הופרד השליש התחתון של כיס המרה ממיטת הכבד.
- כיצד אומת כי רק שני מבנים בלבד נכנסים לכיס המרה.
- האם בוצעה עצירה ("time-out") לצורך אימות ה-CVS.
- האם קיימים תיעוד צילומי או וידאו של השלב הקריטי.

היעדרם של נתונים אלו אינו מאפשר לקבוע, ברמת הסתברות רפואית מקובלת, כי ה-CVS הושג בפועל.

4. משמעות הפגיעה שהתגלתה לאחר הניתוח

במקרה שלפנינו התגלתה פגיעה ב־ Common Hepatic Duct אשר לוותה בדליפת מרה משמעותית, ובהמשך גם בפגיעה בעורק ההפטי הימני (Right Hepatic Artery).

מדובר בשילוב פגיעות המתואר בספרות הקלאסית כאחד הביטויים האופייניים ביותר לזיהוי אנטומי שגוי במהלך כריתת כיס מרה.

אמנם אין די בעצם קיומה של פגיעה כדי להוכיח בוודאות כי לא הושג, CVS אולם כאשר קיימת פגיעה במבנים אנטומיים מרכזיים, קיימת חובה מקצועית לבחון באופן ביקורתי האם שלב הבטיחות בוצע כנדרש, ולא להסתפק ברישום טכני בדוח הניתוח.

לפיכך, התוצאה הניתוחית עצמה מחייבת בחינה מחודשת של השגת ה- CVS ואינה מאפשרת לקבל באופן אוטומטי את האמור בדוח הניתוח.

מסקנה

חוות דעת ההגנה מניחה כי עצם רישום השגת ה- CVS מהווה הוכחה מספקת לעמידה בסטנדרט הכירורגי. עמדה זו אינה נתמכת בהנחיות הבינלאומיות העדכניות.

בהיעדר תיעוד מפורט של שלושת מרכיבי ה- CVS ובהיעדר תיעוד חזותי של שלב זה, לא ניתן לקבוע כי אכן הושג Critical View of Safety כנדרש.

יתרה מכך, עצם העובדה שהתפתחה פגיעה משמעותית ב- CHD אשר חייבה ניתוח חוזר והובילה להתדרדרות הקלינית של המטופל, מחייבת בחינה ביקורתית של השגת ה- CVS ואינה מתיישבת עם ההנחה כי שלב הבטיחות המרכזי בוצע באופן מלא ותקין.

לפיכך, אין בחוות דעת ההגנה בסיס מקצועי המאפשר לקבוע כי עצם הרישום בדוח הניתוח שולל אפשרות של כשל בזיהוי האנטומיה או סטייה מעקרונות ה-Safe Cholecystectomy.

פרק ב': מנגנון הפגיעה בדרכי המרה, האם פגיעה מסוג Strasberg D שוללת טעות בזיהוי (Misidentification) ?

1. מבוא

אחת הטענות המרכזיות בחוות דעת ההגנה היא כי במקרה הנדון לא אירעה טעות בזיהוי האנטומיה (Misidentification Error) מאחר שהפגיעה שאובחנה הייתה מסוג Strasberg D פגיעה לטרלית חלקית בצינור הכבד המשותף (Common Hepatic Duct - CHD) ולא כריתה מלאה של הצינור.

לטענת מומחה ההגנה, אילו היה מדובר בזיהוי שגוי של ה- CHD כצינור הציסטי, היה צפוי למצוא חיתוך מלא של ה- CHD ולא פגיעה חלקית בלבד.

לדעתי המקצועית, מסקנה זו אינה נתמכת בספרות הכירורגית ואינה עולה בקנה אחד עם מנגנוני הפגיעה המתוארים בהנחיות ובמחקרים העדכניים.

2. מנגנון הפגיעה השכיח ביותר בכריתת כיס מרה

מאז עבודתם המכוננת של Way ושל Strasberg מקובל כי מרבית הפגיעות בדרכי המרה אינן נגרמות בשל קושי טכני, אלא בשל שגיאה תפיסתית (Perceptual Error).

כלומר, המנתח משוכנע כי הוא מזהה את הצינור הציסטי, בעוד שבפועל מדובר ב־ Common Hepatic Duct או ב־ Common Bile Duct.

חשוב להדגיש כי מדובר בטעות תפיסתית של האנטומיה ולא בכשל טכני בלבד.

הנחיות ה־ WSES (2020), מסמך ה־ Safe Cholecystectomy של SAGES וכן סקירות שיטתיות עדכניות, מצינות באופן עקבי כי מנגנון זה אחראי לרוב הפגיעות המשמעותיות בדרכי המרה.

לפיכך, עצם קיומה של פגיעה ב־ CHD מחייב בחינה האם אירעה טעות בזיהוי האנטומי, גם אם הפגיעה אינה מלאה.

3. האם Misidentification מחייב חיתוך מלא של הצינור?

התשובה היא לא.

בספרות הכירורגית אין כל קביעה שלפיה טעות בזיהוי אנטומי חייבת להסתיים בכריתה מלאה של ה־ CHD. להפך אותו מנגנון של Misidentification עלול לגרום למספר סוגי פגיעות: פגיעה לטרלית (Lateral Injury), חיתוך חלקי (Partial Transection), ניקוב (Perforation), הנחת קליפים על ה־ CHD, פגיעה תרמית או כריתה מלאה. כלומר, מנגנון הפגיעה אינו מכתוב בהכרח את חומרת הפגיעה. חומרת הנזק תלויה בגורמים נוספים ובהם: זווית הדיסקציה, עומק החיתוך, השלב שבו המנתח זיהה כי טעה, סוג מכשיר האנרגיה שבו נעשה שימוש, מספר הקליפים שהונחו וניסיונות חוזרים לחשיפה.

מומחה ההגנה מציג למעשה משוואה פשוטה:

Misidentification = Transection מלאה

ולכן מסיק:

Transection מלאה = אין Misidentification

משוואה זו אינה מופיעה באף הנחיה בינלאומית ואינה נתמכת בספרות המקצועית.

למעשה, מדובר בהסקה שאינה מתחייבת מהנתונים. הספרות מתארת רצף רחב של פגיעות הנובעות מאותו מנגנון אנטומי, החל מפגיעה תרמית שטחית, דרך פגיעות לטרליות ועד כריתה מלאה של דרכי המרה. לפיכך, העובדה שהפגיעה במקרה הנדון הייתה מסוג Strasberg D אינה שוללת כי מקורה בטעות בזיהוי האנטומיה.

4. הקשר בין פגיעה לטרלית לבין דיסקציה שגויה

פגיעה לטרלית של ה־ CHD מתרחשת בדרך כלל כאשר הדיסקציה מתבצעת קרוב מדי לצינור הכבד. הספרות מתארת מספר מנגנונים אפשריים: משיכה מוגזמת של כיס המרה אשר משנה את האנטומיה, דיסקציה עמוקה לתוך הפדיקל הכבדי, שימוש במכשירי אנרגיה בסמיכות ל־ CHD, הנחת קליפים בסמוך לצינור או ניסיון ליצור "חלון אחורי" כאשר הזיהוי האנטומי אינו שלם. כל אחד ממנגנונים אלו עשוי

להסתיים בפגיעה חלקית בלבד כלומר, העובדה שלא בוצעה כריתה מלאה אינה שוללת כי הדיסקציה עצמה בוצעה באזור אנטומי שגוי.

5. הפגיעה בעורק ההפטי הימני (Right Hepatic Artery)

במקרה הנדון לא הסתיימה הפגיעה בדליפת מרה בלבד אלא במהלך הניתוח החוזר תועדה גם פגיעה בעורק ההפטי הימני. לשילוב זה קיימת משמעות אנטומית חשובה ביותר.

העורק ההפטי הימני עובר בסמיכות רבה לצינור הכבד המשותף באזור המשולש ההפטוציסטי. לכן, כאשר מתרחשת פגיעה משולבת בדרכי המרה ובמבנה עורקי זה, הספרות מתייחסת לכך כאל אינדיקציה לכך שהדיסקציה התקדמה מעבר לגבולות האנטומיה התקינה.

גם אם הפגיעה הישירה בעורק התרחשה במהלך ניסיון התיקון, עצם הצורך בתיקון נבע מהפגיעה הראשונית בדרכי המרה לפיכך, מבחינה סיבתית אין לראות בשתי הפגיעות אירועים נפרדים, אלא רצף אחד של אירועים שהחל בפגיעה הראשונית במהלך כריתת כיס המרה.

מסקנה

אין בסיס מדעי או כירורגי לקביעה שלפיה פגיעה חלקית מסוג Strasberg D שוללת קיומה של טעות בזיהוי אנטומי. הידע הכירורגי המצטבר, כפי שהוא משתקף בהנחיות WSES, SAGES, EAES ובסקירות השיטתיות העדכניות, מלמד כי טעות בזיהוי עשויה להתבטא במגוון רחב של סוגי פגיעות, לרבות פגיעה לטרלית, פגיעה תרמית ופגיעה חלקית בצינור הכבד.

לפיכך, טענת ההגנה שלפיה סוג הפגיעה לבדו מוכיח שלא אירעה טעות בזיהוי אינה נתמכת בספרות ואינה יכולה לשמש בסיס לקביעה כי הניתוח בוצע בהתאם לסטנדרט הכירורגי המקובל.

פרק ג' האיחור באבחון ובטיפול בפגיעה בדרכי המרה - האם עמד בסטנדרט המקצועי?

1. מבוא

חוות דעת ההגנה עוסקת בהרחבה במנגנון הפגיעה בדרכי המרה, אך מקדישה תשומת לב מועטה בלבד להתנהלות לאחר הניתוח הראשון, חרף העובדה שהספרות המקצועית מייחסת חשיבות מכרעת לזיהוי מוקדם של הפגיעה ולטיפול מיידי בה. כיום קיימת הסכמה רחבה כי הפרוגנוזה של מטופלים עם פגיעה בדרכי המרה אינה נקבעת רק על פי חומרת הפגיעה הראשונית, אלא במידה רבה גם על פי משך הזמן שחלף עד לאבחנתה, איכות הטיפול הראשוני, והמהירות שבה ננקטו צעדי הטיפול המתאימים.

לפיכך, גם כאשר עצם הפגיעה אינה ניתנת למניעה, איחור משמעותי באבחון ובטיפול עלול להוות סטייה נפרדת ועצמאית מהסטנדרט הרפואי.

2. חשיבות האבחון המוקדם

הנחיות WSES מדגישות כי מרבית פגיעות דרכי המרה אינן מזוהות במהלך הניתוח, ולכן קיימת חשיבות עליונה לזיהוי מוקדם בתקופה שלאחר הניתוח. הסימנים הקליניים המחייבים חשד מיידי כוללים: כאב בטני בלתי מוסבר, טכיקרדיה, חום, רגישות ממושטת בבטן, עלייה במדדי דלקת, חוסר יציבות המודינמית, ניקוז מרתי, ועדות להצטברות נוזל בבטן. במצבים אלו אין להסתפק במעקב קליני בלבד, אלא יש להשלים בירור מיידי באמצעות בדיקות מעבדה והדמיה מתאימה.

3. המקרה הנדון

מן הרשומה הרפואית עולה כי לאחר הניתוח הופיעו אצל המנוח סימנים מתקדמים של דליפת מרה ושל פריטוניטיס. בהמשך תועדו: החמרה במצבו הכללי מלווה בחוסר יציבות המודינמית והצורך בתמיכה ואזופרסורית, העברה ליחידה לטיפול נמרץ ורק לאחר מכן בוצעה בדיקת CT אשר הדגימה דליפת מרה משמעותית.

סדר אירועים זה מעורר קושי מקצועי.

במצב שבו מתפתחת תמונה קלינית של שוק ספטי לאחר כריתת כיס מרה, פגיעה בדרכי המרה חייבת להיות אחת האבחנות הראשונות שיש לשלול.

לפיכך, השאלה אינה האם בוצעה לבסוף בדיקת CT אלא האם היא בוצעה בפרק הזמן הסביר שבו ניתן היה עדיין למנוע את התקדמות הזיהום.

4. משמעות האיחור

דליפת מרה אינה אירוע סטטי. ככל שחולף הזמן ללא שליטה במקור הדליפה, מתרחשים מספר תהליכים פתופיזיולוגיים: התפשטות המרה בחלל הצפק, התפתחות פריטוניטיס כימית וזיהום משני מלווה באלח דם וכשל רב-מערכתי. זהו תהליך דינמי מהיר לכן כל עיכוב באבחנה עלול לגרום להחמרה משמעותית במצבו של המטופל.

הספרות העדכנית מלמדת כי טיפול מוקדם בפגיעות בדרכי המרה משפר באופן משמעותי את שיעורי ההישרדות, מפחית צורך בניתוחים חוזרים ומקטין את שיעור הסיבוכים ארוכי הטווח.

5. האם היה מקום לחשד מוקדם יותר?

לדעתי - כן.

כבר בשלב שבו הופיעו: כאב בטני חריג מלווה באי יציבות המודינמית, החמרה קלינית וכן עדות לתהליך דלקתי, היה מקום לבצע בירור מיידי לשלילת דליפת מרה. אין מדובר בבדיקה חריגה. זוהי אחת האבחנות הראשונות שיש לשלול לאחר כריתת כיס מרה כאשר מופיעים סימנים אלו. לפיכך, ככל שאכן חלף פרק זמן משמעותי בין הופעת הסימנים לבין השלמת הבירור, מדובר בהתנהלות שאינה עולה בקנה אחד עם הסטנדרט המקובל.

5. ההשלכות על המשך הטיפול

האבחון המאוחר השפיע על כל שרשרת האירועים: התפתחות פריטוניטיס מפושטת והידרדרות המודינמית עם צורך באמינים ואזופרסוריים, וכן ניתוח חוזר בתנאים קשים יותר. חשיפה ממושכת של רקמות מודלקות, עלייה בסיכון לפגיעה וסקולרית ואז התקדמות מהירה לאלח דם ולכשל רב-מערכתי. כל אחד מהשלבים הללו מקטין את סיכויי ההחלמה, גם אם התיקון הכירורגי מבוצע בהמשך באופן תקין.

לפיכך, האיחור באבחון אינו רק כשל נקודתי, אלא גורם בעל השפעה סיבתית על כלל מהלך המחלה.

מסקנה

להערכת, ברמת הסתברות רפואית סבירה, הרשומה הרפואית מעלה חשש כי חלף פרק זמן בלתי מבטל בין הופעת סימנים קליניים מחשידים לבין ביצוע הבירור שהוביל לאבחון דליפת המרה.

מסקנה זו תאומת על ידי לוחות הזמנים המלאים ברשומה הרפואית, הרי שמדובר בסטייה נוספת מהסטנדרט המקובל, אשר תרמה להחמרת מצבו של המנוח ולהתפתחות שרשרת הסיבוכים שהסתיימה למרבה הצער בפטירתו.

חשוב להדגיש כי מסקנה זו אינה נשענת על עצם קיומה של הפגיעה בדרכי המרה, אלא על איכות ההתנהלות לאחר שהמטופל החל להציג סימנים ברורים של סיבוך פוסט-אופרטיבי המחייב בירור דחוף.

פרק ד' - התייחסות לטענת ההגנה בדבר מעמד התייעוד הרפואי בזמן אמת והוכחת

Critical View of Safety השגת

1. מבוא

בחוות דעת ההגנה נטען כי קיים קושי לקבל את הסתייגותי מתיאור מהלך הניתוח, מן הטעם שדוח הניתוח הנרטיבי נרשם ונחתם בשעה 11:14, דקות ספורות לאחר סיום הפעולה הכירורגית, וכי הדוח כולל פרטים אינדיבידואליים הנוגעים למנוח, לרבות הבקע הטבורי והכניסה בגישה Hasson.

מכאן מסיק מומחה ההגנה כי מדובר בתייעוד אותנטי, אינדיבידואלי שנכתב "בזמן אמת", וכי עצם העובדה שהדוח מתאר זיהוי של המבנים האנטומיים והשגת Critical View of Safety מוכיחה כי שלבי הבטיחות הנדרשים בוצעו בפועל.

איני מקבל מסקנה זו.

אין מחלוקת כי רשומה רפואית שנכתבה בסמוך לאירוע היא בעלת חשיבות רבה, וכי ככלל יש לייחס משקל משמעותי לתייעוד רפואי שנערך בזמן אמת. עם זאת, קיימת הבחנה מהותית בין **אמינותו**

הכללית של מסמך רפואי לבין היכולת להסיק ממנו, מבחינה מקצועית, כי פעולה כירורגית מורכבת אכן בוצעה בהתאם לכל מרכיביה והגדרתה המקצועית.

במקרה הנדון, המחלוקת אינה האם דוח הניתוח הוא מסמך אותנטי, אלא האם הניסוח הכללי בדבר השגת Critical View of Safety מספק כדי להוכיח כי שלושת הקריטריונים המרכיבים את ה-CVS-אכן התקיימו בפועל.

התשובה לכך היא, לדעתי, שלילית.

2. אין מחלוקת בדבר חשיבותו של תיעוד רפואי שנערך בזמן אמת

חשוב להבהיר כבר בראשית הדברים כי אינני טוען שכל תיעוד רפואי בזמן אמת הוא תיעוד בלתי אמין או כי יש להתעלם ממנו.

להפך.

רשומה רפואית הנערכת במהלך הטיפול או בסמוך אליו היא מקור מרכזי לשחזור הטיפול שניתן למטופל. במקרה הנדון, גם אני מייחס חשיבות לדוח הניתוח ולתיעוד הרפואי שנערך בזמן אמת.

אלא שמשקלו של תיעוד רפואי תלוי גם בתוכן התיעוד, במידת הפירוט שלו, במידת התאמתו להגדרה המקצועית של הפעולה המתוארת וביכולתו לאפשר שחזור של ההחלטה או הפעולה שבוצעה.

אין דין רישום כגון:

CVS "הושג"

כדין תיאור המפרט:

1. שהמשולש ההפטוציסטי נוקה מרקמת שומן ופיברוזיס!

2. שרק שני מבנים נצפו כשהם נכנסים לכיס המרה!

3. שהחלק התחתון של כיס המרה הופרד ממיטת הכבד במידה המאפשרת לראות את שני המבנים!

4. ורק לאחר מכן בוצע קליפינג וחיתוך.

זהו ההבדל המרכזי בין רישום המצהיר כי פעולה בוצעה לבין תיעוד המאפשר לבחון כיצד הפעולה בוצעה.

3. כתיבה בזמן אמת אינה מוכיחה כשלעצמה את נכונותו העובדתית של כל פרט

כתיבה בזמן אמת חשובה בעיקר משום שהיא מצמצמת חשש לשחזור מאוחר של האירועים.

אולם היא אינה הופכת את הרישום לראיה אובייקטיבית.

עצם העובדה שהמסמך נחתם בשעה 11:14, זמן קצר לאחר סיום הניתוח, אינה מוכיחה שכל פרט המופיע בו בוצע בפועל באופן התואם את ההגדרה המקצועית הרלוונטית.

רופא יכול לתעד בזמן אמת את התרשמותו שהאנטומיה ברורה, אך עדיין לבצע זיהוי אנטומי מוטעה.

זו בדיוק אחת הסיבות לכך שפגיעות בדרכי המרה ממשיכות להתרחש גם כאשר המנתח משוכנע בזמן אמת כי זיהה את המבנים כראוי.

הדבר נכון במיוחד כאשר מדובר במונח מקצועי מוגדר כגון: **Critical View of Safety**.

CVS אינו שם כללי ל"זהירות בניתוח", ואינו תיאור סובייקטיבי של תחושת המנתח כי האנטומיה ברורה.

מדובר בשיטה **כירורגית מוגדרת**, הכוללת שלושה מרכיבים מצטברים.

לכן, כאשר נכתב בדוח:

"Critical View of Safety הושג"

השאלה המקצועית אינה רק מתי נכתב המשפט, אלא:

האם התייעוד מאפשר לקבוע כי שלושת התנאים הנדרשים להגדרת CVS אכן התקיימו לפני חיתוך המבנים?

במקרה הנדון, לדעתי, התשובה שלילית.

4. פרטים אינדיבידואליים בדוח אינם מוכיחים את ביצוע ה-CVS-

מומחה ההגנה מפנה לכך שהדוח כולל פרטים ספציפיים למנוח, כגון בקע טבורי והכניסה בגישה Hasson.

אין מחלוקת כי פרטים אלה עשויים ללמד שהדוח מתייחס למקרה הספציפי ולא למסמך כללי לחלוטין.

אולם מדובר בשאלה שונה.

העובדה שדוח הניתוח כולל פרטים אמיתיים וספציפיים למטופל אינה מוכיחה שכל יתר המשפטים בדוח, ובכלל זה המשפט בדבר השגת CVS, משקפים בהכרח תיאור מלא ומדויק של כל שלב כירורגי שבוצע בפועל.

אין כל סתירה בין שני הדברים.

ייתכן בהחלט שדוח ניתוח יהיה אותנטי, ייכתב בזמן אמת, יתייחס למטופל הספציפי ואף יכלול תיאור נכון של חלק ניכר מהפעולה ובמקביל יהיה תמציתי מדי בתיאור של שלב כירורגי מסוים.

לפיכך, הטענה כי עצם קיומם של פרטים אינדיבידואליים "מוכיח באופן חד-משמעי" את ביצוע ה-CVS אינה מסקנה רפואית מתחייבת.

5. זיהוי הצינור הציסטי והעורק הציסטי אינו שקול להוכחת CVS

בחוות דעת ההגנה נטען כי בדוח הניתוח תועד כי זוהו הצינור הציסטי והעורק הציסטי, נוצר חלון אחורי והושג CVS אלא שגם אם נקבל את הרישום כפשוטו, אין בכך בהכרח כדי להוכיח שה-CVS הושג בהתאם להגדרה המקצועית. זיהוי מבנים אנטומיים הוא שלב הכרחי, אך אינו כשלעצמו שקול להשגת Critical

View of Safety

הסיבה לכך פשוטה:

הסיכון העיקרי בכריתת כיס מרה אינו רק היעדר זיהוי של מבנים, אלא זיהוי מוטעה של מבנה אחר כמבנה הרצוי. זהו בדיוק המנגנון שבגללו פותחה שיטת ה-CVS!!

לכן, כאשר מתרחשת פגיעה ב CHD אין די באמירה כי "הצינור הציסטי זוהה". יש לבחון כיצד נקבע שהמבנה שזוהה אכן היה הצינור הציסטי, ובאיזה שלב של הדיסקציה התקבלה ודאות אנטומית מספקת. אין לבלבל בין "תיעוד הפעולה" לבין "הוכחת איכות הפעולה"!

מסקנה

אינני מקבל את הטענה כי העובדה שדוח הניתוח נכתב ונחתם דקות ספורות לאחר הניתוח מוכיחה באופן חד-משמעי כי ה Critical View of Safety אכן הושג בהתאם להגדרה המקצועית.

אני מקבל כי מדובר בתיעוד רפואי בזמן אמת וכי יש לייחס לו משקל. עם זאת, משקלו של התיעוד אינו מבטל את הצורך לבחון את תוכנו ואת התאמתו לסטנדרט הכירורגי הרלוונטי.

העובדה שהדוח כולל פרטים ספציפיים למנוח, כגון בקע טבורי וכניסה בגישה Hasson מחזקת את המסקנה שמדובר בדוח המתייחס למקרה הספציפי אך אין בכך כדי להוכיח שכל פעולה שתוארה בו בוצעה בפועל בהתאם לכל דרישות ההגדרה המקצועית.

בפרט, אין די ברישום Critical View of Safety "הושג" כדי להוכיח, כשלעצמו, כי שלושת מרכיבי ה-CVS התקיימו במלואם ובסדר הנדרש לפני חיתוך המבנים.

לפיכך, המחלוקת אינה על "אותנטיות" הדוח אלא על המשמעות המקצועית שניתן לייחס לרישום הקצר בדבר השגת CVS אין בתיעוד הקיים בסיס מספק לקביעה החד-משמעית של מומחה ההגנה כי שלבי הבטיחות "התקיימו כלשון וכתיעוד".

אין בידי לקבוע כי מדובר בתיעוד משוכפל או אוטומטי, ואף איני מבקש לקבוע זאת. השאלה המקצועית היא שונה: האם הרישום הקיים מתעד באופן מספק את שלושת מרכיבי ה-CVS ומאפשר לקבוע כי הם אכן התקיימו? לדעתי, התשובה שלילית.

פרק ה' - התייחסות לטענת ההגנה בדבר הרשאת המנתח והפעלת מתמחה בכירורגיה כללית

1. הבהרת המחלוקת

בחוות דעתי המקורית ציינתי כי על פי הבדיקה שבוצעה במאגר הרופאים של משרד הבריאות, המנתח שבצע את הניתוח היה רשום כמומחה ברפואה פנימית ובטיפול נמרץ, והעליתי שאלה באשר להכשרתו ולהרשאתו לבצע את הניתוח הכירורגי.

בחוות דעת ההגנה נטען כי מדובר בנתון חלקי, וכי במועד הניתוח היה אותו רופא רשום גם כמתמחה בכירורגיה כללית, במסגרת התמחותו השלישית, וכי פעל תחת פיקוח ישיר ומלא של רופא בכיר.

ככל שאכן יוצגו מסמכים רשמיים המאשרים כי במועד הניתוח היה הרופא מתמחה מן המניין בכירורגיה כללית, אין בכוונתי לחלוק על עצם האפשרות שמתמחה בכירורגיה יבצע פעולות ניתוחיות במסגרת הכשרתו ותחת השגחה מתאימה.

לפיכך, אני מבקש לדייק את האמור בחוות דעתי המקורית:

השאלה המרכזית אינה עוד שאלת עצם קיומה של הרשאה פורמלית לבצע פעולה כירורגית, אלא האם במועד האירוע היה למנתח הספציפי ניסיון, הכשרה, דרגת עצמאות והשגחה מתאימים לביצוע כריתת כיס מרה במקרה הספציפי, והאם הרופא הבכיר שנכח בחדר הניתוח אכן מילא את תפקידו כמנתח אחראי באופן התואם את הסטנדרט המקצועי.

2. עצם היותו של הרופא מתמחה אינו מהווה כשלעצמו טענה לרשלנות

אני מקבל את הטענה העקרונית של מומחה ההגנה כי במחלקות כירורגיות מוכרות מבוצעים ניתוחים על ידי מתמחים, כחלק אינטגרלי מתהליך ההכשרה.

אין כל פסול בעצם העובדה שמתמחה משתתף בניתוח ואף מבצע חלקים משמעותיים ממנו.

להיפך, הכשרת מתמחים היא חלק בלתי נפרד מן הרפואה הכירורגית. אולם מכאן אין להסיק כי כל ניתוח רשאי להתבצע על ידי כל מתמחה, בכל דרגת ניסיון, ובכל רמת עצמאות, ודי בנוכחות פיזית של מומחה בחדר הניתוח כדי לענות על דרישות ההשגחה.

מידת העצמאות של המתמחה חייבת להיות מותאמת למורכבות הפעולה, לניסיונו האישי, לממצאים האנטומיים ולמהלך הניתוח בזמן אמת.

לכן עצם ההצבעה על היותו של הרופא "מתמחה מן המניין" אינה מסיימת את הדיון.

3. השאלה הרלוונטית היא מה הייתה דרגת ההכשרה והניסיון של המתמחה

במקרה הנדון, יש חשיבות לקבלת נתונים מדויקים לגבי הכשרתו של המנתח במועד האירוע.

בפרט, יש לבחון:

- באיזו שנה ובאיזה שלב של התמחותו בכירורגיה כללית היה המתמחה
- כמה ניתוחי כריתת כיס מרה לפרוסקופית ביצע עד למועד האירוע
- כמה מהם ביצע כמנתח ראשון
- כמה בוצעו תחת השגחה ישירה
- האם היה מוסמך לבצע כריתת כיס מרה כמנתח ראשון
- מה הייתה רמת העצמאות שהוגדרה לו באותה עת
- האם עבר הערכה פורמלית של כשירותו לביצוע פעולה זו
- מה הייתה מורכבות המקרה הספציפי
- והאם במהלך הניתוח נדרשה התערבות פעילה של המנתח הבכיר.

נתונים אלה אינם מופיעים במלואם בחוות דעת ההגנה.

לפיכך, האמירה כי המתמחה היה "מורשה" לבצע ניתוח אינה מספקת כדי להשיב על השאלה האם הוא היה המנתח המתאים לביצוע הניתוח הספציפי במידת העצמאות שבה בוצע.

4. הרשאה פורמלית אינה שקולה לכשירות מקצועית בלתי מוגבלת

יש להבחין בין שלושה מושגים שונים:

הרשאה פורמלית לבצע פעולה במסגרת ההכשרה

כשירות מקצועית לבצע אותה פעולה ברמת עצמאות מסוימת

ו-התאמת המנתח למקרה הספציפי.

אין מדובר במושגים זהים.

גם אם מתמחה רשאי לבצע כריתת כיס מרה במסגרת הכשרתו, אין מכך להסיק שהוא רשאי לבצע כל כריתת כיס מרה באופן עצמאי, ללא התערבות פעילה של מומחה, ללא קשר למורכבות האנטומית או לסיבוכים המתפתחים במהלך הניתוח.

במקרה שלפנינו, השאלה חשובה במיוחד משום שהאירוע הסתיים בפגיעה משמעותית בדרכי המרה ובפגיעה וסקולרית נלווית.

5. משמעות נוכחות המומחה בחדר הניתוח

מומחה ההגנה טוען כי הרופא הבכיר היה נוכח בחדר הניתוח ופיקח באופן ישיר ומלא על הפעולה.

אם אכן כך היה, הרי שהדבר בהחלט רלוונטי. אולם **נוכחות פיזית של מומחה בחדר הניתוח אינה כשלעצמה מוכיחה כי ההשגחה המקצועית הייתה מספקת.**

השאלה היא מה עשה המומחה בפועל.

יש לברר:

- האם המומחה היה נוכח לאורך כל הניתוח
- האם הוא צפה באופן ישיר בדיסקציה באזור משולש Calot
- האם הוא עצמו זיהה את האנטומיה
- האם הוא אישר את זיהוי הצינור והעורק הציסטיים לפני חיתוכם
- האם הוא ווידא השגת CVS
- האם הוא היה המנתח שביצע בפועל את שלב הזיהוי הקריטי

השגחה אינה מושג פורמלי בלבד במקרה של ניתוח כירורגי, ובמיוחד כאשר מדובר בשלב הקריטי של זיהוי האנטומיה לפני חיתוך המבנים, השגחה משמעותית אינה יכולה להסתכם בנוכחות פיזית.

אם המתמחה הוא המנתח הראשון, האחריות של המנתח הבכיר היא לוודא שהשלבים הקריטיים מבוצעים באופן בטוח ובהתאם לרמת המיומנות של המתמחה.

6. טענת ההגנה אינה עונה על שאלת ה-Critical View of Safety

גם אם נקבל במלואה את טענת ההגנה כי המתמחה היה רשאי לבצע את הניתוח תחת השגחה, הדבר אינו מוכיח כי ה-CVS אכן הושג.

אלו שתי שאלות נפרדות.

הראשונה: האם המתמחה היה רשאי להשתתף ולבצע את הניתוח?

השנייה: האם הניתוח בוצע בפועל בהתאם לעקרונות הבטיחות המקובלים?

הראשונה יכולה להיות נכונה ובכל זאת השנייה יכולה להיות שלילית.

לכן עצם ההרשאה אינה משמשת הגנה מפני טענה הנוגעת לזיהוי שגוי של האנטומיה או לאופן ביצוע הניתוח.

מסקנה

לאחר שעיינתי בטענת ההגנה, אני מבקש לדייק את עמדתי.

אין טענה שעצם היות המנתח מתמחה בכירורגיה כללית, העובד במסגרת מחלקה מוכרת ותחת השגחת מומחה, מהווה כשלעצמו סטייה מן הסטנדרט הרפואי.

אולם הרשאה פורמלית אינה מסיימת את הדיון.

השאלה המקצועית היא האם המתמחה הספציפי, בדרגת ההכשרה והניסיון שהיו לו במועד האירוע, היה רשאי לבצע את הניתוח ברמת העצמאות שבה בוצע האם המומחה הבכיר סיפק השגחה פעילה ומספקת והאם כאשר נדרש זיהוי אנטומי מדויק לצורך מניעת פגיעה בדרכי המרה, התקיימה בקרה מקצועית מספקת.

במקרה הנדון, העובדה שהמנתח היה מתמחה מורשה אינה מסבירה ואינה שוללת את הפגיעה ב־CHD וב־RHA אינה מוכיחה כי ה־CVS הושג כדין, ואינה שוללת אפשרות של כשל בזיהוי האנטומי או כשל בהשגחה.

לפיכך, גם לאחר קבלת העובדות שהוצגו על ידי מומחה ההגנה בדבר מעמדו של המנתח כמתמחה בכירורגיה כללית, אין בכך כדי לשנות את מסקנותיי באשר לצורך לבחון את אופן ביצוע הניתוח, את איכות ההשגחה ואת העמידה בעקרונות הבטיחות המקובלים.

פרק ה' התייחסות לטענת ההגנה בעניין הבחירה בגישה לפרוסקופית בניתוח הרביזיה

מבוא

בחוות דעת ההגנה נטען כי הביקורת שהעליתי ביחס לבחירה לבצע את הניתוח השני בגישה לפרוסקופית אינה מבוססת, וכי מדובר בגישה מקובלת ברביזיה ניתוחית במקרים של דלף מרתי ופריטוניטיס. עוד נטען כי מצבו ההמודינמי של המנוח היה יציב בעת הכניסה לחדר הניתוח, לאחר תגובה להחייאת נוזלים ותמיכה בנוראדרנלין, וכי מדדי האוורור והקפנוגרפיה במהלך הניתוח היו תקינים.

לאחר בחינה מחודשת של טענות אלה, אני מבקש להבהיר כי אינני טוען שקיימת התוויית נגד מוחלטת לביצוע רביזיה לפרוסקופית בכל חולה הסובל מפריטוניטיס או מאלח דם. כמו כן, אינני טוען כי עצם התחלת הרביזיה בגישה לפרוסקופית מהווה, כשלעצמה, סטייה מהסטנדרט הרפואי.

המחלוקת היא אחרת: האם בנסיבות הקונקרטיות של המנוח, לאחר שהתברר כי מדובר בדליפת מרה משמעותית, פריטוניטיס ובפגיעה משולבת בדרכי המרה וב־Right Hepatic Artery הייתה הגישה לפרוסקופית המתאימה להמשך הטיפול, והאם היה צורך במעבר לגישה פתוחה ובמעורבות של מנתח בעל מומחיות מתאימה בדרכי המרה.

1. אין מחלוקת עקרונית כי ניתן לבצע רביזיה לפרוסקופית

הטענה כי כיום ניתן לבצע רביזיה לפרוסקופית במקרים של דלף מרתי ופריטוניטיס היא נכונה ברמה העקרונית. אולם מכאן אין להסיק כי הגישה לפרוסקופית מתאימה לכל מצב או כי היא צריכה להימשך ללא שינוי גם כאשר מתברר במהלך הניתוח שמדובר בפגיעה מורכבת בדרכי המרה ובכלי הדם.

יש להבחין בין כניסה לפרוסקופית לצורך הערכת הממצאים, שטיפה וניקוז, לבין ניסיון לבצע בגישה זו תיקון של פגיעה מורכבת ב־CHD וב־RHA בחולה עם פריטוניטיס ואלח דם.

החלטה ניתוחית חייבת להתבסס על הממצאים בפועל ועל מצב החולה בזמן אמת, ולא על עצם העובדה שהגישה הפרוסקופית אפשרית מבחינה טכנית.

2. יש להבחין בין יציבות המודינמית רגעית לבין מצבו הפיזיולוגי הכולל של החולה

ההגנה מבקשת להסתמך על לחץ דם של 114/67 מ"מ כספית ועל העובדה שהמנוח קיבל מיון נמוך של נוראדרנלין, כדי לקבוע כי הגיע לחדר הניתוח כשהוא "מאוזן" ו-"Resuscitated". אינני סבור כי ניתן להסיק מסקנה זו מנתונים אלה בלבד.

ראשית, דופק של 125 פעימות לדקה אינו נתון המעיד כשלעצמו על יציבות פיזיולוגית מלאה. שנית, עצם הצורך בתמיכה ואזופרסורית בחולה עם פריטוניטיס ואלח דם מעיד כי מצבו היה משמעותי ולא מדובר בחולה אלקטיבי יציב.

חשוב מכך, **החלטה על גישה ניתוחית אינה נקבעת על פי לחץ הדם בלבד**. יש להביא בחשבון את מקור הזיהום, היקף הפריטוניטיס, חומרת הדלק, הפגיעה בדרכי המרה, החשד לפגיעה וסקולרית, מצבו הכללי של החולה והיכולת לבצע את הטיפול הנדרש בבטחה.

3. מדדי EtCO₂ תקינים אינם מוכיחים כי הגישה הפרוסקופית הייתה הגישה המתאימה

גם הטענה בדבר ערכי EtCO₂ תקינים במהלך הניתוח אינה משנה את המסקנה.

EtCO₂ הוא מדד חשוב לניטור הנשימה וההמודינמיקה במהלך הרדמה, אולם ערכים תקינים של 42-44 מ"מ כספית אינם מוכיחים כי אין פריטוניטיס משמעותי, כי הזיהום נשלט או כי ניתן לבצע תיקון מורכב של דרכי המרה בגישה לפרוסקופית.

באופן דומה, העובדה שניתן היה לסבול את הפנאומופריטונאום מבחינה נשימתית אינה עונה על השאלה הכירורגית המרכזית: **האם ניתן היה לבצע באמצעות הגישה שנבחרה טיפול בטוח ומלא בפגיעה הביליארית והווסקולרית שהתגלתה**.

לפיכך, אין לערבב בין התאמה פיזיולוגית לפנאומופריטונאום לבין התאמה כירורגית של הגישה לתיקון הפגיעה.

4. השאלה המכרעת היא מה התגלה בניתוח ומה נדרש היה לעשות לאחר גילוי הפגיעה

גם אם אניח, לטובת ההגנה, כי היה מוצדק להתחיל את הרביזיה בגישה לפרוסקופית, אין בכך כדי לקבוע כי היה מוצדק **להמשיך** בגישה זו לאחר שהתברר היקף הפגיעה. זהו הבדל מהותי.

ניתוח רביזיה הוא תהליך דינמי. ניתן להתחיל בגישה זעיר-פולשנית לצורך בירור הממצאים, אך כאשר מתברר כי קיימת פגיעה משמעותית בדרכי המרה, ובמיוחד כאשר קיימת במקביל פגיעה ב-RHA יש להעריך מחדש את האסטרטגיה הניתוחית.

בשלב זה השאלה אינה עוד "האם ניתן לבצע לפרוסקופיה", אלא:

האם ניתן להשלים את הטיפול הנדרש בגישה זו בבטחה, תחת תנאי הראות והשליטה הנדרשים, ובידי הצוות שהיה זמין באותה עת.

במקרה הנדון, לטעמי, התשובה לכך מעוררת קושי משמעותי.

מסקנה

לפיכך, אני דוחה את הטענה שלפיה ביקורתי על הבחירה בגישה הלפרוסקופית מבוססת על תפיסה מיושנת של הכירורגיה או על קביעה כי לפרוסקופיה "אסורה" בחולה עם אלח דם ופריטוניטיס.

זו אינה עמדתי.

עמדתי היא כי יש לבחון את הגישה הניתוחית בהתאם למצבו של החולה ולמצאים שהתגלו בזמן אמת. התחלת רביזיה לפרוסקופית יכולה להיות סבירה במקרים מתאימים, אך כאשר מתבררת פגיעה משמעותית בדרכי המרה בשילוב פגיעה וסקולרית ופריטוניטיס, נדרשת הערכה מחודשת של האסטרטגיה הניתוחית, לרבות אפשרות למעבר ללפרוטומיה ומעורבות של מומחה הפטו-ביליארי.

לפיכך, **העובדה שהמנוח היה בעל לחץ דם סביר תחת תמיכה ואזופרסורית ושמדדי EtCO_2 היו תקינים אינה שוללת את הצורך בבחינה מחודשת של הגישה הניתוחית, ואינה מוכיחה כי המשך הרביזיה הלפרוסקופית היה הבחירה הבטוחה והמתאימה ביותר בנסיבות המקרה.**

פרק ו' צורך במנתח הפטוביליארי והטלת הדופי בצוות המנתח

מבוא

בחוות דעת ההגנה נטען כי נוכח הפגיעה שהתגלתה בדרכי המרה לא היה צורך לעצור את הפעולה ולהזעיק מנתח הפטוביליארי, וכי עצם העלאת הספק באשר לניסיונו וכשירותו של הצוות המנתח אינה מוצדקת, שכן הניתוח נוהל על ידי כירורג בכיר ומומחה בכירורגיה דחופה וטראומה. עוד נטען כי מדובר בפגם מקומי ומוגבל, אשר ניתן היה לתקנו בתפירה ישירה, וכי עצם העובדה שלא היה ניתוק מלא של צינור המרה שוללת את הצורך במומחה ייעודי.

טענות אלה אינן מתמודדות עם השאלה המקצועית המרכזית. המחלוקת אינה בשאלה האם המנתח היה כירורג בכיר או האם היה רשאי לבצע ניתוחי חירום, אלא האם לאחר שהתגלתה פגיעה בדרכי המרה היה עליו להכיר בכך שמדובר בסיבוך המצוי בתחום מומחיות ייעודי, ולהיוועץ במנתח הפטוביליארי בטרם ביצוע תיקון של הפגיעה. שאלה זו מקבלת משנה חשיבות נוכח העובדה שמנתח הפטוביליארי היה זמין באותו מוסד רפואי, כך שלא מדובר במצב של "ניתוח שטח", בבית חולים מרוחק או בנסיבות שבהן לא ניתן היה להשיג מומחה ללא עיכוב בלתי סביר.

הכירורגיה המודרנית מבוססת יותר ויותר על תתי-התמחויות, ואין עוד מקום להנחה שלפיה כירורג בכיר, מוכשר ומנוסה יכול להחליף בכל מצב מומחה ייעודי. דווקא ההכרה בגבולות המומחויות והפניית המקרה למומחה המתאים, כאשר הוא זמין, היא חלק בלתי נפרד מהפרקטיקה הכירורגית המודרנית.

1. בכירותו של המנתח אינה מייצרת את הצורך במומחויות הפטוביליארית

הטענה כי היה רופא בכיר ומומחה בכירורגיה דחופה וטראומה אינה משיבה לשאלה שבמחלוקת. אין חולק כי מדובר בכירורג בעל הכשרה וניסיון משמעותיים. אולם המבחן אינו האם היה מדובר ב"מנתח טוב" או האם היה רשאי לבצע ניתוחי חירום, אלא האם הייתה בידיו המומחויות הספציפית הנדרשת להעריך ולטפל בפגיעה בדרכי המרה.

כירורגיה דחופה וטראומה כוללת טיפול במגוון רחב של מצבי חירום תוך-בטניים, אך מומחויות זו אינה זהה למומחויות ייעודית בניתוחי כבד ודרכי מרה. הטיפול בפגיעה בדרכי המרה מחייב לא רק יכולת טכנית לבצע תפירה, אלא הבנה מעמיקה של האנטומיה, אספקת הדם, השלכות התיקון, הסיכון לדליפה ולהיצרות והאפשרות כי יידרש בהמשך שחזור מורכב.

לכן, אין לקבל את הטענה המשתמעת כי "מנתח בכיר יכול לעשות הכול". עצם היותו של המנתח בכיר ומנוסה אינה מבטלת את קיומן של תתי-התמחויות. להיפך: ככל שהכירורגיה המודרנית הופכת מתמקצעת ונישתית יותר, כך גדלה החשיבות של הכרה בגבולות המומחויות והסתייעות במומחה בעל הכשרה ספציפית כאשר מתרחש סיבוך בתחום זה. יתר על כן, דווקא בעידן של תתי-התמחויות כירורגיות, מצופה ממנתח בכיר לזהות מתי מקרה חורג מגבולות המומחויות שלו. **הכרה בגבולות המומחויות אינה חולשה מקצועית אלא סימן למקצועיות.** אין פגם בכך שכירורג כללי בכיר מזמין מומחה הפטוביליארי להיפך, כאשר קיימת פגיעה בדרכי המרה והמומחה זמין, זו עשויה להיות הדרך האחראית ביותר לקבלת החלטה.

אין מדובר בביקורת על כישוריו של המנתח, אלא בשאלה מקצועית פשוטה: **האם כאשר מתגלה פגיעה בדרכי המרה, ומומחה בתחום זה זמין באותו מוסד, נכון להסתמך אך ורק על מומחויותו הכללית של המנתח או שיש לקבל ייעוץ ייעודי.** העובדה שהמומחה היה זמין באותו בית חולים הופכת את האפשרות להתייעצות למעשית, זמינה וסבירה במיוחד.

2. אין להפוך את גודל הפגם למבחן יחיד לחומרת הפגיעה

הטענה כי מדובר בפגם של מספר מילימטרים ולכן מדובר בפגיעה "קטנה", "מקומית" או "פשוטה" אינה מספקת. חומרתה של פגיעה בדרכי המרה אינה נקבעת לפי גודל הפתח בלבד. יש לבחון את מיקום הפגיעה, את המבנה האנטומי המעורב, את שלמות הצינור, את אספקת הדם, את איכות הרקמה ואת הסיכון לדליפה ולהיצרות בהמשך.

העובדה שלא תואר ניתוק מלא של הצינור (transection), או שלא תואר חסר נרחב של רקמה, אינה מוכיחה כי מדובר בפגיעה פשוטה שאינה דורשת מומחויות ייעודית. היעדרו של מאפיין אחד של הפגיעות החמורות ביותר אינו שולל את הצורך בהערכה מקצועית של מומחה בתחום.

במיוחד יש להיזהר מהניסיון להציג את הפגיעה כ"נקב קטן שניתן לתפור". תיקון דרכי מרה אינו עניין טכני בלבד. השאלה אינה אם ניתן להעביר תפר דרך הפגם, אלא האם התיקון שנבחר הוא התיקון המתאים מבחינה אנטומית ופיזיולוגית, האם הוא שומר על אספקת הדם, האם הוא צפוי להחלים ללא היצרות או דליפה, והאם קיימת דרך טיפול אחרת שהייתה עדיפה.

לכן, גם פגם קטן יחסית מבחינה מספרית עשוי להצדיק התייעצות עם מומחה הפטוביליארי, במיוחד כאשר המומחה זמין באותו מוסד ואין מניעה מעשית לקבל את חוות דעתו.

3. העובדה שמנתח הפטוביליארי היה זמין באותו בית חולים היא בעלת משמעות מרכזית

במקרה הנדון קיימת נסיבה בעלת חשיבות מיוחדת: **מנתח הפטוביליארי היה זמין באותו בית חולים**. אין מדובר במצב שבו האירוע התרחש בשטח, בבית חולים ללא שירות כירורגי מתאים, או בתנאים שבהם הזעקת מומחה הייתה כרוכה בעיכוב מסכן חיים. מדובר במוסד רפואי שבו ניתן היה לקבל ייעוץ ממומחה בעל ידע וניסיון ספציפיים בדרכי המרה.

משמעות הדבר היא שהבחירה שלא להיוועץ במומחה אינה יכולה להיות מוסברת בהיעדר אפשרות מעשית. כאשר קיימת אפשרות זמינה לקבלת מומחיות ספציפית, העלות והסיכון שבהיוועצות נמוכים, ואילו התועלת האפשרית בקבלת החלטה נכונה ביחס לפגיעה משמעותית במערכת המרה עשויה להיות רבה.

מרגע שהתגלתה הפגיעה, ניתן היה לעצור את הפעולה, להעריך את הממצא ולהזעיק את המומחה הפטוביליארי לפני ביצוע תיקון של דרכי המרה. אין מדובר בדרישה בלתי סבירה או בלתי מעשית. זוהי בדיוק הנקודה שבה נדרשת הפעלת שיקול דעת כירורגי: לזהות כי האירוע חרג מהמהלך הרגיל של הניתוח ולרתום את המומחיות הספציפית הזמינה במוסד.

לפיכך, אין להשוות בין מקרה זה לבין מצב שבו כירורג נאלץ לקבל החלטה דחופה ללא אפשרות לקבלת סיוע. **כאשר המומחה נמצא באותו בית חולים, הטענה כי "המנתח היה מספיק בכיר ולכן לא היה צורך בו" מאבדת ממשקלה. בכירות אינה תחליף למומחיות ייעודית** כאשר זו זמינה ונדרשת לצורך קבלת החלטה מורכבת.

4. התיקון הישיר והנקז אינם מוכיחים כי ההחלטה הראשונית הייתה נכונה

הטענה כי בוצעה תפירה ישירה באמצעות חוט PDS 5.0 וכי הושאר נקז אינה מוכיחה כשלעצמה כי זו הייתה האסטרטגיה הטיפולית הנכונה. היא מוכיחה רק כי הצוות בחר באפשרות מסוימת. השאלה המקצועית היא האם זו הייתה האפשרות שהיה נכון לבחור בה לאחר הערכה מלאה של הפגיעה.

נקז יכול לשמש לניקוז מבוקר ולמעקב אחר דליפה, ו־ERCP עשוי לשמש בהמשך במקרים מתאימים. אולם הנקז אינו מתקן את הפגיעה האנטומית, ו־ERCP אינו מהווה תחליף אוטומטי לקבלת החלטה כירורגית נכונה בזמן הניתוח.

הטענה כי "אם תהיה דליפה, ניתן יהיה לבצע ERCP למעשה מעבירה את הטיפול לשלב מאוחר יותר, במקום להתמודד עם השאלה האם ניתן היה למנוע את הצורך בכך באמצעות הערכה וייעוץ מתאימים בזמן הניתוח.

חשוב במיוחד להדגיש כי **היכולת לבצע פעולה טכנית אינה מעידה על נכונותה של האסטרטגיה הטיפולית**. גם אם תפירת פגם מקומי אפשרית מבחינה טכנית, אין בכך כדי להוכיח שהיא הייתה הדרך המועדפת או הבטוחה ביותר. זו בדיוק השאלה שבה מומחיות הפטוביליארית עשויה להיות בעלת משמעות.

5. מסקנה

לסיכום, טענת ההגנה שלפיה לא היה צורך במנתח הפטוביליארי נשענת על הנחת יסוד שגויה, שלפיה בכירות וניסיון בכירורגיה כללית או בכירורגיה דחופה וטראומה מהווים תחליף למומחיות ייעודית בדרכי המרה. **אין לקבל הנחה זו.**

הפגיעה שהתגלתה הייתה פגיעה בדרכי המרה, והעובדה שלא תואר ניתוק מלא של הצינור או שהפגם נמדד במספר מילימטרים אינה הופכת אותה לפגיעה חסרת משמעות ואינה שוללת את הצורך בהערכה של מומחה בתחום. השאלה אינה רק אם ניתן היה מבחינה טכנית לתפור את הפגם, אלא אם זו הייתה האסטרטגיה הנכונה והבטוחה ביותר עבור המטופל.

במקרה זה משמעות מיוחדת לעובדה שמנתח הפטוביליארי היה **זמין באותו בית חולים**. לא הייתה כאן מגבלה של תנאי שטח, מרחק, היעדר מומחה או צורך בהמתנה ממושכת. ניתן היה להיוועץ במומחה בתחום לפני ביצוע התיקון. בנסיבות אלה, הבחירה שלא לעשות כן אינה יכולה להיות מוצדקת רק בטענה שהמנתח שהיה בחדר הניתוח היה "בכיר ומנוסה".

ההתפתחות המודרנית של הכירורגיה מחייבת הכרה הולכת וגוברת בתתי-התמחויות ובגבולות המומחיות. **מנתח בכיר אינו נדרש לדעת הכול, הוא נדרש לדעת מתי נדרשת מומחיות נוספת**. כאשר מתגלה פגיעה בדרכי המרה ומומחה הפטוביליארי זמין באותו מוסד, קבלת ייעוץ ייעודי היא צעד מקצועי ומתבקש, ואי-קבלתו אינה יכולה להישלל רק משום שהפעולה הטכנית של תפירת הפגם הייתה אפשרית לביצוע על ידי כירורג שאינו מומחה הפטוביליארי.

לפיכך, הניסיון של ההגנה להציג את הפגיעה כ"פשוטה", את התיקון הישיר כטיפול המתחייב ואת בכירות הצוות כתחליף למומחיות הפטוביליארית אינו נותן מענה לביקורת המרכזית. **השאלה הקובעת היא האם, בנסיבות הספציפיות של המקרה ובשים לב לזמינותו של מומחה הפטוביליארי באותו מוסד, היה נכון וסביר לבצע את התיקון ללא קבלת ייעוץ ייעודי. לטעמי, התשובה לכך היא שלילית.**

פרק ה' הקשר הסיבתי : שרשרת הכשלים שהובילה לפטירת המנוח

1. עקרונות הקשר הסיבתי ברפואה

חוות דעת ההגנה בוחנת כל אחד מהאירועים שאירעו במהלך אשפוזו של המנוח כאילו מדובר באירועים בלתי תלויים: הפגיעה בדרכי המרה, האיחור באבחנה, הניתוח החוזר, הפגיעה הווסקולרית, התפתחות אלח הדם ולבסוף הפטירה.

גישה זו אינה תואמת את ההבנה הרפואית העדכנית.

ברפואה, ובמיוחד בכירורגיה, מקובל לבחון את מהלך המחלה כרצף פתופיזיולוגי מתמשך, שבו כל אירוע משפיע על האירוע הבא אחריו. לפיכך, אין לבחון כל שלב במנותק, אלא להעריך האם התוצאה הסופית היא תולדה של שרשרת אירועים שהחלה בפגיעה הראשונית.

לפיכך, השאלה אינה האם כל אחד מהאירועים היה מסוגל לבדו לגרום למותו של המנוח, אלא האם מכלול האירועים נובע בקשר סיבתי רפואי אחד.

2. הפגיעה הראשונית

האירוע הראשון בשרשרת היה הפגיעה בדרכי המרה במהלך כריתת כיס המרה.

אין מחלוקת כי בניתוח הראשון נגרמה פגיעה משמעותית ב־ Common Hepatic Duct, אשר הביאה לדליפת מרה לחלל הצפק. פגיעה זו היוותה את האירוע המחולל (Index Event) שממנו התפתחה כל שרשרת הסיבוכים המאוחרת. לולא פגיעה זו, לא הייתה מתרחשת דליפת מרה, לא הייתה מתפתחת פריטוניטיס ביליארית, ולא היה צורך בהתערבות ניתוחית חוזרת.

3. האיחור באבחנה

דליפת מרה לחלל הצפק אינה אירוע סטטי. המשך הדליפה גורם לחשיפה ממושכת של חלל הבטן למרה, המביאה לתגובה דלקתית קשה, ובהמשך לזיהום משני, לאלח דם ולהידרדרות המודינמית.

מן הרשומה הרפואית עולה כי המנוח פיתח סימנים קליניים משמעותיים, ובהם כאב בטני, אי-יציבות המודינמית, צורך בתמיכה ואזופרסורית והעברה לטיפול נמרץ, עוד בטרם בוצעה בדיקת CT שאישרה את הדליפה. ככל שאכן חלף פרק זמן משמעותי בין הופעת הסימנים לבין האבחנה, הרי שהדבר אפשר המשך דליפת מרה והחמרה מתמשכת במצבו של המנוח.

לפיכך, האיחור באבחון אינו אירוע נפרד, אלא חוליה נוספת בשרשרת הסיבתית.

4. הניתוח החוזר

בעת ביצוע הניתוח החוזר כבר היה המנוח במצב סיסטמי קשה. ברשומה מתוארים פריטוניטיס מפושט, דלקת ניכרת, אי-יציבות המודינמית ותלות באמינים ואזופרסוריים. מצב זה שונה מהותית מהמצב שבו ניתן היה לבצע תיקון מוקדם של הפגיעה בסביבה נקייה יחסית.

כל עיכוב בטיפול מגדיל את דרגת הקושי הטכנית של הניתוח החוזר, מגביר את הסיכון לפגיעה נוספת ומקטין את סיכויי ההצלחה של כל ניסיון שחזור.

לפיכך, גם תנאי הניתוח השני היו תוצאה ישירה של האירועים שקדמו לו.

5. הפגיעה בעורק ההפטי הימני

במהלך הניתוח החוזר תועדה גם פגיעה בעורק ההפטי הימני. חוות דעת ההגנה מנסה להתייחס לפגיעה זו כאירוע העומד בפני עצמו. עם זאת, מבחינה רפואית אין מקום להפרדה מלאכותית בין הפגיעה בדרכי המרה לבין הפגיעה הווסקולרית.

אלמלא הפגיעה הראשונית בדרכי המרה, לא היה נדרש כלל ניתוח חוזר.

אלמלא התפתחות הפריטוניטיס והדלקת הקשה, תנאי הניתוח השני לא היו כה מורכבים.

לפיכך, גם אם הפגיעה בעורק התרחשה בשלב מאוחר יותר, היא מהווה חלק מאותה שרשרת אירועים שהחלה בפגיעה הראשונית.

6. אלח הדם

הדליפה המתמשכת של מרה לחלל הבטן, בשילוב העיכוב באבחון והצורך בניתוח חוזר, יצרו את התנאים להתפתחות זיהום תוך-בטני נרחב. בהמשך התפתח אלח דם, אשר חייב תמיכה אינטנסיבית והוביל להידרדרות רב-מערכתית. אלח הדם אינו אירוע אקראי, אלא סיבוך מוכר של דליפת מרה שאינה מאובחנת ומטופלת במועד.

לפיכך, גם שלב זה מהווה המשך ישיר של אותה שרשרת פתופיזיולוגית.

7. כשל רב-מערכתי

מן הרשומה הרפואית עולה כי מצבו של המנוח המשיך להידרדר עד להתפתחות כשל רב-מערכתי, אשר הסתיים בפטירתו.

כשל רב-מערכתי הוא התוצאה הסופית של תגובה דלקתית סיסטמית קשה ושל אלח דם ממושך.

גם שלב זה אינו מהווה אירוע עצמאי, אלא השלב האחרון ברצף שהחל בפגיעה הכירורגית הראשונית.

מסקנה והקשר הסיבתי:

להערכתנו, ניתן לתאר את מהלך האירועים באופן הבא: פגיעה בדרכי המרה שמוביל לדליפה של מרה לחלל הבטן אשר מוביל לפריטוניטיס בילארי -> איחור באבחנה -> החמרה סיסטמית -> ניתוח חוזר בתנאים קשים שכתוצאה פגיעה וסקולרית אשר הוביל בסוף אלח דם וכשל רב-מערכתי ותוצאה מצערת של ניתוח אלקטיבי לפטירת המנוח!

שרשרת זו רציפה מבחינה רפואית, ואינה כוללת אירוע בלתי תלוי המנתק את הקשר הסיבתי.

אין מדובר ברצף של אירועים מקריים או בלתי תלויים, אלא בשרשרת פתופיזיולוגית אחת, שבה כל שלב נבע במישרין מן השלב שקדם לו.

לפיכך, יש לבחון את איכות הטיפול הרפואי לא רק ביחס לאירוע הראשון, אלא ביחס לכל אחד משלבי השרשרת, אשר הצטברותם היא שהובילה בסופו של דבר לתוצאה הקטלנית.

לסיכום:

לאור מותו הטרגי של מר ציון אברהם ז"ל, אין לקבל את ניסיון ההגנה להציג את האירוע כסיבוך בלתי נמנע או כאירוע שאינו חורג מגדר הסיכון הכירורגי המקובל. במקרה זה, הפגיעה בדרכי המרה הייתה אירוע שניתן היה לזהותו, להעריכו ולטפל בו בדרך אחרת, ובנסיבות אלה, ולנוכח השתלשלות האירועים והנזק שנגרם, מדובר בהתנהלות החורגת, לטעמי, מן הסטנדרט המצופה מצוות כיורגי סביר, ועל כן קיימת תשתית רפואית ברורה לקביעה כי אין מדובר בסיבוך בלתי נמנע אלא באירוע שהיה ניתן למנוע את תוצאותיו הטרגיות באמצעות התנהלות מקצועית אחרת.

בברכה,

דר חזן דני מ.ר 117207, מ.ר.מ. 44222

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.

Calabrese EC, Slater BJ, Awad Z, et al. SAGES-AHPBA 2025 Guideline for the Surgical Management of Bile Duct Injury Following Cholecystectomy. Surgical Endoscopy. 2025.

Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, et al. Safe Cholecystectomy Multi-Society Practice Guideline and State of the Art Consensus Conference on Prevention of Bile Duct Injury during Cholecystectomy. Annals of Surgery. 2020;272(1):3–23.

Esparham A, Calabrese EC, Ganescu O, et al. SAGES-AHPBA 2025: A Systematic Review and Meta-analysis of Surgical Management of Major Bile Duct Injury following Cholecystectomy. 2025.

Stewart L, Way LW. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Factors that influence the results of treatment. Archives of Surgery. 1995;130(10):1123–1128.