

Recenzja

Pracy na stopień doktora nauk medycznych lek. Macieja Wasilczuka „Analiza porównawcza powikłań oraz sposobu leczenia raka jelita grubego u pacjentów hospitalizowanych w latach 2004-2008 oraz 2014-2018 na materiale własnym”.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny w Polsce. Od połowy lat 60. XX wieku liczba zachorowań i zgonów nowotworowych w polskiej populacji zwiększyła się około 2,5 razy. Od 2016 roku struktura zachorowań mężczyzn na nowotwory złośliwe wykazuje podobny rozkład jak w innych rozwiniętych krajach Europy. Wśród nowo zdiagnozowanych zachorowań na choroby nowotworowe u mężczyzn najczęściej występował rak płuc (18 %), gruczołu krokowego (18 %), jelita grubego (15 %). Rak jelita grubego (okrężnicy) jest jednym z najczęściej występujących nowotworów złośliwych w Europie, w Polsce plasuje się według zachorowalności w 2017 roku na 4. miejscu w przypadku mężczyzn i 5. w przypadku kobiet. Niestety zachorowalność na ten nowotwór powoli ale systematycznie wzrasta. Według Krajowej Bazy Danych Nowotworowych Centrum Onkologii w Polsce, w 2017 roku raka okrężnicy rozpoznano u 10905 osób, w tym 5832 mężczyzn i 5073 kobiet. Pod względem śmiertelności rak jelita grubego zajmuje 3. pozycję wśród wszystkich nowotworów, tak w przypadku kobiet, jak i mężczyzn. W 2017 roku odnotowano 7754 zgonów z tego powodu (mężczyźni - 4181; kobiety - 3573). Nowotwór okrężnicy rzadko występuje u osób poniżej 40. roku życia, najwięcej zachorowań przypada na 7. i 8. dekadę życia. Według europejskiego systemu informacji o raku (ECIS) prowadzonego przez Wspólne Centrum Badawcze na podstawie tendencji zachorowalności z lat przed pandemią, w 2020 r. w Polsce spodziewano się prawie 99 000 nowych zachorowań na raka wśród mężczyzn i 98 000 wśród kobiet. Uzyskane, w ramach map potrzeb zdrowotnych, dane określają ogólną śmiertelność na raka jelita grubego i odbytnicy w 2019 roku. Zgodnie z zawartymi wyliczeniami, śmiertelność na te konkretne nowotwory ukształtowała się na poziomie 52/100 tys. w przypadku mężczyzn

oraz 41/100 tys. w przypadku kobiet. W 2019 roku na nowotwory jelita grubego oraz odbytnicy zmarło łącznie 17,8 tys. osób. Ponadto, zgodnie potwierdzono, iż nowotwory te stanowią jeden z głównych powodów przekierowania pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Zmiany jakie doszły w ostatnich 30-tu latach w technice operacyjnej, oczywiście mam na myśli coraz szersze zastosowanie laparoskopii, w leczeniu nowotworów jelita grubego nie wpłynęło na poprawę wyników leczenia ale miało wpływ m.in. na skrócenie hospitalizacji i okazało się, że laparoscopia jest techniką porównywalną co do osiągniętych wyników pod względem oceny onkologicznej do techniki klasycznej. Pomimo, że na temat nowotworów jelita grubego powstało już wiele prac to wybór tematu przez Doktoranta uważam za bardzo ciekawy i ciągle aktualny bo każde opracowanie pokazuje nam jak dużym problemem może być postawienie wczesnego rozpoznania raka jelita grubego. Zależy ono zarówno od świadomości chorego jak i prawidłowego podejścia lekarzy (odpowiednie badanie podmiotowe i przedmiotowe) do zgłaszanych objawów przez chorego oraz wdrożenie jak najszybszej diagnostyki. Następstwem tego jest szybsze postawienie rozpoznania co skutkuje szybszym wdrożeniem odpowiedniego leczenia i uzyskiwaniem lepszych wyników leczenia.

Przedstawiona do oceny praca napisana jest w układzie typowym i obejmuje 10 rozdziałów, w skład których wchodzi: wykaz skrótów, wstęp, cele pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski, streszczenie w języku polskim oraz angielskim, wykaz piśmiennictwa, wykaz tabel.

Pierwsza część rozprawy poświęcona jest podstawowym informacjom dotyczącym anatomii, embriologii, histologii oraz fizjologii jelita grubego. W kolejnym podrozdziale Doktorant przybliżył nam epidemiologię, patogenezę oraz patomorfologię raka jelita grubego (rjg) powołując się w tym podrozdziale na zaktualizowaną w 2019 roku klasyfikację WHO wyróżniającą kilka podtypów. W części tej możemy również zapoznać się z podstawowymi informacjami dotyczącymi objawów, diagnostyki, z możliwymi powikłaniami w przebiegu rjg. Ostatnia część wstępu dotyczy metod leczenia chirurgicznego, zakresu wykonywanych operacji oraz możliwymi powikłaniami pooperacyjnymi. W części dotyczącej rodzajów operacji zabrakło mi wspomnienia o operacji typu TaTME, która umożliwia odtworzenie ciągłości nawet przy nisko położonych zmianach w odbytnicy.

Podsumowując tę część pracy doktorskiej uważam, że Doktorant miał dobre przygotowanie teoretyczne do podjęcia tego ważnego społecznie problemu jakim jest leczenie otyłości.

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

W przedstawionej pracy poddano analizie dwa okresy rozpoznania i leczenia raka jelita grubego w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Małoinwazyjnej i Onkologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Białymstoku. Pierwszy okres w latach 2004-2008 w porównaniu z latami 2014-2018. Jak słusznie zauważa Doktorant różnice w diagnostyce jak i metodzie w porównywalnych okresach leczenia uległa różnicy.

Celem prezentowanej rozprawy doktorskiej było:

1. Dokonanie oceny liczby pacjentów operowanych z powodu raka jelita grubego w latach 2004-2008 i 2014-2018
2. Dokonanie oceny wieku i płci pacjentów hospitalizowanych z powodu raka jelita grubego oraz wybranych objawów podmiotowych i przedmiotowych w latach 2004-2008 i 2014-2018
3. Dokonanie oceny powikłań w przebiegu raka jelita grubego u pacjentów hospitalizowanych w latach 2004-2008 i 2014-2018
4. Dokonanie oceny stosowanej metody leczenia raka jelita grubego w latach 2004-2008 i 2014-2018
5. Dokonanie oceny wczesnych powikłań pooperacyjnych po resekcji raka jelita grubego w latach 2004-2008 i 2014-2018

MATERIAŁ i METODA

Przedstawiona praca ma charakter retrospektywny. Doktorant poddał analizie chorych leczonych z powodu raka jelita grubego w dwóch okresach pomiędzy latami 2004-2008 (252 chorych) oraz 2014-2018 (319 chorych). Przedstawiona metodologia badania jak i metody analizy statystycznej nie budzą moich wątpliwości.

Wyniki.

Szczegółowe wyniki z badań Doktorant umieścił aż w 128 a właściwie w 130 tabelach (2 tabele we wstępie – ta sama numeracja tabel: wstęp i wyniki) - numery tabel ze wstępu nie zostały doliczone do wyników i brakuje tabeli nr 108 za to są dwie tabele z numerem 107.

Zwraca uwagę bardzo wysoki procent wszystkich chorych operowanych w stosunku do hospitalizacji w poszczególnych okresach natomiast procent operowanych z powodu rjg

odpowiedni wynosił w I okresie 1,9% a w II 3,2% wszystkich wykonanych operacji. Wiek i płeć chorych w obu grupach była zbliżona i Doktorant nie stwierdził różnic statystycznych w obu grupach. Kolejny fragment wyników dotyczy wybranych objawów z wywiadu i badania przedmiotowego. Doktorant poddał analizie m.in. utratę masy ciała, krwawienie/krew w stolcu, wartość BMI, powikłania w przebiegu choroby takie jak niedokrwistość, niedrożność, przedziurawienie jelita grubego. Różnice statystyczne stwierdzono w przypadku utraty masy ciała oraz niedokrwistości. Niestety w pracy zauważyłem błędy w podanych liczbach chorych w poszczególnych tabelach np. tab. VII (241 chorych versus 252 chorych podanych w danych ogólnych pracy czy też tab. VIII 316 v. 318) z czego ta różnica wynika? Kolejne wyniki dotyczą lokalizacji. Autor stwierdza, że najczęstszą lokalizacją w obu grupach była odbytnica co jest zgodne z ogólnymi statystykami raka jelita grubego. W tabeli nr 36 ponownie stwierdziłem różnice w liczbie lokalizacji r.j.g.i liczbie pacjentów zarówno w grupie I jak i II (265/252 oraz 331/319 w grupie II). Czy w tych przypadkach mieliśmy do czynienia z synchronicznym r.j.g? W podrozdziale dotyczącej metody operacyjnej w grupie pierwszej wykonano tylko jedną operację sposobem laparoskopowym i uważam, że należało wyłączyć ze statystyki ten przypadek. W wynikach w okresie II wykonano ponad 52% operacji techniką laparoskopową co wskazuje na zmianę techniki operacyjnej w porównywanych okresach. Zwraca uwagę statystycznie znamienne różnica w skróceniu hospitalizacji chorych po operacjach klasycznych w okresie II. Natomiast wyciąganie wniosków z długości hospitalizacji u chorych po laparoskopii w okresie I i II uważam za niezasadne. Natomiast można było porównać długość hospitalizacji chorych po operacjach klasycznych jak i laparoskopowych. W kolejnych wynikach Autor analizuje rodzaje operacji i czas hospitalizacji po poszczególnych rodzajach operacji. W tej części Dezyderatu jest podrozdział 4.17.13 Laparotomia. Uwaga moja dotyczy samego określenia. W tabeli 91 Autor napisał, że u 567 chorych nie wykonano laparotomii a wykonano ją tylko u 4 - nie jest to prawda. Dotyczy prawdopodobnie to chorych, u których dokonano tylko otwarcie jamy brzusznej i nie wykonano resekcji jelita czy też założenia przetoki jelitowej czyli tabela powinna być opisana jako zabieg ograniczony do laparotomii.

Kolejna grupa wyników dotyczy wczesnych powikłań pooperacyjnych. Zwraca uwagę znaczny odsetek powikłań zarówno w I (43,3%) jak i II (37,3%) okresie. Biorąc pod uwagę średni wiek chorych nie miał wpływu na występowanie powikłań. W tym przypadku ciekawe czy powikłania częściej występowały u chorych w wieku >60lat i czy powikłania zależne były od lokalizacji guza. W tej części Dezyderatu Autor analizuje grupę powikłań takich jak infekcja rany pooperacyjnej stwierdzając m.in. mniejszą liczbę zakażeń w grupie II (grupie

głównie laparoskopowej). W tym fragmencie błąd w oznaczeniu tabel. Kolejne analizy dotyczą: niewydolności zespolenia jelitowego, krwawienia pooperacyjnego, niedrożności przewodu pokarmowego, ewenteracji rany pooperacyjnej. W porównywanych grupach Autor stwierdził, że płeć chorych, u których doszło do niewydolności zespolenia jelitowego była wyższa u mężczyzn z grupy II (79,2%), w przypadku krwawienia pooperacyjnego w okresie II(5%) stwierdzono zmniejszenie przypadków krwawienia w porównaniu z okresem I (10,3%). W w pozostałych analizach Autor nie stwierdził różnic statystycznych w obu grupach.

Na uwagę zasługuje szczegółowość przeprowadzonych badań, w których rozważono bardzo różne czynniki, które mogły mieć wpływ na końcowy rezultat leczenia chorego, chociaż brakuje mi analizy powikłań w zależności od rodzaju operacji (zakres operacji) jak i techniki operacji (klasyczna v laparoskopowa).

W dyskusji Doktorant systematycznie omawia wyniki swoich badań wykazując umiejętność wyważonej, opartej na wysokiej wiedzy, interpretacji własnych obserwacji w konfrontacji z wynikami badań innych autorów. Dyskusja prowadzona jest ciekawie z właściwymi odniesieniami do aktualnego piśmiennictwa rangi światowej.

Na podstawie otrzymanych wyników Autor wysnuł poniższe wnioski:

1. Liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu raka jelita grubego była o 1/3 większa w II okresie w porównaniu do I okresu
2. Niezbędne są działania edukacyjne pacjentów dotyczące zależności między nadwagą a rozwojem raka jelita grubego
3. Wskazane są częstsze badania profilaktyczne w celu rozpoznania raka jelita grubego we wczesnym etapie i tym samym wyeliminowania utrzymującego się rosnącego trendu dotyczącego rozwoju anemii
4. Metoda laparoskopowa jest skuteczną i bezpieczną metodą w leczeniu raka jelita grubego
5. Odsetek wczesnych powikłań pooperacyjnych po resekcji raka jelita grubego uległ zmniejszeniu o 6% w II okresie.

Wnioski odpowiadają częściowo postawionym celom pracy np. wniosek 2 nie był zawarty w celach pracy (pkt 2 nie był celem badania).

Rozprawę kończy dość obszerne streszczenie w języku polskim i angielskim oraz 200 pozycji piśmiennictwa właściwie dobranego i przypisanego w tekście pracy.

