

Recenzja rozprawy doktorskiej lek med. Bartosz Cybułka pt.,,OCENA ZMIAN ENDOSKOPOWYCH GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO WŚRÓD CHORYCH PODDANYCH ZABIEGOWI RESEKCYJNEMU ŻOŁĄDKA Z POWODU SCHORZEŃ NIENOWOTWOROWYCH”

Rak żołądka według danych GLOBOCAN stanowi piąty najczęstszy nowotwór złośliwy na świecie. Polska jest krajem o średniej zachorowalności, gdzie nadal zbyt często rozpoznaje się raka tego narządu w stadium zaawansowania, w którym leczenie chirurgiczne prowadząc do wyleczenia nie jest możliwe. Brak badań przesiewowych, lekceważenie objawów, niska czujność onkologiczna zwłaszcza wśród lekarzy opieki podstawowej niejednokrotnie uniemożliwiają wykrycie nowotworu w okresie bezobjawowym. Wczesna postać raka żołądka stanowi jedynie 5-8% zachorowań i wykrywana jest zwykle przypadkowo. Obecnie nowotwory złośliwe żołądka stanowią w Polsce około 5% zachorowań u mężczyzn i 3% u kobiet. Przeżycia 5-letnie w ciągu pierwszej dekady XXI nieznacznie się poprawiły: u mężczyzn z 14,6% do 16,4%, natomiast u kobiet z 18,2% do 19,8%.

Pomijając wczesne postacie raka żołądka, gdzie zabiegi małoinwazyjne endoskopowe mogą mieć zastosowanie, pozostała zdecydowanie większa część przypadków wymaga zabiegów resekcyjnych o różnym stopniu rozległości: od całkowitych resekcji po częściowe. Sposób odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego jest uzależniony od lokalizacji nowotworu i rozległości resekcji. Konsekwencją zabiegów resekcyjnych żołądka niezależnie od przyczyny są trwałe następstwa metaboliczne, histopatologiczne i czynnościowe, które niosą ze sobą ryzyko transformacji nowotworowej. W literaturze pojawia się wiele doniesień na temat raka rozwijającego się w kikucie żołądka po resekcji z powodu choroby wrzodowej. Chorych poddanych w przeszłości tego rodzaju operacji zalicza się do grupy wysokiego ryzyka zachorowania na raka żołądka. Nadal nie ma zgody co do częstotliwości obserwacji i schematu leczenia po resekcji żołądka i nie opublikowano żadnych randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących roli takiej obserwacji. Ponadto istnieją kontrowersje dotyczące użyteczności działań następczych w celu poprawy przeżycia, a zalecenia ekspertów znacznie się różnią. Głównym powodem ustanowienia programów nadzoru jest wczesne zdiagnozowanie nawrotu nowotworu, a tym samym zapewnienie szybkiego leczenia i przedłużenie przeżycia.

Większość międzynarodowych towarzystw i autorów zaleca nadzór po gastrektomii na podstawie badań retrospektywnych, chociaż nie ma zgody co do tego, jak należy prowadzić badania kontrolne lub jak często powinny być zaplanowane wizyty kontrolne. Poprawę wykrywalności raka kikuta żołądka w jego wczesnej fazie rozwoju po resekcji, należy upatrywać w czujności onkologicznej i wykonaniu kontrolnego badania endoskopowego w każdym przypadku pojawienia się dolegliwości ze strony górnego odcinka przewodu pokarmowego. Nadzór endoskopowy, także u osób bez objawów, nie tylko pozwala na wykrycie raka widocznego makroskopowo, ale także ujawnia zmiany i stany przedrakowe błony śluzowej kikuta żołądka.

Dostosowanie obserwacji w oparciu o dokładną stratyfikację ryzyka nawrotu może być strategią szybkiej identyfikacji chorych, którzy mogą odnieść korzyść z leczenia nawracającego guza, a tym samym poprawić wyniki przeżywalności.

posegregowano pod kątem wskazań do ich przeprowadzenia na tryb ostry, planowy oraz kontrolny. Materiał obejmował również dokumentację fotograficzną endoskopową wykonanych badań.

Badaniem objęto 59 chorych poddanych resekcji żołądka i 1868 chorych bez przebytego wcześniej zabiegu resekcyjnego. Wśród chorych poddanych resekcji 93% stanowili chorzy po resekcji częściowej, 7% po resekcji całkowitej. U 75% wykonano zespolenie koniec do końca, 19% zespolenie koniec do boku, a u 7% zespolenie przełykowo-jelitowe koniec do boku.

Większość chorych była badana w trybie planowanym – 73%, 16% w trybie ostrym, a 11% miało wykonywane badanie kontrolne.

Ocena chorych odbywała się z podziałem na badania wykonywane w trybie planowym i ostrym. Analiza wykazała, że wśród chorych po resekcji badanych w trybie planowanym częściej występowało zapalenie żołądka, zapalenie żołądka zanikowe oraz rak żołądka / kikuta żołądka w porównaniu do pacjentów bez resekcji, zaś w trybie ostrym nie obserwowano istotnych różnic w poszczególnych badanych zdarzeniach.

Następnie dokonano analizy chorych po przebytej resekcji w porównaniu do grupy bez resekcji pod względem występowania poszczególnych zdarzeń. Analiza tej grupy wykazała że u chorych badanych kontrolnie po przebytej resekcji, częściej występowało zapalenie żołądka w porównaniu z grupą chorych nie leczonych operacyjnie.

Kolejna analiza dotyczyła chorych po resekcji żołądka badanych w trybie planowym i ostrym gdzie nie wykazano różnic w obydwu grupach. Następnie sprawdzono czy chorzy po resekcji częściowej którzy mieli zespolenie koniec do końca różnili się od chorych, którym wykonano zespolenie koniec do boku pod względem występowania poszczególnych zdarzeń, wykazując że wśród chorych z zespoleniem koniec do boku częściej występował rak w kikucie w porównaniu do grupy z zespoleniem koniec do końca. Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie.

W dalszej części przedstawiono występowanie poszczególnych zdarzeń u chorych z grupy kontrolnej bez resekcji żołądka wykazując, że najczęściej obecność: zapalenia żołądka (33%) oraz zapalenia nadżerkowego (12%). Pozostałe zdarzenia występowały u mniej niż 10% badanych chorych w grupie kontrolnej. Następnie sprawdzono czy wśród chorych bez resekcji żołądka z grupy kontrolnej występowały różnice w badaniu w trybie planowanym i ostrym, wykazując wśród chorych badanych w trybie ostrym częstsze występowanie zapalenia przewlekłego błony śluzowej żołądka, zapalenia aktywnego błony śluzowej żołądka, metaplasji błony śluzowej żołądka oraz dysplazji błony śluzowej żołądka w porównaniu do grupy badanej w trybie planowanym.

W analizie odnotowano trzech chorych ze zdiagnozowanym rakiem w kikucie żołądka w wieku 64, 83 i 86 lat. Sprawdzono czy ci chorzy różnili się od pacjentów bez resekcji ze zdiagnozowanym rakiem w żołądku pod względem płci i wieku nie wykazując istotnych różnic.

Dokonano również analizy czy chorzy po resekcji żołądka, oceniani w trybie retrospektywnym różnili się od chorych po resekcji ocenianymi prospektywnie pod względem występowania poszczególnych zdarzeń – wyników histopatologicznych, wykazując, że w grupie chorych po resekcji ocenianych prospektywnie częściej pobierano wycinki do badania histopatologicznego.

Autor podsumowuje pracę, wyciągając cztery wnioski:



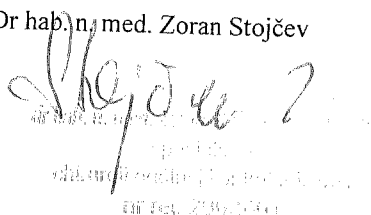
Z obowiązku recenzenta niniejszej rozprawy mam następujące spostrzeżenia i uwagi :

1. Wstęp opracowano na podstawie aktualnego piśmiennictwa. W części dotyczącej diagnostyki raka żołądka Autor głównie akcentuje rolę badania endoskopowego pomijając takie badania jak EUS i Tomografia Komputerowa, obecnie niezbędne do zaplanowania leczenia. W części przedstawiającej klasyfikację raka żołądka wydaje się wskazane umieszczenie klasyfikacji TNM.
2. W rozdziale materiał i metoda: W tabeli 15 Autor analizuje pacjentów wg. płci z rozpoznanym rakiem w kielusku żołądka charakteryzując ich w tekście jako 3 mężczyzn, podczas gdy w tabeli zaznaczone są kobiety.
3. W dyskusji Autor niepotrzebnie ponownie omawia aspekty techniki badania endoskopowego i badania histopatologicznego pobranych wycinków oraz odległe następstwa chirurgicznego leczenia choroby wrzodowej mimo, że wyczerpująco opisał ten temat we wstępie.
4. Streszczenie: wnioski w streszczeniu są tym samym tekstem, co tekst zamieszczony w części „Wnioski”. Ich powtarzanie jest niepożądane w pracach oryginalnych.
5. Nazewnictwo używane w pracy dotyczące badanej grupy powinno być jednolite. Jeżeli używamy nazwy pacjent to wszędzie powinien być podawany w tej formie, a nie raz pacjent, innym razem w chory.
6. W pracy zaprezentowano 18 tabel, 13 rysunków, 9 wykresów. Z jednej strony świadczy to o obszerności zgromadzonego materiału i wnikliwej jego analizie. Z drugiej jednak strony, duża liczba ilustracji może powodować odczucie nadmiaru danych dla czytelnika. Ponadto większość wyników w tabelach i wykresach jest ponownie opisana w tekście.

Powyższe uwagi nie wpływają znacząco na moją pozytywną ocenę pracy doktorskiej lek. med. Bartosza Cybulka. Podsumowując, stwierdzam, że powierzona mi do recenzji praca pt. „OCENA ZMIAN ENDOSKOPOWYCH GÓRNEGO ODCINKA PRZEWODU POKARMOWEGO WŚRÓD CHORYCH Poddanych zabiegowi resekcyjnemu żołądka z powodu schorzeń nielowotworowych” spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień naukowy doktora nauk medycznych.

Z Wyrazami Uszanowania

Dr hab. n. med. Zoran Stojčev



Dr hab. n. med. Zoran Stojčev
Wydział Lekarski, Uniwersytet Medyczny w Belgradzie
ul. Kraljice Milice 26, 11000 Beograd, Republika Serbii
tel. +381 11 264 61 11