

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki



**Analiza wyników leczenia pacjentek
operowanych z powodu nowotworów złośliwych
narządów płciowych w Tomaszowskim Centrum
Zdrowia Sp. z o.o.
w latach 2016-2021**

Lek. Mateusz Nowak

Promotor: prof. dr hab. n. med. Jacek Wilczyński

Łódź, 2026

Streszczenie

Choroby nowotworowe, w tym nowotwory narządów płciowych, stanowią istotny i wciąż narastający problem systemów ochrony zdrowia. Zmiany demograficzne, zachodzące w społeczeństwie polskim, styl życia i warunki środowiskowe powodują, że szczególnie w odniesieniu do niektórych z nowotworów ginekologicznych, należy zacząć rozpatrywać je w kontekście chorób cywilizacyjnych. Jednocześnie postępująca centralizacja opieki nad pacjentkami onkologicznymi stanowi z jednej strony szansę na poprawę jakości i spójności sprawowanej opieki (w zgodzie ze standardami europejskimi), z drugiej strony prowadzić może jednak do pewnych dysproporcji w dostępie do świadczeń oraz powodować istotne opóźnienia w uzyskiwaniu adekwatnej pomocy.

Celem niniejszej pracy była wnikliwa analiza operacji wykonanych na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym w Tomaszowskim Centrum Zdrowia u PacjenteK z rozpoznaną chorobą onkologiczną narządu rodneK w latach 2016-2021. Dla uproszczenia i ujednolicenia wyników wyselekcjonowano chore z rozpoznaniem czterech najczęstszych chorób onkologicznych, które poddane zostały zabiegowi, tj. raka trzonu macicy (endometrium), raka jajnika, raka szyjki macicy i raka sromu. Wyłączono z analizy inne (rzadsze) nowotwory kobiece.

Material i metody

Analiza objęła dane dotyczące 238 kobiet poddanych operacji w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym TCZ Sp. z o.o. z powodu rozpoznanej choroby nowotworowej narządu rodneK (rak trzonu macicy, rak jajnika, rak szyjki macicy i rak sromu). Wszystkie Pacjentki operowane były w zespole, którego kierownikiem był doświadczony specjalista z zakresu ginekologii onkologicznej. Zakres zabiegu obejmował radykalne usunięcie narządu rodneK z limfadenektomią lub bez (zależnie od wskazań). W przypadku nowotworów jajnika przeprowadzano zabiegi cytoredukcji pierwotnej lub wtórnej.

Wyselekcjonowaną grupę poddano szczegółowej ocenie w odniesieniu do czynników ryzyka/ czynników osobniczych (m.in. wiek, rodność, data ostatniej miesiączki, wywiad rodzinny w kierunku chorób nowotworowych, używki, wzrost, waga, współczynnik BMI, powierzchnię ciała, parametry morfotyczne krwi w okresie przedoperacyjnym grupę krwi). Analizowano również dane dotyczące operacji i hospitalizacji, takie jak: czas trwania zabiegu, skład asysty operacyjnej, długość hospitalizacji czy wystąpienie powikłań w trakcie zabiegu. Dokumentowano rozpoznanie histopatologiczne, stopień zaawansowania nowotworu

w chwili operacji wg klasyfikacji FIGO oraz stopień zróżnicowania nowotworu. Dla całej grupy wykreślono także średnie wskaźniki przeżywalności i umieralności, co zestawiono z reprezentatywnymi grupami danych literaturowych i pochodzących z bazy badań klinicznych.

Wyniki

W zebranej analizie ujęto 51,88% PacjenteK z rozpoznaniem raka endometrium, 33,89% z rakiem jajnika, 7,53% z rakiem szyjki macicy i 6,69% z rozpoznanyK rakiem sromu/pochwy. Średni wiek operowanych kobiet wyniósł 62,64 +/- 12,52 lat i dotyczył wieloródek, głównie po dwóch porodach. 75,38% pacjentek było w okresie pomenopauzalnym. Wywiad rodzinny w kierunku chorób onkologicznych zgłaszało 5,38%, natomiast choroby współistniejące 64,4% analizowanej grupy. Średni czas trwania zabiegu operacyjnego dla całej grupy wyniósł 145 min i był najdłuższy w przypadku operacji przeprowadzanych z powodu raka jajnika (średnio 165 min), a najkrótszy w przypadku rozpoznania raka endometrium (125 min). Długość hospitalizacji średnio wynosiła 13 dni i była najdłuższa przy rozpoznaniu innego nowotworu ginekologicznego (15 dni) i najkrótsza dla raka szyjki macicy (12 dni). Powikłania śródoperacyjne wystąpiły u 17, 52% pacjentek i były najczęstsze w przypadku rozpoznania raka jajnika (34,57% ogółu wszystkich powikłań). W chwili operacji większość PacjenteK określona została jako stopień I w klasyfikacji FIGO (62,04%) dla raka trzonu macicy, stopień III FIGO dla raka jajnika (54,55%), stopień I FIGO dla raka szyjki macicy (90,91%) oraz innych nowotworów ginekologicznych (85,42%). Na końcowym etapie poddano analizie wskaźniki przeżywalności, uzyskując dane w oparciu o system EWUŚ. Powyższe wskaźniki wyznaczono dla uszczegółowionych podgrup obejmujących m.in. rozpoznanie kliniczne, rozpoznanie histopatologiczne, uwzględniając również dane kliniczne dotyczące pacjentek (takie jak: masa ciała, powierzchnia ciała, choroby współistniejące i in.). Najdłuższe wskaźniki przeżywalności reprezentowane były w grupie pacjentek z rozpoznaniem raka trzonu macicy – średni czas przeżycia w analizowanym interwale czasowym wynosił w tej grupie 3,43 lat, a ponad 94 pacjentki żyły w momencie weryfikacji w systemie EWUŚ. Najkrótsze wskaźniki przeżycia reprezentowane były dla grupy innych nowotworów ginekologicznych i wyniosły 3,03 lat. Dla raka jajnika i raka szyjki macicy odpowiednio 3,16 i 3,38 lat.

Wnioski

Rak trzonu macicy był najczęściej rozpoznawanym nowotworem ginekologicznym i dotyczył głównie pacjentek po menopauzie z podwyższonym BMI oraz chorobami

współistniejącymi. Wykazano ochronną rolę wielorództwa, gdyż liczba ≥ 3 porodów wiązała się z niższą częstością tego nowotworu. Rak jajnika wiązał się z największym ryzykiem zabiegowym, dłuższym czasem operacji oraz najwyższym odsetkiem powikłań, co pozostawało w związku z rozległością procedur cytoredukcyjnych i zaawansowaniem choroby. Istotnymi czynnikami wpływającymi na powikłania i czas hospitalizacji były parametry ogólnoustrojowe pacjentek, szczególnie niższe stężenie hemoglobiny przed operacją. Trzyletnie przeżycia były porównywalne z danymi międzynarodowymi, a pięcioletnie z danymi ogólnopolskimi i regionalnymi, co potwierdza skuteczność leczenia prowadzonego w ośrodku powiatowym. Wyniki wskazują, że jakość leczenia chirurgicznego ma kluczowe znaczenie dla wczesnych wyników przeżycia, natomiast przeżycie odległe zależy w większym stopniu od dalszego leczenia onkologicznego. Ośrodki nieuniwersyteckie mogą stanowić wartościową alternatywę dla ośrodków akademickich w leczeniu nowotworów ginekologicznych, pod warunkiem współpracy z doświadczonymi operatorami, utrzymania odpowiedniego poziomu umiejętności chirurgicznych oraz funkcjonowania w szpitalach wielospecjalistycznych z dostępem do ośrodka onkologicznego prowadzącego leczenie uzupełniające. Uzyskane dane podkreślają potrzebę dalszych badań z dłuższą obserwacją i analizą leczenia uzupełniającego.