

Akceptuję 



PODPIS ZAUFANY

RAFAŁ
CZAJKOWSKI

30.06.2024 20:18:22 [GMT+2]

Dokument podpisany elektronicznie
podpisem zaufanym



UNIwersytet
MIKOŁAJA KOPERNIKA
W TORUNIU



Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu
Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy
Wydział Lekarski
Katedra Dermatologii i Wenerologii
Kierownik: *prof. dr hab. med. Rafał Czajkowski*
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
tel./fax: (48) 52 585 3867
e-mail: kikderm@cm.umk.pl

Bydgoszcz, 2024-06-18

Recenzja pracy doktorskiej lek. Julii Sieczych, p.t. „Analiza kliniczna i epidemiologiczna przypadków liszaja twardzinowego okolicy anogenitalnej - wnioski dotyczące diagnostyki i terapii”.

Liszaj twardzinowy należy do przewlekłych dermatoz zapalnych dotyczących skóry i błon śluzowych przeważnie okolic anogenitalnych. Choroba występuje głównie u kobiet w okresie pomenopauzalnym, ale może dotyczyć również mężczyzn oraz dzieci. Etiologia liszaja twardzinowego nie jest do końca poznana. Aktualnie uważa się, że choroba rozwija się u osób predysponowanych genetycznie, na które działały niekorzystne czynniki środowiskowe (przewlekły uraz, zaburzenia hormonalne), co w konsekwencji prowadzi do aktywacji odpowiedzi immunologicznej zależnej od komórek Th1. Stres oksydacyjny, przewlekły stan zapalny i aktywacja genów odpowiedzialnych za remodeling tkanek objętych procesem chorobowym, zwiększają ryzyko transformacji nowotworowej, głównie w kierunku raka kolczystokomórkowego. Obraz kliniczny choroby, manifestujący się obecnością białoporcelanowych, zanikowych ognisk w okolicy anogenitalnej w większości przypadków nie

epidemiologiczną w tym z płcią pacjentów.

4. Określenie częstości występowania zmian pozagenitalnych w przebiegu genitalnego liszaja twardzinowego.
5. Ustalenie zasadności rutynowego badania histologicznego oraz cech klinicznych liszaja twardzinowego sugerujących konieczność pobrania wycinka do badania histologicznego.
6. Określenie częstości występowania neoplazji śródnabłonkowej u pacjentów z liszajem twardzinowym okolicy anogenitalnej oraz korelacji z przebiegiem klinicznym, charakterystyką epidemiologiczną i leczeniem.
7. Określenie częstości występowania raka kolczystokomórkowego u pacjentów z liszajem twardzinowym okolicy anogenitalnej oraz korelacji z przebiegiem klinicznym, charakterystyką epidemiologiczną i leczeniem.
8. Ustalenie najczęściej stosowanego leczenia z powodu LS w badanej grupie i jego skuteczności.

W rozdziale „Materiał i metody” Autorka opisuje grupę badaną i zapoznaje czytelnika rozprawy z przeprowadzonymi badaniami. Na końcu rozdziału przedstawia sposób opracowania statystycznego uzyskanych wyników. Metody wykorzystane w pracy oraz opracowanie statystyczne uzyskanych wyników nie budzą moich zastrzeżeń. Brakuje mi jedynie określenia kryteriów włączenia i wyłączenia uczestników z udziału w badaniu.

Wyniki są dobrze udokumentowane i przedstawione w przejrzysty i staranny sposób. Na podstawie przeprowadzonych badań Doktorantka wykazała, że:

1. W badanej populacji chorych zachorowanie na LS występowało średnio około 50 roku życia, przy czym istotnie statystycznie później u kobiet niż mężczyzn. Kobiety zgłaszały się do lekarza po dłuższym czasie od wystąpienia objawów LS niż mężczyźni.

postępowania.

9. O pobraniu wycinka w badanej grupie mogła decydować konieczność weryfikacji rozpoznania, a szczególnie obecność objawów sugerujących stan przednowotworowy lub nowotwór oraz trudności terapeutyczne.

10. W badanej grupie neoplazję śródnałonkową rozpoznano u blisko 3% badanych histopatologicznie pacjentów z gLS. U chorych z dysplazją stwierdzono częstsze występowanie niektórych objawów, natomiast nie było istotnej różnicy w odpowiedzi na leczenie gLS.

11. U kobiet stwierdzono istotną statystycznie korelację między śródnałonkową neoplazją a wystąpieniem pierwszych zmian typu gLS w ciąży.

12. Częstość występowania raka inwazyjnego prącia lub sromu jak i erytroplazji Queyrata, była w badanej grupie większa niż w ogólnej populacji, co wskazuje na konieczność okresowej oceny pacjentów z gLS pod kątem ewentualnego rozwoju zmian nowotworowych.

13. Do zwiększonej czujności onkologicznej powinna skłonić nie tylko obecność objawów klinicznych sugerujących nowotwór, ale również duże zaawansowanie gLS, starszy wiek pacjentów, późne wystąpienie objawów gLS i wieloletni okres między wystąpieniem pierwszych objawów a zgłoszeniem się do lekarza oraz brak poprawy po leczeniu gLS.

14. Najczęściej stosowanym w badanej grupie leczeniem były bardzo silne lub silne glikokortykosteroidy - takie jak propionian klobetazolu, dipropionian betametazonu oraz diflukortolon z ikonazolem. Jako leczenie podtrzymujące często stosowano inhibitory kalcyneuryny, szczególnie 0,1% takrolimus. Leki te były bardzo dobrze tolerowane i najczęściej, w połączeniu z odpowiednią pielęgnacją oraz leczeniem odkażającym i gojącym przynosiły pacjentom zdecydowaną i szybką poprawę kliniczną.

W „Dyskusji” Autorka omawia i porównuje uzyskane wyniki badań z danymi z piśmiennictwa. Omówienie wyników jest bardzo ciekawe, logiczne i przeprowadzone w oparciu o