



INSTYTUT CHIRURGII
KLINIKA CHIRURGII NACZYNIOWEJ, WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ,
ANGIOLOGII I FLEBOLOGII

KIEROWNIK PROF. DR HAB. ZBIGNIEW KRASIŃSKI

ul. Długa 1 /2 tel. +48 61 854 91 41
61-848 Poznań fax. +48 61 854 90 8
e-mail: chirurgianaczyniowa@skpp.edu.pl

Poznań, 13 marca 2023 r.

RADA DYSCYPLINY NAUKI MEDYCZNE
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu

Ocena rozprawy doktorskiej

pt.: „Zmiana ciśnienia panującego w worku tętniaka aorty przed i po leczeniu wewnątrznaczyiniowym jako kryterium oceny skuteczności leczenia oraz czynnik predykcyjny powikłań” lekarza Macieja Antkiewicza

Promotor: Prof. dr hab. n. med. Dariusz Janczak

Pierwsze dekady XXI wieku to znaczny postęp w diagnozowaniu i leczeniu wewnątrznaczyiniowym tętniaków aorty, zwłaszcza piersiowo-brzusznych oraz rozwój nowych technik i protez używanych w ich leczeniu. Ze względu na brak badań epidemiologicznych obejmujących populację Polski nie można dokładnie określić częstości występowania tętniaków aorty w naszym kraju. Na podstawie badań skriningowych obejmujących duże populacje w Wielkiej Brytani, Szwecji i Danii można przyjąć, że w grupie mężczyzn pomiędzy 65. a 80. rokiem życia częstość występowania tętniaków aorty brzusznej wynosi od 4% do 8%. Do czynników ryzyka rozwoju TAB należą: palenie papierosów, zaawansowany wiek, płeć męska, miażdżycy, nadciśnienie tętnicze, dodatni wywiad

rodzinny, tętniaki innych tętnic. Na całym świecie obserwuje się zmniejszający się odsetek występowania tego schorzenia, a za główną przyczynę tego zjawiska uznaje się spadek ilości osób palących papierosy. Z drugiej jednak strony, ze względu na obserwowane starzenie się społeczeństw, wzrasta odsetek starszych pacjentów z tętniakami aorty wymagających leczenia zabiegowego - w niektórych krajach osiąga ponad 20%. Powyższe dane epidemiologiczne, a także fakt ekspansji metod wewnątrznaczyniowych potwierdza konieczność badań takich jak przeprowadzane w ramach pracy doktorskiej przez lek. Macieja Antkiewicza.

Wyniki zarówno leczenia chirurgicznego, jak i leczenia wewnątrznaczyniowego były przedmiotem wielu badań i publikacji. Jednymi z najszerzej znanych są badania EVAR-1 (UK Endovascular Aneurysm Repair 1), DREAM (Dutch Randomized Endovascular Aneurysm Management) oraz OVER (Open versus Endovascular). W badaniu EVAR-1 wykazano przewagę metody wewnątrznaczyniowej nad metodą chirurgiczną w okresie okołoperacyjnym u pacjentów, u których nie było przeciwwskazań do leczenia chirurgicznego. Śmiertelność 30-dniowa wynosiła 1,7% dla metody wewnątrznaczyniowej i 4,7% dla metody chirurgicznej. W badaniu DREAM przedstawiono odległe wyniki leczenia wewnątrznaczyniowego oraz chirurgicznego leczenia TAB, które wykazały następując odsetek zagrażających życiu powikłań (1,2% vs 4,6) oraz przeżycia odległe (38,4% vs 41,7%) po 15 latach. Natomiast u ponad 60% chorych istniała konieczność ponownych interwencji niezależnie od metody. Obecnie wiemy, że jednym z trudnych do leczenia powikłań po wewnątrznaczyniowym protezowaniu aorty jest endoleak typu V.

Z wielkim zainteresowaniem przeczytałem 3 prace będące podstawą dysertacji oraz podsumowanie z wnioskami z wszystkich publikacji. Doktorat napisany został pod kierownictwem znakomitego chirurga, za jakiego uważam Prof. Dariusza Janczaka kierującego wiodącym w zakresie rekonstrukcji aorty ośrodkiem w Polsce.

Oczywiście ocena doktoratu, którego podstawą są publikacje w renomowanych czasopismach, jest z jednej strony prosta, bo można napisać, że zgadzamy się z recenzentami. Z drugiej zaś strony każdy chciałby wykazać się jak największą wiedzą, choć zakładam, że obecnie największym ekspertem w temacie ciśnień w worku tętniaka jest doktorant Maciej Antkiewicz.

Wszystkie zebrane prace są ciekawe i w pełni zasługują by być podstawą doktoratu.

Wnioski zebrane zostały w omówieniu wszystkich prac. Odpowiadają one postawionym celom, z których głównym był pomiar ciśnienia w worku tętniaka w różnych typach grafów i modulatorze przepływu. Oczywiście z naukowego punktu widzenia lepiej byłoby szukać jednorodnej grupy badanej, choćby pod względem używanych stengraftów i każdorazowo mieć identyczną procedurę. Jednak autor samokrytycznie zwraca uwagę na ten problem. Zgadzam się ze wszystkimi wnioskami, chociaż naniósłbym pewne poprawki, a w zasadzie uzupełnienia.

W przypadku wniosku drugiego zawiera on moim zdaniem pewne uproszczenie. Jak wynika z pierwszej opublikowanej pracy Doktoranta rozkurczowe ASP spadało dopiero po balonowaniu. Uwzględnienie tego faktu w końcowych wnioskach może być praktyczną wskazówką dla tych chirurgów i radiologów interwencyjnych, którzy wybiórczo używają postdylatacji, często tylko w oparciu o angiografię.

Trzeci wniosek jest dla mnie najbardziej ważny i praktyczny, ponieważ daje w przeciwieństwie do obrazu radiologicznego jednoznaczną odpowiedź dotyczącą skuteczności zabiegu endowaskularnego w leczeniu tętniaków aorty.

W przypadku 4-go wniosku można byłoby rozpocząć akademicką dyskusję co do modeli predykcyjnych powiększania tętniaka i występowania powikłań, w których zagięcie szyi tętniaka jest wymieniane często jako czynnik rokowniczo niekorzystny, a przy zbyt dużym kącie nawet jako przeciwwskazanie do EVAR. Mam nadzieję, że ośrodek wrocławski będzie dalej się zajmował tym zagadnieniem.

Doktorant badał tylko tętniaki wrzecionowate, chociaż tego w żadnym z wniosków nie podkreśla. Zachodzi pytanie, czy zachowanie ciśnień w tętniakach workowatych, które predysponują bardziej do pęknięć niż wrzecionowate może być inne.

W piątym wniosku należy cały czas należy podkreślać, że chodzi o ciśnienie tętna wewnątrz worka tętniaka, a tak naprawdę w przestrzeni martwej między ścianą stentgraftu, a zmienioną chorobowo ścianą aorty. Co do drugiej części tego wniosku, wg mnie bardziej pisałbym o predykcyjności ASP, a sformułowanie metoda wykrywania itd. jest dla mnie dość złożoną figurą.

Wniosek 6 pewnie dla biofizyków byłby oczywisty, ja zaś oczekiwałbym praktycznego wniosku, który np. mógłby brzmieć: implantacja MFM nie redukuje ASP, dlatego chorzy po tego typu zabiegach wymagają innego reżimu obserwacyjnego, niż ten zaproponowany dla stentgraftów i sugestią konieczności dalszych badań nad tym zagadnieniem.

Jak wszyscy pewnie na publicznej obronie zauważą, powyższe uwagi były tylko moimi sugestiami i w niczym nie umniejszają wagi pracy Doktoranta i jego eksperckiej wiedzy w omawianym zakresie.

Zwracając się do Wysockiej Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, stwierdzam, że Rozprawa doktorska lekarza Macieja Antkiewicza spełnia warunki określone w art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 14 marca 2003 r. o stopniach naukowych i tytule naukowym oraz o stopniach i tytule w zakresie sztuki (Dz. U. Nr 65, poz. 595, z późn. zm.)” i proszę o dalsze jej procedowanie. Ze względu na niepodważalne osiągnięcie naukowe i trud w opublikowaniu swoich badań na arenie międzynarodowej, a także wysoki poziom merytoryczny przeprowadzonych badań wnioskuję o wyróżnienie tego Autora niniejszej dysertacji.

KIEROWNIK
Kliniki Chirurgii Naczyniowej,
Wewnętrznej, Angiologii i Flebologii

Prof. dr hab. med. Zbigniew Krasiński