

RECENZJA

pracy naukowej na stopień doktora nauk medycznych pt „Porównanie skuteczności leczenia wczesnych postaci raka nerki (cT1) metodą częściowej resekcji nerki (NSS) z metodą przezskórnej termoablacji (TA).

Przedstawiona do oceny praca liczy 75 stron, 9 tabel, 34 rycin oraz 110 pozycji piśmiennictwa głównie anglojęzycznych.

Oceniana praca ma układ typowy. Autor postawił sobie za cel porównanie przebiegu i skuteczności leczenia wczesnych postaci raka nerki metodą jej częściowej resekcji i metodą przezskórnej termoablacji. Analizę oparł na danych demograficznych, klinicznych, nefrometrycznych (strona ciała, średnica guza) oraz powikłaniach po zabiegu z uwzględnieniem czasu pobytu hospitalizacji i utraty filtracji kłębkowej (GFR) nerki. Ponadto uwzględnił dane patomorfologiczne (Skalę Fuhrman) i przeżycie 3-letnie.

Dodatkowo analizował czynniki prognostyczne w oparciu o wskaźniki hematologiczne zapalne takie jak: limfocyty-neutrofile, płytki-limfocyty, limfocyty-monocyty oraz wartości wymiarów erytrocytów w grupie leczonych z powodu raka nerki.

Obecnie toczy się dyskusja, jakie miejsce zajmuje organooszczędne leczenie małych, litych zmian w nerce. Czy przekonanie o skuteczności leczenia za pomocą usunięcia guza z pozostawieniem nerki (NSS), czy termoablacja zapewnią doszczętność onkologiczną i dobry wynik czynnościowy pozostawionej nerki. Tym bardziej jest to istotne ponieważ wielkość guza nerki w granicach pT1 u chorych po NSS-(Nephron Sparing Surgery) ma istotny wpływ na odsetek progresji, zgonów i niewydolności nerek. Warto również podkreślić, że podstawowym problemem w przypadku stosowania NSS z wyboru jest fakt wieloogniskowości guzów nerki (7,5-10,2% - A. Borkowski).

Na wiele z tych pytań nie mamy ostatecznej odpowiedzi. Dlatego bardzo celowym wydaje się porównanie wyników z użyciem metod leczenia guza nerki za pomocą ciepła (ablacja) w zestawieniu z małoinwazyjną metodą oszczędzającą narząd (NSS-Nephron Sparing Surgery). Takiemu celowi służy praca przedstawiona do oceny przez lekarza Michała Rusinka z II Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Tym bardziej jest ona uzasadniona, że istnieje rosnąca tendencja zachorowań na raka nerki. Wykrywanie i leczenie małych zmian w nerkach szczególnie w grupie osób starszych z licznymi chorobami współistniejącymi dodatkowo uzasadnia celowość podjętej rozprawy przez lekarza Michała Rusinka. We wstępie pracy Autor przedstawił skrócony rys historyczny leczenia raka nerki oraz dane epidemiologiczne podkreślając obserwowaną tendencję wzrostową zachorowań na raka nerki, co może być związane ze starzeniem się społeczeństwa.

W dalszej części pracy prezentuje czynniki ryzyka powstawania raka nerki takie jak palenie tytoniu, leki przeciwbólowe, otyłość oraz podłoże genetyczne. W rozdziale poświęconym leczeniu raka nerki Autor wymienia: techniki z wykorzystaniem fal ultradźwiękowych, technik laserowych, fal elektromagnetycznych, brachyterapii i radioterapii ze szczególnym uwzględnieniem ablacji guza za pomocą fal o częstotliwości radiowe (RFA-Radiofrequency Ablation).

Część badawcza pracy obejmuje 140 chorych z guzem nerki cT1. U 56 chorych wykonano częściową resekcję nerki (NSS-Nephron Sparing Surgery), a u 84 wykonano przezskórną termoablację (RFA-Radiofrequency Ablation). Do termoablacji kierowano

chorych niekwalifikujących się do zabiegu częściowej resekcji z powodu wieku, złego stanu ogólnego, chorych z jedyną nerką, z guzem w obu nerkach lub niewyrażających zgody na operację. Przed zabiegiem wykonywano biopsję korową guza pod kontrolą USG w celu ustalenia rozpoznania histopatologicznego. Podobne stanowisko prezentuje Amerykańskie Towarzystwo Urologiczne (AUA) dla chorych z rakiem nerki leczonych za pomocą termoablacji ze współistniejącymi chorobami jak: cukrzyca, nadciśnienie, przewlekła niewydolność nerek, choroby mózgowo-naczyniowe i sercowo-naczyniowe, wysokie ryzyko chirurgiczne i anestezjologiczne. Dodać należy również przydatność termoablacji w leczeniu guzów w nerce przeszczepionej, które niekiedy pozostaje jedyną alternatywą zamiast graftektomii.

Bardzo krytycznie Autor zauważa we wnioskach końcowych prezentowanej rozprawy, że stan ogólny chorego określany wiekiem i obecnością chorób towarzyszących determinuje wybór metody leczenia. Z tego powodu ablację guza stosowano u chorych starszych, obciążonych chorobami współistniejącymi. Autor ma również wiedzę, co podkreśla w pracy, że ryzyko zgonów w grupie leczonych termoablacją jest wielokrotnie wyższe w porównaniu z organooszczędną metodą (NSS) (Nephron Sparing Surgery). Autor udowodnił na podstawie zebranego materiału, że nawrót miejscowy guza w grupie leczonych termoablacją jest dwukrotnie wyższy w porównaniu z organooszczędną metodą NSS (Nephron Sparing Surgery) co sugeruje lepszy efekt onkologiczny po NSS. Uważam to stwierdzenie za bardzo ważny wniosek w codziennej praktyce urologicznej w leczeniu chorych z guzem nerki w obrazie klinicznym pT₁. Tym bardziej, że wielkość guza nerki w granicach pT₁ u chorych po NSS ma istotny wpływ na odsetkach progresji, zgonów i niewydolności nerek. Pragnę jednak zapytać Autora, czy uważa za poprawne użycie słów „Nefrektomia częściowa” jak również często powtarzane w rozprawie określenie „w skali Fuhrmana” (Pani Fuhrman była kobietą) a dokładnie nazywała się Suzan A. Fuhrman.

Wnioski, które Autor zawarł w swej pracy mają znaczenie praktyczne. Prezentowane metody leczenia pozwalają na wybór decyzji alternatywnej szczególnie u chorych obciążonych współistniejącymi chorobami i chorych z jedyną nerką. Pomimo moich niewielkich krytycznych uwag pracę lek. med. Michała Rusinka pt.: „Porównanie skuteczności leczenia wczesnych postaci raka nerki (cT₁) metodą częściowej resekcji (NSS) z metodą przezskórnej termoablacji (TA)” oceniam pozytywnie i w podsumowaniu stwierdzam, że spełnia wszystkie warunki stawiane rozprawom na stopień doktora nauk medycznych.

Mam więc zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi wniosek o dopuszczenie lek. med. Michała Rusinka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Prof. dr hab. n. med. Józef Matych

Kierownik
Oddziału Urologii i Transplantacji Nerek

Prof. dr hab. n. med. Józef Matych