



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

לפני כבוד השופטת אירית קלמן ברום

תובעת פלונית
ע"י ב"כ עוה"ד אופיר בן משה

נגד

נתבעים

1. מרכז רפואי ע"ש שיבא-תל השומר
 2. מרכז רפואי ע"ש א. סוראסקי
 3. מדינת ישראל
- ע"י ב"כ עוה"ד יוסף נוילנדר ואסתי לחאם ממשרד עוה"ד
ויסגלס-אלמגור

פסק דין

1
2
3

פתח דבר

4 תביעה לפיצויים בגין רשלנות רפואית בשני אירועים שונים.

5 האירוע הראשון התרחש במרכז הרפואי ע"ש שיבא, הנתבעת מס' 1 (להלן: "שיבא"), במחלקה
6 האורולוגית. התובעת טוענת לרשלנות רפואית בכל הקשור לביצוע ניתוח להגדלת שלפוחית השתן.
7 נטען שמדובר בניתוח אלקטיבי שביצעו לא היה הכרחי, נערך בשיטה שגויה, לא מוצה הטיפול
8 השמרני, לא ניתן הסבר מספק לתובעת בטרם הניתוח. נטען שמצבה של התובעת החמיר לאחר
9 הניתוח.

10 באירוע השני, נטען שנגרם לתובעת נזק מפגיעה עצבית משמעותית, במהלך פעולה להחדרת צנתר
11 לזרועה, שבוצעה ברשלנות, בבית החולים ע"ש סוראסקי (להלן: "איכילוב"), הנתבעת מס' 2.
12 בנוסף, טרם ביצוע הפעולה לא הוסברו לתובעת הסיכונים והסיכויים ואף לא הוחתמה על טופס
13 הסכמה לביצוע ההליך.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

1 הנתבעת השלישית היא מדינת ישראל, המפעילה את בתי החולים שיבא ואיכילוב באמצעות משרד
2 הבריאות, ונתבעת במסגרת אחריותה לעוולות נשוא התביעה. בכתב ההגנה הובהר כי ככל שיפסק
3 לתובעת פיצוי כלשהו, תישא בו הנתבעת 3.

4 **רקע והעובדות הרלוונטיות בתמצית**

- 5 1. התובעת נולדה ביום 29.11.1987 עם מום שדרתי מסוג 'ספינה ביפידה' ועברה בגינו
6 ניתוח ראשון בינקותה, וניתוח נוסף בגיל 3. בחודש ינואר 2009 אושפזה התובעת
7 בשיבא עקב דלקת בדרכי השתן, לאחר שהייתה במעקב נוירוכירורגי אצל פרופ'
8 קונסטנטיני באיכילוב ובמעקב אורולוגי אצל פרופ' רמון בשיבא.
- 9 2. ביום 6.5.2009 נותחה התובעת על ידי פרופ' רמון מבית החולים שיבא, ניתוח
10 אוגמנטציה, ניתוח להגדלת שלפוחית השתן.
- 11 3. לטענת התובעת הניתוח לא הצליח ומצבה הוחמר.
- 12 4. התובעת סבלה מדלקות חוזרות ונשנות ונזקקה להחדרת אנטיביוטיקה דרך הוריד.
13 ביום 16.9.2013 עברה הליך של החדרת צנתר מרכזי מסוג PICCLINE באזור בית
14 השחי בבית החולים איכילוב, על ידי ד"ר קורי.
- 15 5. התובעת חשה בכאבים בסמוך לביצוע ההליך. כעבור 3 חודשים ביצעה התובעת
16 בדיקת EMG אשר הדגימה נזק לעצב האולינרי. לאחר כחצי שנה, ביום 29.5.2014
17 ביצעה התובעת ניתוח לשחרור מעטפות העצב על ידי ד"ר קובו, כירורג יד, אך הנזק
18 היה בלתי הפיך והתובעת נותרה עם חוסר תפקוד של העצב האולינרי.
- 19 אדון להלן בנפרד בשני האירועים.
- 20
- 21
- 22



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 האירוע הראשון - טענות התובעת כנגד הנתבעת מס' 1 - שיבא

2 6. ההחלטה על ביצוע הניתוח התקבלה ברשלנות, כמו גם ההליך שקדם לניתוח.

3 7. הניתוח נכשל. לפני הניתוח, עם כל הקשיים שפקדו אותה, הנכות המולדת, התייתמות בגיל צעיר, הצליחה התובעת לקיים אורח חיים כמעט שגרתי, למדה, עבדה, חיה עם בן זוגה, ועוד. במשך השנים סבלה מאירועים בודדים של דלקות שתן והייתה במעקב.

7 8. פרופ' רמון הציע לה כבר בשנת 2005 בהיותה בגיל 18, לעבור ניתוח להגדלת שלפוחית השתן, אך היא סירבה.

9 9. במחצית שנת 2008 חלה הדרדרות נוירולוגית עקב עגינה חוזרת שלווה בהישנות דלקות שתן, פרופ' רמון הציע לה שוב לעבור את הניתוח, להגדיל את שלפוחית השתן מקיבולת נוכחית של 290 CC לנפח של 300-450 CC.

12 10. במהלך אשפוז התובעת בינואר 2009, עקב דלקת בדרכי השתן, שוב העלה פרופ' רמון את אפשרות ביצוע הניתוח.

14 11. הניתוח להגדלת שלפוחית השתן לא היה הכרחי כלל ועיקר. הרופאים המנתחים לא הסבירו לתובעת את כלל הסיכונים והסיכויים שבניתוח מסוג זה. לא הוצגו בפני התובעת טיפולים חלופיים שמרניים יותר ושיטת ניתוח חלופית ועדיפה.

17 12. החתמת התובעת על טופס הסכמה לניתוח הייתה לקויה ובכך למעשה לא ניתנה הסכמה מדעת לביצוע הניתוח.

19 13. אילו היו ניתנים הסברים כאמור, התובעת לא הייתה מבצעת את הניתוח.

20 14. יתר על כן, הניתוח בוצע בשיטה שגויה, ולמעשה ללא צורך. נפח השלפוחית הוגדל ל-1,100 CC חלף נפח ממוצע של 375 CC לכל היותר.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 1652-03-16

15. בעקבות הניתוח הדרדר מצבה הרפואי של התובעת, היא סובלת מדליפת שתן משמעותית, הכליה השמאלית שלה נפגעה באופן בלתי הפיך אשר מצריך לעיתים קרובות טיפול אנטיביוטי דרך הוריד, סובלת משלשולים תכופים (בין 4 ל-10 פעמים ביום), הידבקויות באזור הניתוח, צלקת וכאבים עד כדי עילפון.

16. פרופ' רמון סרב ליטול אחריות על הסיבוכים לאחר הניתוח, אשר לשיטתו צלח, וטען כי הסיבה למצבה של התובעת קשור במתח בו היא שרויה והמליץ כי תיטול כדורים אנטי כולינרגיים, על אף שידע כי התובעת אלרגית אליהם.

חוות הדעת הרפואיות מטעם התובעת

17. להוכחת טענותיה, הגישה התובעת את חוות הדעת של ד"ר אלכסנדר קונדריאה, מומחה בגניקולוגיה ומיילדות ובעל התמחות באורוגינקולוגיה וכירורגיה גינקולוגית אנדוסקופית.

18. ד"ר קונדריאה קובע בחוות דעתו שהחלטה על ביצוע הניתוח הייתה שגויה וזאת משלא מוצו כל האפשרויות לטיפול שמרני יותר שהיה עשוי לייתר את הניתוח. הטיפולים השמרניים אותם מונה המומחה: ניסיון נוסף בטיפול בתרופות אנטיכולינרגיות, הגם שהתובעת נמצאה רגישה לחלק מהתרופות מסוג זה.

טיפול על ידי סדרת טיפולים stimulation posterior tibial nerve, הרגעת ההתכווצויות בכיס השתן על ידי מחט וגירוי חשמלי ברגל, טיפול ללא תופעות לוואי גם אם לא מצליח.

הזרקת רעלן הבוטולינום – (להלן: "בוטוקס") לדופן כיס השתן בכדי להביא לשיתוקו, גם לטיפול זה אין תופעות לוואי.

19. בנוסף לא נבחנו כראוי שיטות ניתוח ידועות נוספות. הניתוחים האפשריים:



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 א. ניתוח אנטרוסיסטופלסטי כפי שבוצע. שתי אפשרויות להגדלת קיבולת כיס השתן ע"י
2 שימוש במעי דק או שימוש במעי גס.
- 3 ב. ניתוח אנטרוסיסטופלסטי עם סגירת השופכה וחיבור הכיס החדש לעור בצינור הבנוי
4 למשל מהאפנדיקס – Mitrofanoff. יתרונות הצינור-STOMA בחיבור אל העור
5 בעיקר בהורדת הסיכון לזיהומים בעת הקטריזציות העצמיות. מדובר בניתוח גדול אך
6 שלם יותר למטרה הרצויה שכן הוא מגדיל את נפח כיס השתן וגם מוריד את הסיכון
7 לזיהומים חוזרים וזאת מכיוון שהאזור בו יוצאת הסטומה (בטן תחתונה) נקי יותר
8 וקל יותר לחיטוי.
- 9 ג. Ileal Conduit – יצירת כיס לאגירת השתן על ידי קטע מעי וכריתת כיס השתן
10 והשופכה החולים.
- 11 20. לטענת המומחה, בספרות הרפואית מומלץ למצות טיפול שמרני תחילה. אין
12 במסמכים הרפואיים דיון על אפשרויות לטיפולים אלה בטרם הוחלט על ניתוח.
13 כך גם אין במסמכים הרפואיים דיון על סוג הניתוח. דיונים אלה נדרשים להערכת
14 סיכון מול תועלת. כשהטיפול נועד לשיפור איכות חיים, כפי שבוצע בתובעת, יש
15 להרחיב את ההסבר שכן פרמטרים של איכות חיים הם סובייקטיביים.
- 16 21. הניתוח לא היה הכרחי, בעיקר כשמדובר בניתוח הידוע באחוזי סיבוכים ניכרים.
17 מטרת הניתוח להגדיל את נפח כיס שלפוחית השתן ל-300-450 סמ"ק ערב הניתוח
18 הנפח היה 290 סמ"ק, הגבול התחתון של הנורמה.
- 19 22. התובעת לא הייתה נתונה לסכנת בריאותית מאיימת, התפקוד הכלייתי היה תקין
20 ולא היו סימני לחץ על הכליות, בדיקת האורודינמיקה שביצעה סמוך לפני הניתוח
21 (שתוצאותיה לא נמצאות בתיק הרפואי) הראתה שיפור במצב. כמו כן, פרופ'



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 קונסטנטיני, נוירוכירורג בכיר עמו התייעצה התובעת לפני הניתוח, הציע להמתין
2 עם ביצוע הניתוח עד להתייצבות המצב הנוירולוגי של התובעת.
- 3 לא נמצאה התייחסות ברישומים הרפואיים להמלצתו של פרופ' קונסטנטיני חרף
4 היותה בפני הרופא המנתח.
23. התובעת לא קיבלה הסבר מספק לגבי הסיכונים והסיכויים של הניתוח והטיפול
האחרים. בתיק הרפואי לא נמצא אזכור למתן הסבר לקראת הניתוח ובטופס
ההסכמה לא מולאו השורות הנוגעות להסבר. לדברי התובעת לא ניתן לה כל הסבר
מלבד האמירה שלניתוח יש 95% סיכויי הצלחה והוא ישפר את איכות חייה ובכל
מקרה לא ירע את מצבה, מבלי להזכיר את הסיבוכים הרבים האפשריים שלמרבה
הצער ברובם התממשו.
24. בין הסיכונים הידועים, הגברת הסיכון לחלות בסרטן שלפוחית השתן, מחלה
שגרמה לפטירתה של אם התובעת. הניתוח הגדיל את הסיכון של התובעת לחלות
במחלה זו מעבר לסיכון הגנטי בשל ההיסטוריה המשפחתית. פרופ' רמון היה מודע
היטב לסיכון הגנטי של התובעת, הוא טיפל במחלת אימה. סיכון נוסף, ירידה
בפריון.
25. הניתוח פגע משמעותית באיכות חיי התובעת. הוא לא שינה את תפקוד כיס השתן
והוסיף סיבוכים של חסימות שתן, זיהומים קשים ומרובים בדרכי השתן, פגיעה
בתפקוד הכלייתי, אבני כליות, שלשלושים מרובים בשילוב אי שליטה על
ספינקטרים, גודש במערכת המאספת. הניתוח הביא את המטופלת למצב שהיא
מבלה את חייה בתוך ביתה, כמעט שאינה יוצאת עקב מצבה.
26. לא נמצא בגיליון המטופלת הסבר על סיבוכים אלה, לא נכתב באיזו טכניקה
הושתלו השופכנים, והאם בוצע בשיטה היוצרת שסתום חד-כיווני המוריד את
הסיכון להתפתחות סיבוכים אלו.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

27. התובעת לא הייתה נותנת את הסכמתה לביצוע הניתוח כפי שבוצע לו הייתה מודעת לסיבוכים האפשריים, וסביר שלאור התנגדותה היה מבוצע ניתוח בשיטה שונה.

28. ד"ר קונדריאה מעריך שהנכות שהתווספה לתובעת עקב הניתוח מגיע לכדי 80% במערכת העיכול, 20% לכליות, 20% למערכת השתן התחתונה, 40% אבני כליות דו צדדיות עם התקפים תכופים.

29. התובעת נסמכה על עדויות נוספות של בן זוגה וקרובת משפחה שליוו אותה בתקופת האשפוז ולאחריו.

טענות הנתבעת מס' 1 - שיבא

30. שיבא דוחה מכל וכל את טענות התובעת. ההחלטה על ביצוע הניתוח הייתה החלטה מושכלת נכונה, הניתוח בוצע כראוי, בסטנדרט רפואי ובמיומנות סבירה ולפי אמות מידה מקובלות בזמנים הרלוונטיים. תוצאות הניתוח בהתחשב במצבה ובמומה המולד של התובעת הינן סבירות. התובעת לא הוכיחה שמצבה הדרדר לאחר הניתוח לעומת מצבה הראשוני.

31. מצבה של התובעת חייב ביצוע ניתוח, מצבה האורולוגי הדרדר עם השנים, נפח שלפוחית שתן מוקטן 156 סמ"ק, פתולוגיה קשה של שלפוחית השתן, הפרעה חסימתית קשה במוצא השלפוחית, לחצים גבוהים מעל 60 סמ"ק, היענות ירודה וזיהומים מסכני חיים. הניתוח היה הכרחי, האלקטיביות הינה רק לגבי עיתוי ביצוע הניתוח.

32. האלטרנטיביות הטיפוליות שהציע ד"ר קונדריאה אינן רלוונטיות למום הספציפי המורכב של התובעת. התובעת טופלה שמרנית במשך כל השנים, טיפול זה לא מנע



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 הידרדרות במצבה. על הטיפולים הרבים שטופלה ניתן ללמוד מתיק מרפאת
2 הילדים.
33. מטרת הניתוח הייתה מניעת נזק נוסף לכליות, מטרה זו הושגה, הראיה שהכליות
4 גם היום לאחר למעלה מ-11 שנים מאז הניתוח, מתפקדות. לולא הניתוח, סביר
5 להניח, שתפקוד הכליות היה נפגם והתובעת הייתה נזקקת במהלך השנים לטיפולי
6 דיאליזה.
34. הניתוח לא נועד ואין דרך לגרום להחלמה מלאה מהמומים המולדים של התובעת.
8 כל ציפייה שכזו אינה בת מימוש.
35. ד"ר קונדריאה הינו גניקולוג שעבר הכשרה של שנה באורוגניקולוגיה, התמחות
9 שאינה מספקת לתחום זה. הפער בין חוות הדעת נובע מכך שד"ר קונדריאה שאינו
10 מומחה בתחום האורולוגיה, לא ניתח מעולם ניתוחים מסוג זה. לא טיפל בחולים
11 עם בעיות מורכבות עצביות במערכת השתן.
12

13 חוות הדעת הרפואית מטעם הנתבעים

36. הנתבעת נסמכת בטענותיה על חוות דעתו של פרופ' אילן גרינולד, מומחה
14 לאורולוגיה וכירורגיה אורולוגית. פרופ' גרינולד שלל בחוות דעתו את טענותיו של
15 ד"ר קונדריאה.
16
37. לבחינת השאלה אם היה מקום להציע ניתוח הגדלת שלפוחית השתן במצב המחלה
17 בו נמצאה התובעת, סקר תחילה המומחה את מצבה של התובעת. התובעת, נולדה
18 עם מום מסוג ספינה ביפידה ו-מיאלומנינגוצלה (MMCSB) שהינו מהסוג החמור
19 מבין המומים של ספינה ביפידה. מום זה כולל פגיעה במערכות שונות ובכללן
20 הפרעה בעצבוב למערכת השתן ובתפקוד מערכת השתן התחתונה. התובעת נזקקה
21 ונזקקת למעקב רב תחומי קבוע. קבוצת החולים מסוג זה נמצאת בסיכון לזיהומים
22



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 חוזרים בדרכי השתן, על פי הספרות בעלי אחוזי תמותה גבוהים במהלך השנים
2 (כשליש נפטרים עד גיל 5 ועוד 26% נפטרים במהלך 35 השנים הבאות). היות
3 ולמחלה השלכות לאורך כל החיים, המעקב והטיפול עוסקים בשמירה על שליטה
4 בשתן ושמירה על תפקוד כלייתי תקין. לחולים נדרש מעקב בשני תחומים: מעקב
5 אורולוגי באמצעות בדיקות אורודינמיות ומעקב אחר מערכת השתן העליונה
6 והכליות לאורך השנים בגלל שינויים במערכת השתן התחתונה. כמחצית מכלל
7 האשפוזים של חולים אלה הם על רקע זיהומים או אבנים בדרכי השתן. תיקון של
8 חוט שדרה מעוגן אינו מבטיח שיפור בלחצי מערכת השתן התחתונה. החמרה
9 בתפקוד מערכת השתן התחתונה יכולה להמשיך ב-48% מהמקרים על אף שעברו
10 ניתוח לתיקון עגינה ורק ל-14% יש שיפור קליני.
- 11 38. התובעת סובלת מבעיה אורולוגית מורכבת הכוללת שלפוחית נוירוגנית היפר
12 רפלקסית, שמשמעותה התכווצויות בלתי רצוניות בעוצמות גבוהות של שלפוחית
13 השתן המביאות להתרוקנות לא רצונית של השלפוחית. התובעת סובלת גם
14 משלפוחית בעלת היענות נמוכה, אשר גורם ללחץ גבוה במערכת השתן העליונה,
15 כתוצאה מכך נוצר עומס על הכליות שמסכן את תפקודן. בנוסף סובלת התובעת
16 מתסמונת DSD (detrusor sphincter dysynergia) מצב בו סוגר השתן ספסטי
17 ואינו מאפשר התרוקנות. סוגר תקין נמצא במצב רפיון שמאפשר זרימת שתן,
18 הסוגר אצל התובעת נמצא במצב ספזם וכיווץ. מצב זה יוצר עלייה חדה בלחץ התוך
19 שלפוחית שפוגע במערכת השתן התחתונה העליונה ובכליות.
- 20 39. במהלך כל השנים התובעת עברה בדיקות והייתה במעקב אורולוגי אחר תפקוד
21 מערכת השתן התחתונה. בבדיקות שנערכו לה במהלך השנים נצפתה הידרדרות
22 בתפקוד השלפוחית, עלייה בלחצים במערכת השתן והגברת הסיכון לפגיעה
23 כלייתית. בשנים 1994, 1995 ו-2003 עברה בדיקות אורודינמיות שאוששו מצב של
24 שלפוחית שתן נוירוגנית, היפר רפלקסית עם עדות להפרעה חסימתית להתרוקנות.
25 בבדיקה ב-2003 הייתה החמרה בפעילות מערכת השתן התחתונה, שלפוחית בעלת



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 היענות ירודה, דחיפות קשה, לחצים גבוהים 60 סמ"ק מים, ללא דליפת שתן.
2 בציסטוגרפיה נראתה עדות לפגיעה משנית לשלפוחית פתולוגית עקב חסימה.
- 3 40. התובעת הייתה גם במעקב נוירוכרורגי, ומעקב במרפאה הנפרולוגית בתל השומר.
4 מתיק המרפאה עולה שהתובעת סבלה מזיהומים חוזרים ונשנים בדרכי השתן וכל
5 זאת תחת טיפול אנטיביוטי מונע, וצנתור עצמי לסירוגין. ההפרעה בהתרוקנות
6 חייבה צנתור עצמי אשר הגביר את הדלקות בדרכי השתן. התובעת נזקקה לטיפול
7 אנטיביוטי ולאחר מכן טיפול אנטיביוטי יומיומי למניעה.
- 8 41. בכדי למנוע החמרה נוספת שתגיע לכדי אי ספיקה כלייתית היה צורך לבצע ניתוח
9 להגדלת שלפוחית השתן. ניתוח מסוג זה הוצע על ידי מומחים מארה"ב אליהם
10 פנתה אימה של התובעת עוד בשנת 1997 ובשנת 1998 והומלץ גם על ידי מומחה
11 נוסף מלונדון. הוצע למצות את הטיפול השמרני ובמקרה של החמרה לפנות לפתרון
12 הכירורגי. הטיפול השמרני בתרופות אנטיכולינריות נכשל בשל הרגישות שהתובעת
13 פתחה לתרופות אלו.
- 14 42. במצבה של התובעת הניתוח היה הכרחי. שיטת הניתוח בעזרת לולאת המעי הדק
15 וחלקה הדיסטלי ללא פגיעה בשסתום האילאוצקאלי, שמשמעותו ללא פגיעה
16 ביכולת הספיגה של המעי והקטנת סיבוכים מטאבוליים.
- 17 43. הצטברות של מספר גורמים העלו את הסיכון לתפקוד תקין של כליות התובעת:
18 לחץ גבוה בתוך מערכת השתן ובשלפוחית השתן, היענות נמוכה של השלפוחית,
19 גורם חסימתי שמפריע להתרוקנות והביא לעליה חדה בלחץ התוך שלפוחיתי,
20 התכווצויות בלתי רצוניות רבות, התובעת לא הגיבה בעניין זה לטיפול תרופתי,
21 וסבלה מזיהומים חוזרים בדרכי השתן. הכליות אינן עומדות בלחצים שכאלו
22 לאורך זמן. בהעדר אפשרות אפקטיבית להקטנת הלחצים אין מנוס מניתוח להצלת
23 הכליות.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

44. לנסיבות אלו יש להוסיף שמצבה העצבי של התובעת הדרדר, כאבי גב תחתון עם הקרנה לרגל, חולשה דיסטאלית בכף הרגל מלווה בהפרעת תחושה.
45. מכל הסיבות הללו הניתוח היה הכרחי, הניתוח מוכר בספרות הרפואית, זו הגישה הרפואית המוסכמת המקובלת והמומלצת. הניתוח מאפשר מרווחים גדולים יותר בין הצינתורים והגנה בטוחה על הכליות לאורך החיים. ניתוח כירורגי מסוג זה מוריד את הלחצים שהתובעת סבלה מהם במשך שנים רבות.
46. שלפוחית שתן פגומה מלידה אינה משתפרת מעצמה, כך שמבדיקה אחת אשר הדגימה לחצנים תקינים לא ניתן ללמוד שהמצב השתפר. המצב הקליני בכללותו, זיהומים חוזרים והזיהום הכלייתי עלולים לסכן את חייה. כל אלה הצדיקו את ההחלטה על ביצוע ניתוח האוגמנטציה.
47. השלפוחית לאחר הניתוח הגיעה לנפח של 1,100 סמ"ק. אף שהנפח גדול מהמתוכנן התוצאה רצויה. אין הדבר מעיד על פגם בשיטת הניתוח, שכן אורך מקטע המעי הדק שנלקח לשם חיבור עם השלפוחית הוא קבוע. הנפח גדל כתוצאה מסיבוכ של הפרעה בהתרוקנות השלפוחית, אין בכך עדות לטכניקה ניתוחית לקויה, אין לראות בכך כישלון בתוצאת הניתוח.
48. באשר לטיפול השמרני שהוצע על ידי מומחה התביעה, משיב פרופ' גרינולד, שהטיפול בגירוי חשמלי לא היה מוכר ולא היה אופציה בעת הרלוונטית. בכל מקרה טיפול שכזה אינו מתאים לבעיות של התובעת ואינו מומלץ בספרות.
49. הטיפול בבוטוקס לא היווה אופציה טיפולית סבירה, הן משום שלא היה ניסיון בארץ ולא תואר בחולי MMCSB, והן משום שטיפול בבוטוקס מחייב טיפול בהרדמה כל חצי שנה וכשלעצמו מעלה את הסיכון לזיהום חריף בדרכי השתן. סוג טיפול שכזה, אינו מבטיח שמירה על לחצים נמוכים לטווח ארוך ומצריך מעקב קבוע.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

50. שיטת הניתוח שנבחרה היא השיטה המקובלת, הניתוחים האחרים שמוצעים על ידי ד"ר קונדריאה פחות מקובלים בספרות הרפואית.
51. הסיכון לסרטן שלפוחית השתן כתוצאה מניתוח מסוג זה הוא זעיר. על פי מאמר שפורסם לאחרונה שלפוחית פתולוגית מלידה מהווה גורם עצמאי לממאירות, ללא קשר לניתוח ההגדלה.
52. עדויות נוספות נשמעו מפי פרופ' רמון, הרופא המנתח; ד"ר נועם כתרי, מי שהיה מתמחה בתקופה הרלוונטית, סייע בניתוח והחתים את התובעת על טופס הסכמה לניתוח בחדר ניתוח; ד"ר יעקב גולומב שערך את הבדיקה הארודינמית; וד"ר קלייב.

דיון בשאלת האחריות - שיבא

53. השאלות הצריכות לדיון בשלב זה הינן:
- א. האם ההחלטה לבצע את הניתוח הייתה רשלנית? ובהקשר זה גם:
- האם מצבה של התובעת חייב ניתוח במועד שבוצע?
- האם הניתוח בצוע בשיטה הנכונה והמתאימה?
- האם מוצו שיטות טיפול שמרניות?
- ב. האם שיבא עמדה בחובות הגילוי ומתן הסברים מספקים לתובעת טרם הניתוח, דהיינו פירוט סיכונים סיכויים ודרכי טיפול אלטרנטיביות, והאם התקבלה הסכמה מדעת?

20



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

1 האם ההחלטה לבצע את הניתוח הייתה רשלנית?

2 54. התובעת טוענת כי מדובר בניתוח אלקטיבי, הניתוח, במועדו, לא היווה את הטיפול
3 המתאים ביותר עבורה, לא מוצה טיפול שמרני באמצעות תרופות
4 אנטיכולינאריות. כמו כן מוסיפה התובעת כי לא הייתה דחיפות או נחיצות לביצוע
5 הניתוח במועד שבוצע. אין חולק כי מטרת הניתוח הייתה לשמור על כליותיה של
6 התובעת ולשפר את איכות חייה.

7 **מצבה הרפואי של התובעת עובר לניתוח כפי שעולה מהמסמכים הרפואיים**

8 55. התובעת סבלה ממום מולד, שילוב של ספינה ביפידה וממנינגומיאלוצלה
9 MMCSB מום מורכב המצריך מעקב רפואי בתחומי רפואה שונים ביניהם מעקב
10 אורולוגי נוירוכרורגי גסטרואנטרולי ואורטופדי. במהלך השנים חלה הדרדרות
11 במצבה. התובעת סבלה מדלקות חוזרות בדרכי השתן, בשלפוחית השתן, טופלה
12 במרפאת ספינה ביפידה בתל השומר (ר' למשל דוחות מעקב ממרפאת ספינה
13 ביפידה ומחלקת שיקום ילדים בשיבא, עמ' 493 – 471 למוצגי הנתבעים). בבדיקות
14 אורודינמיות שנערכו לתובעת במהלך השנים הודגמה פתולוגיה במערכת השתן,
15 היענות ירודה, לחצים של 30 סמ"ק, במשך השנים הלכו וגברו, (ר' גם בממצאי
16 בדיקה מיום 16.1.1992 (עמ' 447, 565 למוצגי הנתבעים):

17 **"Neurogenic Bladder. Constant incontinence",**
18 **" Poorly compliant blad."**

19 היה ניסיון לטיפול שמרני בתרופות אנטיכולינרגיות, אולם התובעת סבלה
20 מאלרגיה לתרופות אלו, כך למשל נרשם במסמך רפואי מיום 14.1.1993 במרפאת
21 ספינה ביפידה: **"הילדה מציגה בעיה קשה של רגישות יתר לתרופות המקובלות**
22 **כך שלא ניתן להגדיל את קבולת השלפוחית"** (עמ' 541 למוצגי הנתבעים).



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

56. במרוצת השנים בבדיקות האורודינמיות שבוצעו הודגמה הדרדרות במצב האורולוגי. ר' לדוגמא בבדיקה אורודינמית מיום 3.8.95 (עמ' 570 למוצגי הנתבעים), במסגרתה צוין: **"...היענות ירודה. קיבולת 200 סמ"ק. היפררפלקסיה מחזורית עם דליפה... ולא הצליחה להטיל שתן בסיום הבדיקה"**.
- בבדיקה אורודינמית הראשונה משנת 1992, הודגמה היענות ירודה, לחצים של 30 סמ"ק, דליפות ועדות להפרעה חסימתית להתרוקנות DSD.
57. הצורך בניתוח אוגמנטציה עלה שנים רבות לפני הניתוח שבוצע, עוד במרפאת ספינה ביפידה וזאת משנמצאה רגישה לתרופות. ר' למשל במסמך מיום 14.1.1993 בו צוין כי **"הועלתה אפשרות של Augmentation"**.
58. הבדיקות שבוצעו בשנים שלאחר מכן מדגימות התדרדרות במצב. בשנת 1994 ו- 1995 שלפוחית עם היענות ירודה, היפר רפלקסיה, דליפות לחצים ביחד עם התכווצויות של השלפוחית.
59. הלחצים הלכו וגברו בבדיקות המאוחרות יותר, בבדיקה בשנת 1996, צוין **"הגעה ללחצים של 60 סמ"ק מים. השלפוחית נראתה מעובה (טרבקולרית)"**, נרשם: **"שלפוחית היפררפלקסית עם היענות ירודה, הפעם לא הודגמה דליפה על אף לחצים עד 60 סמ"ק מים. אין רפלקס בהשוואה לבדיקה קודמת. אין שינוי משמעותי"** (בדיקה מיום 10.7.1996, עמ' 571 למוצגי הנתבעים).
60. בבדיקה משנת 1997 הלחצים הגיעו ל-70 סמ"ק מים (בדיקה מיום 23.7.1997, עמ' 572 למוצגי הנתבעים).
61. נפח שלפוחית השתן בשנים 1992-1997 נע בין 260 CC ל-340 CC.
62. בחקירתו הנגדית הסכים ד"ר קונדריאה (עמ' 17 לפרוט') שלחץ 40 סמ"ק מים, מהווה סיבה אובייקטיבית לביצוע ניתוח אוגמנטציה. קל וחומר לחצים גבוהים יותר. לחץ הינו נתון מדיד משכך מהווה נתון אובייקטיבי. ישנן סיבות



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 סובייקטיביות שאינן מדידות. עוד נכתב באותו מאמר שלחץ גבוה מ-40 סמ"ק מים
2 מסכן את הכליה ויש למצות טיפול שמרני.
- 3 63. ממצאים אלו עלו בבדיקות שנערכו כמה שנים לפני הניתוח. המגמה בבדיקות
4 הלכה והחמירה. במחלה מסוג זה המצב לא משתפר עם השנים. גם ד"ר קונדריאה
5 מאשר זאת (בעמ' 17 לפרוט'): "**באופן עקרוני השנים אינן מטיבות עם אישה**"
6 מכאן שממצאים אלו שהיו בפני המנתחים היוו אינדיקציה לביצוע הניתוח.
- 7 64. גודל שלפוחית השתן: בבדיקה האורודינמית האחרונה שבוצעה לפני הניתוח מיום
8 29.6.08, קיבולת השלפוחית הייתה 156 סמ"ק, עם התכווצויות יתר והיענות
9 תקינה. הצדדים חלוקים באשר למועד ביצוע בדיקה זו. הבדיקה נושאת תאריך
10 01-01-01. מקובלת עלי עמדת הנתבעת לפיה המועד אשר מופיע על טופס הבדיקה
11 שגוי, בשל בעיה בכיול המכשיר. המועד הנכון הוא מועד ביקורה של התובעת
12 במרפאה ביום 29.6.08. ד"ר גולומב שערך את הבדיקה העיד שהם לא מכיילים את
13 המכשיר, מועד הבדיקה נרשם בתיק המרפאה (ר' מסמך הבדיקה בעמ' 579 – 583
14 למוצגי הנתבעים). עדות זו עולה בקנה אחד עם הרישומים הרפואיים ועם עדותה
15 של התובעת, אשר מאשרת שעברה בדיקת אורודינמיקה בחודש יוני.
16 "**האורודינמיקה הייתה בחודש יוני**" (עמ' 81 לפרוט', ש' 14 - 17). לפיכך אני
17 קובעת שעלה בידי הנתבעת להוכיח שמועד הבדיקה הנכון הינו 29.6.08.
- 18 65. אין מחלוקת בין המומחים שנפח שלפוחית 156 סמ"ק הינו נפח קטן. דוקטור
19 קונדריאה מסכים שנפח זה הוא נפח קטן אלא שלא ייחס נתון זה לבדיקות של
20 התובעת מיוני 2008 בשל הטעות ברישום מועד הבדיקה.
- 21 66. בבדיקה בשנת 1997 קיבולת השלפוחית הייתה 340 סמ"ק, בבדיקה בשנת 2008
22 קיבולת 156 סמ"ק מהווה ירידה של כחמישים אחוזים בקיבולת השלפוחית, נתון
23 המעיד על הדרדרות במצב עם השנים, כפי שהעיד ד"ר גולומב.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

67. ד"ר גולומב העיד שבנוסף רוב הפרמטרים בבדיקה לא היו תקינים (ר' עמ' 146 לפרוט'):

"אנו בודקים כמה פרמטרים שהם: תחושה, קיבולת, התכווצויות בלתי רצוניות של השלפוחית בעת המילוי, דליפת שתן בעת המילוי. ומבצעים במקביל בדיקה שנקראת ציסטוגרפיה שזה צילום של מערכת השתן שנותנת הדגמה אנטומית של מערכת השתן בזמן מדידת הלחצים. בבדיקה שאנו מדברים עליה, רוב הפרמטרים היו לא תקינים. הקיבולת הייתה קטנה מאוד. היו התכווצויות בלתי רצוניות של השלפוחית בעת המילוי והייתה תחושה מוקדמת של לחץ שגרמה לנבדקת לבקש לסיים את הבדיקה. פרט להיענות, הפרמטרים האלה דיברו בעד עצמם" (ההדגשה שלי - א.ק.ב.).

ור' גם בעדותו של ד"ר גולומב (בעמ' 144 – 145 לפרוט') :

"עיקר סיבת המעקב אחרי חולים נוירו אורולוגים זה הגנה על הכליות. בגלל שברגע שיש פגיעה עצבית במערכת השתן התחתונה, קיים סיכון מוגבר של פגיעה במערכת העליונה, הכליות, שזה דבר שעלול להיות בלתי הפיך ולגרום לתחלואה עד כדי אי ספיקה כלייתית. ככל שהמטופל צעיר יותר, עם פגיעת חוט שדרה, שפוגעת במערכת השתן, חייבים לעקוב אחריו בתדירות שנקבעת לפי טיב הפגיעה שיכולה להיות אחת לחצי שנה עד שנה ולראות שאין התדרדרות כפי שהזכרתי. במקרה של התובעת, הוצגו לפניי לאחר הבדיקה שביצעתי, 4 או 5 בדיקות אורודינמיות שאת מרביתן אני ביצעתי, שבכולן ההיענות הייתה ירודה. מה שאומר, שהתובעת הייתה בסיכון מוגבר כבר אז בילדותה בשנות חייה הראשונות לפגיעה בכליות. ההחלטה על התערבות במצב כזה, מושפעת בשיקולים של הרופא המטפל ביחד עם המטופלת ומשפחתה שאני לא הייתי צד לזה. באיזה שהוא שלב, בעקבות הבדיקה האורודינמית נפלה ההחלטה גם בהסתמך על הבדיקות הקודמות שהגיעה העת לטפל".

סיכום ביניים: הבדיקות הציגו נפח שלפוחית קטן מ-156 סמ"ק ולחץ מים גדול מ-40 סמ"ק, שני ממצאים אלו אשר הודגמו בבדיקות שנערכו לתובעת בסמוך להחלטה על ביצוע הניתוח מהווים אינדיקציה לצורך בניתוח האוגמנטציה שעברה התובעת. בנוסף, ד"ר גולומב העיד שרוב הממצאים בבדיקה שהוא ערך, כמו



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 בבדיקות קודמות שנערכו על ידו, לא היו תקינים: "הקיבולת הייתה קטנה מאוד.
2 היו התכווצויות בלתי רצוניות של השלפוחית".
- 3 68. התובעת מצביעה על פרמטרים בממצאי הבדיקה שהיו תקינים ועל כן לטענתה
4 מצבה לא חייב ניתוח. ההיענות הייתה תקינה, לא היה ריפלוקס ולא הייתה דליפה,
5 בעוד הנתבעת לא מסכימה עם נתונים אלו וטוענת שההיענות הייתה ירודה.
- 6 69. היענות נמוכה של שלפוחית השתן משמעה ששלפוחית השתן אינה יכולה להכיל
7 את נפח השתן הרצוי, בתגובה לעלייה בנפח תופיע עלייה משמעותית בלחץ
8 השלפוחית. לחץ השלפוחית מסכן את פעילות התקינה של הכליות, מכאן הצורך
9 בניתוח להגדלת שלפוחית השתן ומניעת הלחץ כהגנה על הכליות.
- 10 70. המומחים שבדקו את התובעת שוללים את הטענה בדבר היענות תקינה. הם
11 סבורים שהיענות שלפוחית השתן הייתה ירודה. אומנם בבדיקה האחרונה שנערכה
12 על ידי ד"ר גולומב לפני הניתוח נמצא היענות תקינה. ד"ר גולומב הסביר שממצא
13 זה לא רלוונטי שכן בבדיקות הקודמות ההיענות לא הייתה תקינה ואין טיבו של
14 ממצא זה להשתפר. הסיכוי לשיפור נובע רק אם ההיענות הבלתי תקינה נבעה
15 מגורם חיצוני אשר טופל, כמו ביצוע צינתורים, או פגם נוירולוגי שטופל, לדבריו
16 (החל מעמ' 144 לפרוט', ש' 35):
- 17 "בד"כ ברגע שבבדיקה אורודינמית נמדדת היענות ירודה אם לא חלו שינויים כמו
18 הופעה של רפלוקס, חזרה של שתן מהשלפוחית לכליה שמורידה את הלחץ
19 בשלפוחית, או דליפת שתן מתמדת שגם היא מורידה את הלחצים, בד"כ ההיענות
20 לא מושפעת ולא משתנה. יכול להיות שיבושים בבדיקה. כלומר ההיענות היא
21 ערך נמדד והערך נמדד ע"י חלוקה של הנפח בשלפוחית בלחץ הנמדד באותו רגע
22 בזמן מדידת הנפח ואנו מקבלים ערך מספרי. הערך המספרי הזה מבטא היענות.
23 ככל שהוא נמוך יותר ההיענות פחות טובה".
- 24 ובהמשך (שם, בעמ' 145): "במאמר מוסגר, יש מצבים לא עצביים כמו לדוגמה בן
25 אדם שנושא קטטר קבוע לתקופה ממושכת בגלל אצירת שתן, ועושים לו בדיקה
26 אורודינמית, בגלל שהשלפוחית מכווצת הרבה זמן ניתן לקבל ערכים של היענות



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 ירודה וזה מצב ללא פגיעה עצבית. באותו מטופל אם נחזור על הבדיקה לאחר
2 תקופה לאחר שהוא נגמל מהקטטר, ההיענות משתפרת.", ובהמשך (שם, בשורה
3 21): "באופן מעשי היענות לא משתפרת".
- 4 71. לדברי פרופ' רמון (בעמ' 138 לפרוט', ש' 5 – 8): "אני לא מכיר היענות לא תקינה
5 שהופכת להיות תקינה ללא התערבות ניתוחית. ההיענות כפי שהיא נמדדת זה
6 ביחס לשני מספרים. כדי להגיע למספר של לא תקינה, משך הבדיקה צריך להיות
7 יותר ארוך ונפח יותר גבוה. הבדיקה שבה נרשם ההיענות תקינה, לא מוצתה".
- 8 72. פרופ' גרינולד ציין בחוות דעתו (בעמ' 12 לחוות הדעת):
9 "שלפוחית שתן פגומה מלידה לא משתפרת פתאום גם אם בבדיקה אורודינמית
10 ברגע נתון מסויים נרשמו לחצים תקינים (תחת טיפול צינתור עצמי), אין זה אומר
11 שהמדידה הזו שוות ערך ל"מצב שאינו מסכן את הכליות. המצב הקליני של ל',
12 קרי זיהומים חוזרים והזיהום הכלייתי האחרון היטו את הכף, בצדק ובשיקול
13 רפואי נכון וסביר ביותר, לקבלת החלטה לגישה ניתוחית".
- 14 73. התובעת נאחזת ברשומה שבה מופיע הממצא של היענות תקינה.
- 15 74. פרופ' גרינולד הסביר שהתוצאה של היענות תקינה בבדיקה משנת 2008 אינה
16 סבירה ונובעת כנראה מכך שהבדיקה לא מוצתה, ר' דבריו בחקירה נגדית (עמ' 110
17 לפרוט', ש' 1 – 7):
- 18 "מצויין היענות תקינה ב-31.7.08 והופתעתי לראות את זה ולכן הסתכלתי על
19 התרשים של 2008 כי לא הגיוני שהייתה היענות לא תקינה ואף נמוכה מאוד
20 בבדיקות קודמות, עד 70 ס"מ מים ולא יכול להיות שהמחלה משתפרת פתאום.
21 המהלך הטבעי שלה הוא שהיא מדרדרת, לצערי. בדיווח כתוב היענות תקינה אבל
22 שמסתכלים על התרשים זה מפתיע אותי כי בתרשים רואים לחץ של 55 ס"מ מים
23 בנפח שאני לא רואה אותו. בדרך כלל מפסיקים את הבדיקה באמצע בגלל שלא
24 רוצים להגיע ללחצים גבוהים יותר. התשובה המדווחת היא בעיני שגויה".
- 25 75. פרופ' רמון, בתצהירו, הסביר שהכיתוב בתוצאת הבדיקה "היענות תקינה" אינו
26 משקף את המצב לאשורו, לדבריו הבדיקה לא מוצתה, לא היה צורך במיצוי שכן



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 תמונת המצב הייתה ברורה, לו היו ממלאים את השלפוחית, הלחץ בשלפוחית היה
2 עולה והייתה מודגמת היענות ירודה. באותה בדיקה נפח השלפוחית היה קטן, נפח
3 156 סמ"ק.
- 4 76. בסמוך לבדיקה האורודינמית בוצעה לתובעת בדיקה נוספת, בדיקת מי קרח.
5 בבדיקה זו מזריקים מי קרח לשלפוחית, בבדיקה זו הודגמה שלפוחית נוירוגנית,
6 לחצים שהופיעו לאחר 100 סמ"ק. פרופ' רמון השיב בחקירה חוזרת (בעמ' 142
7 לפרוט'): "המבחן הזה מדגים בבירור את היות השלפוחית נוירוגנית, את הלחצים
8 שמופיעים בערך אחרי דקה שזה בערך 100 סמ"ק ואם על בסיס העקומות האלה
9 הייתה נמדדת ההיענות, ההיענות הייתה לא תקינה. הגרף הזה מדגים היענות לא
10 תקינה, הלחץ שמודגם הוא 55 סמ"ק" (העד הפנה למסמכים מתיק המרפאה נ/2).
- 11 77. פרופ' גרינולד אישר בחקירה נגדית שבדיקת מי הקרח הדגימה בבירור את
12 הפתולוגיה הנוירוגנית של השלפוחית ואת הלחצים הגבוהים. לדבריו (בעמ' 117
13 לפרוט', ש' 13):
- 14 "אם המילוי הוא עם מי קרח, אנחנו עוד יותר מזהים את הפתולוגיה. במקרה זה
15 שהראו לי עכשיו, המילוי הוא איטי ולכן לא מודגמת, ולכן חזרו על הבדיקה עם
16 מילוי יותר מהיר עם 40 CC לדקה מי קרח, ואז ראו שיש לחץ גבוה, וזו בדיקה
17 של לפני הניתוח".
- 18 78. אכן מטרידה העובדה שטרם הניתוח הבדיקות לא מוצו, לא נערכה בדיקה בסמוך
19 לניתוח. הבדיקה האחרונה בוצעה ב-6/08, כשנה לפני הניתוח ואף היא לא מוצתה
20 כדברי פרופ' רמון. מצופה שבטרם יבוצע ניתוח כל כך משמעותי תבוצע בדיקה
21 עדכנית להדגמת המצב. יחד עם זאת התובעת העידה (סע' 11 לתצהירה), שפרופ'
22 רמון דבר איתה על ניתוח האוגמנטציה כבר בחודש יולי 2008, דהיינו בסמוך
23 לביצוע הבדיקה. כלומר ההחלטה על ניתוח נפלה מיד לאחר קבלת תוצאות
24 הבדיקה, שפורשה על ידי פרופ' רמון וד"ר גולומב שערך את הבדיקה כבדיקה לא
25 תקינה המחייבת ניתוח.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

79. התובעת מעידה שקבלה את תוצאות הבדיקה של יוני 2008 היא שמחה שהמצב לא
מדרדר, אך באותה נשימה מתארת את השיחה עם פרופ' רמון בעקבות אותה
בדיקה, שבה המליץ לה על ניתוח. ברי כי פרופ' רמון לא סבר באותה עת שהבדיקה
תקינה, כפי שהתובעת מתארת. זיכרונה ששמחה עם תוצאות תקינות של הבדיקה
אינו עולה בקנה אחד עם המשך השיחה עם פרופ' רמון לגבי הניתוח. שיחה שכזו
מתיישבת עם המסקנה שהבדיקה לא תקינה מאשר כל מסקנה אחרת.
80. פרופ' רמון מלווה את התובעת מזה שנים, מצבה היה ידוע. נקודת המוצא שהמצב
לא משתפר עם השנים, לכך גם מסכים המומחה מטעם התובעת ד"ר קונדריאה (ר')
בעמ' 18 לפרוט', ש' 4 – 9):
- "ש: כשאתה אומר שהשנים אינן מיטיבות עם הספינה ביפידה, ברמה שהתגלתה
אצל התובעת, למה הפוונה?**
- ת: קודם כל זה תלוי מה המצב. זה מדובר פה מצב של שיתוקים, הפרעות תחושה,
הפרעות מתגברות במערכת השתן התחתונה מסוג דליפה או אצירת שתן, הפרעות
בסוגר פי-הטבעת, הפרעות בכליות בתפקוד כלייתי וכמובן הפרעות נפשיות וכו',
שמתלוות לכל המצב הזה."**
- הדאגה העיקרית הייתה לבל ידרדרו תפקודי הכליות, השמירה על הכליות היא זו
שהנחתה את המומחים בטרם הוחלט על ביצוע הניתוח. הצורך בביצוע ניתוח ריחף
מעל ראשה של התובעת כל השנים במהלך המעקבים הרפואיים שבוצעו בתובעת.
בהיותה ילדה בעת שטופלה במרפאת ספינה ביפידה כאשר התברר שלא ניתן
להמשיך בטיפול תרופתי, אימה פנתה לקבלת ייעוץ ממומחים בעלי שם עולמי,
מארה"ב ומאנגליה. המומחים שניהם סברו שהטיפולים האלטרנטיביים לא יועילו
לאורך זמן וכי לא יהיה מנוס מביצוע ניתוח. אי ביצוע הניתוח בתקופת ילדותה
היה רק בבחינת דחיית הקץ. כל המומחים היו תמימי דעים, לרבות מומחה
התובעת, שמצב השלפוחית לא משתפר.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

81. לסיכום נקודה זו, התובעת סבלה משלפוחית נוירוגנית, מנפח שלפוחית שירד עם השנים והגיע לנפח של 156 סמ"ק שהינו נפח קטן לכל הדעות, היענות ירודה של השלפוחית שהודגמה בבדיקות קודמות, עליה בלחצים אשר הגיעו מעל 40 סמ"ק. עליה בלחצים מסכנת את מערכת השתן העליונה, הכליות.
82. לכך יש להוסיף זיהומים חוזרים ונשנים, ד"ר קונדריאה מפרט בחוות דעתו מסמכים לגבי שישה אשפוזים משנים 1996 – 2008 בגין דלקות בדרכי השתן. (כרטיס האשפוזים של התובעת כולל אשפוזים (ללא פירוט) בתאריכים האמורים, ר' עמ' 113, 128, 212 למוצגי התובעת). נוסף על כך, ד"ר קונדריאה מציין כי במסמך מיום 1.4.2003, פרופ' רמון ביצע הסתכלות אנדוסקופית לתוך כיס השתן, מציין דלקות חוזרות. מוסכם על דעת כל המומחים, לרבות ד"ר קונדריאה, שדלקות חוזרות ונשנות במערכת השתן מסכנות את הכליות. ר' תשובותיו של ד"ר קונדריאה (בעמ' 18 לפרוט', ש' 2 - 7):
- "ת: זיהומים בדרכי השתן, שעלולים לפגוע בכליות. אמרתי, פגיעה כלייתית מסיבות שונות.**
- ש: וזה המצב שיקרה אם לא עושים שום דבר. נכון?**
- ת: אם לא עושים שום דבר, ולצערי גם אם עושים, אז יש שיפור אבל אין שום דבר שמביא להחלמה או קרוב להחלמה לצערי.**
- ש: ועם השנים זה מתדרדר. ת: אפשר לנסות לשפר או יותר נכון לעכב תופעות, לאיכות חיים טובה יותר."**
83. מכל האמור עולה שמצב מערכת השתן התחתונה של התובעת היווה התוויה ברורה לביצוע הניתוח על מנת להגן על הכליות שבשלב זה תפקודן היה תקין והיה חשוב לשמור על כך לבל תינזקנה הכליות בנזק בלתי הפיך, תפקוד לקוי שהינו מצב מסכן חיים.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

84. לאחר ששוכנעתי שמצבה של התובעת חייב פתרון, יש לבחון האם הניתוח בשלב
זה היה מוצא אחרון, שמא היו טיפולים אלטרנטיביים אפשריים בטרם ההחלטה
על ניתוח והאם האלטרנטיביות הטיפוליות הובאו בפני התובעת.

מיצוי הטיפול התרופתי

85. הצדדים חלוקים בשאלה האם הטיפול התרופתי מוצא בטרם הוחלט לערב את
איזמל הניתוחים. ד"ר קונדריאה סבור שהיה על פרופ' רמון למצות את הטיפול
בתרופות האנטיכולינרגיות.

86. עיון במסמכי מרפאת ספינה ביפידה מלמד כי התובעת סבלה מרגישות לתרופות
הרלוונטיות: "רגישה לנוביטרופן הן במתן פומי והן במתן דרך השלפוחית"
(מחלקת שיקום ילדים שיבא, עמ' 466 למוצגי הנתבעת); "אלרגיה לנוביטרופן
טופרול ופרובנטין" (שם, בעמ' 478); "כ"כ את מציינת כי הילדה רגישה לתרופות
אנטיכולינרגיות (נוביטרופן, טופרניל)" (מכתב המרכז הרפואי בני-ציון, עמ' 519
למוצגי הנתבעים). עולה באופן ברור שהתובעת גילתה רגישות לתרופות אלו. וראו
עוד בממצאי בדיקה מיום 16.1.1992 (עמ' 447 למוצגי הנתבעים):

"Mother has been advised on future treatment in the light of
intolerance of medicatn. and to get other opinions as she seems to
prefer her own intuition."

87. במרפאה נעשו מספר ניסיונות לתת לתובעת את התרופה לרבות מתן תרופה תוך
שלפוחית בכדי לעקוב אחר התגובות האלרגיות ומתן מענה מהיר במידה ויופיעו
תגובות כאלה, הטיפול ניתן תוך כדי אשפוז ביחידה לטיפול נמרץ ילדים. "ננסה
מתן נוביטרופן תוך שלפוחית בזמן אשפוז קצר ביחידה לטיפול נמרץ בילדים כאן
- על מנת שנוכל להגיב במהירות אם תתפתחנה תופעות אלרגיות." (מתוך התיק
הרפואי במרפאת הספינה ביפידה, עמ' 471 למוצגי הנתבעים).



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 88. למרבה הצער גם החדרת נוביטרופן בדרך זו נתקל בתגובה אלרגית, זאת אנו למדים
2 מהרישום בביקור הנוסף במרפאה " **מציגה בעיה קשה של אי שליטה על שלפוחית**
3 **השתן כאשר היא רגישה לנוביטרופן הן במתן פומי והן במתן דרך השלפוחית**" (ר'
4 לעיל).
- 5 89. בעטיה של הרגישות לתרופות, בביקור נוסף מתועד ניסיון נוסף לטיפול תרופתי,
6 הפעם בטופרניל: " **רגישות נגד תרופות. להפסיק כל תרופות למשך 10 ימים. אחר**
7 **כך להתחיל לקחת רק טופרניל משך שבועיים**" (בעמ' 511 למוצגי הנתבעת).
- 8 90. בשל הרגישויות, הומלץ במרפאת ספינה ביפידה עוד בשנת 1993 לשקול ניתוח
9 אוגמנטיציה: " **מציגה בעיה קשה של רגישות לתרופות המקובלות כך שלא ניתן**
10 **להגדיל את קיבולת השלפוחית**". (ר' עמ' 541 למוצגי הנתבעת).
- 11 91. לא הוכח שרגישות מסוג זה חולפת עם השנים, ולא הוכח שיש לבדוק שוב כעבור
12 מספר שנים את עוצמת הרגישות. ד"ר קונדריאה התייחס בחוות דעתו לרגישות
13 וציין שראה בתיק המטופלת אזכור לרגישות לנוביטרופן ומציע לנסות תרופות
14 אחרות ממשפחה זו. בחקירה נגדית הודה ד"ר קונדריאה שלא היה מודע לרגישות
15 המתועדת במסמכי מרפאת הספינה ביפידה, ולא היה מודע לעוצמת האלרגיה, כך
16 בעמ' 14 לפרוטוקול, שורות 31 - 32 :
- 17 "ש: כשכתבת את חוות-דעתך הראשונה, לא עמד בפניך תיק מרפאת ספינה
18 ביפידה של התובעת.
19 ת: נכון."
20 ובעמ' 15, ש' 1 - 3 :
- 21 "ש: בחוות-דעתך השנייה, נספח 9, האם אז ידעת שישנו תיק במרפאת ספינה
22 ביפידה לתובעת?
23 ת: לא."
24 בהמשך, בעמ' 15, ש' 31 - 36 :



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 "ש: האם ידעת שהיא נטלה בכלל תרופות כאלו?

2 ת: אני דיברתי עם המטופלת בביתה ושאלתי אותה אם היא טופלה בתרופות ואני
3 לא זוכר שהיא אמרה לי שהיא אמרה לי שהיא טופלה בכל התרופות האלה. לכן
4 אני שואל באיזה גיל זה היה.

5 ש: קודם אתה אומר שלא ידעתי.

6 ת: נכון. לי היא לא אמרה."

7 על רקע זה, לאחר שהובהר שמומחה התובעת לא נחשף למסמכים אלו, ניתן להבין
8 את אמירותיו בעניין האיזון שיש לעשות בין עומק האלרגיה ליתרונות שבטיפול.

9 לסיכום נושא הטיפול התרופתי, מהמסמכים הרפואיים עולה ברורות שהתובעת .92

10 פיתחה רגישות לתרופות. רגישות אשר מנעה ממנה את המשך הטיפול התרופתי
11 בתרופות מסוג זה. במשך השנים לאחר שכל הניסיונות להתגבר על רגישות זו לא
12 צלחו החל השיח עם אימה של התובעת על הצורך בניתוח. המלצתו של מומחה
13 התובעת להמשיך בטיפול התרופתי נבעה מכך שלא נחשף למסמכים ממרפאת
14 הספינה ביפידה. הוא לא ידע על הניסיונות שנעשו למתן התרופות אליהן התובעת
15 פיתחה אלרגיה.

16 טיפול אלטרנטיבי נוסף שנוסה בשנת 1998 ונכשל, היה התקנת 'inflow', התקן .93

17 שנועד לעקוף את בעיית הסוגר הספסטי על מנת לאפשר ריקון שלפוחית השתן ללא
18 איבוד שתן (שסתום/משאבה תוך שופכתי המציע שיפור באיכות חולות שעד כה
19 נזקקו לצנתר או חיתולים (ר' עמ' 520 – 521 למוצגי הנתבעים). ד"ר קונדריאה
20 אישר שלא היה מודע לטיפול זה (בעמ' 25 לפרוט', ש' 21 - 23):

21 "ש: האם נכון שגם לא ידעת בעת כתיבת חוות-דעתך, שבשנת '98 לתובעת נעשה
22 ניסיון התקנת התקן, שנכשל?

23 ת: נכון."

24



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 המלצות על ביצוע ניתוח במהלך השנים

2 94. במהלך הטיפול והמעקב שעברה התובעת בבית החולים ע"ש שיבא בשל מצבה
3 ובעיקר נוכח כישלון הטיפול התרופתי בשל הרגישות שפיתחה לתרופות, המליצו
4 הרופאים בפני אימה על ביצוע ניתוח האוגמנטציה.

5 95. בתחילת שנת 1993, כאשר התובעת הייתה כבת 5, עלתה אפשרות של ניתוח
6 אוגמנטציה במסגרת אבחנת מרפאת ספינה ביפידה (עמ' 541 למוצגי הנתבעים):

7 "המלצות: (1) הילדה מציגה בעיה קשה של רגישות יתר לתרופות המקובלות כך
8 שלא ניתן להגדיל את קבולת השלפוחית. הועלתה אפשרות של
9 "AUGMENTATION

10 בשנת 1994 שוב עלתה אפשרות האוגמנטציה כאשר מהרשומה הרפואית ביחידה
11 לשיקום ילדים בשיבא עולה כי התובעת סבלה מרגישות לתרופות וכי "בשלב זה
12 ההורים אינם מעוניינים באוגמנטישן" (עמ' 500 למוצגי הנתבעים).

13 96. אימה של התובעת פנתה לייעוץ לרופאים מומחים ברחבי העולם בשנים 1997 ו-
14 1998 שחזרו על המלצה זו. במסגרת הייעוץ שהתקבל מד"ר פיליפ רנסלי מלונדון,
15 זה כתב שניתוח להגדלת השלפוחית הוא בלתי נמנע בכדי להשתלט על הלחצים
16 הגבוהים וההתכווצויות הלא רצוניות שמסכנים את הכליות. כך, בשנת 1997,
17 כאשר התובעת הייתה כבת 10 שנים, סבר ד"ר רנסלי כי בטווח הארוך יידרש ביצוע
18 ניתוח אוגמנטציה (ר' עמ' 451 למוצגי הנתבעים):

19 "In the long term I strongly suspect that some form of bladder
20 augmentation may be appropriate in order to control the bladder
21 instability and provide her with a larger volume, low pressure
22 bladder which would not leak so easily."



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 בהתייחסו לתוצאות הבדיקות, תיאר ד"ר רנסלי את מצבה של התובעת שסובלת
2 משלפוחית נוירוגנית בלתי יציבה, הפרעה בהיענות. ד"ר רנסלי הציע ניסיון חוזר
3 לטיפול תרופתי בנוביטרופן, ניסיון שנכשל כאמור (ר' עמ' 450 – 453 למוצגי
4 הנתבעת).

5 97. בשנת 1998 המליץ פרופ' מיטשל מושינגטון על האפשרות של ביצוע ניתוח
6 אוגמנטציה כאשר הטיפול התרופתי אינו מהווה פתרון (שם, בעמ' 455):

7 **"If patients cannot take the medicines to stop the contractions, then**
8 **the other mechanism is to perform bladder augmentation."**

9 פרופ' מיטשל כתב לד"ר בן חיים (עמ' 459 למוצגי הנתבעים) שהוא ממליץ על ניתוח
10 להגדלת שלפוחית השתן מאחר שהתובעת סובלת מהתכווצויות בלתי רצוניות,
11 וזיהומים חוזרים ונשנים, בנוסף לכל אלו אלרגית לרוב התרופות
12 האנטיכולינרגיות והאנטיביוטיות.

13 98. ד"ר קונדריאה סבר שהמלצה זו יפה לשעתה, התאימה לתובעת בשנים 1987 ו-
14 1998 בהיותה ילדה, אין דומה מצבה של התובעת בהיותה בת 21 למצב שהיה
15 בילדותה. אני מסכימה עם אמירה זו באופן כללי, אולם, משהמשיכו המעקבים
16 אחר מצבה של התובעת, אשפוזים חוזרים בשל דלקות, דיווחים על דליפת שתן
17 וצנתור עצמי פעמים רבות, כאשר לא נצפה שיפור במצב גם בבדיקות
18 האורודינמיות שנערכו לה, וכאשר על דעת כל המומחים הפרעות אלה שנובעות
19 מפגם מולד לא משתפרות עם השנים – הטיפול התרופתי כשל ולא ניתן לחזור עליו.
20 נסיבות אלו כולן מלמדות שלא נס ליחה של ההמלצה מהשנים עברו והיא תקפה
21 גם בגיל 21. אין לומר שלא נערכה הערכת מצב מחדש. התובעת הייתה בבדיקות
22 ומעקבים במרפאתו של פרופ' רמון. פרופ' רמון ערך בעצמו בדיקות עבר על בדיקות
23 שנערכו על ידי רופאים אחרים וחזר על המלצתו לבצע את הניתוח.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

99. הדעה הרווחת בין מומחי הנתבעת, שטיפול תרופתי לאורך שנים במצבה של התובעת לא היה מסייע. פרופ' גרינולד מציין בחוות דעתו (בעמ' 6):
- "מכל מקום גם אם נקבל את עמדת התביעה, כי היה מקום להמשיך בטיפול שמרני (ואיני מסכים לכך), להערכתני, בתוך תקופה קצרה בת חודשים ספורים ללא ספק הייתה נזקקת לניתוח זה. כך שכל הדיון בעיתוי הניתוח הינו ויכוח סמנטי בלבד".
100. פרופ' רמון העיד שבמקרה של התובעת לא ניתן להסתפק בטיפול תרופתי. לאורך השנים לא היה בכוחו של הטיפול תרופתי לסייע במצבה של התובעת. לדברי פרופ' רמון לשאלות ביהמ"ש (עמ' 140 לפרוט', ש' 25 – 33):
- "ש: אם היא הייתה ממשיכה לקבל את התרופות האנטי כולינריות, זה יכול היה להיות מענה לניתוח?
- ת: לדעתי לא. כמו עם הבוטוקס, גם בתרופות האנטי כולינריות, היעילות שלהם מוגבלת ביותר. הם לא משפרות את האלסטיות של השלפוחית אלא מקטינות את הלחצים שגורמים להתכווצות לא רצונית בשלפוחית.
- ש: אבל זו גם מטרת הניתוח.
- ת: התובעת הוצגה כלא מתאימה לתרופות האלה על רקע רגישות. שלפוחית כזו אינה משתפרת מבדיקות וגם רופאים אחרים הציגו את חוסר היעילות של התרופה הזו בתובעת וזה לא משתנה עם הזמן".
101. אני מעדיפה בנושא זה את עמדת מומחה הנתבעת ואת עדותו של פרופ' רמון, משום שדעה זו עולה בקנה אחד עם ההמלצות לאורך השנים שקבלה התובעת עוד במרפאת הספינה ביפידה ועם דעות האחרות של המומחים שטיפלו בתובעת לאורך השנים לרבות מומחים בעלי שם מחו"ל. במהלך החקירה הנגדית של פרופ' רמון ניכר שלא היה כל תיאום בינו לבין המומחה מטעם הנתבעת ואף נמצא שבנושאים מסוימים יש חילוקי דעות ביניהם. בנושא זה הם היו תמימי דעים. למומחה התובעת שהינו אורוגניקולוג ולא אורולוג, אין ניסיון טיפולי במקרים מסוג זה,



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 מומחה התובעת לא הצליח להצביע על הצלחות של הטיפול התרופתי במקרים
2 מורכבים כמו המקרה של התובע.
3 102. המלצתו של מומחה התובעת לטיפול תרופתי נבעה מכך שלא נחשף לכלל החומר
4 הרפואי לרמת הרגישות שפיתחה לתרופות, ומכך שהתייחס לבדיקה משנת 2008
5 כבדיקה משנת 2001 לאור השגגה שנפלה ברישום מועד הבדיקה. נקודת המוצא
6 שלו נבעה מהסברה שמצבה של התובעת היה טוב יותר מהמצב שתואר על ידי
7 מומחי הנתבעים. ד"ר קונדריאה הניח שהייתה היענות תקינה, בהסתמך על ממצא
8 הבדיקה מחודש יוני 2008, בדיקה שלא מוצתה לדברי כל מומחי הנתבעת אשר
9 לדעתם המצב היה ברור, לא היה צורך להמשיך למצות את הבדיקה. לדעתו לא היו
10 דלקות חוזרות ונשנות רבות, ואף לגבי כמות הצנתורים, המידע שמסרה התובעת
11 למומחה לא עלה בקנה אחד עם התלונות הרפואיות שתועדו בזמן אמת.

12 **טיפולים אלטרנטיביים נוספים שמציע מומחה מטעם התובעת**

13 **טיפול על ידי הזרקת רעלן - בוטוקס**

14 103. ד"ר קונדריאה הציע לנסות טיפולי בוטוקס. פרופ' גרינולד התייחס לטיפול זה
15 בחוות דעתו, לטענתו הטיפול משפיע לטווח קצר, צריך לחזור על הטיפול כל חצי
16 שנה, טיפול יקר שלא היה בזמנו בסל הבריאות, ישנן מעט עבודות על הטיפול
17 בבוטוקס לחולי MMCSB, לא נבדקה היעילות במניעת הסכנה לכליות. גם טיפול
18 זה כמו הטיפול התרופתי לדעת פרופ' גרינולד לא היה מסייע בטווח הרחוק.
19 לדבריו: "בוטוקס אינו הטיפול שמתאים ל MMC. בילדים מנסים להאריך כמה
20 שאפשר עד לניתוח אבל בגיל 21 זה הרבה פחות רלבנטי וכבר אין מנוס מניתוח".
21 104. אין בטענה שמדובר בטיפול יקר כדי לפטור את הרופא המטפל מלהציע למטופל
22 טיפול שקיים אם הוא סבור שטיפול מסוג זה נותן מענה חלקי או מלא לבעיית



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

- 1 התובעת. העניין הכספי יישקל על ידה בלבד, הרופא המטפל לא יפעיל את שיקול
2 דעתו במקום שיקול דעתה של התובעת. על הרופא המטפל החובה להציע כל טיפול
3 שיהווה אלטרנטיבה לביצוע ניתוח שטומן בחובו סיכונים.
- 4 105. במקרה זה שוכנעתי שטיפול בבוטוקס לא היה נותן מענה למצבה של התובעת.
5 הטיפול לא היה נפוץ באותה תקופה. פרופ' גרינולד מעיד שיש לו ניסיון עם מאות
6 טיפולים מסוג זה ולמקרה של התובעת הוא לא היה מציע את הפתרון הזה (עמ'
7 110 לפרוט', ש' 23 – 27):
- 8 **"ת: יכול להיות שהיום הייתי מספר לה את האפשרות הזו אבל באותה נשימה**
9 **הייתי אומר לה שאני לא ממליץ עליה.**
- 10 **ש: בשנת 2007 היה מבוצע בארץ בוטוקס?**
11 **ת. אני לא ביצעתי וזה היה מאוד נדיר."**
- 12 106. פרופ' רמון לא מאמין שטיפול בבוטוקס מתאים למצבה המורכב של התובעת.
13 שוכנעתי שגם אם היה מעלה בפני התובעת את האלטרנטיבה הזו על כל יתרונותיה
14 ושלל חסרונותיה, וכשהוא לא ממליץ על טיפול זה במצב הידוע של היענות ירודה
15 ונפח שלפוחית קטן, סביר יותר להניח שהתובעת לא הייתה בוחרת בטיפול זה.
16 התובעת העידה שבאותה תקופה סמכה על פרופ' רמון בעיניים עצומות (עמ' 82
17 לפרוט', ש' 34).
- 18 גם היום נמנעת התובעת מלקבל טיפול זה אף שהוצע לה והיא מודעת לקיומו.
19 לדבריה נאמר לה על ידי ד"ר בן חיים שהיום לאחר הניתוח היעילות שלו פחותה.
20 פחותה, אולם לא נאמר שאין שום סיכוי. העובדה שהתובעת לא ניסתה עד היום,
21 במשך למעלה מעשר השנים מאז הניתוח את הטיפול בבוטוקס שאמור להיות
22 טיפול ללא תופעות לוואי וללא נזקים מצביע על הלך רוחה ועל האמון שהיא נותנת
23 בטיפול זה ובהמלצות הרופא המטפל על יעילותו. בהילוך לאחור, לו פרופ' רמון
24 היה מציע לתובעת טיפול כזה, מניח בפניה את כל המידע ועמדתו לגבי טיפול שכזה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 קרי; המשמעות הכספית, האפקטיביות הזמנית של הטיפול, הצורך בטיפולים
2 חוזרים, והעיקר חוסר היעילות של הטיפול, דעתו שלא האמין אז, כפי שאינו
3 מאמין היום, שטיפול שכזה מתאים למצבה של התובעת, לעומת האמון שהוא נותן
4 בהצלחת הניתוח, סביר יותר שהיא לא הייתה משנה את הסכמתה לעבור את
5 הניתוח. ד"ר קונדריאה מאמין ביעילות טיפול זה, כשהוא נשען על ההנחה
6 שהיענות שלפוחית השתן נמצאה תקינה. ממצא זה, כפי שקבעתי, לא שיקף את
7 מצבה של התובעת. בדיקות קודמות הדגימו היענות נמוכה, הבדיקה האחרונה לא
8 מוצתה. מצבה של התובעת היה ברור וללא טיפול מתאים אין לצפות לשיפור עם
9 השנים, ההפך, הצפי הוא להידרדרות, דעה זו מקובלת על כל המומחים שהעידו
10 לרבות ד"ר קונדריאה מומחה התובעת.

11 גירוי חשמלי

12 107. ד"ר קונדריאה מציע בחוות דעתו סדרת טיפולים על ידי מחט וגירוי חשמלי חיצוני
13 ברגל להרגעת ההתכווצויות בכיס השתן. פרופ' גרינולד שלל התאמת טיפול בגירוי
14 חשמלי למצבה של התובעת. לדבריו טיפול מסוג זה מעלה את הסיכוי לזיהום חריף
15 במערכת השתן. הטיפול לא מקובל למצבים של ספינה ביפידה ולמצבה המורכב
16 עוד יותר של התובעת. ולגבי גירוי חשמלי בדקירות חיצוניות ברגל, אמר שטיפול
17 זה הינו נדיר עם יעילות נמוכה.

18 108. פרופ' רמון העיד ששני הטיפולים, בוטוקס וגירוי חשמלי אינם מתאימים למצב של
19 שלפוחית עם נפח נמוך והיענות ירודה. טיפול בגירוי חשמלי לדברי פרופ' רמון
20 מתאים לשלפוחית רגיזה ולא לשלפוחית הנוירוגנית במצבה של התובעת (ר' עמ'
21 138 לפרוט', ש' 24 - 26):



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 "לאורך השנים הוצעו כל מיני טיפולים. כשאני נכנסתי לתמונה, הטיפול של
2 הגירוי החשמלי לא היה הטיפול המקובל והיום גם לא מקובל. זה טיפול שמקובל
3 לשלפוחית רגיזה ולא לשלפוחית עם נפח נמוך נוירוגני".

4 109. אני מעדיפה בנקודה זו את עדויותיהם של עדי הנתבעת המומחה פרופ' גרינולד
5 ופרופ' רמון על דעתו של ד"ר קונדריאה. מקובלת עלי עמדת הנתבעת שטיפול זה
6 כמו הטיפול בבוטוקס לא התאים למצבה של התובעת. הוסבר שהצעותיו של ד"ר
7 קונדריאה נסמכו על ממצא בבדיקה משנת 2008 שנכתב "היענות תקינה", מבלי
8 שהתייחס לממצאי בדיקות קודמות. קביעותי בעניין זה, הן באשר לתיקון מועד
9 עריכת הבדיקה יוני 2008 ולא 2001 כפי שמופיע, והן לגבי הקביעה שבדיקה זו לא
10 משקפת את מצב ההיענות משהבדיקה לא מוצתה ולא היה צורך במיצוי הבדיקה
11 כשברור שההיענות ירודה מבדיקות קודמות, רלוונטיות גם לנקודה זו. מצב זה,
12 גם אליבא ד"ר קונדריאה, לא יכול להשתפר. לאור הדברים הללו יש לקבל את
13 הסברי המומחים שהטיפולים האלטרנטיביים המוצעים לא יכלו לסייע. פרופ' רמון
14 הוסיף שטיפולים אלו לא מתאימים לשלפוחית עם נפח נמוך, ושלל את הטענה
15 שהשיקול היה שיקול כספי.

16 **קיום דיון מולטידיסציפלינרי**

17 110. אין חולק כי מצבה של התובעת עובר לניתוח וגם כיום הינו מצב מורכב המשליך
18 על תחומים רבים, מגבלות אורתופדיות, נוירולוגיות, גסטרואינטסטינליות
19 ואורולוגיות. בשל הבעיה האורולוגית, התובעת הייתה במעקב וטיפול אצל מספר
20 מטפלים.

21 111. מכלול הבעיות טופלו במרפאת ספינה ביפידה בשיבא. התובעת הייתה במעקב
22 במחלקה האורולוגית והנפרולוגית בשיבא.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

112. הניתוח שעברה התובעת נועד להגן על הכליות ולפתור ולו חלקית את הבעיות בשלפוחית השתן והשלכתן על הכליות. במקביל הייתה התובעת במעקב נוירוכירורגי בשל בעיית העגינה. פרופ' קונסטנטיני שקל ביצוע ניתוח חוזר לשחרור העגינה, התובעת עברה ניתוח כזה בינקותה ובגיל 3, בסופו של יום בשלב הזה הגיע למסקנה שיש לדחות את ההחלטה בעניין זה.
113. פרופ' רמון לא סבר שיש קשר בין הדברים ולא מצא לנכון לקיים דיון בטרם הניתוח עם פרופ' קונסטנטיני או מומחה נוירוכירורג אחר. יחד עם זאת, בתשובה לשאלון שנשלח לו השיב לשאלה 10 (מוצג 6 למוצגי התביעה): **"בשל מכתבו של פרופ' קונסטנטיני מתאריך 2.10.2008 נדחה מועד הניתוח להגדלת השלפוחית"**. מעבר לכך לא מצא לנכון פרופ' רמון לקבל ייעוץ נוירוכירורגי בעניין אורולוגי מובהק. פרופ' גרינולד ציין שטיפול לשחרור העגינה אינו פותר את בעיית מצב מערכת השתן, אף שציין שהוא מניח שהייתה התייעצות כזו. ההחלטה על טיפול במערכת השתן נתונה בלעדית לאורולוג. יתכן שמומחה פחות מנוסה מפרופ' רמון, שעל ניסיונו הרב ורמת מקצועיותו גם מומחה התובעת אינו חולק, היה בוחר לנהל דיון רב מערכתי.
114. הדיון הרב מערכתי שמופיע בספרות אליה מפנה ד"ר קונדריאה, מתייחס לטיפול השוטף בחולי ספינה ביפידה כפי שאכן נערך במרפאת הספינה ביפידה בשיבא. פרופ' רמון סבר שאין מקום לדיון שכזה משמדובר בבעיה אורולוגית נפרדת שאינה משליכה על תוצאות ניתוח לשיפור העגינה ולא תושפע מתוצאות ניתוח העגינה. מקובלת עלי עמדת פרופ' רמון שכאשר מדובר בנושא אורולוגי מובהק, אין בנושא זה חובת התייעצות עם נוירוכירורג. לפרופ' רמון ניסיון רב בניתוחים מסוג זה. לדבריו ההתייחסות לניתוח הנוירוכירורגי שהציע פרופ' קונסטנטיני מוצתה בכך שהיה צורך להמתין על מנת לוודא אם התובעת תבצע את הניתוח לשחרור העגינה אם לאו. משהחליטה שלא לבצע, נפלה ההחלטה על מועד ביצוע הניתוח להגדלת השלפוחית. הבדלי הגישה בין המומחים אינה מלמדת בהכרח על רשלנות



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 בפעולותיו של פרופ' רמון. ד"ר קונדריאה העיד שלו הוא מקבל מכתב כזה היה
2 מוצא לנכון להתייעץ עם פרופ' קונסטנטיני, מהטעם שלא יודע אם יש קשר בין
3 הניתוחים (עמ' 32 לפרוט', ש' 34 - 36):

4 **"כאשר אני מקבל מכתב כזה הדבר הראשון שאני עושה הוא לדבר עם פרופ'**
5 **קונסטנטיני, התשובה שלי אני לא יודע אם יש קשר בין הניתוחים בשביל לדעת**
6 **את זה היה צריך לברר עם פרופ' קונסטנטיני."**

7 ד"ר קונדריאה לא ביצע ניתוחים מסוג זה, תחום ההתמחות שלו הוא
8 אורוגניקולוגיה ולא אורולוגיה, אפשר שהעדר ניסיון אישי בניתוחים מסוג זה
9 הוביל להבדלי הגישה בין המומחים.

10 115. לסיכום נושא זה, לא ראיתי טעם לפגם באי עריכת דיון שכזה בטרם ביצוע הניתוח.
11 שוב נדגיש שהצורך בביצוע הניתוח היה קיים שנים, לא חל שיפור ולא היה סיכוי
12 שהמצב ישתפר ללא התערבות ניתוחית. נהפוך הוא התרשמות של האורולוגים
13 שליוו את התובעת שמצבה מדרדר.

14 116. לכך אוסיף שהנזקים הנטענים על ידי התובעת אינם בתחום הנורוכרורגי, לפיכך
15 ייעוץ בתחום זה לא היה מעלה ולא מוריד. התובעת לא המציאה חוות דעת
16 נורוכירורגית לתמיכה בטענה שניתוח העגינה היה יכול לשפר את מצב שלפוחית
17 השתן באופן שיגן על הכליות. פרופ' קונסטנטיני לא הוזמן למתן עדות לגבי הצורך
18 בהתייעצות הנטענת, ובאשר להשלכות שנבעו בהעדר התייעצות.

19 117. הניתוח שהוצע על ידי פרופ' קונסטנטיני לא בוצע עד היום בחלוף למעלה מעשר
20 שנים. יתכן שהסיבה לכך נעוצה באיבוד האמון של התובעת בפתרון כירורגי
21 כלשהו, אפשר גם שההמלצה על ביצוע הניתוח אינה חד משמעית, כך שהתובעת
22 נמנעה אז כמו היום, מביצוע ניתוח זה. כך או כך לא הוכח הקשר בין התחומים
23 והצורך בייעוץ מולטידיסציפלינארי.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

118. הנזק שהתובעת טוענת לו הינו נזק בתחום האורולוגי בלבד, לא גלש לתחומים
אחרים, כך שיעוץ עם מומחה מתחום אחר לא היה מעלה או מוריד.

שיטות ניתוח אחרות

119. במענה לטענה כי קיימות שיטות ניתוח ידועות נוספות נטען כי אלו אינן עדיפות
בהכרח ואף אין חובה לשטוח בפני המטופל את שלל השיטות הניתוחיות הקיימות
במסגרת חובת היידוע שאינה מוחלטת. יתר על כן, פירוט רחב מדי הוא כבד מנשוא
ואף עלול שלא להיטיב עם החולה אלא דווקא לשבש החלטה מושכלת.

120. ד"ר קונדריאה הציג בחוות דעתו שתי אפשרויות ניתוחיות נוספות על הניתוח
האנטרוסיסטופלסטי כפי שבוצע. ביחס לאפשרות הראשונה, ניתוח
אנטרוסיסטופלסטי עם סגירת השופכה וחיבור הכיס החדש בצינור הבנוי
מהאפנדיקס (Mitrofanoff), השיב פרופ' גרינולד בחקירתו הנגדית כי ניתוח זה
לא בא בחשבון במקרה של התובעת (עמ' 113 – 114 לפרוט') :

"ש: יש אופציה נוספת לניתוח אוגמנטציה עם סגירת השופכה וחיבור הכיס
החדש מהתוספתן. נכון?

ת: נכון.

ש: בניתוח כזה הצינתור מתבצע מהטבור ולא מלמטה.

ת: נכון.

ש: ד"ר קונדריאה אומר שהניתוח השני, זה עם התוספתן, מפחית את הסיכון
לזיהומים לעומת הניתוח הראשון. האם אתה מסכים לזה.

ת: הניתוח הזה נקרא ניתוח המוטרופונו ושכיחות הסיבוכים היא הרבה יותר
גבוהה כי יש פה עוד שתי השקות – צריך לכרות תוספתן, לחבר אותו ולהשיק
אותו לשלפוחית החדשה וצריך לעשות פתח חדש לא טבעי בעור באזור הטבור
ולתפור לאזור הטבור את התוספתן ולסגור את השופכה ולנטרל אותה לחלוטין.

ש: ניתוח המוטרופונו מבחינת הזיהומים, הם נמוכים לאין שיעור מהניתוח
הראשון. נכון?



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 ת: נכון, שיעור הזיהום במוטרופונו הוא נמוך יותר. הנטיה בכירורגיה בכלל היא
2 כמה שאתה יכול להשאיר את המצב טבעי זה יותר טוב. צינור השופכה הוא
3 הצינור הטבעי המוביל שתן וזה אומר שלעולם אין לה סיכוי להטיל שתן ספונטני
4 והכנסת אותה לאפשרויות סיבוכים כגון, אם הצינתור קורע את התוספתן זה גורם
5 לסיבוכים וזה לא אופציה עדיפה על מה שנעשה עבודה.

6 ש: כשביצעת את הניתוח כמומחה, ביצעת אותו בשיטה הראשונה?
7 ת: אני ביצעתי בדיוק כמו שנעשה בתל השומר.

8 ש: אבל לפני הניתוח שביצעת הצגת בפני המטופלת גם את האפשרות של ניתוח
9 המוטרופונו?

10 ת: לא הצגתי לה. יש פעמים שהמטופלים יוצאים מאוד מבולבלים ולא תמיד
11 יכולים לעשות שיקול דעת. כשהנסיון של המנתח הוא נסיון טוב בסוג אחד של
12 ניתוח, עדיף תמיד לעשות את הניתוח שאתה הכי מנוסה בו. אם אתה הולך להיות
13 המנתח, אתה רוצה להציע את הניתוח שאתה טוב בו ביותר. יש אפשרויות מרובות
14 של ניתוחים ואי אפשר לפרוש בפני מטופל את כל סוגי הניתוחים משום שהוא
15 לא יוכל להפעיל שיקול דעת מושכל. הדבר דומה אם נציע למטופל תרופה נגד
16 כאבים כמו אקמול ונצטרך לפרוש בפניו שיש עוד עשרות רבות של תרופות נגד
17 כאבים, זה לא מעשי ולא רלבנטי. אם יש אופציה אחת מול שניה שהיא שוות
18 ערך, פחות או יותר, אז אפשר לדבר על זה. ניתוח המוטרופונו לא בא בחשבון לגבי
19 התובעת."

20 121. פרופ' גרינולד נחקר בקצרה גם ביחס לאפשרות הניתוחית השנייה שהעלה ד"ר
21 קונדריאה (Ileal Conduit) והשיב (בעמ' 114 לפרוט', ש' 26 – 32):

22 "ש: כל הניתוחים שדיברנו עליהם, גם המטרופונו וגם איליה קונדקט, מטרתם
23 להגן על הכליות. נכון?

24 ת: נכון.

25 ש: נכון שניתוח איליה קונדקט עושה פחות סיבוכים?

26 ת: סיבוכים אחרים. הוא גם עושה זיהומים. בערך אותו דבר.

27 ש: תאשר לי שלא ראית ברשומה תיעוד על כך שהוסבר על האופציה הזו?

28 ת: לא ראיתי."



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 המענה הכולל לאפשרויות הניתוחיות שהציג ד"ר קונדריאה סוכס על ידי פרופ'
2 גרינולד בחוות דעתו (בעמ' 13):
- 3 **"האופציות הניתוחיות הנוספות אינן רלוונטיות במקרה של ל' ופחות מועדפות**
4 **ב-MMCSB בכלל תחלואה גבוהה יותר ואיכות חיים פחות טובה".**
- 5 בנסיבות העניין לא מצאתי כי עלה בידי התביעה לבסס כדבעי את הטענה כי
6 הניתוחים הנוספים היוו אלטרנטיבה טובה יותר או בכלל, במקרה זה, ולמצער
7 אלטרנטיבה שבה הייתה התובעת בוחרת.
- 8 122. ביחס לכמות הצנתורים הגדולה גם לאחר הניתוח, כפי שהתובעת מדווחת, השיב
9 פרופ' רמון כי הניתוח אכן היה אמור להפחית את תדירות הצנתורים ויתכנו
10 הסברים סובייקטיביים או התנהגותיים שדורשים בירור (ר' בעמ' 141 לפרוט'):
- 11 **"ש: הניתוח אמור להפחית את תדירות/כמות הצנתורים ובכך להפחית זיהומים?**
12 **ת: כן.**
- 13 **ש: ואם התדירות לא ירדה?**
14 **ת: הייתי מחפש את הסיבה לכך. יש לזה כל מיני הסברים.**
- 15 **ש: האם זה אומר שהניתוח לא הצליח?**
16 **ת: יש דברים שקשורים בניתוח ויש דברים שקשורים בחולה. מהאספקט הזה**
17 **הניתוח לא הצליח מבחינתה. יש דברים שהם סובייקטיבים ויש דברים**
18 **התנהגותיים שאפשר לפתור אותם. זה משהו שדורש בירור ולחפש איזושהי**
19 **נוסחה לשפר איכות חיים. מבחינת תוצאות הניתוח, אני לא רואה סיבה להגדלת**
20 **מספר הצנתורים אלא אם יש בעיה במוצא שגם הוא בר פתרון."**
- 21 ביחס לסוגיה זו, ד"ר קונדריאה אישר שכמות הצנתורים נשענת על דיווחי התובעת
22 בלבד:
- 23 **"ש: למה לא רשמת בחוות-דעתך שהסיבה שהיא אינה נמצאת בטיפול אורולוגי,**
24 **קשורה לכך שהיא פיתחה אנטי לכך.**
- 25 **ת: טעיתי בזה שלא כתבתי.**



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

ש: האם נכון שהסתמכותך על תכיפות של צנתורים, גם כשהיא מגיעה מתוך תיעוד רפואי, נשענת רק על דיווחי התובעת?

ת: נכון.

ש: אותו דבר נכון, גם על הטענה לזה שהיא סובלת משלשולים. נכון?

ת: כן.

פרופ' גרינולד גם התייחס לכמות הצנתורים עליהם מדווחת התובעת, ולא מצא כל נחיצות בביצועם (ר' בעמ' 116 לפרוט'):

ש: בהנחה שיש אבנים בכליות, אפשר לומר שהניתוח לא הצליח?

ת: לא. אבנים בכליות זה לא אינדיקציה להצלחת הניתוח. מה שיש לתובעת כרגע זה 4-5 מ"מ בכליות, זה דבר שכיח בהרבה מקרים באוכלוסיה ואין לזה קשר לתפקוד הכלייתי והגנה על הכליה. יש מקרים נדירים שיש חיידקים שנתפסים לאבנים. אני היום הייתי מחפש ומברר למה היא מצנתרת כל כך הרבה פעמים, כי לי זה לא ברור. אני ראיתי שכתוב שקיבולת השלפוחית גדולה, כ-1 ליטר, וזה דבר טוב, וזה אומר שאפשר לצנתר פעמיים או שלוש ביום. שלפוחית רגילה מכילה 250-300 ויש לה שלפוחית שהיא פי 3 בערך מהרגיל. (ההדגשה שלי – א.ק.ב.).

האם שיבא עמדה בחובות הגילוי והאם התקבלה הסכמה מדעת?

123. הלכה מושרשת היא כי אין לבצע טיפול רפואי באדם ללא הסכמתו (בכפוף לחריגים שאינם רלוונטיים לענייננו). אין מדובר בהסכמה גרידא אלא בהסכמה "מדעת", כזו הטומנת בחובה ידיעה של העובדות הנחוצות והרלוונטיות לקבלת החלטה מושכלת באשר לביצוע הטיפול הרפואי (ע"א 2781/93 דעקה נ' בית החולים "כרמל", חיפה (29.8.1999) (להלן: "ענין דעקה"); ע"א 434/94 ברמן נ' מור – המכון למידע רפואי בע"מ (11.8.1997); סעיף 13 לחוק זכויות החולה, תשנ"ו-1996 (להלן: "חוק זכויות החולה")).



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

124. לטענת התובעת, לא ניתן לה הסבר ממצה באשר לסיכויים והסיכונים של הניתוח
ודרכי טיפול אלטרנטיביות.
125. כל הקשור לטיפולים אלטרנטיביים נדון בפרק הקודם ולא אחזור על כך. נותר
לברר מידת המידע שנמסר לתובעת באשר לסיכונים והסיכויים, בהקשר זה יש
לבחון מטרות וציפיות מהניתוח, והסיכונים השכיחים.
126. התובעת מצהירה שפרופ' רמון שוחח איתה על הניתוח אחרי הבדיקה ביוני 2008.
לטענתה פרופ' רמון הציג מצג שהניתוח רק יכול להועיל בכל מקרה לא יזיק. עוד
מוסיפה התובעת שפרופ' רמון שלח את ד"ר קלייב לשכנע אותה לעבור את הניתוח
וזה העמיד אותה על הסיכון שייגרם לכליות אם לא תעבור את הניתוח. לדבריה
גם ד"ר קלייב, כמו פרופ' רמון, הסביר שלכל היותר הניתוח לא ישפר את מצבה
אבל אין סיכונים אחרים. התובעת מוסיפה שדודתה ליוותה אותה לביקור אצל
פרופ' רמון. פרופ' רמון הסביר להן את מהלך הניתוח ואמר שסיכויי ההצלחה 95%.
127. לדבריה, לא הייתה נותנת את הסכמתה לביצוע הניתוח לו הייתה מודעת בטרם
הניתוח לסיכונים ולסיבוכים הרבים שטומן בחובו הניתוח, סיכונים שלא בא זכרם
בשיחותיה עם המומחים. לטענתה בעת שהוחתמה על טופס ההסכמה לניתוח
ובכלל בשיחותיה עם פרופ' רמון לא הוסבר לה שהניתוח גורם לבעיית פריון, ולא
נאמר לה דבר על הגברת הסיכוי לחלות בסרטן כיס השתן, מחלת סרטן אשר
הביאה לפטירת אימה אף שעובדה זו ידועה היטב לפרופ' רמון שטיפל באימה. כל
אלה לצד הסבוכים שנגרמו בשל אי הצלחת הניתוח והחמרת מצבה, שלשולים,
מחסור ב-B12 כאבים עד כדי עלפון בעת ביצוע הקטריזציה, דליפות שתן, זיהומים
חוזרים, חוסר שליטה על הספינקטרים ופגיעה בכליות.
128. בנוסף, לטענתה פרופ' רמון לא סקר בפניה שיטות טיפוליות שאינן כירורגיות או
אפשרויות שונות לבצע את הניתוח ולא דיבר על סיכונים כלשהם (סעי' 9, 14
לתצהירה). עוד טענה התובעת כי בפגישה מקדימה שהתקיימה אצל פרופ' רמון



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 יחד עם דודתה, הוסבר כי סיכויי הצלחת הניתוח הם 95 אחוזים וב-5 אחוזים
2 המצב יישאר כמו שהוא (סעי' 13 לתצהירה, סעי' 8 לתצהיר דודתה של התובעת).
3 התובעת מצהירה כי אילו היה נמסר לה המידע השלם – לא הייתה מסכימה לעבור
4 את הניתוח נוכח החמרת מצבה (סעי' 15 לתצהירה). מכאן הטענה כי לא נתקבלה
5 הסכמה מדעת.
- 6 129. על הטיפולים האלטרנטיביים ושיטות הניתוח האחרון עמדתי לעיל, אף שהגעתי
7 למסקנה שהחלטה על ביצוע הניתוח הייתה תקינה, היה מקום להסביר לתובעת
8 על שיטות טיפול אחרות גם אם אינן יעילות כפי שסבור המנתח. כבר אמרתי שאיני
9 סבורה שהתובעת הייתה בוחרת בשיטת טיפול שאינה מקובלת על פרופ' רמון,
10 בעיקר כשבאותה תקופה האמינה בפרופ' רמון אמונה שלמה. על כך גם העידה
11 דודתה בתצהירה (סעי' 9): **"אדגיש כי מבחינתנו פרופ' רמון היה סוג של אלוהים,**
12 **הוא טיפל באחותי המנוחה וניסה לסייע לה... האמנו בו מאוד וסברנו שהוא יודע**
13 **מה הוא עושה"**. כך גם העיד בן זוגה של התובעת ובאשר ליחס של התובעת לפרופ'
14 רמון הצהיר: **"ל' סמכה עליו וראתה בו מעין דמות אב"**. אני סבורה ששיטות
15 הטיפול האחרות שפרופ' רמון אינו ממליץ עליהן, גם אם היו מונחות בפניה,
16 התובעת הייתה מקבלת את דעתו של פרופ' רמון שאין מנוס מניתוח. אשר על כן,
17 איני רואה בהיעדר פירוט שיטות הטיפול האחרות, שיעילותן מוטלת בספק,
18 רשלנות בהחלטה על ביצוע הניתוח ולא רואה בכך ביצוע ניתוח בהעדר הסכמה
19 מדעת.
- 20 130. נותר לבחון אם העדר פירוט שכזה פגע באוטונומיה של התובעת, כפגיעה עצמאית
21 ללא שהוכח קשר סיבתי לנזקים הנטענים, על כך אדון בהמשך.
- 22 131. לגבי מודעותה של התובעת לסוג הניתוח, התרשמתי שהתובעת ידעה היטב טרם
23 הניתוח את הפרטים הנדרשים לגבי סוג הניתוח. ניתוח האוגמנטציה, ניתוח
24 להגדלת שלפוחית השתן עמד על הפרק עוד מתקופת ילדותה של התובעת וחזר
25 ועלה לאורך השנים. כפי שצוטט מהתיק הרפואי, מומחים בעלי שם עולמי המליצו



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 לאימה של התובעת על ביצוע ניתוח זה וזאת לאחר שהטיפול בתרופות
2 אנטיכולינרגית בשילוב צנתור עצמי נכשל. התובעת שהייתה באותה העת ילדה
3 בוודאי שלא הבינה, ההחלטות לא נלקחו על ידה. התובעת העידה שגם לאחר
4 שבגרה נושא הניתוח עלה חדשות לבקרים בביקוריה אצל פרופ' רמון לדבריה:

5 "רמון מגיל 18 שלי ניסה לדחוף אותי לכיוון הניתוח הזה, ובכל פעם שמעתי על
6 הצורך בניתוח הזה, ובכל פעם אמרתי לו: טוב, בסדר. טוב, בסדר. טוב, בסדר..."
7 (עמ' 81 לפרוט', ש' 16 - 17).

8 פרופ' רמון עקב וטיפל בתובעת תקופת זמן לא מבוטלת. התובעת והתייעצה עמו
9 לגבי הניתוח תוך קבלת מידע הסברים. התובעת אישרה כי נועצה עם פרופ' רמון
10 לגבי הניתוח ביום 31.7.2008 וכן בינואר 2009, כארבעה חודשים לפני הניתוח:

11 "ש: את יכולה להגיד לנו באיזה תאריך ישנו ביקור נוסף שלא רשום? ...
12 ת: סליחה, ינואר 2009. ארבעה חודשים לפני הניתוח. האורודינמיקה הייתה
13 ביוני 2008.

14 ש: אז אני שואל אותך על 31 ביולי 2008. את זוכרת?
15 ת: כן.

16 ש: כבר באותה פגישה...

17 ת: הוא דיבר איתי על הניתוח.

18 ש: האם נכון שהוא צייר לך, למשל, תמונה של שלפוחית?

19 ת: אני לא זוכרת אם זה היה באותה פגישה, אבל כן.

20 ש: האם נכון אבל שהוא אמר לך שבמסגרת הניתוח הוא ייקח חלק מהמע,י,
21 ובאמצעותו הוא יגרום להגדלת שלפוחית השתן?

22 ת: כן."

23 (עמ' 80 לפרוט', ש' 10 - 22).

24 132. הדברים עולים בקנה אחד עם עדותו של פרופ' רמון אשר הסביר כי הוא מעניק

25 למטופליו יעוץ בשתי מסגרות, האחת, במסגרת המרפאה ותחת אילוצי העומס

26 והזמן, והשנייה, במסגרת פגישות בלתי מתועדות בחדרו במחלקה. פגישות אלה הן



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 בנוסף על הפגישות הפורמליות במרפאה בהן הוא פוגש את המטופלים ללא תיק
2 רפואי וללא צורך בהפניה. הפגישות נועדו לתת למטופל עוד מידע כדי שיקבל
3 החלטה עצמאית ולא כדי לערוך מסע שכנועים לקבלת הסכמה לביצוע ניתוח, כך
4 גם היה במקרה זה (עמ' 130 לפרוט', ש' 5 - 16). התובעת מאשרת שנתנו לה
5 הסברים מקיפים, לרבות ציור של שלפוחית השתן והסבר לגבי לקיחת חלק מהמעי.
6 הסברים אלה לא מתועדים כפי שהסביר פרופ' רמון. גם ביחס לסיכוני הניתוח
7 הוסיף פרופ' רמון כי ההסבר ניתן לתובעת גם אם אינו מתועד:

8 "ש: כלומר בתיק של ל' אנו צריכים למצוא תיעוד שהוסבר לה על סיכויים
9 וסיכונים?

10 ת: ההסבר הזה ניתן. התיעוד לוקה בשל חוסר זמן.

11 ש: העדת שאתה מתעד את ההסברים שניתנו במרפאות.

12 ת: עניתי שלא תמיד אני מתעד."

13 (עמ' 130 לפרוט', ש' 20 - 23).

14 ביחס לכך הוסיף פרופ' רמון והסביר:

15 "ת: השאיפה היא לתיעוד מקסימלי אבל אנחנו לא עומדים בזה מפאת קוצר
16 הזמן. זו בעיה כוללת בתחום הניתוחים, הנושא של תיעוד ההסבר שניתן לפני
17 ניתוח. במחלקתי כיום מבוצעים כ-3 אלף ניתוחים בשנה, ניתוחים מסוגים
18 שונים. לחלק מהניתוחים יש טפסי הסכמה מדעת מפורטים ש"יוצרו" בסיוע
19 האיגוד האורולוגי הישראלי וקיבלו את אישור המועצה המדעית והר"י ואת
20 אישור משרד הבריאות. כרגע יש לא יותר מ-15 סוגים של ניתוחים שבהם יש
21 הסכמה מדעת המפורטים בטופס, זה מעט. בנוסף, ישנם ניתוחים והדוגמא
22 הטיפוסית היא כריתת הערמונית אצל גברים בגלל סרטן שבה יש פגיעה
23 משמעותית אפשרית באיכות החיים כתוצאה מפגיעה בתפקוד מיני ובמנגנוני
24 השליטה על השתן, ובהקשר לכך היו תביעות רבות. כמו מי שנכווה מאש, למדנו
25 לכתוב בכתב יד בטופס מה הסיבוכים למרות שאי אפשר להזכיר את כל
26 הסיבוכים. מקפידים ליתן הסבר בעל פה והרישום לעיתים לוקה בחסר."

27 והוסיף:



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 ש: באשר לטופס ההסכמה לניתוח – האם בטופס הזה מקובל לפרט בכתב יד
2 תמצית הסבר או אפילו לרשום את המילה "הסברנו".

3 ת: לא. במקרים חריגים כן. זה טופס כוללני.

4 ש: זאת אומרת שמשאירים את הטופס ריק?

5 ת: הוא לא ריק. נרשם בטופס שם הניתוח. הטופס הזה בין היתר מידע את
6 המטופל שבמקרים חריגים יכול להיות מצב שבו יידרש אילוץ ניתוחי שלא היו
7 מפורטים בטופס הניתוח. (מעין בטופס עמ' 827 למוצגי הנתבעת) – זו דוגמא.
8 זה הטופס של ההסכמה הניתוחית. כדי שיבוצע ניתוח, נדרשת חתימה של
9 המטופל לניתוח אז מפורט שם הניתוח וחתימתו. ללא חתימה הוא לא יורדם ואף
10 לא יורד לחדר ניתוח.

11 ש: לשיטתך, הדף הזה הוא עניין פורמאלי בלבד?

12 ת: הוא לא פורמאלי בלבד. המטופל שעובר מרפאה קדם ניתוחית ומאושר לניתוח,
13 כמנהל מחלקה אני לא עובר על הטופס הזה ועל הרישומים של מה שנרשם ונושא
14 באחריות.

15 התובעת מאשרת וזוכרת את השיחות לפני הניתוח ואף זכרה שפרופ' רמון הדגים
16 בעזרת ציור את תכנית הניתוח.

17 התובעת ביקרה במרפאה טרום ניתוחית ביום 5.4.2009 וד"ר קלייב החתימה על
18 טופס ההסכמה במועד זה (חתימה נוספת של ד"ר כתרי התבצעה במועד הניתוח).
19 ביחס לטענת התובעת כי ד"ר קלייב נשלח לשכנע לעבור את הניתוח השיב ד"ר
20 קלייב בחקירתו הראשית:

21 ש: התובעת אומרת שפרופ' רמון שלח אותך אליה על מנת שתשכנע אותה לעבור
22 את הניתוח. מה יש לך להגיד על זה?

23 ת: פרופ' רמון ראה אותה במרפאה שלו, דיבר איתה, סיפר לה על הניתוח. אני
24 לא זוכר שפרופ' רמון שלח אותי לאיזשהו מקום לשכנע מישהו. אף פעם לא היה
25 כזה מקרה שהוא שלח אותי לשכנע. כשהייתי תורן יכול להיות שהייתי נכנס
26 לחדר והייתי מדבר עם החולה כידיד אבל לא הייתי משכנע אותו לניתוח אלא
27 מדבר ומסביר לו על הניתוח, זה לא נקרא לשכנע.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1
2 מכל האמור עולה בבירור שהתובעת שוחחה רבות על נושא הניתוח הן עם פרופ'
3 רמון והן עם ד"ר קלייב. מקובלת עלי בהקשר זה גרסתו של ד"ר קלייב שלא נשלח
4 על ידי פרופ' רמון לשכנע כגרסת התובעת, סביר יותר כי ד"ר קלייב מילא את
5 תפקידו במסגרת המרפאה ודן עם התובעת בנושא הניתוח. הטענה שנשלח על ידי
6 פרופ' רמון לשכנעה, הינה פרשנות של התובעת לשיחה שבוצעה עם ד"ר קלייב
7 במסגרת עבודתו במחלקה. ד"ר קלייב, רופא אורולוג במחלקה, לא זכר את
8 התובעת ואת פרטי המקרה, שמא כתוצאה מאירוע מוחי אשר עבר בשנת 2017
9 שלאחריו איבד את כושר עבודתו וזכרונו נפגע.

10 ביחס לטענות התובעת כי ד"ר קלייב אמר לה שאין לה ברירה אלא לעשות את
11 הניתוח אחרת תזדקק להשתלה בגיל 30, ד"ר קלייב הבהיר כי :

12 **"ת: בדרך כלל מה שאנו מסבירים במצבים כאלה, ששלפוחית השתן לא עובדת**
13 **כמו שצריך, נרוגנית, והיא בנפח קטן ביחד עם זהומים וזה יכול לגרום לאי ספיקת**
14 **כליות כרונית, זה פוגע בכליות ולפני השתלה עושים דיאליזה וזו פרוצדורה מאוד**
15 **קשה.**

16 **ש: אתה זוכר שאמרת כזה דבר לתובעת הספציפית?**

17 **ת: בדרך כלל אני אומר את הדברים האלה לגבי אי ספיקת כליות."**
18 **(עמ' 124 לפרוט', ש' 8 - 12).**

19 ביחס לטענת התובעת כי נאמר לה שסיכויי הניתוח הם 95 אחוזים ואם הניתוח לא
20 מצליח הוא לא מזיק, פרופ' רמון מכחיש אמירה זו (בסע' 11 לתצהירו): **"אינני**
21 **משתמש באחוזים לתיאור הצלחה טיפולית"**. גם ד"ר קלייב השיב לשאלה זו
22 באופן כללי שכן לא זכר את המקרה של התובעת :

23 **"ת: לא. קודם כל יש סיכונים בזמן הניתוח. אנחנו אומרים תמיד לחולים שניתוח**
24 **זה פרוצדורה שיש בה סיכונים ויש תופעות לוואי למשל, דימומים בזמן הניתוח,**
25 **זיהומים בדרכי השתן וגם בפצע, גם דליפת שתן מהשלפוחית החדשה שנבנית**



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 בניתוח. יש מוקוס זעיר שבגלל המוקוס יכולות להיות אבנים בשלפוחית השתן,
2 דימום משלפוחית השתן. המוקוס הזה יכול להישאר כי זה חלק ממעיים דקים,
3 לא הרבה מוקוס כמו שאם היו בונים את שלפוחית השתן מהמעי הגס. בדרך כלל
4 אני תמיד אומר שהחולים האלה צריכים להיות כל הזמן במעקב רופא אורולוג כי
5 יכולות להיות אבנים בשלפוחית וגידולים בשלפוחית. אחרי הניתוח גם אני באתי
6 או לשטוף את השלפוחית כדי שהקטטר לא יסתם ובמקביל אני מסביר לקראת
7 השחרור לבית, אם הם יוצאים עם קטטר הביתה, שאם יש סתימה והם רואים
8 שהשתן לא יוצא או שיש לחץ, צריך לשאוב את המוקוס החוצה או לעשות שטיפה.
9 האחיות מסבירות לחולה איך לעשות שטיפה, או שאנחנו מסבירים. זו שטיפה
10 קלה עם כמויות קטנות של נוזל שטיפה וזה מונע קודם כל את הסתימות, את
11 דליפת השתן דרך התפרים וגם מונע זיהומים ואבנים."
12 (עמ' 124 לפרוט', ש' 5 - 34).

13 133. בחקירתו הנגדית הסביר ד"ר קלייב כי עקב לחץ ועומס, ההסברים לחולים ניתנו
14 בעל פה ולא הועלו תמיד על הכתב, וגם מתוך התחשבות וניצול משאב הזמן
15 שיאפשר התייחסות גם לחולים אחרים שחלקם יושבים בכיסא גלגלים. בסיום
16 ההסבר החתים את החולים ושחררם על מנת לקבל את החולה הבא ללא דיחוי (עמ'
17 125 – 126 לפרוט').

18 134. מכלול הראיות מצביע על כך שהתובעת הכירה את פרטי הניתוח, שוחחה על מהות
19 הניתוח עם הרופאים הן עם פרופ' רמון והן עם ד"ר קלייב. הצורך בניתוח עלה
20 בפניה שנים קודם לכן, היא דחתה את ההחלטה לגבי הניתוח, התלבטה וקיבלה
21 הסברים מפורטים במועדים שונים בעיקר מפרופ' רמון וגם מד"ר קלייב. יחד עם
22 זאת, בטופס ההסכמה לניתוח לא נרשמו הסיכונים העיקריים מניתוח זה, ההסבר
23 המפורט שקבלה (חלקו זכור לה) לא תועד. בטופס ההסכמה (נספח א' לכתב
24 התביעה) לא מולאה כל תמצית הסבר או הערות שניתנו לתובעת. ההסבר של פרופ'
25 רמון, שהעדר הרישום נובע מעומס עבודה מקובל באופן חלקי בלבד. טופס הסכמה
26 לניתוח, בעיקר ניתוח מהסוג שעברה התובעת, שאינו ניתוח שגרתי אמור לכלול
27 פרטים רבים יותר כולל רשימת סיכונים שכיחים. הן פרופ' רמון והן ד"ר קלייב לא



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 יכולים לזכור את פרטי השיחה עם התובעת. אין ספק שנערכו שיחות לגבי הניתוח.
2 התובעת מאשרת שפרופ' רמון הסביר וצייר לה את שלפוחית השתן אולם אין די
3 בכך. באיזון שבין עומס העבודה והצורך לספק מענה לחולים רבים נוספים, לבין
4 תיעוד לוקה עד כדי העדר פירוט מינימלי, יש לבחור את דרך הביניים ולתעד ולו
5 בראשי פרקים ובקצרה את ההסברים שניתנו הן לגבי שיטת הניתוח, מטרותיו, והן
6 לגבי הסיכויים והסיכונים. מבחינה סובייקטיבית התרשמתי שחסיבות חייה של
7 התובעת הקדימו את התבגרותה, התובעת מודעת היטב למצבה. למרבה הצער
8 נאלצה מגיל צעיר להתמודד עם המומים המולדים, לנהל את שגרת חייה בניהול
9 וטיפול במומים אלו. התובעת גרה מגיל 16 בגפה (סעי' 5 לתצהירה), את תיאור
10 הבדיקות שעברה היא מתארת מזיכרונה, מודעת היטב לכל בדיקה ובדיקה. אף
11 שהייתה בחורה צעירה בת 21 ידעה לעיין בטופס הבדיקות. התובעת הגיעה לשיחות
12 עם פרופ' רמון בלוויית דודתה, מצהירה שהיא זוכרת את השיחות עם פרופ' רמון
13 ושאלה לגבי השלכות הניתוח. אין חולק שנערכו שיחות מרחיבות על הניתוח, לכן
14 אינני מקבלת את הטענה שפרופ' רמון לא הזכיר סיכונים שקיימים בניתוח מסוג
15 זה. אינני מקבלת גם את הצהרתה של התובעת, אף שנתמכת בהצהרת דודתה,
16 שפרופ' רמון הבטיח לה 95% סיכויי הצלחה. ההסבר של פרופ' רמון שאינו נוהג
17 להבטיח אחוזי הצלחה ולאחר את הצלחת הניתוח באחוזים מקובל עלי. מעבר לכך
18 הגדרת הצלחת הניתוח כשלעצמה שנויה במחלוקת.

הסיכונים בביצוע הניתוח

- 19
- 20 135. אבחן כעת אילו סיכונים מבין הסיכונים הרבים הנטענים, הינם סיכונים מוכרים
21 שחייבו אזכור טרם הניתוח.
- 22 136. הגברת הסיכון לחלות בסרטן שלפוחית השתן ובעיות פריון – פרופ' רמון אינו
23 מסכים שסיכון זה נכלל בסיכונים המוכרים בניתוח מסוג זה. סיכונים אלו לא



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 הוכחו על ידי התביעה. ד"ר קונדריאה קבע בחוות דעתו שהניתוח מגביר את
2 הסיכון לחלות בסרטן שלפוחית השתן בעיקר כשיש סיפור משפחתי. פרופ' רמון
3 לא מקבל את הגישה הזו על שני חלקיה, ראשית כמי שטיפל באימה של התובעת
4 ומכיר היטב את מחלתה ציין שמחלת הסרטן ממנה סבלה הייתה שונה מדובר
5 במחלת סרטן במאספת העליונה, מערכת המאספת של השתן שזה סרטן השונה
6 מסרטן שלפוחית השתן ואלים יותר. (ר' עמ' 132 לפרוט', ש' 23 - 26). ההנחה של
7 ד"ר קונדריאה באשר לסוג הסרטן ממנו נפטרה אימה של התובעת מוטעית, ולכן
8 לא מדובר בסיכון משפחתי לחלות במסרטן שלפוחית השתן. על נושא הסיכון
9 לחלות בסרטן השיב פרופ' רמון (בעמ' 133 לפרוט', ש' 16 - 27):

10 "ש: לאור כך שאמרת שאין קשר בין הסרטן לניתוח, נכון גם שבגישה עם
11 התובעת לא הסברת לה שיש אפשרות שהניתוח מעלה סיכוי לסרטן?

12 ת: אני תמיד מסביר את התיאור האנקדוטלי של הגידולים, לא רק לתובעת אלא
13 לכולם ולכן התשובה היא כן. אז הסברתי למטופל והיום אחרי ניסיון נוסף
14 שהצטבר עם השנים, במשך 15 שנה, אני אומר שאין שום קשר. מדובר בגידולי
15 מעיים ולא בגידולים של שלפוחית השתן.

16 ש: זאת אומרת שעל סרטן שלפוחית אתה לא מסביר אלא רק על סרטן מעיים?

17 ת: אני לא מסביר על סרטן שלפוחית כי לא מדובר בסרטן שלפוחית. שיחה עם
18 התובעת בנוכחות המלווים לא זכורה לי. הצל של אמא שלה היה שם כך שנושא
19 הסרטן עלה ללא ספק. אני לא יכול לפרט אותו בגלל מגבלות זיכרון אבל אין לי
20 ספק שהוא עלה. חשוב לי להגיד משהו לגבי שלפוחית נוירוגנית עם זהומים
21 חוזרים – יש נטייה מוגברת לגידולים בשלפוחית השתן, מעצם היותה שלפוחית
22 נוירוגנית עם זיהומים חוזרים. אנחנו ערים לכך כרופאים מטפלים ואין לי ספק
23 שרופאים במרפאה ספינה ביפידה היו מודעים לזה אבל לא היה צורך לדון בזה".

24 פרופ' גרינולד שלל בחוות דעתו קשר בין הניתוח להגברת הסיכון לחלות בסרטן
25 השלפוחית. בחקירה הנגדית השיב (בעמ' 118 לפרוט', ש' 20 - 35):

26

27 "ש: תסכים איתי שלכל הפחות, היה מקום להגיד לה – תשמעי בהתחשב
28 בהיסטוריה של אמך והניתוח הזה, יש סיכון שזה יגרום לסרטן?



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 ת: אני בטוח שנאמר לה אבל לא ראיתי את זה. לדעתי, במקרה שלה, הוא בעצמו
2 אמר, ובצדק, יש פה מרכיב גנטי אצלה. בלי כל קשר, גם אם הייתה נולדת בריאה
3 יש מרכיב גנטי. אם לאמא היה סרטן שלפוחית היא בסיכון דומה. בנוסף, מה
4 שלא יכולים בספרות להעיד, זה האם עצם האוגמנטציה - הניתוח יוצר סיכון
5 יתר לממאירות או שהמחלה היא זו שיוצרת את הסיכון היתר לממאירות. כדי
6 לדייק בתשובתי האם הניתוח יוצר סיכון לממאירות? יש סיכוי מאוד קטן של 1
7 – 2 אחוז, כעבור לפחות 10 שנים, ולכן עושים מעקב של זה, להתפתחות סרטן,
8 והסיכון הזה בעיני, כשלא יודעים בטוח אם זה בגלל הניתוח או לא, זה מאוד
9 דומה לאוכלוסייה הכללית. באופן אישי, אני חושב שזה לא שיקול שאתה מציע
10 למישהי במצבה ניתוח אוגמנטציה, כשיקול מכוון שלא לעשות את הניתוח.

11 ש: להסביר לה או להגיד?

12 ת: כן צריך.

13 ש: הניתוח בפועל מגביר את הסיכוי לתחלואה?

14 ת: מצבה זה מה שמגביר."

15 בהקשר למאמר שצורף לחוות דעתו מסביר פרופ' גרינולד שמצבה הראשוני הוא
16 המגביר את הסיכון ולכן הניתוח לא מעלה את אחוז הסיכון לשלפוחית ממארת.

17 פרופ' רמון מסכים שבמצבה המולד של התובעת יש משום הגברת הסיכון וכי
18 ניתוחי אוגמנטציה אינם מלווים בסיכון לסרטן שלפוחית השתן. בהקשר זה פרופ'
19 רמון התייחס גם לדעה שהביע במסגרת השתלמות וכתובה שלו בנושא (עמ' 132
20 לפרוט', ש' 31 ואילך):

21 "ש: האם נכון שניתוחי אוגמנטציה מלווים בסיכון לממאירות השלפוחית?

22 ת: בעבר, בשנת '89, אז השתלמתי על זה בארה"ב וכתבתי על זה אפילו פרק וזה
23 תואר אז אנקדוטלי, דווחו מספר אירועים. המקור למחשבה הזו היה שימוש
24 שעשו בעבר של חיבור בין דרכי השתן למעי הגס ואז היה עירוב של שתן וצואה.
25 בעירוב הזה הייתה שכיחות יותר גבוהה של סרטן מעיים ולא של סרטן דרכי
26 השתן. בגלל אותה היסטוריה, אנחנו עדיין עוקבים אחר חולים שעוברים הטיות
27 שתן עם שימוש במעיים. לא נתקלתי עד היום מניסיוני הנרחב במקרה שכזה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 ועדיין זה מתואר כמשהו אנקדוטלי. מאז לא תוארו עוד מקרים בספרות, בטח לא
2 גידולים של שלפוחית השתן.
3 ש: האם ניתוחי אוגמנטציה מלווים בסיכון של סרטן שלפוחית השתן.
4 ת: לא.
5 ש: אם פרופ' גרינולד עמ' 118 אמר – זה אומר שזה לא נכון.
6 ת: אני כבר הסברתי למה אומרים את זה וזה לא נכון.
7 ש: אם הוא נסמך על ספרות, אז גם הספרות לא נכונה?
8 ת: זה רק אנקדוטלי."

9 הסבר זה של פרופ' רמון מקובל עלי. התובעת הגיעה למרפאתו לקבלת הסברים
10 בליווי דודתה אחות אימה, אשר מודעת היטב למחלת האם. בנסיבות אלו סביר
11 שנושא מחלת הסרטן עלה כפי שציין פרופ' רמון. דודתה הצהירה שהיכרות שלה
12 עם פרופ' רמון הייתה כשטיפל באימה של התובעת שחלתה בסרטן.
13 לא הוכח האם ניתוח האוגמנטציה כשלעצמו, או המצב שחייב את הניתוח הוא זה
14 שמגביר את הסיכון לחלות בסרטן שלפוחית השתן, כך שבין אם הוזכר סיכון זה
15 ובין אם לאו, הסיכון אינו ממשי. ההסבר של פרופ' רמון שהמצב ההתחלתי המולד
16 של שלפוחית נורוגנית עם זיהומים עלול להגביר את הסיכון למחלה זו מקובל עלי.

17 **ירידה בפריון**

18 137. הקשר בין ירידה בפריון, אם בכלל, וניתוח האוגמנטציה לא הוכח. ד"ר קונדריאה
19 ציין בחוות דעתו ירידה בפריון כסיכון שכיח ללא הסתמכות על מאמר כלשהו וללא
20 הסבר, למעט טענה כללית שניתוח בטן עלול לגרום להידבקויות וזיהום שפוגעים
21 בפריון. אמירה זו לא לוותה בהצגת נתונים לגבי אחוזי הירידה בפריון כתוצאה
22 מהניתוח וכדומה.

23



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 בחקירתו הנגדית השיב ד"ר קונדריאה (עמ' 30 לפרוט', ש' 34 - 36) :

2 "ש: המאמר שאנחנו מדברים עליו, שמפרט את הסיבוכים שיש אחרי ניתוח כמו
3 זה שעברה התובעת, אינו מדבר על סיבוך כלשהו שקשור לפריון או לידה.

4 ת: נכון."

5 ובהמשך (עמ' 31 לפרוט', ש' 1 - 3) :

6 "ש: וגם לא צירפת איזשהו מאמר שתומך באמירה הסתמית שיכולה להיות לה
7 איזושהי בעיה בפריון או בלידה. נכון?

8 ת: לא צירפתי מאמר בנושא קביעתי, שהפריון של ל' ירוד יותר מהתקין."

9 ובהמשך :

10 "ת: כל ניתוח בטן גדול וכל זיהום שמערב את חלל הבטן וכו', מורידים את
11 הפריון. במנגנון של הידבקויות."

12 138. יתרה מכך, גם האמירה שהפריון ירוד נאמרה בעלמא, ללא ביסוס בנתונים
13 אמפיריים. התובעת לא עברה בדיקות פריון, לא נטען לניסיון להרות שלא צלח
14 חרף היותה ביחסי זוגיות במשך כ-12 שנים. ההפך הוא הנכון, הוכח שהתובעת
15 נוטלת אמצעי מניעה, והוכח שלא הופנתה ליעוץ גנטי כמצופה טרם תכנון הריון.

16 139. לא הובאה חוות דעת של מומחה לפריון באשר לסיכונים והתממשותם אצל
17 התובעת.

18 בהמשך התייחס ד"ר קונדריאה (בעמ' 31 לפרוט', ש' 27 - 28) :

19 "ש: האם ידוע לך אם התובעת עשתה בירור גינקולוגי כלשהו בקשר לפריון?

20 ת: לא. לא עשתה.

21 ש: התרופה היחידה שהיא לוקחת בקביעות היא תרופה למניעת הריון.

22 ת: כן."

23 ובהמשך (בעמ' 32 לפרוט', ש' 5 - 6) :

24 "אנחנו דיברנו באופן עקרוני. זה לא שאסור לה להיכנס להריון. ממש לא. ממה

25 שאני יודע, היא לא ניסתה להיכנס להריון."



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

140. פרופ' רמון הצהיר (בסעי' 18 לתצהירו) כי הטענה של ירידה בפריון משוללת כל יסוד, לדבריו מטופלות שלו שעברו ניתוח כזה הצליחו להרות וללדת ללא בעיות מיוחדות.

141. התביעה מפנה לאמירה במאמר שצורף לחוות דעתו של פרופ' גרינולד, שם מצוין כי קיים חשש מפני לידה מוקדמת עקב זיהומים לאחר ניתוח אוגמנטציה המצריך מעקב צמוד בהריון של גניקולוג ואורולוג. דומה כי אמירה זו יפה גם למצבה של התובעת טרום ניתוח לאור הזיהומים וביצוע צנתורים רבים גם לפני הניתוח.

142. לסיכום נקודה זו, לא שוכנעתי שירידה בפריון מהווה סיכון שכיח כתוצאה מניתוח האוגמנטציה. יתכן ובמקרים נדירים קיים, אולם לא הוכחה מידת הסיכון ונראה שניתן להתגבר על כך בטיפול והשגחה רפואית הולמת.

האם הניתוח השיג את מטרותיו

143. מטרת הניתוח מוסכמת על הכל: הגדלת שלפוחית השתן לשם הגנה על הכליות, למנוע הפרעה בתפקודי כליות. הכליות עלולות להיפגע בשל הנפח המוקטן של השלפוחית שגורמם ללחצים והיענות נמוכה, בשילוב מטרה נוספת, מניעת זיהומים הפחתת מספר הצנתורים ביממה.

144. נפח שלפוחית השתן לאחר הניתוח הגיע ל-1,100 סמ"ק, פרופ' רמון התייחס לכך (בעמ' 137 לפרוט', ש' 27 – 33):

"השלפוחית הייתה מוגדלת. הנפח הוא לא משהו משמעותי בנפח הזה של ההגדלה. המטרה בהגדלה היא יצירת שלפוחית שכאשר היא תתמלא, הלחץ בה לא יעלה. אנחנו מנחים כל מטופל שעובר הגדלת שלפוחית, לא לעבור את ה-6 שעות של העדר צנתור. אם הזכרתי קודם שאנו עושים הערכת סי.סי. לדקה, אז זה אומר שבזמן שעבר השלפוחית תשמור על לחץ נמוך. זה שהיא מגיעה ל-1100 סמ"ק מבחינתי זה נהדר, וזה לא חריג לשלפוחית מוגדלת. ש. אם פרופ' גרינולד



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 העיד שזה גודל חריג, הוא טעה. ת. הוא לא טעה, זו דעתו, אבל ממילא ביום יום
2 לא מגיעים לנפח כזה, לפחות לא רצוי להגיע לזה."
- 3 145. פרופ' גרינולד השיב שאכן שלפוחית רגילה מגיעה לנפח של 700-800 סמ"ק.
4 שלפוחית לאחר ניתוח הגדלה יכולה להגיע לנפחים גבוהים יותר. לדבריו יש לכך
5 יתרונות וחסרונות. ר' עמ' 116 לפרוטוקול, שורות 20 – 23 :
- 6 "ש: גודל השלפוחית שלה הוא פי 3 משלפוחית רגילה.
7 ת: משלפוחית רגילה, כן, אבל זה שלפוחית שאחרי ניתוח ומצופה שתהיה - 700
8 800 והיא קצת יותר גדולה. זה גבוה מהרגיל לשלפוחית שאחרי ניתוח.
9 ש: זה סיבוך מוכר וידוע, גודל כזה של שלפוחית?
10 ת: לא יודע אם זה סיבוך. זה תוצאה של ניתוח. יש לזה יתרונות וחסרונות."
- 11 146. הבדיקות האובייקטיביות שלפיהן ניתן לדעת את נפח השלפוחית מצביעות על
12 הצלחת הניתוח בפרמטר הזה. גם אם השלפוחית גדולה מהמצופה יש לומר
13 שהניתוח השיג את מטרתו.
- 14 147. המדדים האחרים הינם מדדים סובייקטיביים אשר נמדדים בהסתמך על תלונות
15 התובעת, כמות הצנתורים, הכאבים שמלווים את ביצוע הצנתור. נתונים אלה לא
16 נבדקו בבדיקות אובייקטיביות. לא ניתן הסבר רפואי לסיבת ביצוע הצנתורים
17 הדחופים כשלפוחית השתן גדולה ובכוחה להכיל נפח גבוה יותר שיאפשר הפחתת
18 כמות הצנתורים. התובעת סובלת גם מזיהומים, לדבריה כמות הזיהומים גבוהה
19 יותר מהכמות שחוותה טרם הניתוח. גם ענין זה לא נבדק. התובעת טוענת שנמנעה
20 מלהתאשפז ולקבל טיפול במערכת הבריאות הציבורית כך שהרישומים בעניין זה
21 חסרים.
- 22 פרופ' גרינולד אינו מבין את סיבת הצנתורים הרבים (עמ' 116 לפרוט', ש' 7 – 18):
23 "מאוד לא שכיח אחרי ניתוח כזה שאין ירידה במספר הזיהומים והצינתורים."



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 ש: אם אנחנו אומרים שצריך אחרי הניתוח יותר צינתורים ויש יותר זיהומים, זה
2 אומר שהניתוח לא הצליח. נכון?
3 ת: אם זה נכון אז בנקודות האלה הניתוח לא הצליח.
4 יש מקרים נדירים שיש חיידקים שנתפסים לאבנים. אני היום הייתי מחפש
5 ומברר למה היא מצנתרת כל כך הרבה פעמים, כי לי זה לא ברור. אני ראיתי
6 שכתוב שקיבולת השלפוחית גדולה, כ-1 ליטר, וזה דבר טוב, וזה אומר שאפשר
7 לצנתר פעמיים או שלוש ביום. שלפוחית רגילה מכילה 250-300 ויש לה שלפוחית
8 שהיא פי 3 בערך מהרגיל".

9 148. אני מאמינה לתובעת שחוותה ועדיין חווה סבל רב. יחד עם זאת, לא מוצתה
10 הבדיקה לברור הסיבות לסבל זה. כאמור, פרופ' רמון רמז בחקירתו על הסבר אחר
11 לכמות הצנתורים ("דברים התנהגותיים", ר' בעמ' 141 לפרוט'). הוא לא נשאל על
12 השערותיו וממילא מדובר בהשערות שלא נבדקו. כאמור, גם פרופ' גרינולד לא מצא
13 הסבר רפואי לכמות הצנתורים הגבוהה (ר' בעמ' 110 לפרוט', ש' 1 – 5):

14 "ש: אם מבחינת כמות הצינתורים מלפני הניתוח ואחרי הניתוח היא אותה כמות,
15 תסכים איתי שהניתוח לא צלח?
16 ת: מסכים. מטרת הניתוח חוץ משמירה על הכליות היא, שלא יהיו הרטבות,
17 שיהיו פחות צינתורים ופחות זיהומים. הצינתורים הם פוטנציאל לזיהומים
18 והזיהומים זה הסיכוי לפגיעה בכליות. במקרה הזה, הלחץ ירד וזה שומר על
19 הכליות."

20 149. בהיבט זה הניתוח לא השיג את מטרתו. משלא נמצאה הסיבה הרפואית לכך, לא
21 ניתן לקבוע שהניתוח כשלעצמו לא הצליח. לא הוכח שהניתוח בוצע ברשלנות או
22 בסטייה מפעולת מנתח סביר. אי השגת היעדים המיטביים של הניתוח אינו מעיד
23 על כישלון הניתוח או על רשלנות בביצוע.

24 150. הנזקים האחרים להם טוענת התובעת, שלשולים, חוסר ב-B12, אינם קשורים
25 לניתוח. לדברי פרופ' גרינולד (בעמ' 120 לפרוט', ש' 31 - 33):



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 "יש הרבה סיבות לשלשולים. שלשול יכול להיות כאחד הסיבוכים מהניתוח ואי
2 אפשר לשלול את זה. זה אחד הסיבוכים המתועדים מניתוח זה. אני לא יודע אם
3 במקרה זה השלשולים נובעים מהניתוח".

4 לא הוכח קשר בין תפקוד המעי הגס למהלך הניתוח. לא הוכחו הסיבות לשלשולים
5 עליהם מדווחת התובעת, אשר על כן, איני יכולה לקבוע שסיבת השלשולים נעוצה
6 בביצוע הניתוח. פרופ' רמון שלל מכל וכל קשר בין שלשולים, חוסר שליטה על
7 הסוגרים ומחסור ב-B12 לניתוח. בסעיף 17 לתצהירו הסביר שהניתוח לא נגע
8 במקטע הרלוונטי לתופעות אלו. התובעת לא סיפקה הסבר מניח את הדעת לקשר
9 שבין הניתוח לתופעות אלו ועל כן אני מסכימה שיש לייחס את התופעות הללו
10 למצבה הבסיסי של התובעת.

11 151. התובעת טוענת גם לסבל מאבנים בכליות, המומחים מסכימים שהופעת אבנים
12 בכליות בסמוך לאחר הניתוח הינם כתוצאה מהניתוח. פרופ' גרינולד התייחס לכך
13 (בעמ' 116 לפרוט', ש' 6 - 7):

14 "ש: אבנים בכליות זה נחשב פגיעה בכליות.
15 ת: יכול להיות. זה גם אחד הסיבוכים המוכרים של ניתוח."
16 ובהמשך:

17 "ש: בהנחה שיש אבנים בכליות, אפשר לומר שהניתוח לא הצליח?
18 ת. לא. אבנים בכליות זה לא אינדיקציה להצלחת הניתוח. מה שיש לתובעת כרגע
19 זה 4-5 מ"מ בכליות, זה דבר שכיח בהרבה מקרים באוכלוסיה ואין לזה קשר
20 לתפקוד הכלייתי והגנה על הכליה."

21 152. אין מדובר בסיבוך אלא בתוצאת לוואי אפשרית שנלקחת בחשבון כסיכון טבעי
22 שעלול להתרחש, הופעת האבנים כשלעצמם על אף הסבל הכרוך בכך לא מצביע על
23 כישלון הניתוח.

24



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

מצב הכליות

1

153. חרף הטענות של התובעת, הרי שעד היום, לאחר למעלה מעשר שנים מאז הניתוח, לא נצפתה פגיעה בתפקודי הכליות. פרופ' רמון והמומחים האחרים שטיפלו בתובעת במהלך השנים סברו שלולא ביצוע ניתוח האוגמנטציה, במהלך השנים הייתה פגיעה בתפקודי הכליות. אף שאיננו יכולים לדעת בוודאות מה היה קורה לולא בוצע הניתוח, סביר להניח שהפרוגנוזה הרפואית, לגבי פגיעה בכליות, הייתה מתממשת והניתוח מנע זאת.

154. לסיכום שאלת הצלחת הניתוח, שוכנעתי שהניתוח השיג את מטרתו העיקרית גם אם המטרה לא הושגה במלואה. מצב הכליות נשאר תקין, חרף הזיהומים והצנתורים הרבים שמבצעת התובעת גם לאחר הניתוח. שוכנעתי שלולא הניתוח היה קיים חשש ממשי להידרדרות במצב האורולוגי עד כדי חוסר תפקוד הכליות וניתוח האוגמנטציה מנע הדרדרות זו.

פגיעה באוטונומיה

13

155. חובה על הרופא לספק מידע שיאפשר לחולה להבין היטב את משמעות הניתוח שעומד לפניו. לתת בידי החולה את הכלים שיאפשרו לו לקבל החלטה באופן מושכל, תוך שקילת הסיכונים והסיכויים. חובת הגילוי הוחלה בפסיקה עוד בטרם נחקק חוק זכויות החולה, המחייב מסירת מידע רלוונטי:

18 "על-מנת שהסכמתו של חולה לטיפול רפואי שעתיד
19 להיעשות בגופו תהא "הסכמה מדעת", יש לספק לו מידע
20 הולם על מצבו, על מהות הטיפול המומלץ ומטרתו, על
21 הסיכונים והסיכויים הטמונים בו ועל אלטרנטיבות
22 טיפוליות סבירות לטיפול האמור." (ענין דעקה, בעמ' 548).



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

156. בפרשת דעקה נקבעה ההלכה המחייבת פיצוי עצמאי בגין הפגיעה באוטונומיה :

"הגעתי למסקנה, כי יש מקום להכיר בחובה לפצות את החולה על פגיעה זו. אכן, אם אנו מקבלים ברצינות כי לחולה זכות לבחור אם יקבל טיפול רפואי ואיזה טיפול יינתן לו, עלינו לקבוע כי יש "מחיר" לעצם הפגיעה בכבודו, אשר מתבטאת בביצוע טיפול רפואי בגופו בלי שניתנה לכך הסכמה מדעת על-ידיו " (בפסקה 26 לפסק דינו של כב' הש' ת' אור).

(ר' גם : ע"א 522/04 מרכז לייזר קרנית בע"מ נ' דיראווי, פסקה 15 (28.6.2005) ; ע"א 8693/08 יצחק הרמן נ' ד"ר עמוס שטרנברג (להלן : "פרשת שטרנברג").

יחד עם זאת, באשר לעומק הגילוי, נפסק שאין להציף את החולה בפרטים רבים אשר עלולים לגרום לבלבול וחוסר אפשרות בקבלת ההחלטה. בפרשת שטרנברג נפסק (בפסקה 24) :

"די בכך שנמסר לחולה מידע ענייני באשר לטיב הטיפול שהוא עתיד לעבור ובאשר לאפשרות שבמהלך הטיפול תידרש כריתתם של פוליפים, והסיכונים הנגזרים מכך. כפי שהובהר, התנהלותו של המשיב בעת הבדיקה היתה סבירה, והאמצעים שבהם נקט היו מקובלים, ובנסיבות העניין – איזונו בין הצורך לספק לחולה מידע שיאפשר לו לקבל החלטה מודעת, לבין הרצון שלא "להציף" אותו במידע שאך יקשה עליו בקבלת ההחלטה. הפירוט שנמסר למערער – בכתב ובעל פה – די היה בו, אפוא, כדי לאפשר קבלת החלטה על-ידו, וליתן הסכמה מדעת".



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

157. קבעתי שהתובעת ידעה היטב מה מטרת הניתוח. כאמור נושא הניתוח עלה חדשות
לבקרים. התובעת לא מיהרה להביע את הסכמתה לביצוע הניתוח, השהתה את
המענה החיובי לביצוע הניתוח. דחיתי את מרבית טענות התובעת באשר לסיכונים
הכרוכים בניתוח זה, וקבלתי את הסברו של פרופ' רמון לכך שהוא מייחד זמן
להסביר על מהות הניתוח סיכויים וסיכונים.

158. יחד עם זאת, זכותה של התובעת לקבל גילוי רחב ומקיף יותר, הן באשר לטיפולים
האלטרנטיביים, בעיקר טיפולי הבוטוקס, קבעתי אומנם שטיפולים אלה לא היו
יעילים דיים למצבה של התובעת, ואף שקבעתי כפי שהוסבר לעיל שסביר
שהתובעת הייתה מקבלת באותו זמן את דעתו של פרופ' רמון ומידע זה לא היה
מונע את הסכמתה לביצוע הניתוח הרי שיש בעובדה שפרטים אלה לא הונחו בפניה
משום פגיעה באוטונומיה.

159. כך גם באשר למידע בדבר הסיכון לחלות במחלת הסרטן. אף ששוכנעתי שלא
מדובר בסיכון ממשי, וקבלתי את עמדתו של פרופ' רמון שאין במקרה זה מרכיב
גנטי, שיש להבדיל בין סרטן שלפוחית השתן לסרטן במערכת המאספת העליונה,
סרטן שתקף את אימה של התובעת, ושמצבה של התובעת הבסיסי הוא כשלעצמו
מגביר סיכון. התובעת זכאית שנתונים אלה יפרשו לפניה. אני מקבלת את עדותו
של פרופ' רמון שנושא מחלת הסרטן עלה לדיון לאור מודעותה של התובעת ודודתה
למחלה של אימה, אולם בהיעדר תיעוד לא הוכח היקף המידע שנמסר לתובעת
בנושא זה. בעיקר בשל רגישותה לנושא זה, רגישות שמוכרת לפרופ' רמון, היה עליו
להעלות בפניה נושא זה גם אם מדובר בסיכון אנקדוטלי לדבריו. בענין **דעקה** נפסק
(בפסקה 7):

22 **"בהיעדר רישומים רפואיים, היה על המשיבים להרים את**
23 **הנטל להראות כי התייעצות כזו אכן קוימה (ראו: ע"א 58/82**
24 **קנטור נ' מוסייב [5], בעמ' 259; ע"א 5049/91 קופת חולים**



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 של ההסתדרות הכללית של העובדים בארץ ישראל נ' רחמן
2 [6], בעמ' 376). הרופאים לא יכלו להעיד מזיכרונם על
3 קיומה של התייעצות כזו.
- 4 160. היעדר תיעוד משליך גם על תיאור הסיכונים הנוספים הצפויים מניתוח זה, בכללם
5 אבנים בכליות ומוקוס, הגם שמדובר בסיכון חולף לא הוכח שמידע זה הובא
6 בפניה.
- 7 161. לכך אוסיף שראיתי טעם לפגם בכך שטופס הסכמה לניתוח כל כך מורכב, יהיה כה
8 דל בפרטים. העומס במחלקה והרצון המבורך של הרופאים להעניק טיפול יעיל,
9 מהיר ולספק את כולם אינו פוטר אותם מלתעד באופן מספק אף אם לא באופן
10 מרבי את ההסברים שניתנים לפני הניתוח לגבי הסיכונים והסיכויים.
- 11 162. ההלכה הנוהגת ביחס להיקף חובת הגילוי קובעת את מבחן החולה הסביר בנסיבות
12 המקרה הספציפי (ר' דברי כב' המשנה לנשיאה א' ריבלין ב-ע"א 1303/09 מרגלית
13 קדוש נ' בית החולים ביקור חולים, פסקה 8 (5.3.2012) (להלן: "ענין קדוש")).
14 בהקשר זה הוסיף כב' המשנה לנשיאה א' ריבלין:
- 15 "הנה כי כן, המבחן הנוהג לקביעת היקף חובת הגילוי הוא
16 מבחן ציפייתו הסבירה של החולה. מבחן זה אינו תמיד קל
17 ליישום; כבר ציינו בהקשר זה כי "החולים עצמם אינם
18 עשויים מקשה אחת – יש בהם המעוניינים במידע רב,
19 אחרים מעדיפים להתנחם באי־הידעה ושמים מבטחם
20 ברופאים. לא כל מידע ניתן להסביר לכל חולה, ולא כל חולה
21 מסוגל לקבל החלטות מושכלות לגבי עצמו. היקף המידע
22 הטעון גילוי נגזר, בין היתר, מתוחלת הסיכון הכרוך בטיפול
23 (מכפלת הסתברותו ושיעורו) ומהסיכוי הצומח ממנו" (שם,



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 בעמ' 601). זאת ועוד: "הרצון הסובייקטיבי של החולה, כפי
2 שהוא מובע במשפט, אינו סוף פסוק בשאלת הגילוי. יש
3 לבדוק את הציפייה הסבירה של החולה הנדרש לקבל
4 החלטה מושכלת עובר לביצוע הטיפול" (שם, בעמ' 602).
5 לצורך כך יובאו בחשבון גם חוות דעתם של אנשי מקצוע, וכן
6 יובאו בחשבון מגבלותיה של המערכת הרפואית. אך מכל
7 מקום – שיקולים אלה כולם "צריכים להיות מובאים
8 בחשבון ההכרעה בשאלת הציפייה הסבירה של החולה, ואין
9 להמיר את המבחן הזה במבחן הפרקטיקה המקובלת" (שם,
10 בעמ' 602. הדגשות הוספו – א' ר'). " (שם, פסקה 15).
- 11 163. דברים אלה מובילים למסקנה שהתובעת זכאית לפיצוי בגין הפגיעה באוטונומיה
12 כראש נזק עצמאי, אף שמידע זה לא היה בבסיס הסכמתה לביצוע הניתוח. גובה
13 הפיצוי נקבע ביחס לכמות ומהות המידע החסר. בהקשר לאמור נפסק בפרשת
14 דעקה (בפסקה 23):
- 15 "אין אנו עוסקים בפיצויים עונשיים או פיצויים לדוגמה,
16 אלא בפיצוי בגין פגיעה בערך בלתי מוחשי, אשר בדרך-כלל,
17 מטבע הדברים, היקפו מוגבל (ראו להלן, פסקה 27)."
- 18 ובאשר לגובה הפיצוי נפסק (שם, בפסקה 28):
- 19 "באופן דומה, ככל שהסיכון אשר לא נמסר לחולה על דבר
20 קיומו הוא חמור יותר מבחינת הפגיעה האפשרית בחולה,
21 וככל שהסתברות התרחשותו גבוהה יותר, הרי שעוצמת
22 הפגיעה באוטונומיה של החולה חמורה יותר. לשון אחר,



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

1 ככל שחשיבותה של ההחלטה שמדובר בה, מבחינת החולה,
2 גדולה יותר, נישולו ממעורבות אפקטיבית בתהליך קבלת
3 ההחלטה פוגע במידה רבה יותר בזכותו לאוטונומיה."

4 164. גובה הפיצוי - בהינתן שהטיפולים האלטרנטיביים שלא פורטו בפני התובעת היו
5 טיפולים בלתי אפקטיביים, ובהינתן שהסיכונים אשר טמונים בניתוח שבחלקם לא
6 הובאו בפניה למצער בפירוט וברישום, ברובם אינם סיכונים משמעותיים שהיו
7 משנים את הסכמתה לניתוח, תפוצה התובעת בסך 150,000 ₪ בגין הפגיעה
8 באוטונומיה.

9 האירוע השני – התביעה נגד הנתבעת מס' 2 - איכילוב

10 האירוע בתמצית

11 165. התובעת סבלה מדלקות חוזרות ונשנות אשר טופלו באמצעות אנטיביוטיקה
12 שהוחדרה לווריד. על מנת להקל על התובעת, הוחלט על החדרת צנתר מרכזי
13 PICCLINE (להלן גם: "פיקליין") שיאפשר ביצוע עירווי אנטיביוטי קבוע למשך
14 מספר חודשים. החדרת הצנתר בוצעה בבית חולים איכילוב על ידי ד"ר קורי.
15 שעות ספורות לאחר ביצוע הפעולה, חזרה התובעת לבית חולים כשהיא מתלוננת
16 על כאבים ותחושת נימול ביד, בהתייעצות עם ד"ר קורי הוציאו את הצנתר.
17 חרף הוצאת הצנתר התובעת סובלת מפגיעה עצבית בלתי הפיכה. סיבוך שהוגדר
18 כנדיר ביותר בפרוצדורה שכזו.

19

20



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

טענות התובעת

- 1
 - 2
 - 3
 - 4
 - 5
 - 6
 - 7
 - 8
 - 9
 - 10
 - 11
 - 12
 - 13
 - 14
 - 15
 - 16
 - 17
 - 18
 - 19
 - 20
 - 21
 - 22
166. התובעת טוענת שהחדרת הצנתר בוצע ברשלנות. כתוצאה מרשלנות זו נגרם לה נזק בלתי הפיך. נטען שד"ר קורי לא נעזר במכשיר ה-US לאורך כל ביצוע הפעולה.
167. התובעת שוחררה לביתה לאחר החדרת הצנתר אף שהתלוננה עוד בהיותה בבית חולים על כאבים ביד ותחושת נימול. תלונות אלה לא טופלו.
168. החדרת הצנתר מבוצע בהליך פולשני, חרף זאת, התובעת לא הוחתמה על טופס הסכמה עובר להחדרת הצנתר, בניגוד לנוהג המקובל בבתי חולים אחרים. מדובר בסיבוך נדיר שלא מוזכר בספרות הרפואית ואף לא מופיע בנוסח טופסי ההסכמה שצורפו לחוות דעת מומחה התביעה.
169. דו"ח הפרוצדורה כולל רק תלונה לגבי כאב בחזה, נעדר פירוט של הפרוצדורה, ונעדר תלונות לגבי תחושת נימול, תלונות אלו נאמרו על ידי התובעת בעת החדרת הצנתר. הצוות בחר להתעלם מהכאבים שדווחו להם בזמן אמת.
170. התובעת טוענת לתחולת סעיף 41 לפקודת הנזיקין [נוסח חדש] (להלן: "**פקודת הנזיקין**"). התקיימו שלושת התנאים הנדרשים, התובעת לא יודעת ולא יכולה לדעת מה מנגנון הפגיעה. לנתבעת שליטה מלאה על ביצוע הפעולה והפעלת המכשירים. הנזק שנגרם מתיישב יותר עם המסקנה שלא ננקטה זהירות סבירה בביצוע מאשר עם המסקנה שנקטה זהירות סבירה.
171. הנתבעת גרמה נזק ראייתי בכל הקשור לבירור תלונותיה של התובעת, בין היתר בכך שלא המציאה את צילום החדרת הצנתר. על קיומו של הצילום נודע לתובעת רק במהלך שמיעת הראיות.
172. להוכחת אחריותה של הנתבעת לגרימת הנזק צרפה התובעת חוות דעת של פרופ' גורמן מומחה להרדמה וטיפול נמרץ. פרופ' גורמן בחן את השתלשלות הדברים על



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

- 1 סמך תיאור התובעת ובדיקת הגיליון הרפואי. הפעולה בוצעה בהדרכת מכשיר
2 אולטרה-סאונד והצנתר הוחדר מעל המרפק, בצד הפנימי של הזרוע השמאלית.
3 עקב תחושת לחץ אדיר על בית החזה וכאבים שהקרינו עד אזור בית השחי, הוחלט
4 למקם את קצה הצנתר באזור בית השחי ולא באזור העלייה הימנית כמקובל. דו"ח
5 הפעולה לוקה בחסר, אינו מציין את תלונות התובעת למעט לחץ בחזה. לא ברור
6 מהדוח אם בוצע זיהוי של שני העצבים כנדרש. לא צוין בדוח שטף הדם שנגרם.
- 7 173. פרופ' גורמן מסביר את מנגנון הפגיעה באחת משתי האפשרויות, האחת, שהחדרת
8 הצנתר, אף שבוצעה תחת US, פצעה את הוריד הברכיאלי או ענף שלו, ונגרם שטף
9 דם שלחץ על העצב האולינרי וגרם לפגיעה העצבית. האפשרות השנייה שהמחט או
10 הצנתר פגעו בעצב האולינרי עצמו, אפשרות זו מתאימה גם לתלונות על הכאבים
11 העזים בעת ההחדרה.
- 12 174. ההצטלקויות שמתוארות בדוח הניתוח לשחרור העצב, מקורן או בזיהום או בשטף
13 דם.
- 14 175. פגיעה שכזו הייתה יכולה להימנע לו היה מבוצע זיהוי ברור ונכון של הורידים
15 והעצבים הסמוכים תחת אולטרה סאונד, ובמיוחד כשחשה כאב עז במהלך הביצוע.
16 אין תיאור כזה בדוח הפעולה. זיהוי המטומה במהלך הפעולה היה מביא לשליפת
17 הצנתר ומניעת הנזק העצבי.
- 18 176. עם סיום הפעולה חשה התובעת כאבים באזור המעוצב על ידי העצב האולינרי (הצד
19 הפנימי של הזרוע) ותחושת נימול באצבעות 4 - 5 בכף ידה השמאלית. התובעת
20 חזרה לאיכילוב בערבו של יום הטיפול, בבדיקתה הודגמה נפיחות, כאבים
21 והמטומה (שטף דם) באזור בית השחי. לאחר התייעצות עם הרופא שביצע את
22 הפרוצדורה, הוחלט להוציא את הצנתר. הרישום מאותו יום:
- 23 "ניסיון כושל של הכנסת PICCLINE, כאבים חזקים באזור היד השמאלית,
24 נימול בחלק הפנימי."



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

177. ביום 22.9.2013 אושפזה התובעת בבית החולים מאיר בעקבות הכאבים והנפיחות
מהם סבלה, נשללה אבחנה של פקקת וורידית. בהמשך מתועדות פניות נוספות
לקופת חולים עקב כאבים וחוסר תחושה. ביום 23.11.2013 אובחן לתובעת
NEURALGIA/NEURITIS/RADICULITIS בעקבות נימול וחוסר תחושה
בעצב האולנרי אצבעות 4 - 5 וקושי בתנועות יד שמאל. בתאריך 16.12.2013
הדגימה בדיקת EMG נזק אולנרי חלקי באזור המרפק ובדיקה חוזרת ביום
20.3.2014 הדגימה אבחנה דומה של נירופטיה אולנרית. בבדיקת אורתופד באותו
מועד, צוינה "צלכת זעירה בזרוע השמאלית מדיאלית" ולאחר מספר התייעצויות
עם אורתופדים ונירוכירורגים, בוצע ביום 29.5.2014 ניתוח NEUROLYSIS
לשחרור העצב האולנרי ע"י ד"ר קובו - כירורג יד. לאחר ניתוח זה הוסיפה
התובעת לחוש כאבים באזור הזרוע, חוסר תחושה בצד הזרוע הפנימי (מדיאלי)
ובהמשך הופיע "דה קרוויין" ו"מרפק גולף" שהגביל עוד יותר את תפקוד הזרוע
השמאלית. לאור חוסר השיפור בתלונות החולה, המליץ ד"ר קובו ביום 27.7.2014
על פיזיותרפיה וריפוי בעיסוק. בבדיקת אורתופד מיום 1.10.2014 נקבע סופית כי
התובעת סובלת מחוסר תפקוד של העצב האולנרי העליון (HIGH ULNAR
NERVE DYSFUNCTION).

17 טענות הנתבעת מס' 2 - איכילוב

178. הנתבעת מכחישה מכל וכל את טענות התובעת. נטען שפרופ' גורמן אינו המומחה
המתאים, אינו מומחה לרדיולוגיה פולשנית לא ביצע מעולם החדרת צנתר מסוג
זה. פעולת החדרת הצנתר הינה פעולה ייחודית המבוצעת על ידי מומחה
לרדיולוגיה פולשנית.
179. לגופו של ענין נטען שהתובעת סובלת מסיבוך דמם נדיר שלא נגרם מהחדרת
הפיקליין אשר הוחדר כראוי ונמצא במקומו.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

180. הפעולה בוצעה כראוי על ידי רופא מומחה מנוסה, ד"ר קורי. הפעולה בוצעה תוך שימוש באולטרסאונד ששקף כנדרש את העצבים והעורק הברכיאלי. הפעולה בוצעה בהצלחה, הצנתר נמצא בתוך הוריד.
181. התובעת התלוננה רק על כאב בחזה במהלך הפעולה ובהתאם לתלונותיה הוסת הצנתר ממקומו ונמשך מעט לאחור, הכאב חלף ולכן הצנתר הושאר במקומו.
182. מספר שעות מאוחר יותר חזרה התובעת לבית החולים כשהיא סובלת מכאבים ותחושת נימול בכף היד, לאחר התייעצות עם ד"ר קורי הוצא הצנתר. התובעת לא התלוננה על כאבים אלו במהלך ומיד לאחר ביצוע הפעולה.
183. באשר להחתמה על טופס הסכמה, נטען שאין חובה כזו בהעדר הנחיה של משרד הבריאות. הטפסים שהוצגו בחוות דעתו של פרופ' גורמן עוסקים בהחדרת צנתר מרכזי ולא פיק. ההסברים נתנו בעל פה כפי שנהוג לגבי כל המטופלים. בכל מקרה הסיבוך הנדיר שארע ממילא לא היה מופיע בטופס ההסכמה לניתוח שאמור לכלול את הסיכונים השכיחים.
184. הרשימה הרפואית כוללת את תלונתה היחידה של התובעת במהלך הבדיקה בדבר הכאבים בחזה, לא היו תלונות נוספות.
185. הסיבוך לא נגרם ישירות מהחדרת הפיקליין, לא נגרמה פגיעה בעצב במהלך החדרת הפיקליין. הנזק נוצר בעקבות סיבוך דם מאוחר יותר.
186. הנתבעת צרפה את חוות דעתו של ד"ר רימון, מומחה לרדיולוגיה פולשנית. המומחה מסכים שסביר ביותר שהנזק נגרם כתוצאה משטף דם שאירע כתוצאה מהחדרת הפיקליין, אשר לחץ על העצב. מדובר בסיבוך נדיר שלא מופיע בספרות. הפעולה לא בוצעה ברשלנות וכנראה שלא ניתן היה למנוע את היווצרות הנזק.
187. טכניקת ההחדרה בוצעה כראוי, תוך כדי שימוש במכשיר אולטרה סאונד ושיקוף, שנועד לדימות הוריד והכוונת קצה המחט.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

188. תיאור תלונותיה של התובעת, תחושת הנימול שהופיעה לאחר כמה שעות מלמדת
שהנזק התפתח עם הזמן ולא נוצר ישירות מהחדרת הפיקליין, אלא עקב דימום
והמטומה שהתפתחה לאט וגרמה ללחץ ובהמשך לנזק לעצב.

189. אין מקום להעביר את נטל הראיה שעה שכל העובדות ידועות לתובעת. לא הייתה
כל מניעה להעביר את סרט הצילום לו היו מתבקשים. מומחה התובעת אישר
שהצנתר נמצא במקומו, כך שסרט הצילום לא היה תורם במאומה.

7 **דיון והכרעה**

8 **האם איכילוב התרשלה במהלך ביצוע החדרת הצנתר?**

190. שני המומחים, הן מומחה התביעה והן מומחה ההגנה, מסכימים שהפגיעה בעצב
האולנרי נגרמה כתוצאה של החדרת ה-PICCLINE. הצדדים חלוקים בשאלה
האם הפגיעה נגרמה בשעת ובמהלך החדרת הצנתר כטענת התביעה, או כטענת
הנתבעת, נוצר סיבוך דמם נדיר שארע לאחר ביצוע החדרת הצנתר.

191. לטענת התובעת היא התלוננה על כאבים עזים בעת החדרת הפיקליין. כאבים אלו
תועדו בדוח הפעולה (נספח ג' לכתב התביעה): **"...חשה בלחץ בחזה. אחרי מיקום
הקצה באקסילה הכאב חלף וכך הצנתר הושאר"**. לא נכתב שהתלוננה על תחושת
נימול. התובעת אף לא ציינה בתצהירה שהתלוננה במהלך הפרוצדורה על תחושת
נימול. מקובלת עלי גרסת הנתבעת שד"ר קורי התייחס לכאבים, הצנתר הוסת
והושם במקום אחר שלא גרם באותו הרגע לכאבים נוספים. התלונות על הכאבים
ומהלך הפעולה תועדו בדוח הפעולה. אין סיבה להניח שד"ר קורי שהיה קשוב
לתלונתה של התובעת, היה מתעלם מתלונה נוספת ולא פועל למניעת הנזק העצבי
לו היו תלונות על תחושת נימול. בנקודה זו סבירה יותר לדעתי עמדת הנתבעת שלא
היו תלונות נוספות במהלך ביצוע הפעולה.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

192. המומחים מסבירים שהפגיעה העצבית התרחשה מאוחר יותר, כנראה כתוצאה
משטף דם שלחץ על העצב. המומחים מסכימים שמדובר בסיבוכ נדיר שלא מתואר
בספרות. הן ד"ר קורי והן ד"ר רימון שביצעו אלפי פעולות כאלו לא נתקלו בסיבוכ
מסוג זה.
193. שאלה משמעותית, מתי הופיעו התלונות על כאבים ונימול. התובעת טוענת
שהתלוננה על הכאבים בפני האחות בטרם שוחררה לביתה. לטענת התביעה, תלונה
בפני אחות כמוה כתלונה בפני הרופא המטפל. בעיקרון, אכן כך יש להתייחס
לתלונה בפני אחות. ברי כי תלונה בפני אחות היא תלונה שנמסרה לצוות המטפל
ומחייבת טיפול. יחד עם זאת אינני יכולה לקבוע ממצא עובדתי שאכן התובעת
התלוננה בפני האחות, תלונה שכזו לא הוכחה. התלונה לא תועדה, אפשר שבכך
נגרם נזק ראייתי ואפשר שלא התלוננה. אין בידי לקבל את טענת התביעה שאי
זימון האחות לעדות מלמד על אמיתות דברי התובעת. עובדה זו כשלעצמה אינה
מלמדת דבר. אם אכן היו תלונות בפני האחות, התלונות לא זכו לדיווח משלא
ייחסה לכך חשיבות, סביר שלא תזכור בחלוף מספר שנים את התלונות. ד"ר קורי
העיד שאף הוא לא זכר את האירוע, רק עם קבלת התביעה החל להיזכר (עמ' 155
לפרוט', ש' 16 – 19).
194. הרישום האובייקטיבי היחיד אשר מתעד את תלונות התובעת, הינו המסמך מחדר
מיון בבית החולים איכילוב משעות הערב שעה שהתובעת הגיעה עם כאבים.
התובעת שוחררה מבית החולים לאחר החדרת הצנתר בשעה 16:39 ונסעה לביתה.
לאחר מספר שעות משלא יכלה לשאת עוד את הכאבים שהלכו והתעצמו פנתה שוב
לחדר המיון בבית החולים איכילוב, לשם הגיעה בשעה 21:46. דיווחה שבסמוך
לביצוע החדרת הפיקליין, כעשר דקות לאחר מכן, חשה כאבים. דיווח זה הינו
דיווח מזמן אמת אותנטי ואינו נחשד כדיווח מגמתי (ר' גיליון טיפול חדר מיון
איכילוב, עמ' 406 – 409 לראיות הנתבעת). בהתבסס על דיווח זה אני סבורה
שהכאבים ביד החלו עשר דקות מתום הפעולה.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

195. התובעת לא נשארה להשגחה לאחר הפעולה. אם הייתה שוהה במרפאה להשגחה
כחצי שעה לאחר הפעולה, הכאבים היו מופיעים בהיותה עדיין במרפאה. בטרם
שחרורה סביר להניח שהייתה מתלוננת על הכאבים אשר היו זוכים להתייחסות
כבר בשלב זה. ד"ר קורי אומנם העיד שהפרקטיקה המקובלת היא לשחרר את
המטופל מיד בתום הטיפול לדבריו (בעמ' 155 לפרוט', ש' 27 - 29):

6 **"אם החולה מגיע מהבית הוא מתלבש ולאחר מכן הולך הביתה. לא משאירים**
7 **להשגחה או למנוחה. מחדר הצנטור לחדר ההשגחה, שם האחות נמצאת ומשם**
8 **הביתה. בחדר ההשגחה במקרה של פיק ליין רק מתלבשים והולכים הביתה."**

196. זו הפרקטיקה הנוהגת אצל הנתבעת מס' 2, אולם ד"ר רימון, המומחה מטעמה,
העיד על נוהג אחר, לפיו יש להשאיר להשגחה כחצי שעה לאחר הפעולה (ר' עמ'
152 לפרוט', ש' 12 - 16):

12 **"ש. לאחר החדרת הפיק, החולה נשאר לאיזה שהוא התאוששות, השגחה?**
13 **ת: כן.**

14 **ש: כמה זמן בערך?**
15 **ת: תלוי מה היה בזמן ההכנסה, תלוי בחולה, לאן הוא הולך אחר כך. בערך 20**
16 **דקות עד חצי שעה אם הכל בסדר."**

17 קל וחומר במקרה של התובעת שבמהלך החדרת הפיקליין חשה כאבים והמצנתר
18 נאלץ להחדיר את המחט במקום אחר מהמיקום המתוכנן והרגיל.

197. לסיכום נקודה זו, ברי כי גם אם במהלך ביצוע הפעולה לא הופיעו כאבים חריגים
20 מעבר לכאבים והלחץ בחזה אשר תועדו, הרי שכאבים אלו החלו להופיע כעשר
21 דקות מתום הפעולה. לו התובעת הייתה נשארת להשגחה, סביר להניח שהכאבים
22 היו מופיעים בעת ההשגחה, והצוות המטפל לא היה מתעלם מהם.

23



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

נזק ראייתי

1

198. טענת התובעת שנגרם לה נזק ראייתי בכך שתלונותיה לא תועדו במלואן ושדוח
הפעולה לא תועד במלואו, לא הוכחה. דוח הפעולה כולל תלונה של התובעת ותיאור
הפעולה בעקבות תלונה זו. איני יכולה לקבוע כממצא עובדתי שהיו תלונות נוספות
שלא תועדו. לראיה, תלונה אחת על כאב מצאה את ביטויה בדוח הפעולה ולכן
הצנתר הוסת. ניתן ללמוד מרישם זה, שהרופא היה קשוב לתלונותיה. איני מוצאת
סיבה שהוא התעלם מתלונה אחרת רצינית יותר כפי שהתובעת מתארת, לא רשם
את התלונה ולא פעל בהתאם.

8

199. הטענה הנוספת לנזק ראייתי מתייחסת לצילום הרנטגן שלא הומצא לתובעת. אין
ספק שהיה על הנתבעת להמציא את כל החומר שברשותה או למצער ליידע את
התובעת על המצאות צילום שכזה. טענת הנתבעת שהצילום לא התבקש ולכן לא
הומצא אינה יכולה לעמוד לזכותה. העובדה שנערך ונשמר צילום רנטגן עלתה
לראשונה בעת חקירתו הנגדית של ד"ר קורי. שקלתי האם לקבוע שהנתבעת גרמה
לנזק ראייתי על כל המשתמע מכך, משלא המציאה את צילום הרנטגן. אולם שעה
שצילום הרנטגן הנוסף שנערך בעת הביקור בחדר המיון, מספר שעות לאחר
הפעולה בשעות הערב עם שובה של התובעת לבית החולים, מצביע שהצנתר נמצא
בווריד, בוודאי שצילום הרנטגן שצולם מיד עם סיום הפעולה, צילום אשר נועד
לוודא מיקומו של הצנתר, לא היה מראה תמונה אחרת. פרופ' גורמן, אישר שאכן
הצנתר נמצא בווריד. הנזק הראייתי שגרמה הנתבעת מצא מזור בהמצאת ממצאי
הרנטגן מחדר המיון, ממצא שמשקף את מיקומו של הצנתר בתוך הוריד. על כן
הגעתי למסקנה שהמצאת צילום הרנטגן במקרה זה לא מעלה ולא מורידה.

22



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

העברת נטל הראיה

1

200. הצדדים מסכימים שהנזק נגרם כתוצאה מהחדרת הפיקליין אלא שלא הוכח מנגנון גרימת הנזק. הפעולה לא הוסרטה אין תיעוד לאורך כל הפעולה. יתכן שתיעוד מסוג זה, היה יכול ללמד על אופן ביצוע הפעולה. לא נטען שחלה חובה לצלם את כל ההליך, אם כי פרופ' גורמן סבר שיש להיעזר יותר באמצעי ההדמיה. המומחה מטעם הנתבעת וד"ר קורי מבצע הפעולה, שני מומחים בעלי ניסיון רב בהחדרת פיקליין, העידו שזו אינה הפרקטיקה הנוהגת. אני מקבלת את עדותם שאין בשימוש הנוסף באמצעי ההדמיה סטייה מפעולה סבירה. יחד עם זאת דוח הפעולה דל בפרטים, מהתיעוד בכללותו אין אפשרות לקבל תמונה מלאה לגבי הפעולה, בנסיבות אלו מתקיימים התנאים הנדרשים בסעיף 41 לפקודת הנזיקין להעברת נטל הראיה. התובעת בוודאי שלא יכולה לדעת מה התרחש במהלך הפעולה. התובעת יכולה כפי שעשתה באמצעות מומחה מטעמה רק לשער מה המנגנון שגרם לפגיעה. לא עלה בידי הנתבעת לספק הסבר לגרימת הנזק ולמעשה מסכימה בנושא זה עם התביעה. (סקירה בעניין יסוד אי-הידיעה ר' בפסק דינו של כב' הש' י' עמית ב-רע"א 7002/17 פלוני נ' פלוני (21.5.2018)).

אין גם מחלוקת באשר לקיומו של התנאי השני בסעיף 41, הפעולה הייתה בשליטת הנתבעים.

השאלה העיקרית האם מתקיים התנאי השלישי. האם תוצאת האירוע מתיישבת יותר עם המסקנה שלא ננקטו אמצעי זהירות מספקים מאשר עם המסקנה שהנתבעת נקטה בזהירות סבירה. אני סבורה שתנאי זה מתקיים. הנתבעת מודה שמדובר בסיבוך נדיר שלא מופיע בספרות. מומחה התובעת וד"ר קורי לא נתקלו בסיבוך שכזה במהלך כל שנות עבודתם וניסיונם הרב. ככל שהסיבוך אינו מוכר ולא ידוע על סיבוך שכזה כתוצאה מפעולה סבירה, יש מקום להניח שהפעולה לא בוצעה כהלכה, ודוק, לא מדובר באחוזי סיכוי לסיבוך כזה או אחר, אלא בסיבוך



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

1 שלא מוכר כלל. ניתן להניח שמהשו השתבש במהלך הפעולה. שטף הדם נגרם
2 במהלך הפעולה, הנתבעת לא סיפקה הסבר להיווצרות שטף הדם. אומנם נדירות
3 הסיבוך יכול להשפיע לשני הכיוונים, לא בהכרח נדירות הסיבוך מצביעה על
4 רשלנות בביצוע הפעולה. בהקשר זה ר' ע"א 8151/98 שטרנברג נ' ד"ר צ'צ'יק [פ"ד
5 נו (1) 539, 564-563 (2001)]:

6 "אכן, נתון סטטיסטי כזה, הנוגע לנדירות התוצאה
7 המזיקה, עשוי להיות מובא בחשבון מכלול הראיות הבאות
8 ללמד על קיומו של התנאי השלישי. בנסיבות מסוימות
9 עשויה נדירות האירוע להוות סימן וראיה להתרשלות - זאת,
10 בהצטרפה לנסיבות --- אחרות של המקרה... נסיון החיים
11 עשוי ללמד כי בהתחשב באופיו הפשוט והשגרתי של טיפול
12 רפואי מסוים, במצב בריאותו התקין של המטופל, טרם
13 טיפול, בנזק הקשה שנגרם לו, ובהעדר אפשרויות מסתברות
14 אחרות שיש בהן כדי ללמד על סיבת הנזק, יתקיים התנאי
15 השלישי האמור; אלא שלעיתים, קיומם של סיכונים בלתי
16 נמנעים כתוצאה מהטיפול, גם אם הסיכוי להתממשותם
17 נמוך, עשוי להתיישב גם עם אפשרות שאינה מלמדת על
18 רשלנות."

19 במקרה זה, בהינתן הצטברות של הנסיבות הבאות: סיבוך הנדיר ביותר שאינו
20 מוכר בספרות הרפואית, הפרטים המועטים בדוח הפעולה, תלונות על כאבים
21 בתחילת הפעולה, שימוש מוגבל באמצעי ההדמיה, שחרורה של התובעת מיד לאחר
22 הפעולה מבלי להתייחס לכאבים שנטענו במהלך ביצוע הפעולה, כל אלה הביאוני
23 לכלל מסקנה שמתקיים התנאי השלישי הנדרש בסעיף 41, על כן יש להעביר את
24 נטל הראיה לנתבעת.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 הנתבעת לא הצליחה להוכיח שלא התרשלה, לא שוכנעתי שננקטו כל האמצעים
2 הסבירים לביצוע הפעולה למניעת הנזק הנדיר שנגרם. בעיקר לא בוצע מעקב אחר
3 תלונותיה של התובעת, לא התבקשה להישאר להשגחה, לפרק זמן קצר לאחר
4 הפעולה. השגחה שכזו, כפי שנוהג ד"ר רימון, על מנת לוודא שהיא משוחררת במצב
5 טוב, הייתה עשויה לגלות את הכאבים והסיבה לכאבים. פרופ' גורמן ציין בחוות
6 דעתו שזיהוי מוקדם היה מאפשר שליפת הפיקליין בטרם נגרם נזק בלתי הפיך.
7 בעמ' 7 לחוות דעתו מסביר פרופ' גורמן:

8 **"אציין כי לו היה מבצע הפעולה מגלה את ההמטומה- היה שולף את ה-**
9 **PICCLINE ובכך מונע את הנזק. בנוסף אם הרופא היה מגלה את ההמטומה**
10 **היה צריך לטפל מייד בה וכך למנוע את הסיבוך העצבי".**

11 הנתבעת לא השיבה ישירות לאמירה זו. מקובלת עלי הטענה שהיה בכוחו של טיפול
12 מוקדם בהוצאת הפיקליין למנוע את הנזק העצבי שנגרם. הראיה שד"ר קורי הנחה
13 את רופאי חדר המיון להוציא מיד את הפיקליין.
14 לא עלה בידי הנתבעת להוכיח שנקטה בכל האמצעים לזיהוי מוקדם של ההמטומה,
15 הן במהלך הפעולה והן בהשגחה שלאחריה.

16 **החתמה על טופס הסכמה**

17 201. התובעת לא הושתמה על טופס הסכמה לביצוע ההליך. הנתבעת טוענת שהליך
18 החדרת פיקליין אינו דורש חתמה על טופס הסכמה. הטפסים שצורפו לחוות דעתו
19 של פרופ' גורמן עוסקים בהליך של החדרת צנתר וריד מרכזי ולא בהליך של החדרת
20 פיקליין שהינו הליך שונה. חרף טענה זו המומחה מטעם הנתבעות העיד שבבית
21 החולים שיבא נהוג להחתים על טופס הסכמה גם בביצוע פיקליין.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 פרופ' גורמן מסכים שסיבוך זה לא מופיע בטופסי ההסכמה בהיותו סיבוך נדיר
2 שלא מופיע בספרות הרפואית. לפיכך, אין משמעות בנסיבות אלו לאי ההחתמה על
3 טופס ההסכמה ואיני נדרשת להכריע בסוגיה זו.
4 202. לסכום נושא זה, מכלול הנסיבות מצדיק החלת סעיף 41 לפקודת הנזיקין והעברת
5 נטל הראייה לנתבעת. הנתבעת לא הרימה את נטל הראייה, לא הוכיחה שפעלה
6 בסבירות ראויה למניעת הנזק. מסקנה זו מחייבת את הנתבעת לפצות את התובעת
7 בנזק שנגרם לה כתוצאה מפעולה זו.

8 **גובה הנזק**

9 203. התובעת ויתרה על חוות דעת מטעמה ומסכימה שלצורך הערכת הנזק הנוירולוגי
10 שנגרם בגין הפגיעה בעצב האולינרי תחייב את הצדדים חוות הדעת מטעם
11 הנתבעים, חוות דעתו של פרופ' וולנר.
12 פרופ' וולנר סיכם את הממצאים: "פגיעה בדרגה בינונית בעצב האולינרי
13 משמאל", קבע 10% נכות לפי סעיף 31(5)(ג) יד לא דומיננטית. וכן נקבעו 5% נכות
14 נוספים בגין צלקת שמכאיבה לניקוש אולם אינה מכערת, סעי' 75(1)(א-ב).
15 התובעת טענה לנכות פסיכיאטרית בגין כלל נכויותיה. הנתבעת הגישה חוות דעת
16 של מומחה מטעמה אשר בדק את התובעת. בין חוות הדעת של הצדדים היה פער
17 רחב לפיכך מונה מומחה הפסיכיאטר ד"ר שמואל קרון מטעם בית המשפט. ד"ר
18 קרון קבע שלא נותרה לתובעת נכות נפשית בגין הנכויות המורכבות מהן היא
19 סובלת. המומחה הסביר שתחושות הכאב והסבל של התובעת עולות בקנה אחד עם
20 מצבה הרפואי המורכב ולא מגיעות לכדי הפרעה נפשית. המומחה נחקר על חוות
21 דעתו ולא שינה דעתו על כן אני קובעת שממצאי המומחה שלא נותרה לתובעת נכות
22 נפשית מהימנים עלי.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 תחשיב הנזק יעשה על בסיס נכותה הנוירולוגית 14.5% בהתחשב בהכנסותיה של
2 התובעת עובר לביצוע הליך החדרת הפיקליון.

3 **תוחלת חיים**

4 204. לקביעת נזקים לעתיד יש חשיבות לסוגית תוחלת החיים. הנתבעת הוכיחה
5 באמצעות המומחה מטעמה, פרופ' גרינולד, שנכויותיה של התובעת בגין הפגם
6 המולד מביאים לירידה בתוחלת החיים. המומחה גורס שניתוח האוגמנטציה
7 שעברה התובעת בשיבא האריך את תוחלת החיים שלה מעבר לתוחלת החיים
8 שנגזרה עליה בשל נכויותיה, עד גיל 50-60. המומחה ציין בחוות דעתו:

9 **"אני מעריך שללא טיפול בשלפוחית תוחלת החיים שלה הייתה קצרה בהרבה**
10 **מזו הצפויה כיום- עד גיל 50-60 שנה על בסיס המדווח כיום".**

11 לשיטת התביעה אין לתובעת כל קיצור בתוחלת החיים. הנני ערה לכך שבשלהי
12 חקירתו הנגדית נרשמה תשובת המומחה לפיה משתמע כי הגילאים הנ"ל
13 מתייחסים למצב שהתובעת לא הייתה עוברת את הניתוח. אמירה זו שנאמרה
14 כלאחר יד וללא הסבר סותרת לכאורה את האמור בחוות הדעת, אני סבורה
15 שנאמרה או נרשמה בטעות מתוך אי הבנה, הואיל והמומחה ניתח בחוות דעתו את
16 אורך תוחלת החיים. התשובה האחרת שנתנה הינה סתמית וללא הסבר על כן
17 הניתוח בחוות הדעת מקובל עלי ולא נסתר.

18 אשר על כן, חישוב הנזק יבוצע לפי תוחלת החיים המקסימלית שהוערכה על ידי
19 המומחה, עד לגיל 60.

20

21



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

הפסד השתכרות לעבר

1

205. בשנים שלפני ביצוע ההליך התובעת עבדה כשכירה. בשנת 2011 הקימה עסק
עצמאי לתמלול, לטענתה בשל הדרדרות במצבה מיעטה לצאת מביתה (הדרדרות
המיוחסת על ידי התובעת לניתוח שעברה בשיבא) בעבודת התמלול יכלה לעבוד
מביתה. הפגיעה ביד גרמה לנזק, אין ספק שמדובר בנזק פונקציונלי לעבודתה של
התובעת כמתמללת. יש לזכור שמצבה של התובעת, נכויותיה בגין המומים שנגרמו
לה מלידה ומהתפתחותיות הנוספות במהלך חייה מגבילים אותה בבחירת תעסוקה
ויכולת השתכרות. התובעת לא נכנעה למגבלות הפיסיות שלה והצליחה להקים
עסק עצמאי לתמלול מסמכים. מאמצי התובעת חרף מגבלותיה והקשיים לצאת
מביתה ראויים להערכה.

להוכחת השתכרותה צרפה התובעת את הדוחות שהוגשו למס הכנסה משנת 2013
אף שטענה שהעסק הוקם כבר בשנת 2011. ההכנסות שהוצגו בדוחות רווח והפסד
הינם כדלקמן:

שנת 2013 – 104,796 ₪ ;
שנת 2014 – 100,489 ₪ ;
שנת 2015 – 256,632 ₪ ;
שנת 2016 – 301,874 ₪ ;
שנת 2017 – 202,189 ₪ ;
בשנת 2018 – 284,217 ₪.

התביעה התייחסה בסיכומיה לדיווחי ההכנסות הלא מבוטלות שצורפה, אולם
עתרה לכך שהפסדי שכרה של התובעת יקבעו לפי השכר הממוצע במשק, הן לעבר
והן לעתיד הואיל ומדובר לטענתם בבחורה צעירה אשר טרם השתלבה בשוק
העבודה.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 הכנסות מדווחות אלו נבעו מעבודתה של התובעת. אעמוד על פרטיהם לשם אומדן
2 גובה השתכרותה תוך ניתוח ההכנסות וההוצאות. התובעת טענה שהגידול במחזור
3 העסקאות במהלך השנים לא נבע מעבודת כפיים. עקב הפגיעה בכושר ההקלדה,
4 התובעת נעזרה לטענתה בעובדים לביצוע העבודות. ר' עמ' 74 לפרוטוקול, שורה
5 23: "ברגע שהעסקתי עובדים חזרתי לקבל עבודות מיד לאחר הפיקליין". בן זוגה
6 של התובעת, שסייע לה ואף הוצאו תלושי שכר על שמו, לא נתן תשובות ברורות
7 לגבי העסקת זרים, לדבריו לא ידע. (בעמ' 66 לפרוט', ש' 7 - 17). טענת התובעת
8 בדבר העסקת עובדים לא מתבטאת בדוחות שהוגשו לרשויות המס ולא נתמכה
9 בראיות אחרות. מצופה היה כי הוצאת העבודות הנטענת תגדיל את שורת
10 ההוצאות. הוצאות החזקת רכב, טלפון, חשמל וכיוצא בהם, הוצאות שנועדו
11 לתפעול העסק אינן רלוונטיות לבחינת הפסדי ההכנסה. לעניין זה בחנתי את
12 הדיווח על הוצאות בגין שכר עבודה. הוצאות אלו מייחסת התובעת לתשלום עבור
13 בן זוגה. מחקירת בן הזוג עולה שמעורבותו בעסקיה של התובעת הייתה שולית
14 ביותר והסתכמה לכל יותר בעזרה בניהול ובעצות שיווקיות ולא בפעולת התמלול,
15 עבודה אותה התקשתה התובעת לטענתה לבצע לאחר האירוע באיכילוב. כך דבריו
16 של בן הזוג (בעמ' 62 לפרוט', ש' 28 - 30):

17 "ש: אז אם למשל אני לוקח ומעביר אליכם...
18 ת: אתה לא מעביר אליי אלא רק לל'. זה עסק שלה."

19 בן הזוג העיד שהוא כשלעצמו מתפרנס מסחר בניירות ערך בבורסה. לפיכך גם אם
20 היו הוצאות שהוזרמו לכיסו של בן הזוג, הן אינן נובעות מקשייה של התובעת
21 בעבודתה. בן הזוג אף לא ידע מה גובה ההכנסות שדווחו על שמו, לכן לא ראיתי
22 לייחס את הוצאות העבודה שדווחו בדוחות כהוצאות שנבעו ממגבלותיה של
23 התובעת. בשנת 2013 שברובה לפני האירוע נרשמה הוצאה בסך ₪ 56,259. בשנים
24 שלאחר האירוע נרשמו הוצאות, שכר עבודה שיוחס לבן הזוג, בסכומים נמוכים
25 יותר.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 הוצאות עבודה אחרות לא הוכחו. לא הוכח ולא נקב בשמו של מתמלל או מתמללת
2 אחת שביצעה את עבודתה כסיוע לעבודת התובעת. הסבריה של התובעת במהלך
3 החקירה הנגדית, שלא נזקקה לדווח למס הכנסה מכיוון שהייתה פטורה מתשלום
4 מס הכנסה, ולא נזקקה לדווח למע"מ מאחר והתשלומים שולמו לעסקים זעירים
5 שפטורים ממע"מ (עמ' 75 – 76 לפרוט'), אינה מקובלת עלי. דיווחים חייבים לשקף
6 את הסכומים הנכונים. חשוב מכך, ההוצאות הנטענות לא הוכחו גם בדרך אחרת,
7 שלא באמצעות הדוח שהוגש למס הכנסה, כך למשל לא הוצג כל הסכם רלוונטי
8 ולא נקב ולו בשם אחד של עוסק זעיר שעבד עבור התובעת. הקבלות ששמורות
9 במחשב בביתה של התובעת, לטענתה, לא הובאו בפניי על כן אינן מהוות ראיה.
10 הוצאות עבודה על ידי קבלני חוץ אשר דווחו במהלך השנים אינן הוצאות בסכומים
11 משמעותיים, אין בכוחן להסביר את הגידול בהכנסות. הוצאות אלה כללו סכום
12 בסך 6,002 ₪ בשנת 2015 וסכום בסך 4,250 ₪ בשנת 2017.
13 התובעת טוענת שהדוח משלב פעילות של שני עיסוקים, פעילות טיפול ואימוץ
14 כלבים, שלטענתה לא נושא רווחים, ועסקי התמלול.
15 לא ברור מהדוחות שצורפו מה חלקן של ההכנסות בגין הטיפול בכלבים. לדברי
16 התובעת ובן זוגה, מדובר בעיסוק וולונטרי שלא למטרות רווח. בן זוגה העיד כי
17 מדובר ב-"תחביב של עזרה לבעלי חיים מסכנים מהרחוב" וכי היא ממומנת
18 מתרומות (עמ' 64 לפרוט'). בדומה גם העידה התובעת, כי פעילות הכלבים אינה
19 עסק (בעמ' 71 לפרוט') וכי מדובר בפעילות הכוללת 140 כלבים. פעילותה של
20 התובעת בסיוע לכלבים הינה פעילות ראויה אך דיווחי ההוצאות הגבוהים כאמור,
21 במסגרת דוחות עסק התמלול – אינם מוסברים.
22 מכל האמור, התמונה הכללית אשר עולה מדוחות מס הכנסה הינה של עלייה
23 בהכנסות מפעילות התובעת. על אף הקשיים ומומיה הניכרים, התובעת יזמה



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 ועסקה בעבודות שונות חרף הפגיעה ביד השמאלית שללא ספק מקשה על תפקודה
2 ופוגעת בכושר השתכרותה.
3 התובעת לא הוכיחה הפסדי שכר בפועל, למעט דיווחי ההוצאות לקבלני משנה
4 בדוחות בשנים 2015 ו-2017 בסך 10,252 ₪. יתכן שהוצאות אלו נגרמו בשל
5 המגבלות של התובעת ביד והנני מכירה בהן כהפסד.
6 סך הפסדי ההשתכרות לעבר (בשערך מאמצע שנת דיווח בהתאם): **10,796 ₪**.

7 הפסד השתכרות לעתיד

8 בשל גילה הצעיר, בת 26 בעת האירוע, הנני סבורה שחרף העלייה בהכנסות, נכון
9 יהיה לגזור את הפסדי כושר השתכרותה משכר ממוצע במשק. אפשרויות
10 התעסוקה של התובעת במומה מלידה הינן מצומצמות, הפגיעה ביד הוסיפה קשיים
11 נוספים על אפשרויות העסקתה ומגבילה את יכולת הבחירה שלה בתעסוקה
12 עתידית. חישוב הפסדי כושר השתכרותה יעשה על בסיס שכר ממוצע במשק
13 למשרת שכיר. על פי סעיף 2 לחוק השכר הממוצע (הוראת שעה – נגיף הקורונה
14 החדש), תשפ"א-2020 (פורסם ס"ח תשפ"א מס' 2891 מיום 29.12.2020), השכר
15 הממוצע במשק שנלקח בחשבון, הינו השכר נכון ליום 29.3.2020, העומד על סך
16 10,589 ₪ (על פי עדכון אחרון במועד פסק הדין).
17 הפסד כושר ההשתכרות לעתיד, על פי אחוזי נכות בגובה 14.5% עומד אפוא על סך
18 של: **338,614 ₪**.

19 הפסדי פנסיה

20 סך של 12.5% מהפסדי השכר לעתיד: **42,327 ₪**.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

עזרת הזולת וסיעוד לעבר ולעתיד

206. לא הוכח שהתובעת נזקקה לעזרה בבית ולא הוכח שנגרמו לתובעת הוצאות בגין ראש נזק זה, על כן לא ראיתי לפסוק סכום כלשהו. נטען ביחס לסעיף זה (לעבר ולעתיד) כי הנכויות מצריכות עזרה "בצורה כזו או אחרת" והתבקש פיצוי גלובאלי.

207. לעתיד הנני פוסקת סכום גלובאלי כתוספת לעזרה לה תזקק התובעת בשל המגבלות שאינן קשורות לתחשיב נזק זה, סך: ₪ 60,000.

הוצאות רפואיות

208. בכל הקשור להוצאות רפואיות לעבר, רובן המכריע של החשבוניות שצורפו מתייחס לנתבעת מס' 1. החשבונית היחידה שנמצאה קשורה לאירוע באיכילוב הנה חשבונית תשלום לד"ר קובו מיום 20.3.2014 בסך 800 ₪. סכום זה משוערך להיום: ₪ 861.

209. לא מצאתי שיגרמו לתובעת הוצאות רפואיות נוספות שאינן מכוסות במסגרת הטיפול הרפואי הנכלל בסל הבריאות.

כאב וסבל

210. נכויותיה הקודמות של התובעת ומצבה הרפואי לאורך חייה אינם קלים. עם זאת, התובעת לא נולדה אל המום הנוסף אשר התווסף לה בעקבות החדרת הפיקליין ואין הוא בגדר גזירת הגורל. זאת ועוד, התובעת סבלה כאבים ונאלצה לעבור מסכת טיפולים תוך כדי ובעקבות הטיפול הרשלני באיכילוב. בנסיבות העניין ראיתי להעמיד את הפיצוי בראש נזק זה על סך: ₪ 100,000.



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16552-03-16

1 ניכוי גמלאות המוסד לביטוח לאומי

211. הנתבעים צרפו פירוט של תשלומי המל"ל מחודש ינואר 2007 ועד חודש מאי 2019 (נספח י"ח להשלמת תיק המוצגים). לטענתם, מאז אירועי התביעה חל גידול בשיעור קצבת הנכות הכללית ששולמה לתובעת (מסכום 2,307 ₪ בשנת 2008 לסכום 3,312 ₪ בשנת 2019) ולכן יש לנכות את תגמולי המל"ל, בהתאם לחוות הדעת שצרפו מטעם האקטואר שי ספיר.

212. לטענת התובעת, היא קיבלה תגמולי מל"ל מלאים עוד קודם לאירועי התביעה והגמלאות לא השתנו עקב הנכויות שגרמו הנתבעים.

213. עיון בתשלומי המל"ל מלמד כי הגידול בתשלומים הנו גידול תקופתי בעל סממני עדכון ולא עלה בידי הנתבעים להוכיח כי עסקינן בגידול הנובע מתוספת קצבה בגין אירועי התביעה, אותה יש לנכות מהפיצוי לתובעת. זאת ועוד, עיון בחוות דעתו של האקטואר שי ספיר מצביע על כך שהתייחס רק לשינוי בנכותה הזמנית של התובעת מיום 7.5.2009 (מועד הניתוח בשיבא) ולא התייחס כלל למועד הטיפול באיכילוב.

214. לא הוגשו מסמכים מוועדות רפואיות של המוסד לביטוח לאומי ללמד על גובה הנכות הכללית של התובעת והאם הנכות שנקבעה לקבלת הקצבה כוללת את הנכות ביד. לפיכך אין לנכות את תשלומי המל"ל מהפיצוי שנפסק לתובעת.

17 סיכום

215. על יסוד כל האמור לעיל, התוצאה היא שהתביעה ביחס לטענות התובעת נגד שיבא, במסגרת האירוע הראשון, נדחית ברובה למעט ביחס לפגיעה באוטונומיה. הנתבעת 3 תשלם לתובעת סך של 150,000 ₪ בגין הפגיעה באוטונומיה במסגרת אירוע הניתוח בשיבא ;



בית המשפט המחוזי בתל אביב - יפו

ת"א 16-03-16552

216. התביעה ביחס לטענות התובעת נגד איכילוב, במסגרת האירוע השני, מתקבלת. 1
הנתבעת 3 תשלם לתובעת סך של 552,598 ₪ בגין הנזקים שנגרמו לה במסגרת 2
רשלנות הטיפול של החדרת הפיקליין באיכילוב. 3
לסכומים הנקובים יתווספו שכר טרחת עו"ד בשיעור 23.4%, החזר האגרה 4
ששולמה, החזר ההוצאות שנפסקו לטובת עדי התביעה, והחזר ההוצאות ששולמו 5
למומחים ד"ר קונדריאה, פרופ' גורמן וד"ר פרנקל. 6
הסכומים האמורים ישולמו תוך 30 יום מהיום, שאם לא כן יישאו הפרשי הצמדה 7
וריבית חוקית מהיום ועד מועד התשלום בפועל. 8

9

10

11

12

עותק זה מצונזר ומותר בפרסום.

13

14

15

ניתן היום, י"ב אדר תשפ"א, 24 פברואר 2021, בהעדר הצדדים.

16


אירית קלמן ברום, שופטת

17

18

19

20