

Dr hab. n. med. Dawid Murawa prof. UZ

Zielona Góra dnia 27.08.2023

Katedra Chirurgii i Onkologii

Collegium Medicum

Uniwersytet w Zielonej Górze

Ocena rozprawy doktorskiej lek med. Macieja Bogusiaka pt.: „Analiza powikłań około i pooperacyjnych u pacjentów operowanych metodą całkowitej przezodbytowo-brzuszej resekcji odbytnicy TaTME z powodu raka odbytnicy”

Praca liczy 93 strony maszynopisu i zawiera 32 tabele oraz 12 rycin. Układ pracy jest prawidłowy i zawiera rozdziały: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki oraz dyskusję i wnioski. Całość opatrzona jest nowoczesnym piśmiennictwem.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe na świecie zmienia się na przestrzeni lat, ale nadal jest to największe wyzwanie medycyny w XXI wieku. 14 milionów zachorowań na świecie oraz 171 tys. w Polsce to niezaprzeczalne fakty. Wskaźnik śmiertelności pozostawia nadal wiele do życzenia mimo postępu technologicznego trwającego od kilku dekad.

Rak odbytnicy niestety należy do nowotworów o stałym wzroście liczby zachorowań. Od roku 2000 zaobserwowaliśmy wzrost o 44% u mężczyzn oraz 15% u kobiet. Jest to nowotwór dotyczący głównie chorych po 60 roku życia.

Kolejna część wstępu omawia kwestie dotyczące prognoz zachorowania na nowotwory jelita grubego w tym odbytnicy. Zgodnie z prognozami Ministerstwa Zdrowia na lata 2022-2034 niestety będziemy obserwować wzrost wskaźników zapadalności, jak i umieralności na raka



odbytnicy. Cieszy mnie fakt szerokiego omówienia przez doktoranta zasad klasyfikacji TNM. Kwestia oczywista, niestety nie zawsze w praktyce klinicznej naszego systemu ochrony zdrowia znajduje właściwe odzwierciedlenie na poziomie diagnostyki jak i leczenia. A słusznie w dysertacji zwraca się uwagę, iż klasyfikacja TNM jest najistotniejszym czynnikiem prognostycznym w leczeniu nowotworów. Posługując się klasyfikacją TNM zespoły interdyscyplinarne w ramach konsyliów oceniają stopień zaawansowania choroby w celu podjęcia właściwych decyzji leczniczych. Kolejna część wstępu omawia problem badań diagnostycznych do rozpoznania i oceny stopnia zaawansowania raka odbytnicy. Bardzo dobrze przedstawiono zasady dla opisów badania MRI, co stanowi podstawowy wykładnik dla podejmowania właściwych decyzji terapeutycznych. Dobrze, iż zwraca się uwagę na chyba dość często pomijany temat restagingu po leczeniu neoadjuwantowym. Właściwa ponowna ocena stopnia miejscowego zaawansowania raka w przypadku wyższych stopni zaawansowania T3/T4 wydaje się być niesłychanie istotna, chociażby z punktu widzenia typu zabiegu operacyjnego. W podrozdziale 1.3.13 nie do końca zrozumiały jest fragment tekstu odnoszący się do sygnatur zmutowanych genów. Ostatnia część wstępu w ciekawy i szczegółowy sposób omawia cele leczenia operacyjnego raka odbytnicy. Szczególnie pokazuje zasady całkowitego wycięcia mezorektum, ale także co bardzo istotne zwraca uwagę na powikłania jakie towarzyszyć mogą tej technice operacyjnej czyli uszkodzenia autonomicznych splotów nerwowych. Dalej skupia się już nad technikami chirurgii odbytnicy ze zwróceniem uwagi na chirurgię małoinwazyjną oraz technikę przezodbytowo-brzuszej resekcji - TaTME, która stanowi właściwy temat dysertacji doktorskiej. Już tutaj we wstępie doktorant zwraca uwagę na brak wczesnych, jak i odległych wyników dla tej techniki w dostępnej literaturze. Wydaje się natomiast, iż idea lepszej wizualizacji dolnego mezorektum i tym samym mniejsze ryzyko niewłaściwych marginesów chirurgicznych mogą być ciekawą koncepcją postępowania w określonej grupie chorych.



Celem recenzowanej pracy było porównanie dwóch technik operacyjnych dla techniki TaTME, jednej całkowicie małoinwazyjnej, a drugiej opartej o klasyczną przez brzuszną chirurgię otwartą. Dodatkowo wyróżniono siedem celów szczegółowych.

Grupę badaną stanowiło 87 chorych z nisko położonym rakiem odbytnicy, których poddano zabiegowi operacyjnemu. Badanie wykonano w dwóch grupach poddanych przezodbytowej laparoskopowej resekcji odbytnicy TaTME lub przezodbytowej resekcji odbytnicy TaTME wspomaganą chirurgią otwartą. Oceniano krótkoterminowe wyniki onkologiczne na podstawie badania histopatologicznego uwzględniając pomiary marginesów. Analizując powikłania wzięto pod uwagę analizę różnych czynników okołoperacyjnych. Powikłania pooperacyjne oceniano w klasyfikacji Clavien-Dindo. W całej analizie korzystano także z badań obrazowych oraz badań laboratoryjnych. W metodyce doktorant dokładnie podaje informacje nt. wyposażenia i organizacji sali operacyjnej w przypadku operacji TaTME. Dalej dokładnie opisuje całą procedurę operacyjną i jej szczegóły techniczne. Rozdział 3.4 to przedstawienie analizy statystycznej.

W rozdziale 4 doktorant przedstawia wyniki. W pierwszej części przedstawiona jest charakterystyka grupy badanej. Technikę laparoskopową zastosowano u 55 chorych natomiast otwartą u 32. Wyniki leczenia operacyjnego porównujące techniki zostały oparte o czas zabiegu operacyjnego, długość pobytu szpitalnego oraz wolny margines proksymalny. Korzyść z techniki laparoskopowej to istotnie krótszy czas pobytu. Zabiegi w chirurgii otwartej z kolei charakteryzował znacznie krótszy czas zabiegu. Nie rozumiem natomiast przedstawienia wolnego marginesu proksymalnego. Czy skoro wielkość marginesu przedstawiono w cm można na tej podstawie mówić o częstszym wolnym marginesie proksymalnym w przypadku techniki małoinwazyjnej, czy też tylko jednak o większym marginesie? Ważną częścią prezentowanych wyników jest brak istotnego związku między powikłaniami, a techniką operacyjną. Kolejną część wyników to analiza parametrów krwi:



białka całkowitego, hemoglobiny, krwinek białych, mocznika oraz kreatyniny. Ciekawą różnicę odnotowano w przypadku krwinek białych, które po zabiegu operacyjnym w technice małoinwazyjnej były istotnie statystycznie niższe niż w otwartej. Ważną, ostatnią częścią przedstawianych wyników była analiza wystąpienia powikłań. Zespoleń staplerowe miały o 89% mniejszy iloraz szans na wystąpienie powikłań niż zespoleń wykonywane ręcznie.

Wyniki dysertacji zamyka dyskusja. Doktorant omawia na początku samą ideę techniki przezodbytowego-brzusznego wycięcia mezorektum jako ciekawej alternatywy dla do tej pory stosowanych technik zwracając uwagę na korzyści potencjalnego bezpieczeństwa operacji i być może lepszych krótkoterminowych wyników onkologicznych. TaTME jako stosunkowo młoda technologia ma skromną dostępną literaturę i wiele, szczególnie długoterminowych wyników onkologicznych nie jest dostępnych w analizach. Wydaje się, iż technika jest dobrym rozwiązaniem dla chorych starszych i obciążonych innymi chorobami jako mniej inwazyjna i potencjalnie generująca mniejszą ilość powikłań. Koniec dyskusji to zwrócenie uwagi na aspekty technologiczne i wartość zespoleń staplerowych w temacie mniejszej ilości nieszczelności zespoleń. Szkoda, że doktorant nie pokusił się o szerszą analizę literatury w powyższym temacie.

Rozprawa kończy się 6 wnioskami, które w dużej części wynikają z analizowanego materiału. Wyniki przedstawionej rozprawy doktorskiej podejmują próbę odpowiedzi na pytanie co do bezpieczeństwa techniki TaTME w chirurgii dolnej odbytnicy niezależnie od dostępu – całkowicie laparoskopowego czy brzuszno otwartego. Analiza powikłań w klasyfikacji Clavien-Dindo jednoznacznie wskazała na większe bezpieczeństwo zespoleń staplerowych w technice TaTME. Istotnym klinicznie stwierdzeniem jest fakt, iż mimo dłuższego czasu zabiegów w technice całkowicie małoinwazyjnej chorzy mieli znamienne krótszy czas hospitalizacji co jednoznacznie wskazuje na mniejszy uraz operacyjny w tej grupie.



Praca opatrzona została streszczeniami w języku polskim i angielskim.

Podsumowując, rozprawa doktorska lek. med. Macieja Bogusiaka przedstawia aktualny problem kliniczny i naukowy. Drobne uwagi co do pracy nie umniejszają jej wartości naukowej. Zwrócę jeszcze jednak uwagę na fakt, iż w publikacji spotkałem dość dużą ilość błędów literowych, które nie powinny mieć miejsca w dysertacjach doktorskich. Przedstawiona do oceny praca doktorska Pana lek. med. Macieja Bogusiaka pt. „Analiza powikłań około i pooperacyjnych u pacjentów operowanych metodą całkowitej przezodbytowo-brzuszej resekcji odbytnicy TaTME z powodu raka odbytnicy” w pełni 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.). Jednocześnie uważam, że Pan Maciej Bogusiak jest kandydatem spełniającym kryteria stawiane pracownikom naukowym ubiegającym się o stopień naukowy doktora. Na tej podstawie stawiam wniosek do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauki Medyczne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu o przyjęcie rozprawy doktorskiej i dopuszczenie lek. med. Macieja Bogusiaka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Z poważaniem

Kierownik Katedry Chirurgii i Onkologii
Instytut Nauk Medycznych
Collegium Medicum
UNIWERSYTET ZIELONOGÓRSKI
dr hab. n. med. Dawid Murawa, prof. UZ

