

Prof. dr hab. med. Jarosław Czubak,
Kierownik Kliniki Ortopedii,
Ortopedii i Traumatologii Dziecięcej
Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego
w Otwocku

Ocena rozprawy doktorskiej lek. Michała Skrzypka

p.t. „Ocena wyników leczenia konfliktu udowo-panewkowego”

Przedstawiona do oceny 97 stronicowa rozprawa doktorska lekarza Michała Skrzypka ma jak to wynika ze spisu treści klasyczny układ odpowiadający tego rodzaju pracom. Składa się z 7-miu zasadniczych rozdziałów oraz spisu piśmiennictwa. W pracy znalazłem informację dotyczącą zgody Komisji Etycznej na przeprowadzenie badania dopiero na stronie 24.

Temat pracy doktorskiej jest niezwykle celowy. Muszę stwierdzić, że w czasie ostatnich lat nastąpił rozkwit ortopedii i chirurgii urazowej w tym chirurgii urazowej narządu ruchu. Jest on związany przede wszystkim z postępem technologicznym, gdyż dzięki rozwojowi produkcji biomateriałów, możliwym stało się coraz lepsze zastępowanie zużytych powierzchni stawowych przez nowe materiały. Drugim elementem związanym z rozwojem ortopedii i traumatologii narządu ruchu jest doskonalenie się lekarzy ortopedów w technice implantacji nowoczesnych endoprotez oraz innych materiałów pozwalających osiągnąć główny cel jakim jest maksymalnie odległy dobry wynik tego działania.

Z całą jednak pewnością jeśli uda się przedłużyć działanie stawu naturalnego o każdy czas, to ograniczy się ryzyko związane z koniecznością zakładania nawet najdoskonalszych implantów, ograniczy się ryzyka związane z ich użytkowaniem, pomniejszy się ryzyka powikłań infekcyjnych wczesnych i późnych. Te wymienione okoliczności powinny skłaniać każdego chirurga do tego, by zanim podejmie kroki zmierzające do wymiany stawu naturalnego, wcześniej określił sytuację chorego pod kątem możliwości ratowania jego stawu, biodrowego czy kolanowego. To podejście minimalistyczne. W podejściu maksymalistycznym, ortopedzi, chirurdzy zajmujący się leczeniem deformacji i dysfunkcji narządu ruchu powinni podejmować wszelkie kroki, by zapobiegać wszystkim następstwom wynikającym z konfliktu udowo-panewkowego, przeciwdziałać jego

powstawaniu i usuwać jego przyczyny w najmniejszej możliwej formie, w najmłodszym wieku. Takie podejście może sprawić, że docelowo zmniejszy się liczba chorych wymagających wymiany stawów.

W związku z tym wybór tematu uważam, za bardzo ciekawy, dający badaczowi dość dużą perspektywę oceny wyników, zwłaszcza, że od pierwszych publikacji minęło już kilkanaście lat. Jako praktykujący, operujący ortopeda, którego pasją jest chirurgia stawu biodrowego, zwłaszcza z jego zachowywaniem i jednocześnie promotor zjawiska konfliktu udowo-panewkowego z wielką przyjemnością przystąpiłem do recenzji tej pracy.

Z pewnością konflikt udowo-panewkowy nie jest problemem społecznym jak pisze autor, natomiast problemem społecznym jest to wszystko co może być jego następstwem.

Na samym początku chciałbym, zwrócić uwagę, że autor błędnie posługuje się określeniem konfliktu udowo-panewkowego, który to termin dotyczy wyłącznie sytuacji i objawów klinicznych. Deformacje odpowiadające za jego powstawanie: uwypuklenie przednie, czy nadmiar ścian panewki nie są konfliktem udowo-panewkowym. Dlatego to, nie radiolog rozpoznaje konflikt udowo-panewkowy, co się nagminnie zdarza, ale klinicysta, który stwierdza objawy kliniczne konfliktu i szuka jego przyczyn w badaniach obrazowych. Warto zwrócić uwagę, że konflikt nie „został podzielony na typy krzywkowy i kleszczowy” to jego przyczyny zostały wyodrębnione i w taki sposób opisane. Niesie to oczywiste konsekwencje w opisie zjawiska: czym innym są objawy kliniczne – konflikt, a czym innym są jego przyczyny. Ten przyjęty błędny opis ma swoje konsekwencje i odniesienia w wielu miejscach pracy lekarza Michała Skrzypka.

We Wstępie pracy doktorant przedstawił aktualną wiedzę na temat zjawiska konfliktu opisując, że wskazywano na jego obecność w pierwszej połowie XX wieku. Warto jeszcze wspomnieć, że David Stuhlberg i wsp. w 1975 roku opisali zjawisko występowania wypukłości przedniej w miejscu połączenia głowowo-szyjkowego w formie objawu radiologicznego „pistol grip deformity”, sugerując, że może ono świadczyć o niemyim przebiegu złuszczenia głowy kości udowej. Autorzy nazwali ten stan jako możliwy „silent slip” (także Murray), i przypisali tej deformacji jedną z głównych przyczyn rozwoju choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego.

Nie mogę się zgodzić z opinią, że rozpoznanie konfliktu udowo-panewkowego „powinno być stawiane pacjentom szkieletowo dojrzałych” str. 11. A co doktorant uważa na temat konfliktu udowo-panewkowego występującego jako następstwo choroby Perthesa, następstwo złuszczenia głowy kości udowej, albo deformacji Perthes-like, lub SCFE-like u młodzieży?

W całym wstępie autor poprawnie opisuje objawy przyczyn konfliktu udowo-panewkowego poprawnie przytaczając większość sposobów badań obrazowych. Bardzo ważnym jest, że autor precyzyjnie opisuje warunki w jakich powinien być wykonany poprawny radiogram miednicy. Warto skomentować uwagę autora, która wynika jak przypuszczam z jego osobistych doświadczeń

o przedkładaniu wartości tomografii komputerowej nad tomografię rezonansu magnetycznego. Są w środowisku doświadczonych chirurgów stawu biodrowego zwolennicy takiego postępowania. Osobiście jednak rekomenduję badanie nie narażające pacjentów na niepotrzebne promieniowanie i nakłanianie współpracujących z nami radiologów do doskonalenia się technikach obrazowych, może bardziej pracochłonnych, ale znacznie bardziej efektywnych diagnostycznie zwłaszcza dla precyzyjnej oceny lokalizacji oraz jakości chrząstki stawowej. Nie mogę zgodzić się z krytyką, którą wyraził autor w stosunku do pionierskich badań i rozwiązań chirurgicznych opracowanych w Bernie przez zespół prof. Reinholda Ganza. Właśnie te techniki chirurgiczne pozwoliły na poznanie zjawiska przyczyn konfliktu udowo-panewkowego, a dotychczasowe wyniki odległe publikowane przez autorów zespołu świadczą o ogromnym potencjale technik chirurgicznych zachowujących staw, w którym występują różne przyczyny konfliktu udowo-panewkowego. Zgadza się, że technika SSD jest względnie rozległa, ale ma wiele cech, których pozbawione są inne techniki (mini open, endoskopia). Rozumiem, że pomimo, że krytyczna wzmianka o chirurgicznym zwichnięciu biodra znalazła się we wstępie nie stanowiła ona przesłanki do podjęcia badań przez lek. Michała Skrzypka.

Po wstępie doktorant przedstawił swoje założenie, którym było stwierdzenie, że „konflikt udowo-panewkowy jest przyczyną rozwoju zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego, a leczenie techniką artroskopową FAI jest działaniem prewencyjnym w kontekście zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej stawu biodrowego” – nie do końca rozumiem, co doktorant miał na myśli pisząc o „kontekście zaawansowanej choroby zwyrodnieniowej”, może po prostu prewencji choroby zwyrodnieniowej. Autor postawił przed sobą 5 celów, których 1. i 2. są ukierunkowane na spełnienie przedstawionego założenia. Pozostałe cele mają ocenić wartość metody endoskopowej leczenia wybranych postaci konfliktu udowo-panewkowego, uwzględniające czas powrotu do sprawności fizycznej i subiektywną ocenę wyniku leczenia, czyli jak rozumiem ekwiwalent PROMs.

Dla spełnienia celów pracy w rozdziale Materiał i metodyka, autor scharakteryzował wybrany materiał chorych, których było 67. U chorych przeprowadzono analizę stanu klinicznego przed podjęciem leczenia, obrazu radiologicznego stawów biodrowych, a przed i po leczeniu (2 lata) przeprowadzono badania ankietowe z użyciem HHS, WOMAC, VAS, SF 12. Bardzo mnie zaskoczyło, że autor w swoich badaniach pominął badania tomografii rezonansu magnetycznego, czy istniały jakieś tego przyczyny, czy decyzje, rozpoznanie zostało stawiane wyłącznie na podstawie badania radiologicznego stawów biodrowych – klasycznego. Na końcu rozdziału autor przedstawił metodykę oceny wyników z zastosowaniem testów, które są poprawnie zaplanowane.

Wyniki. Zwraca uwagę dość wysoka wartość wieku w chwili wykonania operacji. Od 5 dekady wyniki leczenia opisywanych deformacji są istotnie gorsze od tych operowanych w 3 i 4 dekadzie

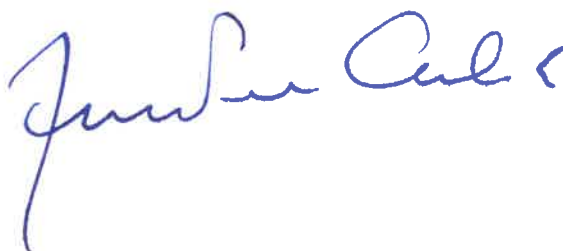
życia. Charakterystyczne jest także to, że większość deformacji to typ mieszany jak zawsze niski typ kleszczowy. Opisy poszczególnych średnich są ciekawe, ale moim zdaniem najciekawsze wyniki przyniosły badania ankietowe. Dla wszystkich użytych testów różnice były istotne statycznie dla badań przed i po wykonaniu leczenia. Te informacje są naprawdę optymistyczne.

Wyniki dotyczące pacjentów starszych pokrywały się z moją wcześniejszą uwagą dotyczącą zależności wyniku leczenia od wieku. Bardzo ciekawe są prezentowane wyniki oceny radiologicznej, wskazujące na przemieszczanie się niektórych stawów z kategorii wyższej do niższej. Ciekawym byłoby, dlaczego tak się stało: czy była zbyt optymistyczna wstępna kwalifikacja, czy powikłanie leczenia, a może wiek?

Z dużą ciekawością zapoznałem się z rozdziałem Dyskusja. Doktorant analizując swoje wyniki, cytuje prawidłowo większość opracowań odstępnych obecnie na świecie, odnosząc się do wyników swoich obserwacji. Dyskusja nie ma charakteru polemiki, a raczej jest porównaniem obserwacji własnych z obserwacjami innych autorów. Pracę kończy 5 wniosków, które są obszernym podsumowaniem pracy. Może należałoby je napisać w formie bardziej syntetycznej.

Podsumowując, należy stwierdzić, że autor pracy dokonał wysiłku oceny retrospektywnej i prospektywnej dość dużego materiału. Wartość tej oceny może mieć niebagatelne znaczenie dla monitorowania pracy zespołu kliniki w zakresie uzyskiwanej jakości realizowanych świadczeń endoskopii stawów biodrowych wykonywanej z powodu konfliktu udowo-panewkowego. Uważam, że dla poprawności publikacji należy przedstawiony raport kliniczny jeszcze lepiej ustrukturyzować, co pozwoli czytającym i korzystającym z niego na możliwość porównań rzetelnych danych. Mam tu na myśli przede wszystkim konsekwentne przedstawienie wyników badań poprzedzone odpowiadającą identyczną kolejnością opisom metodyki oceny poszczególnych parametrów. Opracowanie takiego szablonu pozwoli na okresową ocenę jakości zawsze w ten sam sposób, a w przyszłości będzie szansą na optymalne korzystanie z tworzonego w klinice w Łodzi rodzaju rejestru artroskopii stawów biodrowych. Za osiągnięcie uważam, popularyzację badań ankietowych wśród pacjentów, dla uzyskania ich opinii na temat naszego leczenia (PROMs).

Przedstawiona mi rozprawa lekarza Michała Skrzypka spełnia kryteria przewidziane ustawą dla prac doktorskich, co upoważnia mnie do przedłożenia Radzie Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi wniosku o wszczęcie dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Otwock, 12.06.2020 r.