

Prof. zw. dr hab. med. Tomasz Drewa, FEBU

**Kierownik Katedry Urologii  
Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy  
Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu**

Dziekanat  
Wydziału Wojskowo-Lekarskiego  
wpłynęło dn. 2019-05-20  
Bydgoszcz, 2019-04-10



## Ocena

Rozprawy doktorskiej lek. **Krzysztofa Borkowskiego**

na temat: „**Ocena wyników leczenia chorych z naciekającym rakiem pęcherza moczowego poddanych cystektomii**”

### 1. Uwagi ogólne i redakcyjne

Rozprawa doktorska lek. Krzysztofa Borkowskiego pt. „Ocena wyników leczenia chorych z naciekającym rakiem pęcherza moczowego poddanych cystektomii.” napisana jest w sposób typowy dla pracy doświadczalnej. Rozprawa napisana jest poprawnie po polsku. Praca zawiera 103 stron wydruku komputerowego podzielonego na 5 rozdziałów oraz wnioski z pracy podsumowanie, streszczenie, piśmiennictwo, streszczenie w języku angielskim, spis tabel i rycin, wykaz skrótów, skan zgody Dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego na wykorzystanie dokumentacji medycznej, zgodę Komisji Bioetycznej oraz zgodę Dr Zofii Salskiej na wykorzystanie materiałów do rozprawy.

Rozprawa zawiera 24 ryciny i 11 tabel. Ryciny i tabele są czytelne i opisane prawidłowo. Spis piśmiennictwa obejmuje 144 pozycji. Spis piśmiennictwa przygotowany jest czytelnie i prawidłowo według jednego systemu cytowania prac. Niedogodnością dla czytającego może być również fakt, iż w tekście rozprawy użyto numerów jako odnośników do spisu piśmiennictwa zamiast nazwisk autorów i roku. W tak dużej publikacji, jak rozprawa doktorska utrudnia to

płynność czytania, gdyż trzeba przy każdym odnośniku wertować karty do rozdziału "Piśmiennictwo" i wracać do tekstu. Rozprawa doktorska jest formą zawierającą elementy pracy przeglądowej i oryginalnej. W publikacji oryginalnej, która jest zwięzła nie ma to znaczenia, ale w obszernych pracach przeglądowych możliwość identyfikacji autora i jego publikacji w tekście znacznie ułatwia czytanie. To są uwagi techniczne, które nie mają żadnego znaczenia dla oceny całości pracy.

## **2. Merytoryczna ocena pracy**

Uzasadnienie podjęcia tematu Autor szeroko, może nawet zbyt obszernie, przedstawił w *Wstępie*, opisując epidemiologię, anatomię miednicy, czynniki ryzyka i leczenie raka pęcherza moczowego. Na uwagę krytyczną zasługuje jedynie część opisująca anatomię. Doktorant opisał dokładnie budowę anatomiczną miednicy męskiej. Anatomia narządów miednicy kobiet opisana jest natomiast w sposób skrótowy. Należy podkreślić, iż wybór tematu pracy jest nie tylko trafny z punktu widzenia konieczności rozwiązywania istotnych zagadnień klinicznych, ale dotyczy istotnych aspektów urologii onkologicznej. Wybór właściwego sposobu leczenia raka pęcherza to jedno z najczęściej zadawanych pytań w urologii onkologicznej. Próba opisanie i znalezienia miejsca dla leczenia tradycyjnego metodą otwartą stosowaną na świecie u schyłku XX wieku jest jednym z kluczowych zagadnień w polskiej urologii. Dla mnie osobiście temat ten jest również ważny, gdyż od kilku lat nie wykonuję tej operacji sposobem klasycznym a wyłącznie endoskopowo. Doktorant w swojej dysertacji chce zmierzyć się z wyjaśnieniem tego zagadnienia, w tym celu ocenia wyniki leczenia naciekającej postaci raka pęcherza moczowego w jednym ośrodku – Oddziale Urologii w Bielsku-Białej w 9-letnim okresie obserwacji. Określi czas przeżycia chorych, występowania powikłań pooperacyjnych oraz wpływu stopnia zaawansowania nowotworu na wyniki odległe. Oceni przydatność różnych sposobów odprowadzenia moczu po

cystektomii radykalnej oraz wpływ wznowy na przeżycie chorych poddanych cystektomii radykalnej.

Rozdział *Material i Metody* opisuje jasno i klarownie to co Autor będzie badał. Grupy pacjentów są wystarczająco liczebne jeśli chodzi o populację mężczyzn poddanych cystektomii. W przypadku kobiet grupa 31 pacjentek może być za mała, co zresztą Doktorant sam przyznaje w kilku miejscach dysertacji (np. str 53). Wydaje mi się, że połączenie grupy mężczyzn i kobiet lub wyłączenie grupy kobiet z analizy mogłoby przynieść bardziej klarowne wyniki. Jest to jednak tylko moja spekulacja. Przedstawiony algorytm postępowania statystycznego nie pozostawia wątpliwości, że Doktorant porusza się prawidłowo w tej materii.

W rozdziale *Wyniki* Doktorant prezentuje dobrze opisane ryciny a dane liczbowe przedstawia w czytelnych tabelkach. Rozdział ten czyta się wartko, wyniki przedstawione są konsekwentnie i opisane rzeczowo a ogólne wrażenie jest bardzo dobre. Doktorant pokazał, iż technika klasyczna (otwarta) ta nie ustępuje obecnie stosowanym technikom endoskopowym tj. laparoskopowej i wspomaganej robotem cystektomii radykalnej. Należy przy tym pamiętać, że rozprawa dotyczy retrospektywnej analizy materiału sprzed 10 lat. Dla mnie najważniejszy i najcenniejszy jest rozdział analizujący wpływ wznowy raką pęcherza na przeżycie pacjentów poddanych cystektomii radykalnej. Doktorant wykazał, że wyniki wszystkich testów porównujących krzywe przeżycia jednoznacznie (statystycznie znamienne) różnicują operowanych ze wznową i bez wznowy. Prawdopodobieństwo przeżycia blisko 9 lat u operowanych, u których nie wystąpiła wznowa wynosi około 85%, tymczasem u operowanych ze wznową prawdopodobieństwo przeżycia około 6 lat jest praktycznie równe zeru. Wyniki te przedstawiają ryciny 18 i 22. To są dane, których przydatność kliniczna jest bardzo duża. Wznowa raka powinna być zawsze rozważana jako jeden z najistotniejszych czynników wpływających na dalsze postępowanie z pacjentem leczonym sposobem cystektomii radykalnej.

*Dyskusja* jest napisana poprawnie i zwięźle. Doktorant doskonale orientuje się w temacie i z biegłością przedstawia zawiłości omawianego zagadnienia. Przytomnie stwierdza, że czynniki takie jak technika zabiegu TURBT, liczba wykonanych zabiegów endoskopowych mają istotny wpływ na wyniki radykalnego leczenia raka naciekającego błonę mięśniową pęcherza moczowego. Należy pogratulować Doktorantowi wysokiego stopnia świadomości i wiedzy dotyczącej leczenia raka pęcherza. Doktorant doskonale też rozumie zawiłości związane z potencjalnymi czynnikami wpływającymi na niepowodzenie leczenia. Z biegłością porusza się w materii zagadnienia i porównuje swoje wyniki do prac innych autorów.

Dyskusja zawiera bardzo istotne spostrzeżenia dotyczące praktyki klinicznej w zakresie leczenia raka pęcherza. Doktorant zauważa, iż w wielu ośrodkach decyzja o wczesnej cystektomii radykalnej u pacjentów z rakiem w stopniu zaawansowania pT1 o wysokim ryzyku progresji jest odraczana i usilnie próbuje się uzyskać wynik co najmniej pT2 w badaniu histopatologicznym przed kwalifikacją do usunięcia pęcherza. Takie postępowanie jest według Doktoranta niewłaściwe i naraża chorego na postęp lokalny i rozsiew choroby, co znacznie zmniejsza jego szanse na wyleczenie i przeżycie. Dodaje też, iż pacjenci z rozpoznany inwazyjnym rakiem pęcherza moczowego są dyskwalifikowani od cystektomii radykalnej ze względu na wiek (zwykle > 75 roku życia) a to jest z gruntu złym założeniem. Aktualnie uważa się, że wiek metrykalny nie powinien stanowić kryterium przy kwalifikacji do usunięcia pęcherza moczowego. Wszystko to daje pełen obraz umiejętności pracy z materiałem naukowym i świadczy o dojrzałości Autora rozprawy.

Dyskusję kończy siedem wniosków, które odpowiadają założeniom przyjętym w celach pracy.

### **3. Ocena końcowa**

Całą pracę oceniam jako zwięzłą oraz interesującą. Podkreślam zasługi naukowe Doktoranta dla rozwoju danej dyscypliny wiedzy i składam wniosek do Wysokiej Rady Wydziału Wojskowo-

Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o dopuszczenie lek. Krzysztofa Borkowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'TOMASZ DREWA'. The signature is stylized with a large initial 'T' and a long horizontal stroke.

Prof. zw. dr hab. n. med. Tomasz Drewa, FEBU