

Bydgoszcz, dnia 23 stycznia 2017 roku

prof. dr hab. med. Wojciech Zegarski
Katedra Chirurgii Onkologicznej
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy
Uniwersytetu im. Mikołaja Kopernika w Toruniu

**Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Cezarego Warężaka
nt. „Anatomiczne wymiary miednicy a jakość i doraźne wyniki
chirurgicznego leczenia raka odbytnicy”**

Promotor: prof. dr hab. n. med. Janusz Kruszewski

Rak jelita grubego (RJG) jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym w Polsce. Zapadalność na nowotwory złośliwe odbytnicy i związana z nimi śmiertelność stale rosną.

Podstawą leczenia tej choroby jest radykalne wycięcie nowotworu w zakresie odbytnicy wraz z odpowiednim zakresem krezki tego narządu. Ograniczona przestrzeń pomiędzy narządami w miednicy utrudnia manewrowanie chirurgiczne i sprzyja powikłaniom chirurgicznym w czasie operowania w zakresie odbytnicy. Ta wąska przestrzeń determinuje także rodzaj i sposób wykonania samej operacji w zakresie odbytnicy. Zabieg usunięcia odbytnicy wraz z guzem i regionalnym układem chłonnym wymaga precyzyjnego preparowania tkanek pomiędzy blaszkami trzewną i ścienną w miednicy w sąsiedztwie ważnych anatomicznych struktur. Odpowiadają one za sprawne funkcjonowanie układu moczopłciowego oraz są podatne na uszkodzenia. Bliskość struktur bogato unaczynionych, jak prostata u mężczyzny czy macica i pochwa u kobiety oraz dużych naczyń biodrowych rodzi ryzyko krwawienia w czasie operacji i powstawania przetok. Stopień trudności operacji wiąże się z zakresem ekspozycji operowanych tkanek w polu operacyjnym pośrednio zależnym od wymiarów miednicy.

Dziedzinę Wydziału Nauk o Zdrowiu

Wpł. dnia..... 27 STY. 2017

Nr-DNZ/..... 45/2017

Tytuł rozprawy doktorskiej "Anatomiczne wymiary miednicy a jakość i doraźne wyniki chirurgicznego leczenia raka odbytnicy" właściwie odzwierciedla sformułowane przez Doktoranta cele badawcze oraz treść opracowania. Jego wybór jest trafnie dobrany i niestety ciągle bardzo aktualny i ważny w naszym kraju ²⁴²⁹ na ciągle gorsze wyniki w aspekcie przeżyć 5-letnich i znaczną liczbę powikłań objawiających się w postaci nieszczelności zespożeń wykonanych po resekcji odbytnicy. Praca ta wpisuje się w nurt poszukiwań możliwości poprawy wyników leczenia w obu tych aspektach oceny.

Przedstawiona mi do oceny rozprawa doktorska jest oprawionym wydrukiem komputerowym o bardzo dobrej formie graficznej i ma układ typowy dla tego typu publikacji - składa się z następujących rozdziałów: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski, streszczenie, bibliografia. Temat pracy został właściwie sformułowany, a cele pracy jasno sprecyzowane.

We wstępie Autor w niezwykle dojrzały sposób zaprezentował aktualny stan wiedzy w zakresie analizowanego problemu.

Badaniem objęto 106 kolejnych pacjentów operowanych radykalnym zabiegiem resekcyjnym z powodu raka gruczołowego odbytnicy w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Gdyńskiego Centrum Onkologii w Szpitalu Morskim im. PCK w Gdyni. W okresie przedoperacyjnym u wszystkich chorych wykonano tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy. Przeprowadzono analizę obrazów komputerowych miednicy w zakresie wybranych wymiarów miednicy u chorych operowanych z powodu raka odbytnicy. Uzyskane wyniki pomiarów odniesiono do: płci, rodzaju operacji, BMI, wysokości zespolenia, powikłań wczesnych, czasu operacji, odległości guza od zwieraczy, uzyskanego marginesu dystalnego, uzyskanej liczby węzłów i spadku poziomu hemoglobiny po operacji. W analizie statystycznej wykazano znamiennej zależność pomiędzy płcią a wszystkimi zmierzonymi wymiarami miednicy, za wyjątkiem kąta wygięcia kości krzyżowej oraz kąta pomiędzy płaszczyzną wchodu a linią łączącą promontorium z kością guziczną.

Na podstawie analizy wyprowadzono następujące wnioski.

-Potwierdzono obecność istotnych różnic w wymiarach miednicy męskiej i żeńskiej. Bardziej ostry kąt wygięcia kości krzyżowej u kobiet i u mężczyzn sprzyja uzyskaniu dłuższego marginesu dystalnego w wyciętym preparacie raka odbytnicy.

-Dłuższa sprężna anatomiczna oraz większy kąt pomiędzy płaszczyzną wyjścia a linią łączącą promontorium z kością guziczną u mężczyzn ułatwia preparowanie chirurgiczne w miednicy podczas operacji raka odbytnicy.

-Ryzyko wydłużonego czasu operacji raka odbytnicy u kobiet wzrasta wraz z narastaniem wymiaru prostego wyjścia miednicy.

-Wraz ze wzrostem kąta pomiędzy płaszczyzną wchodu i wyjścia miednicy u kobiet rośnie ryzyko utrudnionego preparowania chirurgicznego w miednicy małej w czasie operacji raka odbytnicy.

-Wymiary miednicy pozostają bez wpływu na rodzaj wykonanego zabiegu chirurgicznego, spadek poziomu hemoglobiny w przeciągu 24 h od rozpoczęcia zabiegu i liczbę usuniętych węzłów chłonnych.

Podsumowując stwierdzam, że poza dobrym wyborem tematu i wyciągnięciem wniosków na uznanie zasługuje starannie przygotowany spis literatury. Zresztą dbałość o szczegóły redakcyjne, dotyczy całej pracy - widać, że była ona przygotowana w sposób przemyślany i poddana wielokrotnym korektom.

Cała rozprawa stanowi niezwykle interesujące studium badawcze w tym jakże złożonym problemie jakim są pomiary kątów i płaszczyzn miednicy małej w aspekcie trudności leczenia operacyjnego raka odbytnicy. W pracy wykonano bardzo dużą liczbę trudnych skomplikowanych obliczeń z uwzględnieniem korelacji pomiarów miednicy ze stopniem zaawansowania nowotworu w zakresie cech TNM. Zajmujący się leczeniem chorych z rakiem odbytnicy postrzegają z uznaniem tego rodzaju trudne metodologicznie badania, które przyczyniają się do poszerzenia wiedzy w tym zakresie. Wyniki prowadzonych badań mogą być również wykorzystywane w rekomendacjach do zakładania u chorych z określonymi złymi parametrami pelvimetrycznymi wspólnie z innymi towarzyszącymi czynnikami nie szczelności stomii protekcyjnych, co jest niezwykle istotnym i ważnym czynnikiem ochrony wytwarzanego zespolenia odbytnicy z okrężnicą po leczeniu operacyjnym raka odbytnicy. Autor wykazał się dużą wiedzą w zakresie prowadzonych badań dotyczących złożonego zagadnienia jakim jest leczenie raka odbytnicy z wykorzystaniem leczenia skojarzonego. Z przeprowadzonych badań wynikają wnioski jasno korespondujące z celami pracy. Z tego trudnego tematu Autor rozprawy wyciągnął nie tylko trafne wnioski, ale w dyskusji również zwraca słusznie uwagę na możliwości zastosowania zabiegów z zakresu chirurgii robotowej u pewnej grupy chorych u których wykonanie pomiarów pelvimetrycznych mogło by być jednym z kryteriów kwalifikujących wąską grupę trudnych z uwagi na parametry miednicy chorych do tego rodzaju znacznie bardziej kosztownych operacji, ale dających szansę na uniknięcie różnego rodzaju powikłań typu uszkodzenia nerwów autonomicznych czy nie szczelności zespoleń.

W świetle powyższych uwag, oceniam rozprawę doktorską lek. Cezarego Warężaka wysoko i wnioskuję do Wysokiej Rady Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku o dopuszczenie Doktoranta do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Kierownik
Kliniki Chirurgii Onkologicznej
Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski