

Wzrost 13-11-2014 / 231

Ocena
pracy doktorskiej lek. med. Tomasza Sirka pt. „Analiza
usuniętych zmian skórnych w Szpitalu Chirurgii
Małoinwazyjnej i Rekonstrukcyjnej w Bielsku-Białej
w latach 2009-2012”

106

Przedstawiona do oceny praca dotyczy ważkiego problemu jakim są nowotwory skóry, stanowiące poważny problem społeczny i ekonomiczny. W ostatnich latach obserwujemy znaczący wzrost liczby zachorowań w Polsce, wynikający m.in. z częstego korzystania z solariów i łatwości przemieszczania się do gorących stref klimatycznych przez okres całego roku.

Oceniana praca liczy 107 stron wydruku komputerowego, w tym na 9 stronach zestawionych zostały 164 pozycje piśmiennictwa źródłowego i monograficznego. Wyniki badań własnych zestawiono w 9 tabelach i 38 rycinach. Autor dzieli pracę w sposób klasyczny na 9 działów obejmujących: wstęp z przeglądem piśmiennictwa, założenia i cele pracy, materiał i metody, wyniki badań i ich omówienie, dyskusję, wnioski, wymienione wyżej piśmiennictwo oraz streszczenie w języku polskim i angielskim. W załącznikach przedstawiono kartę pacjenta, kartę kwalifikacji do zabiegu, ankietę do znieczulenia miejscowego, kartę przyjęcia pacjenta do Szpitala, oświadczenia, zgodę na zabieg operacyjny, instrukcję postępowania z materiałem pobranym do badań oraz instrukcję postępowania z wynikami badań histopatologicznych.

Wstęp pracy w sposób zwięzły, ale przy tym wyczerpujący omawia współczesny stan wiedzy na temat guzów skóry. Skóra stanowi największy narząd człowieka, zajmuje powierzchnię 1.5-2 m², a jej masa wynosi 4-6 kg. Skóra składa się z naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej. Naskórek składa się z keratynocytów i tworzy warstwę podstawną, kolczystą, ziarnistą i rogową. Melanocyty, komórki Langerhansa - uczestniczące w reakcjach immunologicznych oraz komórki Merkla, wolno adaptujące się receptory czucia to kolejne składniki naskórka. W skórze właściwej zbudowanej z tkanki łącznej z włóknami kolagenowymi typu I i III oraz włóknami sprężystymi znajdują się fibroblasty, mastocyty, elementy morfotyczne krwi, naczynia krwionośne i włókna nerwowe. Morfologicznie wyróżnia się w niej warstwę brodawkową, graniczącą z naskórkiem, podbrodawkową oraz siateczkową. W skórze znajdują się także przydatki skórne, do których zaliczamy gruczoły łojowe, potowe oraz mieszki włosowe, włosy i paznokcie. Tkankę podskórną stanowi tkanka tłuszczowa i łączna. Każda z opisanych struktur może być punktem rozwoju nowotworu skóry. Skóra spełnia wiele funkcji, jedną z najważniejszych jest ochrona przed promieniowaniem UV. Procesy fotostarzenia i uszkodzenia skóry

przez promieniowanie UV wpływają istotnie na zmiany rozrostowe skóry w postaci guzów łagodnych i złośliwych. Stopień uszkodzenia skóry koreluje z fototypem skóry. W roku 1975 Fitzpatrick wyróżnił VI fototypów skóry na podstawie obserwacji reakcji skórnych na światło słoneczne. Trzy pierwsze typy są szczególnie narażone na oparzenia słoneczne i potencjalny proces nowotworzenia. Starzenie skóry spowodowane jest czynnikami endogennymi i egzogennymi. Czynniki endogenne to: uwarunkowania genetyczne, zaburzenia układu immunologicznego, neuroendokrynnego, uszkodzenia wynikające z działania wolnych rodników i toksyn; czynniki egzogenne to przede wszystkim działanie promieniowania słonecznego, skażenie otoczenia, klimat, niehigieniczny tryb życia, stres oraz infekcje. W obrazie klinicznym starzenia skóry obserwujemy pojawienie się zmarszczek, przebarwień, teleangiektazji, zmian zanikowych oraz zmian przerostowych. Fotostarzenie to jeden z głównych czynników prowadzących do powstawania zmian nowotworowych skóry. Nowotwory skóry podzielono na nowotwory łagodne i złośliwe. Nowotwory złośliwe na: nieczerniakowe nowotwory skóry, które stanowią 97% przypadków oraz czerniaka złośliwego, który stanowi pozostałe 3%. Nieczerniakowe nowotwory skóry to: raki, mięsaki, chłoniaki i przerzuty z innych narządów. Raki to: rak podstawnocomórkowy (80%) i rak kolczystocomórkowy (20%) przypadków. Nowotwory złośliwe skóry stanowią 1/3 wszystkich nowotworów występujących u ludzi rasy białej i ich dynamika rozwoju ciągle rośnie. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej odnotowuje się ok. 2 mln nowych przypadków rocznie. Rak podstawnocomórkowy (BCC) jest najczęstszą postacią nowotworu złośliwego skóry, wywodzi się z komórek warstwy podstawnej naskórka. Rak kolczystocomórkowy (SCC), wywodzący się z warstwy kolczystej naskórka jest drugim co do częstości występowania nowotworem złośliwym skóry. SCC cechuje się niskim stopniem zróżnicowania, naciekaniem otoczenia i skłonnością do przerzutowania. Ilość niemelanocytowych nowotworów skóry w Polsce jest znacznie niedoszacowana, wynika to z faktu leczenia przez wielu specjalistów (chirurg, chirurg plastyk, chirurg dziecięcy, laryngolog, dermatolog, ginekolog) oraz brakiem obowiązku zgłaszania przypadków nowotworu przez prywatne Gabinety Lekarskie. Czerniak skóry (CMM) ze względu na łatwość dawania przerzutów należy do najgroźniejszych nowotworów skóry. Dynamika zapadalności na ten nowotwór przewyższa nasilenie zapadalności na inne nowotwory i wykazuje stałą tendencję wzrostową. Czynnikiem ryzyka rozwoju nowotworów złośliwych skóry obok uszkodzenia słonecznego są immunosupresja, predyspozycje genetyczne, fenotyp skóry oraz obecność zmian o charakterze zmian przedrakowych. Do stanów przedrakowych zaliczamy m.in. rogowacenie słoneczne, rogowacenie starcze czy chorobę Bowena. Najczęstsze guzy i nabłonkowe rozrosty łagodne skóry to: rogowiak kolczystocomórkowy, rogowacenie łojotokowe, torbiele naskórkowe, gruczolak potowy, brodawczaki. Nowotwory łagodne

i nienabłonkowe łagodne zmiany rozrostowe skóry to znamiona barwnikowe oraz włókniaki. Liczną grupę stanowią tłuszczaki, guzy pochodzenia mezenchymalnego, wywodzące się z tkanki podskórnej. Sporadycznie zmiany o charakterze łagodnym współistnieją z nowotworami złośliwymi, stąd konieczność weryfikacji histopatologicznej. Istnieje wiele metod terapeutycznych nowotworów skóry, jednak radykalne usunięcie chirurgiczne z oceną histopatologiczną wydaje się być metodą najskuteczniejszą.

W piśmiennictwie polskim istnieją bardzo nieliczne analizy zbiorcze dotyczące usuwania zmian skórnych, stąd jak cel swoich badań Autor podjął próbę: 1) sprawdzenia jaki był podział populacyjny operowanych pacjentów, 2) analizy częstości występowania zmian związanych z nadmierną ekspozycją na promieniowanie słoneczne, 3) oceny częstości występowania zmian skórnych w powiązaniu z obecnością ogólnoustrojowych chorób narządowych.

Badaniami objęto 1990 pacjentów leczonych chirurgicznie w Szpitalu Chirurgii Małoinwazyjnej i Rekonstrukcyjnej w Bielsku-Białej z powodu zmian skórnych w latach 2009-2012. Do badań włączono pacjentów z towarzyszącymi chorobami ogólnoustrojowymi. Wykonano retrospektywną analizę ankiet, wypełnionych przez pacjentów poddanych leczeniu chirurgicznemu metodą wycięcia lub ablacji laserowej laserem CO₂. U każdego pacjenta wykonano weryfikację histopatologiczną usuniętych zmian skórnych. Zabiegi wykonywane były w większości przypadków w znieczuleniu miejscowym. W przypadku zmian łagodnych i BCC nie podejmowano dalszych czynności leczniczych, w przypadku SCC wykonywano szerokie wycięcie zmiany. W przypadku braku radykalności zabiegu wykonywano poszerzenie granicy cięcia lub ablację laserową z następową oceną histopatologiczną. Każdemu pacjentowi zalecano wizytę kontrolną po 6 tygodniach i 6 miesiącach.

Dla opracowania statystycznego wyników wykorzystano test Chi-kwadrat oraz test t-Studenta.

Wyniki analizy metod chirurgicznego leczenia wskazują, że zdecydowaną większość pacjentów stanowiły kobiety powyżej 60 roku życia. Średni wiek kobiet wynosił 50.2 ± 18.1 lat, a mężczyzn 50.7 ± 19.1 lat. Najwięcej kobiet zgłaszało się w wieku 40-60 lat, najwięcej mężczyzn w wieku 50-70 lat. BMI u wszystkich analizowanych był niższy niż 30%. Nowotwory złośliwe nabłonkowe występowały u 9.7% pacjentów, czerniaka złośliwego rozpoznano u 0.65% badanych. Najczęstszym nowotworem złośliwym był BCC, występujący w 8.84% przypadków, głównie u starszych kobiet z lokalizacją na twarzy. Najczęstszymi nowotworami łagodnymi nienabłonkowymi były włókniaki miękkie, tłuszczaki i naczyniaki, natomiast wśród zmian nienowotworowych nabłonkowych przeważały znamiona barwnikowe (37.29%

przypadków) i rogowacenie łojotokowe (14.02% przypadków). Znamiona barwnikowe były typowe dla osób poniżej 40. roku życia. Stwierdzono większą częstość występowania nowotworów pochodzenia nabłonkowego łagodnych jak i złośliwych u pacjentów obciążonych innymi chorobami ogólnoustrojowymi, starszych, z przewagą kobiet. Takiej zależności nie stwierdzono w przypadku zmian rozrostowych nabłonkowych za wyjątkiem rogowacenia słonecznego. Obserwowane zmiany dotyczyły w większości okolic anatomicznych narażonych na działanie promieniowania słonecznego.

Uzyskane wyniki badań zostały opisane przez Autora w czytelny sposób w postaci tabel rycin. Badaniem objęto relatywnie dużą grupę chorych i jest to liczba wystarczająca dla zrealizowania postawionego celu pracy.

W dyskusji Autor w sposób dowodzący dobrej znajomości podjętej tematyki omawia wyniki badań własnych, porównując je z wynikami uzyskiwanymi przez innych autorów.

Zakończeniem pracy są wnioski, Autor sformułował kilka wniosków, które znajdują potwierdzenie w uzyskanych wynikach i są w kilku aspektach zbieżne z wynikami uzyskanymi w innych ośrodkach. Osobami zgłaszającymi się w celu usunięcia zmian patologicznych były kobiety w wieku 40-60 lat i mężczyźni w wieku 50-70 lat. Miejsca narażone na ekspozycję na promieniowanie słoneczne są najczęstszą lokalizacją usuwanych zmian. Zmiany pojawiały się najczęściej u pacjentów starszych i chorujących na choroby ogólnoustrojowe. W ankiecie zabrakło pytania odnośnie motywacji pacjentów poddających się zabiegom (młode kobiety i mężczyźni ze względów kosmetycznych?) oraz wskazania specjalności lekarza kierującego (dermatolog, lekarz rodzinny, inny?). W związku z prezentowaną pracą nasuwa się parę pytań: czym kierował się Autor przy wyborze grup wiekowych?, czy badaniami objęto tylko osoby pełnoletnie?. Według obecnie obowiązującego mianownictwa BCC i SCC są rakami płaskonabłonkowymi, jedynie w nomenklaturze anatomo-patologicznej określenie płaskonabłonkowy jest tożsame z określeniem kolczystokomórkowy. Interesujące byłoby określenie odsetka wznów miejscowych i dokładna ich lokalizacja na twarzy z podziałem na górne, środkowe i dolne piętro. Być może dodatkowy podział pacjentów ze względu na rodzaj choroby współistniejącej dałby jeszcze więcej interesujących informacji. W ankiecie zawarto pytania na temat palenia papierosów i stosowania używek, interesujące byłoby więc określenie jaki był odsetek nowotworów u palących lub nadużywających alkoholu?, czy pacjenci byli leczeni immunosupresją lub z powodu innych chorób nowotworowych?, jaki był odsetek wieloogniskowego występowania nowotworów?, czy odnotowano pacjentów, u których usuwano więcej niż jedną zmianę lub byli operowani wielokrotnie?.

Oceniana praca jest dobrze zredagowana, proporcje między rozdziałami zostały prawidłowo zachowane. Usterki są bardzo nieliczne i łatwe do usunięcia. Należą do nich tzw. „literówki”. Na uwagę zasługuje także dobrze dobrane piśmiennictwo, wyczerpujące realizowany temat. Praca ta jest nowatorska, ponieważ w krajowym piśmiennictwie brak tego typu analiz zbiorczych dotyczących chirurgicznego leczenia zmian skórnych.

Reasumując, Autor wykazał się dobrym przygotowaniem teoretycznym, umiejętnością zaplanowania i przeprowadzenia obserwacji klinicznych oraz badań analitycznych, a także zdolnością krytycznej dyskusji naukowej. Stąd uważam, że praca doktorska lek. med. Tomasza Sirka pt. „Analiza usuniętych zmian skórnych w Szpitalu Chirurgii Małoinwazyjnej i Rekonstrukcyjnej w Bielsku-Białej w latach 2009-2012” spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień doktora medycyny, co upoważnia mnie do przedłożenia Wysokiej Radzie Wydziału Lekarskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wniosku o dopuszczenie lek. med. Tomasza Sirka do dalszych etapów przewodu doktorskiego.

Poznań, dnia 10 listopada 2014 r.

Prof. UMi dr hab. o. med.
Henryk Witmanowski
specjalista chirurgii plastycznej
02 823 72