

## Recenzja rozprawy doktorskiej lek. Ady Owczarskiej

pt. „Ocena wyników leczenia i częstości nawrotów łagodnych guzów kończyny górnej”.

Przedłożona do oceny rozprawa doktorska liczy 77 stron i ma układ typowy dla tego typu opracowań (wstęp, cele pracy, materiał i metodyka, wyniki, dyskusja, wnioski, piśmiennictwo, streszczenie, spis rycin).

We wstępie doktorantka przedstawiła ogólny podział guzów występujących na kończynie górnej oparty o rodzaj tkanki, z której się one wywodzą. Następnie omówiła najczęściej spotykane guzy, w tym: guz olbrzymiokomórkowy pochewki ścięgna, tłuszczak, kaszak, naczyniak, kłębczak, włókniak, nerwiak osłonkowy, nerwiakowłókniak, mięśniak z mięśniówki gładkiej, chrząstki, guz olbrzymiokomórkowy kości, kostniak kostnawy, zwracając szczególną uwagę na diagnostykę i objawy kliniczne oraz budowę histopatologiczną. Dalsza część wstępu dotyczy zasad leczenia operacyjnego wymienionych wcześniej łagodnych guzów oraz czynników wpływających na ryzyko wznowy.

Zastrzeżenia do tej części pracy mają głównie charakter uwag redakcyjnych:

- 1) poprawek wymagają błędy literowe, interpunkcyjne i stylistyczne (strona 4 wers 2 od góry; strona 5 wers 22 od dołu; strona 6 wers 4 od dołu; strona 7 wers 1 od góry; strona 7 wers 6 od dołu; strona 11 wers 1 i 2 od dołu; strona 11 wers 11 od dołu; strona 13 wers 7 od dołu; strona 14 wers 3 od góry; strona 14 wers 3 od dołu; strona 16 wers 4, 12, 13 od góry; strona 18 wers 3 od dołu; strona 19 wers 8 od dołu; strona 21 wers 2 od dołu; strona 23 wers 7, 8, 9 od góry; strona 24 wers 1 od dołu; strona 27 wers 8 od góry).
- 2) jeśli doktorantka zdecydowała się na podanie w tabeli 1.1 nazewnictwa łacińskiego i angielskiego to powinno ono konsekwentnie obejmować wszystkie rozpoznania, a nie tylko przypadkowo wybrane.

3) neurofibroma plexiforme to odmiana splotowata lub według innych wiciowata nerwiakowłóknia patognomiczna dla choroby Recklinghausena. Przy podawaniu nazwy łacińskiej lub angielskiej nerwiakowłóknia należy użyć wyłącznie określenia neurofibroma (tabela 1.1).

- 4) jako nazwy łacińskiej guza olbrzymiokomórkowego pochewki ścięgniastej lepiej użyć pojęcia: tumor gigantocelullaris, a nie synovitis villonodularis, bo jest to postać rozlana schorzenia, występująca głównie wewnątrzstawowo (strona 5).
- 5) w stosunku do guzów łagodnych unikałbym stwierdzenia, że „mogą one naciekać kość” (strona 6 i później 57). W istocie guz olbrzymiokomórkowy pochewki ścięgniastej może powodować zmiany w strukturze kostnej (możliwe do oceny w rtg), ale są one wynikiem długotrwałego ucisku (wkłusnięcie warstwy korowej lub jej pogrubienie).
- 6) zdanie dotyczące tłuszczaków wrzecionokomórkowych powinno się zaczynać od nowego akapitu z wytłuszczeniem nazwy własnej, jako wyraz konsekwencji w prezentacji rzadkich typów histologicznych tłuszczaków (strona 9).
- 7) właściwa nazwa tzw. bloku czynnościowego funkcji nerwu to neurapraksja, a nie jak napisano w pracy neuropraksja ( strona 10).
- 8) za niewłaściwe należy uznać użycie pojęcia potworniak włóknisto-tłuszczowy jako polskiej nazwy dla guza określanego mianem lipofibromatous hamartoma. Potworniak ( teratoma ; gr.teratos = potwór ) to nowotwór zawierający w swoim składzie tkanki wywodzące się z 3 listków zarodkowych. Natomiast hamartoma ( gr. hamartia = błąd) uważane było do niedawna za zaburzenie rozwojowe. Jeśli zmiana tego typu rozwija się w nerwie to obecnie określana jest nazwą: lipomatosis of nerve i traktowana jako łagodny nowotwór tkanek miękkich ( klasyfikacja WHO z 2013 roku) – strona 11.
- 9) rycina 1.8a nie została zaznaczona w tekście, jak ma to miejsce w przypadku pozostałych rycin.
- 10) polska nazwa dla osteoid osteoma to kostniak kostnawy, a nie jak napisano w pracy kostniak kostny ( strona 22 i dalej).
- 11) cytowania we wstępie kończą się na pozycji 58 dotyczącej chrzęstniaka (enchondroma) – podrozdział 1.3.1. Przy omawianiu dalszych nowotworów kości: guz olbrzymiokomórkowy kości ( podrozdział 1.3.2 ), kostniak kostnawy ( podrozdział 1.3.3 ) oraz zasad leczenia łagodnych guzów w obrębie ręki ( podrozdział 1.4 ), a także wznów po leczeniu guzów kończyny górnej (podrozdział 1.5 ) doktorantka nie odwołuje się do żadnej pozycji literatury, co nie jest uzasadnione.

Merytoryczna uwaga do wstępu dotyczy zamiennego stosowania przez doktorantkę nazwy guz i nowotwór. Guz jest pojęciem określającym makroskopowy charakter zmiany, ale nie mówiącym nic o jego budowie. Obejmuje swoim zakresem zmiany nowotworowe ( łagodne i złośliwe) oraz zmiany nowotworopodobne lub nienowotworowe. Doktorantka powinna jasno określić, które z opisywanych przez nią guzów spełniały kryteria nowotworu łagodnego, a które były zmianami nienowotworowymi. Za jak najbardziej uzasadnione uważałbym przedstawienie w pracy podziału łagodnych nowotworów tkanek miękkich i kości według obowiązującej obecnie klasyfikacji WHO z 2013 roku.

Cele pracy zostały przez doktorantkę prawidłowo sformułowane. Postawiła ona sobie za zadanie: ocenę rozmieszczenia guzów na kończynie górnej i objawów klinicznych, które powodują, ocenę wyników leczenia operacyjnego guzów kończyny górnej, a w szczególności częstości nawrotów oraz zbadanie wpływu wybranych czynników na częstość nawrotów po operacjach guzów kończyny górnej. Dla realizacji wyżej wymienionych celów autorka założyła badania pacjentów leczonych operacyjnie z powodu obecności guzów kończyny górnej w Klinice Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Ręki Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Proponowałbym uzupełnienie pierwszego celu pracy o określenie częstości występowania poszczególnych guzów to znaczy ich procentowego udziału w materiale klinicznym.

Kolejny trzeci rozdział rozprawy zatytułowany Materiał i Metodyka zawiera analizę 346 przypadków leczonych operacyjnie z powodu zmian guzowatych zlokalizowanych na kończynie górnej, z wyłączeniem torbieli galaretowatych. Doktorantka w sposób jasny przedstawiła zasady doboru i rekrutacji pacjentów do badań, jak również kryteria wyłączenia. Ponadto omówiła podstawy stosowanych w czasie usuwania guzów technik operacyjnych oraz zasady oceny preparatu histopatologicznego ( wycięcie guza w całości lub we fragmentach, wycięcie doszczętne lub niedoszczętne). Badania kontrolne przeprowadzone średnio 21 miesięcy po operacji ( zakres 12 – 36 miesięcy ) miały formę wywiadu telefonicznego i dotyczyły wszystkich 346 pacjentów. Zarówno zastosowane instrumenty badawcze, jak i liczba chorych pozwalała na realizację stawianych sobie przez doktorantkę zamierzeń. Pozyskane dane zawierające: ocenę przebiegu pooperacyjnego, występowanie dolegliwości w miejscu operowanym, ocenę funkcji ręki operowanej oraz obecność wznowy guza zostały poddane analizie statystycznej z wykorzystaniem odpowiednich metod.

Rozdział czwarty pracy zatytułowany Wyniki został przez doktorantkę podzielony na część ogólną, zawierającą dane dotyczące całej grupy badanej oraz część szczegółową składającą się z danych odnoszących się do poszczególnych rodzajów guzów.

Uwagi redakcyjne do tej części pracy:

- 1) nie ma potrzeby ponownego umieszczania w rozdziale 4 informacji o grupie badanej ( liczba chorych, wiek, płeć ) w tej samej formie, jak to zostało uczynione we wcześniejszym rozdziale na stronie 30.
- 2) strona 33 – w podrozdziale 4.1.2 zawarta jest informacja, że: „wielkość guza oceniał lekarz badający pacjenta przed operacją”. Natomiast zapis w tabeli 4.2 przedstawiającej wielkość guzów – „liczba przypadków ( w subiektywnej ocenie pacjenta)” oraz komentarz na stronie 33 - „ ocena kliniczna wielkości guza według pacjenta” sugerują, że oceny tej dokonywał pacjent.
- 3) strona 37 – tabela 4.7. Wynika z niej, że liczba przypadków objawowych, u których występowały dolegliwości w miejscu operowanym lub upośledzenie funkcji kończyny wynosi 125 ( ! na marginesie po zsumowaniu liczb podanych w tabeli otrzymujemy 127 ). Natomiast w komentarzu zawarta jest informacja, że w czasie badania kontrolnego 108 pacjentów zgłaszało problemy związane z przebyłym leczeniem operacyjnym. Jeśli nawet przyjąć, że część pacjentów deklarowało więcej niż jeden problem pooperacyjny ( przy założeniu, że prawidłowa liczba chorych objawowych to 108 ), to tabela 4.7 wymaga poprawy, ponieważ w obecnej formie jest nieczytelna.
- 4) strona 39 – nawrót po operacjach guzków reumatoidalnych nastąpił u 13 z 30 pacjentów ( patrz tabela 4.8 strona 38 ), a nie jak napisano w tekście u 13 z 40 pacjentów.
- 5) nieprawidłowa numeracja tabel: strona 41 i 42 – dwukrotnie użyta numeracja 4.10 do dwóch różnych tabel; brak numerów i nagłówków tabel na stronach 44, 45, 46; strona 46 – dwukrotnie użyta numeracja 4.14 do dwóch różnych tabel.
- 6) strona 43 – nagłówek tabeli 4.11- jest : ilość wznów , powinno być: liczba wznów.
- 7) strona 43, 44 – rycina 3 i 4 nie są umieszczone w tekście, ani w spisie rycin. Doktorantce najprawdopodobniej chodziło o rycinę 1.2d i 1.2c, bo tak wynika z tekstu pracy.
- 8) strona 42 – w przypadku guza olbrzymiokomórkowego pochewki ścięgnistej, biorąc pod uwagę dużą liczbę przypadków zlokalizowanych na palcach wskazane byłoby uzupełnienie tabeli 4.10 o szczegółową lokalizację tego nowotworu na poszczególnych częściach palców ( przez analogię do tabeli 4.1b dla wszystkich guzów ).
- 9) poprawek wymagają błędy literowe i stylistyczne ( strona 36 wers 2 od dołu; strona 38 wers 1 od góry; strona 40 wers 14 od góry ).

Podsumowując ocenę rozdziału czwartego proponuję usunięcie komentarzy z tej części pracy, ponieważ i tak zostają one powtórzone praktycznie w tej samej formie w następnym rozdziale tj. Dyskusji.

Rozdział piąty zawiera omówienie własnego materiału klinicznego oraz zestawienie go z danymi zawartymi w piśmiennictwie, co udaje się zwłaszcza w części szczegółowej dyskusji. W części wstępnej dyskusji zdarzają się dosłowne powtórzenia tekstu, pomijając wspomniane już wcześniej powtórzenia danych z komentarzy ( rozdział Wyniki ). I tak na przykład fragmenty tekstu zawarte w rozdziale 1.5 wstępu ( strona 26 ), w rozdziale 5.1 dyskusji ( strona 47 ) i 5.5 dyskusji ( strona 54 ) dotyczące wznów po leczeniu operacyjnym są praktycznie brzmieniowo tożsame. Podobnie rzecz ma się z podrozdziałem 4.1.2 ( strona 33 – Wyniki ) i 5.2.2 ( strona 49 – Dyskusja ), w których zawarto informacje o sposobie pomiaru guzów.

Pozostałe uwagi do tej części pracy obejmują:

- 1) poprawek wymagają błędy literowe i stylistyczne ( np. strona 48 wers 15 od góry; strona 49 wers 24 od góry; strona 51 wers 17 od góry; strona 54 wers 10 od góry; strona 57 wers 2 od dołu ).
- 2) strona 49 – w tekście podano, że liczba guzów o średnicy powyżej 4 cm wynosiła 27, podczas gdy w tabeli 4.2 na stronie 33 liczba przypadków została oszacowana na 26.
- 3) strona 50 – w tekście podano, że czas od zauważenia zmiany do operacji w grupie guzów olbrzymiokomórkowych pochewki ścięgnistej wynosił średnio 14 miesięcy ( zakres 4 – 56 mies. ), podczas gdy na stronie 42 podano, że wynosił on 24 miesiące ( zakres 6 – 60 mies. ).
- 4) strona 51 – przy omawianiu klasyfikacji Al-Qattana dotyczącej guzów olbrzymiokomórkowych pochewki ścięgnistej należy powołać się na stosowną pozycję literatury – [8].
- 5) strona 52 – w tekście podano, że liczba ziarniniaków naczyńniastych w materiale doktorantki wynosiła 5, a na stronie 35 w tabeli 4.5 liczba przypadków ziarniniaków naczyńniastych wynosi 4.
- 6) strona 53 – w tekście podano, że 48 pacjentów odczuwało dolegliwości w miejscu operowanym: ból przy zmianie pogody, zaburzenia czucia na operowanym palcu lub bolesność blizny pooperacyjnej. Natomiast z tabeli 4.7 na stronie 37 wynika, że ból przy zmianie pogody odczuwało 13 pacjentów, zaburzenia czucia na operowanym palcu zgłaszało 13 chorych, a bolesność blizny pooperacyjnej występowała u 6 pacjentów, czyli łącznie wymienione objawy występowały u 32 pacjentów.

- 7) strona 54 – w tekście napisano, że nawroty po operacjach guzków reumatoidalnych obserwowano u 13 z 40 pacjentów, podczas gdy w tabeli 4.8 na stronie 48 liczba chorych została oszacowana na 30. Ten sam błąd występuje również na stronie 39, o czym wspomniano już wcześniej.
- 8) strona 63 – w tekście podano, że odsetek nawrotów wszystkich guzów wynosił 22 %, a jak wynika z tabeli 4.8 liczba nawrotów w skali globalnej wynosiła 23 %.

Analizując przyczyny wysokiego odsetka nawrotów w materiale własnym doktorantka rozważa udział takich czynników jak: nieoptymalne warunki przeprowadzania operacji na sali zabiegowych oraz niedostatki sprzętu i personelu. Wydaje mi się to mało prawdopodobne, biorąc pod uwagę renomę ośrodka szczecińskiego specjalizującego się w chirurgii ręki oraz doświadczenie pracującego w niej zespołu. Przeczą temu również załączone zdjęcia śródoperacyjne bardzo dobrej jakości wskazujące na to, że zabiegi odbywały się w niedokrwieniu pola operacyjnego, przy jego prawidłowym oświetleniu i z użyciem właściwego dla chirurgii ręki instrumentarium. W moim odczuciu uzyskanie takich, a nie innych wyników badań kontrolnych wynikało z ich formy tj. wywiadu telefonicznego, który ma swoje wyraźne ograniczenia. Jak słusznie zauważyła doktorantka w dyskusji możemy mieć do czynienia „z niezrozumieniem przez pacjentów w trakcie rozmowy telefonicznej znaczenia terminu wznowa”. Dotyczyć to może również innych dolegliwości obserwowanych przez pacjentów w okresie pooperacyjnym. Niewykluczone, że badanie kliniczne przeprowadzone przez lekarza w tym okresie w połączeniu z wywiadem wpłynęło by na ocenę uzyskanych wyników leczenia. Z drugiej strony należy pamiętać o tym, że zastosowana forma badań kontrolnych była jedyną możliwą do zrealizowania w czasach pandemii.

Wnioski zostały prawidłowo sformułowane. Stanowią one adekwatną odpowiedź na postawione sobie przez doktorantkę pytania badawcze. Sugerowałbym uzupełnienie pierwszego wniosku o informację, że w praktyce klinicznej najczęściej spotyka się guz olbrzymiokomórkowy pochewki ścięgniastej oraz informację, że do guzów wysokoobjawowych zaliczamy kłębczak i kostniak kostnawy

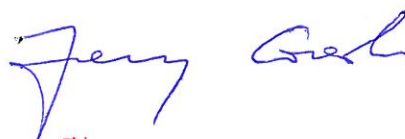
Piśmiennictwo obejmuje 72, ułożone według kolejności cytowania, pozycje. Są one dobrze dobrane do tematu rozprawy doktorskiej oraz aktualne. 56 z nich pochodzi z ostatnich 20 lat, w tym 21 z ostatnich 5. Pozycje literatury są zasadniczo prawidłowo cytowane. Warto jednak wspomnieć, że pozycja 32 powinna zostać zacytowana już na stronie 8, a

nie jak to się dzieje dopiero 10. Ponadto pozycje 31 i 33 są tożsame ( praca Fazilleau i wsp.)

Dopełnieniem całości rozprawy doktorskiej jest streszczenie w języku polskim i angielskim oraz spis rycin. Streszczenie w obecnej formie jest zbyt rozbudowane. W klasycznym układzie powinno ono składać się z następujących elementów; 1. wprowadzenie i cel pracy, 2. materiał i metody badań, 3. wyniki, 4. wnioski. Nie należy do standardu umieszczanie w streszczeniu dyskusji. Optymalną formą streszczenia jest jego przygotowanie zgodne z wymaganiami stawianymi przez redakcje czasopism naukowych.

Zaletą tego opracowania jest duży materiał kliniczny zgromadzony w stosunkowo krótkim czasie ( 4 lata ). Za nowatorski aspekt pracy uważam ocenę wpływu doszczętności wycięcia guzów oraz charakteru resekcji ( usunięcie guza w całości vs usunięcie guza w fragmentach ) na ryzyko nawrotu. Jest to bowiem kwestia bardzo rzadko analizowana w publikacjach. Dlatego też podjęcie się przez doktorantkę tego zadania uważam za istotne. Poczynione przeze mnie uwagi mają charakter spostrzeżeń redakcyjnych.

Uważam, że przedstawiona praca spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień naukowy doktora. Dlatego zwracam się z prośbą do Rady Naukowej Dyscypliny Nauki Medyczne o dopuszczenie doktorantki do dalszych etapów postępowania.



9177284

**prof. dr hab. Jerzy Gosk**  
specjalista ortopedii i traumatologii  
narządu ruchu  
specjalista chirurgii ogólnej