

Prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski

Kolegium Nauk Medycznych

Wyższa Szkoła Gospodarki

W Bydgoszczy

RECENZJA

Rozprawy doktorskiej lekarza Mariusza Ireneusza Skonecznego

nt. "Ocena porównawcza laparoskopowej adenomektomii zaotrzewnowej względem adenomektomii metodą klasyczną u mężczyzn z łagodnym rozrostem stercza".

Łagodny rozrost i przerost gruczołu krokowego jest najczęściej rozpoznawaną przyczyną przeszkody podpęcherzowej i pojawienie się objawów z dolnych dróg moczowych u mężczyzn w średnim i starszym wieku.

W ostatnich 3 dekadach XX i XXI wieku leczenie operacyjne u tych chorych zostało znacznie ograniczone wobec wprowadzenia skutecznego leczenia farmakologicznego i rozwoju metod diagnostycznych, przy jednoczesnym zwiększeniu się świadomości społeczeństwa na temat chorób stercza.

Wczesne rozpoznanie łagodnego rozrostu stercza i stosowanie leczenia skojarzonego lekiem blokującym alfa receptory adrenergiczne i inhibitorów 5 alfa reduktazy spowodowały, iż znacznie rzadziej stwierdza się obecnie bezwzględne wskazania do leczenia operacyjnego.

Obecnie nadal "złotym standardem" leczenia operacyjnego usuwania przeszkody podpęcherzowej u chorych z łagodnym rozrostem stercza są

metody z dostępu przezcewkowego, przede wszystkim elektroresekcja przezcewkowa i jej modyfikacje. Podstawowym jej ograniczeniem jest wielkość gruczolaka stercza, chociaż laserowa enukleacja przezcewkowa pozwala na usunięcie gruczolaka znacznych rozmiarów.

Klasyczna metoda operacyjna jakim jest od ponad 120 lat wyłuszczenie gruczolaka stercza w obrębie torebki, czyli adenomektomia „otwarta” z dostępu przez nacięcie skóry, ma zastosowanie u bardzo wybranych chorych z znacznym powiększeniem stercza, przekraczającym 80 – 100 cm³.

W końcu XX i na początku XXI wieku wprowadzono do leczenia operacyjnego liczne, mniej inwazyjne metody niż klasyczna otwarta adenomektomia. Należą do nich różne formy laseroterapii oraz endoskopowe usunięcie gruczolaka stercza z zastosowaniem instrumentarium laparoskopowego lub robota, wzorujące się na klasycznych adenomektomiach przezpęcherzowych lub przez torebkowych.

Polscy urolodzy byli jednymi z pierwszych, którzy zastosowali te mniej inwazyjne endoskopowe, metody adenomektomii tzw. laparoskopowej i przedstawili swoje wczesne doświadczenia w światowej literaturze naukowej/Antoniewicz, Chłosta, Dobruch, Drewa/.

Praca doktorska lekarza Mariusza Skonecznego kontynuuje te działania, opracowując naukowo własne doświadczenia dotyczące mało inwazyjnej metody usuwania znacznych rozmiarów gruczolaka stercza. Tym samym Doktorant powiększył liczbę polskich ośrodków urologicznych stosujących tą nową metodę.

Trafny wybór tematu pracy doktorskiej lekarza Mariusza Skonecznego wynika więc z chęci rozwiązywania trudnych zagadnień klinicznych związanych z coraz

to mniejszą inwazyjnością metod operacyjnych . Zastosowanie przez Doktoranta instrumentarium stosowanego w klasycznej laparoskopii, metody dostępu i operacji często stosowanej przez urologów w leczeniu chorób nowotworowych narządów układu moczowo-płciowego, w endoskopowym leczeniu rozrostu łagodnego stercza świadczy dobitnie iż jest już On doświadczonym urologiem klinicystą stosującym tą metodę.

Praca doktorska Mariusza Skoniecznego posiada klasyczny układ, liczy 86 stron i 8 rozdziałów z streszczeniem, spisem literatury tabel ,rycin. Nie stwierdziłem załącznika będącego akceptacją Komisji Bioetycznej.

W Wstępie Doktorant opisał przystępnie, krótko ,anatomie fizjologie stercza oraz epidemiologie i etiopatogenezę łagodnego rozrostu i przerostu gruczołu krokowego. Osobny ,krótki rozdział poświęcił leczeniu farmakologicznemu oraz metodą leczenia operacyjnego.

Celem pracy była retrospektywna ocena skuteczności usunięcia znacznych rozmiarów gruczolaka stercza z dostępu przezpęcherzowego i torebkowego pozapęcherzowego, stosując metody klasyczne tzw. otwarte oraz mniej inwazyjne z tych samych dostępów ale przy pomocy instrumentarium laparoskopowego.

Celami pracy było porównanie: 1. Skuteczności leczenia, biorąc pod uwagę stopień usunięcia przeszkody pęcherzowej, poprawę w objawach z dolnych dróg moczowych i jakości życia po 3 i 12 miesiącach od operacji.

2. Częstość powikłań wśród i pooperacyjnych, reoperacji.

3. Ekonomiczności tych metod, biorąc pod uwagę czas operacji, czas hospitalizacji i utrzymywania cewnika w pęcherzu.

Z dokładnego opisu stosowanych metod dostępu wynika, że Doktorant porównywał usunięcie gruczolaka stercza – adenomektomie” otwartą” stosując dostęp klasyczny z nacięciem szerokim powłok brzusznych po otwarciu pęcherza moczowego /metoda Hryntschak/ lub też przez nacięcie torebki stercza/metoda Millina/ z usunięciem gruczolaka przy wykorzystaniu tych samych metod, ale przy pomocy instrumentarium laparoskopowego wprowadzanego przez małe nacięcia skóry powłok brzusznych.

Istotnymi etapami każdej adenomektomii jest hemostaza. Opanowanie krwawienia wykonuje się zwykle różnymi rodzajami szwów. Ma to istotne znaczenie dla przebiegu pooperacyjnego, przetoczeń krwi, czasu utrzymywania cewnika w pęcherzu.

Doktorant dokładnie opisuje etapy tej mniej inwazyjnej metody oraz niezbędne instrumentarium laparoskopowe.

Krwawienie z łoży po endoskopowym usunięciu gruczolaka metodą Millina było opanowywane przy pomocy koagulacji bipolarnej, szwami „Z” i ciągłymi torebkowymi oraz uciskiem wypełnionego balonu cewnika umieszczonego w łoży. Po wycięciu metodą Harris Hryntschak hemostazę uzyskiwano przez ucisk balonem cewnika w łoży i retrygonizacyjnymi szwami.

Po usunięciu gruczolaka metodą otwartą Harris Hryntschaka hemostazę wykonywał doktorant przy pomocy szwów” Z” na godzinie 5 i 7 oraz uciskiem balonu cewnika w łoży. Pozostawiał w pęcherzu przetokę nadłonową cewnikiem Pezzera.

Jest to zaprzeczenie oryginalnej metody Hryntschaka, który zamyka całkowicie pęcherz po zakończeniu usuwania gruczolaka.

Opis operacji otwartej Millina nie zawiera informacji o rodzaju wykonywanej hemostazy i czy był umieszczany wypełniony balon cewnika w łoży.

Zakładanie szwów między wargą tylną szyi pęcherza a dnem łoży po wyciętym gruczolaka nazywa Doktorant” trigonizacją” w praktyce klinicznej i polskim piśmiennictwie nazywamy ten rodzaj szwów”retrigonizacją”.

Oceną tych rodzajów metod jest porównanie zbiorcze metod otwartych i endoskopowych z zastosowaniem instrumentarium laparoskopowego z przewagą pacjentów leczonych metodą Millina w obu podgrupach. Jednakże, metoda przezpęcherzowego wycięcia gruczolaka stercza /po 10 pacjentów w każdej podgrupie/ może mieć istotny wpływ na krwawienie śródoperacyjne, potrzeby przetoczeń krwi, a na pewno na długość utrzymywania cewnika w pęcherzu i długość hospitalizacji. Przeciętny czas utrzymywania cewnika po operacji otwartej metodą Milina wynosi 2- 3 dni czyli jest podobny do metody endoskopowej-laparoskopowej .

Znacznie bardziej wiarygodne byłoby więc porównanie metod endoskopowej z otwartą ale w osobnych grupach pacjentów leczonych metodą Millina i Harris Hryntschaka.

Wnioskiem z takiego porównania mogłaby być rekomendacja jednej z nich jako bezpieczniejszej i skuteczniejszej.

Doktorant stosując standardowe obliczenia statystyczne uzyskał wyniki potwierdzające mniejszą inwazyjność usunięcia gruczolaka stercza, jeśli zastosuje się endoskopową metodę z użyciem laparoskopowego

instrumentarium. Stwierdził bowiem znamiennej statystycznie różnicę na korzyść tej metody biorąc pod uwagę częstość przetaczań krwi/ 4 %versu 40%/ ,krótszy czas hospitalizacji i utrzymywania cewnika w pęcherzu po operacji oraz reoperacji./0% v 24%/.

Ponad to stwierdzono ,iż odległe wyniki czynnościowe były u pacjentów nieco lepsze niż po operacjach otwartych w oparciu o skalę objawów IPSS i QqL bez znamiennej różnicy statystycznej.

Zwraca uwagę znaczne liczby i odsetek reoperacji po otwartych operacjach /24%/przy ich braku po operacjach endoskopowo-laparoskopowych,podobnie jak występowania zwężeń cewki moczowej .Doktorant nie przedstawił przyczyn reoperacji ani jak były one leczone. Utrzymywanie się po 12 miesiącach nietrzymania moczu/ brak opisu jakiego był stopnia/ po operacjach otwartych 8% i po operacjach endoskopowo-laparoskopowych 4% , również było znaczne .

Doktorant nie analizuje przyczyn powstania tych niekorzystnych następstw operacji ani jak należy ich unikać oraz leczyć.

Wartościowe byłoby zastanowienie się w czym tkwi lepsze opanowanie krwawienia, w dokładności oddzielania gruczołka od torebki stercza czy też od dokładności hemostazy szwami?

Takie rozważanie wzbogaciłyby znacznie wartość praktyczną pracy.

Koszty operacji i opieki pooperacyjnej, Doktorant ocenia pośrednio przypuszczając, iż krótszy czas pobytu w szpitalu, mniejszy odsetek przetaczań krwi ,krótszy czas utrzymywania cewnika, świadczą o mniejszym nakładzie finansowym związanym z leczeniem endoskopowo-laparoskopowym.

Wnioski w liczbie 6 odpowiadają na pytania przedstawione w celach pracy.

Doktorant jednoznacznie wykazał, iż operacja usunięcia, znacznej objętości gruczolaka stercza, metodą endoskopową z dostępu przeztorebkowego lub przezpęcherzowego, przy pomocy instrumentarium laparoskopowego jest metodą skutecznie eliminującą przeszkodę podpęcherzową, zapewniającą dobre, odległe wyniki czynnościowe. Potwierdził więc, że można ją zaliczyć do metod mniej inwazyjnych w porównaniu do klasycznej, otwartej adenomektomii.

Literatura naukowa, którą cytuje Doktorant jest dość uboga bo liczy tylko 105 pozycji. Brak w niej ważnych publikacji książkowych czy też naukowych w tym np. prac polskich urologów publikowanych w piśmie naukowym Polskiego Towarzystwa Urologicznego Central European Journal of Urology oraz zaleceń Europejskiego Towarzystwa Urologicznego. Guidelines EAU zawierają bowiem podstawowe wskazówki dla różnych rodzajów leczenia farmakologicznego i operacyjnego. Samych prac opisujących leczenie endoskopowo-laparoskopowe opublikowanych jest kilkadziesiąt..

Cytowanie literatury jest w kilku miejscach błędne.

Pozycja nr. 77 Dotyczy powierzchownego raka pęcherza moczowego Nr. 82. Omawia leczenie laparoskopowe nietrzymania moczu u kobiet Nr.83. dotyczy pierwszego laparoskopowego wycięcia nerki. Nr 84 pierwszych laparoskopowych radykalnych prostatektomii z powodu raka stercza. Przed tym cytowaniem Doktorant podaje, że pierwsze adenomektomię laparoskopowe

zaczęto wykonywać w latach 90 XX wieku w rzeczywistości kilkanaście lat później

Moje uwagi są następujące.

Metodę usunięcia gruczołka stercza nazywa Doktorant LAPAROSKOPOWĄ.

Nie jest to jednak dostęp przez jamę otrzewnej ale pozaotrzewnowy z nacięciem torebki stercza lub nacięciem i otwarciem pęcherza moczowego.

Lepiej i dokładniej opisuje ten rodzaj adenomektomi TERMIN

adenomektomia endoskopowo-laparoskopowa lub laparo- endoskopowa. Ten ostatni termin z powodzeniem zastosował Doktorant z tut. Kliniki Urologii w pracy obronionej w ubiegłym roku na Wydziale Lekarskim Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego.

Doktorant opisując współczesne zasady leczenia farmakologicznego , które obecnie dominują w leczeniu pacjentów z łagodnym rozrostem stercza, nie uwzględnił zasad tego leczenia podawany przez Guidelines EAU a zbieżnych z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Zaleca się obecnie również ,bardziej skuteczne w opanowaniu objawów z dolnych dróg moczowych leczenie skojarzone dwu lub nawet trój lekowe.a jednymi z ostatnio zalecanymi są inhibitory 5 fosfodiesterazy.

Opisując klasyczne rodzaje adenomektomii pominął istotny etap operacji- opanowanie krwawienia po wyłuszczeniu gruczołka różnymi rodzajami szwów hemostatycznych. Klasyczna operacja przezpęcherzowa Harrisa i jej uproszczona modyfikacja Hryntschaka miały tą zaletę iż zamykano całkowicie pęcherz moczowy nie pozostawiając w nim cewnika wyprowadzonego

nadłonowo.. Tak więc opisana przez Doktoranta adenomektomiaprzezpęcherzowa nie jest identyczna z oper. Harris Hryntschaka.

Doktorant w opisie postępowania pooperacyjnego nie podaje kiedy usuwano cewnik nadłonowy. Natomiast Freyer po wyłuszczeniu gruczolaka tamponował łożę setonem i pozostawiał cewnik nadłonowy nie zamykając pęcherza.

Doktorant nie podaje jak usuwał znaczny rozmiarów gruczolaki stercza, czy przez troakar, czy poszerzał cięcie skóry?

Doktorant nie określił wskazań jaki się kierował przy kwalifikacji chorych do leczenia operacyjnego i w jaki sposób dobierał chorych do metod otwartych i endoskopowo-laparoskopowych

Pracę doktorską lekarz Mariusz Skoneczny wzbogacił własnymi rycinami budowy stercza, wyłuszczenia gruczolaka stercza, fotografiami z kamery laparoskopowej. Szkoda, iż nie znalazły się wśród nich schematy, fotografie rozmieszczenia troakarów, zakładania szwów hemostatycznych na łożę po usuniętym gruczolaku.

Reasumując - praca doktorska Mariusza Skonecznego potwierdza tendencje do ograniczenia inwazyjności procedur operacyjnych i z tego powodu jest atrakcyjnym naukowym opracowaniem leczenia jednej z częściej rozpoznawanych chorób u mężczyzn.

Praca stanowi samodzielny dorobek naukowy lekarza Mariusza Skonecznego i świadczy o opanowaniu przez Niego warsztatu naukowo-badawczego.

Kolejną zaletą tej pracy jest to, iż pochodzi z dwóch różnych urologicznych ośrodków nieakademickich, co jest dowodem na ich znaczną aktywność

naukową i nadążanie za trendami w współczesnej urologii w doskonaleniu operacyjnych małoinwazyjnych metod.

Mam nadzieję, że moje uwagi posłużą dla lepszego przygotowania pracy do druku w indeksowanym czasopiśmie naukowym

Materiał, metodyka pracy, badania statystyczne dyskusja oraz wnioski odpowiadające na wszystkie pytania postawione w celach są wystarczające aby uznać pracę lekarza Mariusza Skonecznego godną do przeprowadzenia dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Wobec spełnienia wszystkich kryteriów zgodnych z wymogami zmodyfikowanej Ustawy o stopniach i tytule naukowym oraz stopniach i tytule w zakresie sztuki wnioskuję do Wysockiej Rady Wydziału Lekarskiego o dopuszczenie lekarza Mariusza Skonecznego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Bydgoszcz 19.04. 2021r

Prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski

