

Ocena wpływu oszczędzania żebra na jakość życia mierzoną kwestionariuszem BREAST-Q u pacjentek po mikrochirurgicznej rekonstrukcji piersi

Oceniana praca liczy 121 stron wydruku komputerowego, w tym na 10 stronach zestawionych zostało 84 pozycji piśmiennictwa źródłowego i monograficznego. Wyniki badań własnych zestawiono w 38 tabelach i 31 rycinach, autor dzieli pracę w sposób klasyczny na następujące działy obejmujące: wstęp, cele pracy, materiał i metody, wyniki badań, dyskusję, wnioski i bibliografię, streszczenie w języku polskim i angielskim.

Początkowe działy pracy w sposób zwięzły, ale przy tym wystarczająco omawiają współczesny stan wiedzy na temat metod rekonstrukcji piersi.

W światowych bazach naukowych istnieje wiele tysięcy publikacji dotyczących metod rekonstrukcji piersi.

Warto podkreślić, iż krajach wysoko rozwiniętych odnotowuje się stały wzrost zachorowalności na raka piersi. Statystyki pokazują, że zapada na tę chorobę jedna na dziewięć kobiet, co stanowi 1/3 wszystkich nowo wykrywanych nowotworów. Wraz ze wzrostem częstości zachorowań kobiet na raka piersi oraz chirurgicznemu leczeniu onkologicznemu zwiększa się potrzeba wykonywania coraz doskonalszych, dostosowanych do oczekiwań pacjentek rekonstrukcji. W tym celu wykorzystywane są techniki operacyjne oparte na zastosowaniu implantów lub tkanek własnych. Czasami stosuje się kombinację obu tych metod. Mikrochirurgiczna rekonstrukcja piersi płatem DIEP stanowi jedną z najdoskonalszych metod rekonstrukcji piersi z wykorzystaniem wyłącznie tkanek własnych. Polega ona na wypreparowaniu poprzecznego płata skórno-tłuszczowego w podbrzuszu. Ukrwienie płata zapewniają perforatory odchodzące od tętnicy nabrzusznej dolnej głębokiej, którą wraz z tymi gałęziami preparuje się z pochewki mięśnia prostego brzucha. Po przeniesieniu na klatkę piersiową potrzebne jest podłączenie płata do naczyń biorczych celem przywrócenia krążenia. Są nimi tętnica i żyła piersiowa wewnętrzna. Naczynia te przebiegają równolegle do mostka, pod żebrami. Dostęp do nich uzyskuje się preparując tkanki w międzyżebrowo bądź usuwając fragment trzeciego lub czwartego żebra. Następnie wykonywane są zespolenia mikrochirurgiczne naczyń biorczych (tętnica i żyła piersiowa wewnętrzna) z dawczymi (tętnica i żyła nabrzuszną dolną głęboką). Z przeniesionych i ukrwionych na nowo tkanek modelowana jest wyniosłość piersiowa. W opisanej przez Doktoranta technice nie ma potrzeby stosowania implantu. Po upływie czasu koniecznego na zagojenie ran i naturalne ułożenie tkanek wykonywana jest rekonstrukcja kompleksu brodawka-otoczek.

Chirurdzy plastycy przeprowadzają wiele procedur, które pełniąc określone cele rekonstrukcyjne w złożony sposób oddziałują na życie pacjentów. W ciągu ostatnich lat coraz ważniejsza dla klinicystów staje się analiza wyników operacji pod względem ich wpływu na jakość życia. Jakość życia traktowana jest jak synonim zdrowia. Posługiwanie się wskaźnikami takimi jak śmiertelność czy zachorowalność wydaje się niewystarczająca, szczególnie w odniesieniu do procedur odtwarzających części ciała. Tak powstała koncepcja analizy PRO (Patient-Reported Outcome), będąca badaniem oceny wyników leczenia dokonywanych przez samych pacjentów. Zgodnie z obowiązującym trendem ocena dokonywana jest przy pomocy zwalidowanych



i skalibrowanych kwestionariuszy oceniających rekonstrukcję i wynikające z niej zmiany w jakości życia. W prezentowanej przez autora pracy przedstawiony został wpływ wycięcia bądź zachowanie żebra na ocenę jakości życia dokonywany przez chore za pomocą kwestionariusza BREAST-Q. Specjalny moduł rekonstrukcyjny wspomnianego kwestionariusza stanowi wystandaryzowane, dedykowane narzędzie oceny po odtworzeniu piersi. Istotnym, lecz dodatkowym elementem wieńczącym rekonstrukcję jest odtworzenie kompleksu brodawka-otoczek (KBO). Ankieta BREAST-Q zawiera także moduły przeznaczone do oceny KBO. W badaniu Doktorant wykorzystał metodę rekonstrukcji brodawki płatem C-V, który nacinany jest na wyniosłości piersiowej i nie wymaga przenoszenia tkanek z innej okolicy. Otoczka odtwarzana jest w kolejnym etapie przy pomocy mikropigmentacji. W pracy badano także zmiany ocen wykonanych zabiegów przed i po rekonstrukcji KBO. Dotychczas w polskim piśmiennictwie nie przedstawiono podobnej pracy na takim materiale. W piśmiennictwie światowym oceny jakości życia z wykorzystaniem BREAST-Q podejmowano już na większych grupach chorych, jednak obecna praca jest pierwszym porównaniem technik operacyjnych z zachowaniem bądź usunięciem fragmentu żebra.

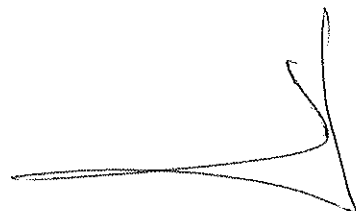
Przed przystąpieniem do pracy Autor przyjął następujące cele:

1. Sprawdzenie czy usuwanie fragmentu żebra podczas uzyskiwania dostępu do naczyń piersiowych wewnętrznych wpływa na jakość życia pacjentek po mikrochirurgicznej rekonstrukcji piersi mierzoną kwestionariuszem BREAST-Q.
2. Przeanalizowanie wpływu kolejnych etapów odtwarzania piersi na zmiany jakości życia oraz wyjaśnienie czy na poziom satysfakcji pacjentek po rekonstrukcji piersi wpływają inne czynniki niż metoda wykonania operacji.

Do badania doktorant zakwalifikował 44 pacjentki, które zgłosiły się do ambulatorium Kliniki Chirurgii Plastycznej CMKP w Warszawie. Miały one wykonaną rekonstrukcję wyniosłości piersiowej płatem DIEP z usunięciem bądź zachowaniem fragmentu żebra. Decyzję o wyborze techniki podejmowano śródoperacyjnie, w zależności od warunków anatomicznych. Pacjentek nie informowano o wyborze metody co pozwalało na obiektywną ocenę. W drugim etapie niektóre chore miały wykonaną rekonstrukcję KBO. W miarę możliwości kwestionariusze BREAST-Q pacjentki wypełniały trzykrotnie, to jest przed początkiem leczenia, po rekonstrukcji wyniosłości piersiowej oraz po rekonstrukcji KBO. Wyniki poddawano opracowaniu komputerowemu w programie Q-score. Następnie, w pierwszej części analizy, dane uzyskane w obu etapach leczenia porównano ze sobą i poddano opracowaniom statystycznym. W drugim etapie analizy wyjaśniano czy na poziom satysfakcji pacjentek po rekonstrukcji piersi wpływają inne czynniki niż metoda wykonania operacji. Wśród analizowanych zmiennych znalazły się charakterystyki demograficzno-kliniczne pacjentek oraz wyjściowy poziom zadowolenia przed rozpoczęciem leczenia.

Autor powołał się w rozprawie doktorskiej na zgodę Komisji Bioetycznej.

Analiza leczonych została opracowana szczegółowo w aspektach wytyczonych w celach pracy na podstawie dokumentacji medycznej oraz stworzonej bazy danych. Wszystkie dane zostały przedstawione w postaci opisowej, a także tabel i rycin.



W ocenie przedstawionej do recenzji dysertacji pragnę podkreślić jej dużą wartość poznawczą i oryginalność zastosowanych rozwiązań naukowych.

Jak rozumiem z przyczyn niezależnych od badającego część leczonych osób nie wypełniła ankiet w zaplanowanym czasie. Większość danych zebrano w tej sytuacji z ankiet wypełnianych po rekonstrukcji wyniosłości piersiowej. Z tego powodu wyniki z poszczególnych okresów porównywano nie tylko między sobą, ale także z danymi normatywnymi, charakteryzującymi zdrowe kobiety w rozwiniętych społeczeństwach.

Stwierdzono, że usuwanie, bądź zachowywanie żebra nie zmienia ocen rekonstrukcji dokonywanych za pomocą BREAST-Q. Po odzyskaniu pełni sprawności pacjentki nie obserwowały zatem korzyści związanych z wyborem którejkolwiek z metod. Operacje przyczyniały się do znaczącej poprawy poziomu zadowolenia z piersi, dobrostanu psychospołecznego i dobrostanu seksualnego. Jednak w dwóch innych domenach BREAST-Q, to jest w pytaniach o zadowolenie z klatki piersiowej i brzucha dochodziło do spadku poziomu satysfakcji. Również w stosunku do normy w populacji zdrowej rekonstrukcja wyniosłości powodowała istotne zwiększenie zadowolenia z piersi, dobrostanu seksualnego i dobrostanu psychospołecznego. Istotnie obniżała się natomiast satysfakcja z brzucha i klatki piersiowej. Pacjentki po rekonstrukcji wyniosłości piersi były zatem bardziej zadowolone z piersi i zgłaszały wyższy dobrostan seksualny, a mniej zadowolone z klatki piersiowej i brzucha, niż kobiety zdrowe.

Nie obserwowano także, aby rekonstrukcja kompleksu brodawka-otoczka w sposób znamieny wpływała na ocenę rekonstruowanych piersi. W porównaniu z wartościami normatywnymi pacjentki leczone dodatkową rekonstrukcją KBO były nadal bardziej zadowolone z rekonstruowanej piersi, niż kobiety zdrowe, ale nie zauważono już takiego efektu w stosunku do dobrostanu seksualnego.

Wyniki drugiego etapu obliczeń pokazały, że satysfakcja po zabiegu jest bardziej złożona, kształtowana przez wiele czynników. Istotną rolę odgrywał poziom wykształcenia pacjentek, wyjściowy poziom zadowolenia (także ogólny poziom samooceny), dostęp do informacji, postępowanie chirurga, całego zespołu klinicznego, a także pozostałego personelu medycznego i pracowników administracyjnych. Rola poszczególnych czynników różni się w zależności od analizowanej domeny kwestionariusza BREAST-Q. Nie obserwowano by na jakość życia po rekonstrukcji piersi wpływało wykształcenie. Pomimo to zauważono, że wyższy poziom wykształcenia nieznacznie obniża pooperacyjny dobrostan seksualny.

Badanie doktoranta wykazało, że po rekonstrukcji piersi pacjentki zauważają znamienne zwiększenie zadowolenia z posiadania piersi i większy dobrostan seksualny oraz dobrostan psychospołeczny. Dzieje się tak niezależnie od usuwania bądź oszczędzania fragmentu żebra w przysrodkowej części klatki piersiowej. Powstaje zatem pytanie jaki sens ma wysiłek związany z oszczędzaniem żebra, który stanowi wyzwanie dla chirurga. Technikę operacji bez usuwania żebra zalecano u pacjentek, których nie leczono radioterapią. Uważa się, że żebro działa ochronnie na naczynia piersiowe wewnętrzne, stąd po przebytych napromieniowaniu w badaniu starano się wykorzystywać odcinek naczynia znajdującego się pod usuniętym żebrem. Współcześnie technikę stosuje się rutynowo, w sytuacji gdy warunki anatomiczne i doświadczenie chirurga na to pozwalają. Zdaniem autora za oszczędzaniem tkanki przemawia etyka każąca zawsze podejmować starania by wyrządzać jak najmniejszą szkodę zarówno w miejscu dawczym jak i biorczym, a także raportowane przez innych badaczy mniejsze dolegliwości bólowe.



Pozornie niezrozumiała wydaje się obserwacja braku różnic w satysfakcji z leczenia pomiędzy pacjentkami, którym odtwarzano samą wyniosłość piersi a pacjentkami, którym następnie odtwarzano brodawki i otoczki. Zdaniem autora wynika to ze zmęczenia kolejnymi etapami leczenia prowadzonego od momentu rozpoznania nowotworu. Pacjentki określają to jako wolę „odpoczęcia od szpitala” i zyskania czasu na „radość z życia”. Niektóre wyrażają przy tym obawę, że procedura rekonstrukcji KBO grozi „zepsuciem efektu rekonstrukcji”.

Ciekawą obserwację stanowi zjawisko zwiększającego się dobrostanu seksualnego po rekonstrukcji wyniosłości piersi i jego zahamowania po wykonywanej później rekonstrukcji KBO. Wiadomo, że rekonstrukcja wyniosłości piersi powoduje zwiększoną identyfikację z kobiecością. Dalsze leczenie rekonstrukcyjne nie jest już jednak traktowane jako niezbędne, toteż stały przyrost zadowolenia z życia seksualnego byłby w tej sytuacji nierealistyczny. Co więcej, wraz z upływem czasu w piersiach dochodzi do zmian towarzyszących starzeniu. Już wcześniej chore mogą zauważać efekty stopniowego spłaszczania odtworzonych brodawek. Czas pomiędzy rekonstrukcją wyniosłości piersi, a rekonstrukcją KBO może zatem zdaniem autora odgrywać rolę w obserwowanych zmianach.

Doktorant sprawdził także czy na poziom satysfakcji pacjentek po rekonstrukcji piersi wpływają inne czynniki niż metoda wykonania operacji. Obserwował, że pewne wrażenia raportowane w kwestionariuszu pozostawały wzajemnie od siebie zależne, podczas gdy na inne żaden z badanych czynników nie wywierał wpływu. Za jeden z najciekawszych czynników doktorant uznał poziom wykształcenia pacjentek. Po dodatkowej analizie kowariancji uwzględniającej różne badane zmienne oraz poziom wykształcenia autor zauważył, że na wyższy dobrostan seksualny wpływały wyższe zadowolenie z piersi, dobrostan psychospołeczny oraz właśnie wyższe wykształcenie. Należy to prawdopodobnie łączyć z obserwacją wpływu jaki na zadowolenie z piersi wywiera wyższy poziom zadowolenia z informacji. Autor uważa, że dodatkowy czas poświęcony na zapoznanie chorej z zagadnieniami pooperacyjnej jakości życia ma większe znaczenie, umożliwiając im samoakceptację również w sferze dobrostanu seksualnego. Lepsza informacja wpływa także na wyższe zadowolenie z pracy chirurga. Stanowi to cenną wskazówkę dla lekarzy zajmujących się rekonstrukcją piersi. Kilukrotne konsultacje przedoperacyjne, kontakt mailowy z pacjentkami, przekazywanie rzetelnych informacji w przystępny sposób przekłada się na wysokość ocen stawianych przez chore.

Badanie potwierdza, że rekonstrukcja piersi powoduje pozytywne zmiany w życiu pacjentek. Są one tak istotne, że postrzeganie leczenia rekonstrukcyjnego jako etapu leczenia onkologicznego jest całkowicie uzasadnione. Zwiększone wysiłki chirurga i całego zespołu rekonstrukcyjnego związane ze stałym doskonaleniem technik operacji, oraz realne koszty związane z wyborem metod mogą podlegać krytyce ze strony ubezpieczycieli. Należy zwrócić uwagę, że w polskich realiach procedura mikrochirurgicznej rekonstrukcji piersi jest znacznie niedoszacowana i kwota oferowana za nią nie pokrywa realnych kosztów operacji i opieki pooperacyjnej.

Podsumowanie wyników badań własnych doktorant przedstawił w postaci 2 wniosków, całkowicie korespondujących z celami pracy, znajdujących potwierdzenie w uzyskanych wynikach i zbieżnymi z wynikami uzyskanymi w innych ośrodkach:

1. Dobór metody uzyskiwania dostępu do naczyń piersiowych wewnętrznych z usunięciem żebra czy bez jego usunięcia nie wpływa na jakość życia mierzoną



kwestionariuszem BREAST-Q. Jednak niezależnie od wybranej metody operacji obserwowany jest znamienny wzrost zadowolenia z piersi i wyższy dobrostan seksualny.

2. Wykonywana w kolejnym etapie leczenia rekonstrukcja kompleksu brodawka – otoczka (KBO) nie wpływa dalej na poziom satysfakcji pacjentek w żadnej z badanych domen. Ostateczne zadowolenie z rekonstrukcji piersi jest kształtowane przez inne czynniki niż metoda odtwarzania wyniosłości piersi i dalsza rekonstrukcja KBO. Należą do nich przede wszystkim poziom wykształcenia, dostęp do informacji oraz postępowanie całego zespołu klinicznego.

Uzyskane wyniki są zgodne z w/w celami. Zostały opisane przez autora w precyzyjny i bardzo czytelny sposób. Badaniem objęto relatywnie niewielką grupę chorych. Zastosowane metody umożliwiły autorowi ocenę rozmiaru następstw leczenia patologii, analizę porównawczą z wynikami z innych ośrodków oraz właściwą dyskusję z innymi autorami.

W omówieniu autor w sposób dowodzący znajomości podjętej tematyki omawia wyniki badań własnych, porównując je z wynikami uzyskiwanymi przez innych autorów. Piśmiennictwo na ten temat nie jest obszerne jednak przedstawia jednolite dane bazowe, co ułatwia szerokie i dogłębne porównywanie poszczególnych parametrów.

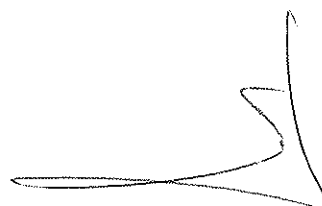
Oceniana praca jest dobrze zredagowana, zachowując właściwe proporcje między rozdziałami. Usterki są bardzo nieliczne i łatwe do usunięcia. Należą do nich tzw. „literówki”. Przygotowując się do druku należy skorygować błędy słowno-literowe i interpunkcyjne. Na uwagę zasługuje także dobrze dobrane piśmiennictwo, wyczerpujące realizowany temat. Kilka prac jest historycznych, ale większość pochodzi z okresu ostatnich 10 lat. Są tu też pozycje podręcznikowe.

Pojedyncze, niemerytoryczne uwagi, wynikające z powinności recenzenta, nie umniejszają wartości pracy, którą oceniam bardzo dobrze.

Reasumując, autor wykazał się należytych przygotowaniem teoretycznym i dobrą znajomością tematu, umiejętnością zaplanowania i przeprowadzenia obserwacji klinicznych oraz badań analitycznych, a także zdolnością krytycznej dyskusji naukowej. Praca, poza walorami poznawczymi, ma bardzo dużą wartość dydaktyczną i praktyczną, stanowi samodzielne i oryginalne rozwiązanie problemu naukowego; powinna być upowszechniona w środowisku mikrochirurgów i chirurgów plastyków, którzy w praktyce opiekują się w/w chorymi.

Najważniejsze zagadnienia dysertacji autor zawarł w streszczeniu. Wszystkie operacje u pacjentek zakwalifikowanych do przeprowadzenia ankiety, doktorant przeprowadził osobiście, co wpływa na jednorodność grupy badanej, a uzyskane wyniki są bardziej miarodajne.

Stąd uważam, że praca doktorska lek. med. Łukasza Ulatowskiego pt. **„Ocena wpływu oszczędzania żebra na jakość życia mierzona kwestionariuszem BREAST-Q u pacjentek po mikrochirurgicznej rekonstrukcji piersi”** jest pracą, która spełnia wymogi stawiane rozprawom na stopień doktora medycyny, co upoważnia mnie do przedłożenia Wysokiej Radzie Naukowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie wniosku o dopuszczenie lek. med. Łukasza Ulatowskiego do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Pytania do autora dysertacji w oparciu o przeprowadzone badania opisane w pracy doktorskiej pt.: „Ocena wpływu oszczędzania żebra na jakość życia mierzoną kwestionariuszem BREAST-Q u pacjentek po mikrochirurgicznej rekonstrukcji piersi”

1. Wyniki pokazują, że wykonanie operacji mikrochirurgicznej rekonstrukcji piersi z lub bez usuwania żebra nie wpływa na jakość życia pacjentek. Czy ten wynik zmieni postępowanie doktoranta w codziennej praktyce, podczas kolejnych operacji?
2. Czy możliwe jest jednoczesne wykonanie rekonstrukcji brodawki i operacji przeniesienia płata DIEP? Czy takie postępowanie jest rutynowe lub praktykowane?
3. Rekonstrukcja płatem DIEP jest wykonywana w nielicznych ośrodkach chirurgii plastycznej i onkologicznej w Polsce. W pracy autor wspomina o niedoszacowaniu procedury mikrochirurgicznej rekonstrukcji piersi. Co mogłoby wpłynąć na zwiększenie popularności tej techniki operacyjnej?
4. Nie obserwowano w badaniach by rekonstrukcja kompleksu brodawka-otoczek w sposób znamieny wpływała na ocenę estetyki rekonstruowanych piersi. Czym autor tłumaczy brak zadowolenia pacjentek i brak korelacji między tymi czynnikami?

Łódź, 9 maja 2019 r.

Jan Rykała
dr hab. n. med. Jan Rykała
specjalista chirurgii plastycznej
specjalista chirurgii ogólnej
8774280