

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

Zielona Góra 30.09.2022

Katedra Chirurgii i Onkologii

Collegium Medicum

Uniwersytet w Zielonej Górze

Dziekan
Wydział Nauk o Zdrowiu
prof. dr hab. Alina Borkowska

UNIwersytet MIKOŁAJA KOPERNIKA W TORUNIU

04. 10. 2022

Dziekanat Wydziału Nauk o Zdrowiu

L.dz.

Ocena rozprawy doktorskiej „Porównanie leczenia raka jelita grubego metodą laparoskopową i klasyczną – otwartą w aspekcie powrotu sprawności ruchowej i ocena jakości życia”

Praca liczy 190 stron maszynopisu. Zawiera 50 tabel, 79 rycin oraz 7 załączników. Jej układ redakcyjny jest poprawny. Zawiera rozdziały: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusję i wnioski, piśmiennictwo na które składa się 267 pozycji, streszczenia w języku polskim i angielskim.

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 ponad 160 tys w Polsce to niezaprzeczalne fakty. Wskaźnik śmiertelności pozostawia nadal wiele do życzenia mimo postępu technologicznego trwającego od kilku dekad.

Rak jelita grubego to trzeci nowotwór na świecie odpowiedzialny za zgony. Co ważne znacznie częściej chorują mieszkańcy krajów rozwiniętych.

Wstęp pracy omawia kolejno anatomię jelita grubego oraz czynniki dotyczące etiopatogenezy raka jelita grubego. Omówione zostały szlaki kancerogenezy i rozwoju raka jelita grubego

oraz ciekawie molekularna klasyfikacja raków. Tutaj zwróć uwagę na istotny błąd literowy pojawiający się w pracy kilkakrotnie, mówimy „kancerogeneza”, a nie „karcenogeneza”.

Bardzo dobrze, iż we wstępie zwrócono uwagę na problem niskich na tle Europy 5-letnich przeżyć chorych w naszym kraju. Jednocześnie podkreśla się znaczenie i wartość profilaktyki. Modyfikacja stylu życia może zapobiegać rozwojowi sporadycznych raków jelita grubego nawet w zakresie 50-55%. Kolejny istotny aspekt to omówienie badań przesiewowych ze szczególnym zwróceniem uwagi na wyniki badań dotyczące kolonoskopii jako najlepszej metody profilaktyki wtórnej. Kolejna część wstępu to omówienie zasad leczenia chirurgicznego. Cieszę się, iż doktorantka zwróciła uwagę na wyniki badania prowadzonego przez Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej – PSSO01. Badanie to dowodzi niestety, iż w Polsce wskaźnik wykonywania zabiegów laparoskopowych w chirurgii kolorektalnej nie przekracza 9%. Ostatnia część wstępu poświęcona jest kwestii jakości życia, z przedstawieniem technik oceny w oparciu o powszechnie dostępne i używane narzędzia pomiarowe.

Merytorycznie wstęp zawiera wiele ciekawych informacji. Mój duży niedosyt budzi kwestia licznych błędów interpunkcyjnych oraz literowych. Średnio na każdą stronę maszynopisu przypadają trzy błędy literowe. Tego typu sytuacja nie powinna mieć miejsca w dysertacjach doktorskich.

Cele pracy zostały sformułowane w pięciu punktach. Dotyczą oceny jakości życia oraz powrotu sprawności ruchowej u chorych leczonych operacyjnie z powodu raka jelita grubego. Porównanie dotyczy technik chirurgii otwartej i laparoskopowej.

Badanie przeprowadzono w grupie 120 chorych, po 60 chorych operowanych odpowiednio techniką otwartą i laparoskopową. Narzędzia badawcze stanowił kwestionariusz EORTC QLQ-C30 i moduł QLQ-CR29. Ponadto oceniano ruchomość kręgosłupa przy pomocy taśm

centymetrowych, pomiar siły mięśniowej z użyciem dynamometru. Pomiary dotyczyły mięśni: prostego brzucha oraz skośnych zewnętrznego i wewnętrznego.

Wyniki dysertacji zostały przedstawione w formie trzech rozdziałów omawiających kolejno charakterystykę badanej grupy, wyniki sprawności ruchowej oraz jakości życia. Zarówno w grupie chorych operowanych klasycznie, jak i laparoskopowo stwierdzono istotny statystycznie spadek wszystkich ocenianych parametrów zarówno ruchomości kręgosłupa jak i siły mięśniowej. Kolejna część porównująca wyniki zależnie od metody operacyjnej wskazała rzeczywiście na mniejsze spadki ruchomości kręgosłupa w grupie chorych leczonych laparoskopowo. Podobnie kształtują się wyniki dotyczące siły mięśni brzucha. W dalszych częściach rozdziału pokazano wpływ zmiennej BMI na wyniki. Większe spadki ruchomości kręgosłupa związane były z wyższym wskaźnikiem BMI u leczonych chorych. Bardzo ciekawe, iż tylko w grupie leczonej chirurgią otwartą odnotowano wpływ siły mięśniowej przed zabiegiem operacyjnym na spadki po zabiegu operacyjnym. Im wyższe parametry przed operacją, tym większy spadek po operacji. Z kolei większa ruchomość kręgosłupa przed zabiegiem operacyjnym wpływa na mniejsze spadki po zabiegu operacyjnym w technice laparoskopowej i dodatkowo mniejsze spadki siły mięśniowej w technice otwartej. Zauważę tutaj, iż tego typu dane doskonale wpisują się w kwestie modnej obecnie tzw. Prehabilitacji czyli przygotowania chorego do zabiegu operacyjnego głównie poprzez proces żywienia, ale także przez właściwie skomponowane ćwiczenia fizyczne. Trzecia część wyników to ocena jakości życia leczonych chorych poprzez skale EORTC QLQ-C30 oraz CR29. Po 6 miesiącach od operacji we wszystkich aspektach zarówno skal funkcjonalnych jak i skal symptomów chorzy uzyskiwali lepsze wyniki jakości życia; zarówno w operacjach laparoskopowych jak i klasycznych w porównaniu do okresu przedoperacyjnego. Natomiast porównanie technik operacyjnych ponownie w większości parametrów wskazywało na lepszą jakość życia po zabiegach małoinwazyjnych. Ostatnia

część wyników zawiera informacje o wpływie czynników siły mięśniowej, zakresu ruchów kręgosłupa i BMI na jakość życia pacjentów. Większa siła mięśniowa, większy zakres ruchów kręgosłupa oraz niższe BMI przed operacją korzystnie korelują z pooperacyjną jakością życia. Zwraca uwagę błąd rozdziale 4.8.1 i 4.8.2 – chodzi bowiem o ruchomość kręgosłupa, a nie siłę mięśniową.

Wyniki dysertacji zamyka dyskusja. Doktorantka omawia na początku zasady oceny sprawności ruchowej oraz jakości życia wg. literatury. Dalej skupia się na dyskutowaniu oceny sprawności ruchowej pacjentów zależnie od techniki operacyjnej. Rzeczywiście co również podkreśla literatura zabiegi laparoskopowe znacząco wpływają na mniejsze ograniczenia sprawności ruchowych. Może się to przekładać na mniejsze ryzyko powikłań poza operacyjnych np. płucnych czy kardiologicznych. Dokładnie podobnie wygląda kwestia oceny siły mięśni brzucha. Literatura także wskazuje na mniejsze zmiany siły mięśniowej po zabiegach laparoskopowych. Wyjściowe lepsze parametry ruchomości kręgosłupa jak i siły mięśni szczególnie w chirurgii otwartej przekładają się na mniejsze spadki po zabiegu operacyjnym. Ponownie zatem podkreślam co jest zgodne z literaturą, iż przygotowanie chorych szczególnie do dużych zabiegów operacyjnych na jamie brzusznej wydaje się być istotne. W dyskusji dobrze pojawia się w tym aspekcie hasło „Prehabilitacja” jako współczesny znany wyznacznik opieki okołoperacyjnej w światowej literaturze. Tylko na dziś artykułów dotyczących prehabilitacji w chirurgii kolorektalnej jest ponad 300. Czy rzeczywiście i w jakim zakresie prehabilitacja otwiera drogę do mniejszej ilości powikłań pooperacyjnych; pytanie zostaje otwarte. Szczególnie że metaanaliza z br. Zhang i wsp nie daje w tym temacie jasnych odpowiedzi. Kolejna część dyskusji skupia się na jakości życia. Wyniki dysertacji zgodnie z literaturą potwierdzają pogorszenie jakości życia chorych w chorobie nowotworowej przed zabiegiem operacyjnym. Największy spadek dotyczy funkcjonowania emocjonalnego. Ważnym poruszonym zarówno w pracy, jak i literaturze

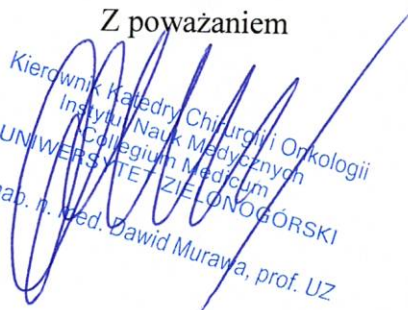
przedmiotu problemem jest bezsenność. Występuje nawet 3-krotnie częściej niż u zdrowej populacji. W zakresie oceny formularzem dedykowanym dla chorych z nowotworem jelita grubego na plan pierwszy zarówno u kobiet jak i mężczyzn wysuwają się kwestie dotyczące problemów funkcjonowania w obszarze seksualnym. Co ważne całościowa jakość życia chorych po zabiegach operacyjnych wzrasta niezależnie od metody operacyjnej. Natomiast po zabiegach laparoskopowych poprawa w skalach funkcjonowania, jak i skalach symptomów jest zdecydowanie większa niż po operacjach klasycznych. Ciekawym elementem dyskusji jest problem dysfunkcji oddawania moczu obserwowany przy ocenie jakości życia po operacjach klasycznych-otwartych. Doktorantka zwraca uwagę na znaczenie tutaj szybszego powrotu sprawności ruchowej po operacjach laparoskopowych. Nie zapominajmy o ważnym jednak aspekcie anatomicznym resekcji odbytnicy. W operacjach laparoskopowych mamy do czynienia z mniejszą liczbą uszkodzeń w zakresie „nervus hypogastricus”, co może przekładać się również na zaburzenia dotyczące układu moczowego. Cieszy mnie fakt, iż koniec dyskusji to zwrócenie uwagi na potrzebę dalszych badań w szeroko rozumianej prehabilitacji jako element który pozwoli lepiej poznać czynniki wpływające na powikłania pooperacyjne jak i możliwości szybszego powrotu do sprawności ruchowej.

Rozprawa kończy się 6 wnioskami, które w pełni wynikają z analizowanego materiału. Wyniki uzyskane w niniejszej pracy doktorskiej potwierdzają wyniki badań innych autorów, iż chirurgiczne leczenie raka jelita grubego zarówno metodą otwartą jak i laparoskopową obniża sprawność ruchową pacjentów. Zabiegi laparoskopowe w mniejszym stopniu wpływają na różne parametry związane z ruchomością kręgosłupa jak i siłą mięśni. Podobnie wygląda ocena jakości życia chorych w okresie 6 miesięcy od operacji. Dodatkowo wysoki wskaźnik BMI wpływa negatywnie na parametry związane ze sprawnością ruchową.

Praca opatrzona została streszczeniami w języku polskim i angielskim.

Podsumowując, rozprawa doktorska mgr. Agnieszki Filareckiej przedstawia aktualny problem kliniczny i naukowy. Przedstawiona do oceny praca doktorska Pani mgr. Agnieszki Filareckiej pt: „Porównanie leczenia raka jelita grubego metodą laparoskopową i klasyczną – otwartą w aspekcie powrotu sprawności ruchowej i oceny jakości życia” w pełni spełnia wymogi stawiane przez ustawodawcę rozprawom doktorskim. Jednocześnie uważam, że Pani Agnieszka Filarecka jest kandydatem spełniającym kryteria stawiane pracownikom naukowym ubiegającym się o stopień naukowy doktora. Na tej podstawie stawiam wniosek do Wysokiej Rady Dyscypliny Nauki o Zdrowiu Collegium Medicum w Bydgoszczy o przyjęcie rozprawy doktorskiej i dopuszczenie mgr. Agnieszki Filareckiej do dalszych etapów przewodu doktorskiego. Jednocześnie wnioskuję o wyróżnienie przedstawionej rozprawy doktorskiej.

Katedra Chirurgii i Onkologii
Instytut Nauk Medycznych
Collegium Medicum
UNIwersytet Zielonogórski
ul. Żyty 28, 65-046 Zielona Góra

Z poważaniem

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