

15.05.2023		
Znak sprawy:		Zat.
Podpis:		



Recenzja w postępowaniu habilitacyjnym dr Przemysława Adamczyka oraz opinia w sprawie nadania mu stopnia doktora habilitowanego

Dr Przemysław Adamczyk dyplom lekarza medycyny uzyskał w 2001 roku na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu.

W 2009 obronił pracę doktorską pt.: „Atypowy rozrost drobnozrazikowy (ASAP) i anaplazja śródnabłonkowa (PIN) jako stany przedrakowe u pacjentów z podejrzeniem i rakiem stercza” - Promotor: Prof. Dr hab. n. med. Zbigniew Wolski.

Od 2002 do 2010 roku był zatrudniony w Katedrze Patofizjologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu i jednocześnie odbywał szkolenie specjalizacyjne z urologii w Oddziale Urologii Ogólnej i Onkologicznej Specjalistycznego Szpitala Miejskiego w Toruniu, gdzie pracuje jako specjalista od 2010 roku do dziś.

W 2010 uzyskał tytuł Fellow of the European Board of Urology (FEBU) i tym samym specjalisty w dziedzinie urologii.

W 2013 roku uzyskał także tytuł specjalisty w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej.

Ocena osiągnięcia naukowego

Przedmiotem oceny jest osiągnięcie naukowe stanowiące jedno-tematyczny cykl pięciu publikacji pod łącznym tytułem: "Radykalna cystektomia wykonana metodami małoinwazyjnymi - jej powikłania i ograniczenia".

Składa się on z:

- 1. Adamczyk P, Juszczak K, Kadłubowski M, Ostrowski A, Maciukiewicz P, Drewa T.** „Can laparoscopic cystectomy become the method of choice in the treatment of invasive urothelial urinary bladder cancer?” Adv Clin Exp Med. 2020 Mar;29(3):301-306. doi: 10.17219/acem/115084. PMID: 32207582. **IF = 1,727; MNiSW = 40**
- 2. Adamczyk, P.; Poblocki, P.; Michalik, C.; Kadlubowski, M.; Adamowicz, J.; Mikolajczak, W.; Drewa, T.; Juszczak, K.** “A Personalized Approach to Radical Cystectomy Can Decrease Its Complication Rates. Journal of Personalized Medicine”. 2022, 12, 281. <https://doi.org/10.3390/jpm12020281> **IF = 4,94; MNiSW = 70**

3. **Adamczyk P**, Kadłubowski M, Pobłocki P, Adamowicz J, Ostrowski A, Drewa T, Juszczyk K. "Age and risk of major complications in patients undergoing radical cystectomy for muscle invasive bladder cancer". *Videosurgery and Other Miniinvasive Techniques*. 2021 Dec;16(4):722-727. doi: 10.5114/wiitm.2021.103918. Epub 2021 Feb 24. PMID: 34950268; PMCID: PMC8669987. **IF = 1,195; MNiSW = 40**
4. **Adamczyk P**, Pobłocki P, Kadłubowski M, Ostrowski A, Mikołajczak W, Drewa T, Juszczyk K. "Complication Rate after Radical Cystectomy Depends on the Surgical Technique and Patient's Clinical Status". *Urologia Internationalis*, 2022;106(2):163-170. doi: 10.1159/000517787. Epub 2021 Aug 5. PMID: 34352785. **IF = 2,089; MNiSW = 70**
5. **Adamczyk, P.**; Pobłocki, P.; Kadłubowski, M.; Ostrowski, A.; Wróbel, A.; Mikołajczak, W.; Adamowicz, J.; Drewa, T.; Juszczyk, K. "A Comprehensive Approach to Clinical Staging of Bladder Cancer". *Journal of Clinical Medicine*, 2022, 11, 761. <https://doi.org/10.3390/jcm11030761>, IF = 4,24; MNiSW = 140

Cykl publikacji powstał w okresie od 2018-2020, ich sumaryczny współczynnik oddziaływania (IF) to **14,191**, a sumaryczny liczba punktów wg MNiSW wynosi **360** punktów.

Publikacje dotyczą oceny wyników leczenia chirurgicznego chorych z inwazyjnym rakiem pęcherza moczowego u których konieczne było usunięcie pęcherza, ze szczególnym uwzględnieniem możliwości zastępowania dostępu otwartego zabiegami minimalnie inwazyjnymi wykorzystującymi laparoskopię i laparoskopię z użyciem robota chirurgicznego. Habilitant jest pierwszym autorem we wszystkich 5 publikacjach. Wszystkie są pracami oryginalnymi opublikowanymi w recenzowanych czasopismach. Wkład autorski doktora Adamczyka w wymienionych publikacjach jako pierwszego autora jest w oczywisty sposób znaczący, został określony w dostarczonej mi do oceny dokumentacji na 60-70%.

Należy podkreślić, że temat całościowej oceny efektów leczenia chorych poddanych cystektomii z powodu raka jest w Polsce niezwykle istotny. Wyniki śmiertelności z powodu raka pęcherza moczowego są u nas znacząco gorsze niż w innych krajach Europy przy podobnym poziomie zachorowalności. Wydaje się, że główną przyczyną jest zbyt mała ilość i zbyt późne wykonywanie usunięcia pęcherza. W związku z tym, tworzenie ośrodków i pojawianie się młodych lekarzy specjalizujących się w tej trudnej dziedzinie urologii i, co więcej, gromadzących i analizujących swoje dane jest bardzo ważne. Dodatkowo mamy w urologii fascynujący czas zastępowania tradycyjnej chirurgii otwartej przez nowe

technologie. Przez kilka lat była to laparoscopia, a teraz zastąpi ją chirurgia w asyście robota.

Dlatego uważam, że wybór tematu badań jest ciekawy i posiada znaczną wartość praktyczną, tym bardziej, że dotyczy w dużym stopniu własnego materiału klinicznego. W związku z tym ma cechy wewnętrznej analizy efektów pracy przodującego w kraju oddziału w którym habilitant pracuje. Na szczególne podkreślenie zasługuje też fakt, że wszystkie prace są przygotowane na podstawie danych bardzo licznych grup pacjentów co powoduje, że wnioski z tych artykułów mają dużą wagę.

W pierwszej pracy habilitant retrospektywnie porównuje wyniki 260 cystectomii wykonanych, prawie po równo, dwoma metodami - na drodze operacji otwartej i laparoskopowej w dwóch ośrodkach. Jest to analiza retrospektywna w której wybór metody nie był randomizowany, ale oparty na preferencjach dwóch zespołów, co jest pewną słabością analizy. W grupie operowanej laparoskopowo wykonano 71% odprowadzenia moczu za pomocą ureterocutaneostomii, a w grupie operowanych „na otwarty” takich odprowadzeń było tylko 20%. Stosunek odprowadzeń ortotopowych wynosił odpowiednio 0% do 24%. Aby uniknąć problemu wynikającego z tej różnicy autorzy dzielą chorych na podgrupy. W tej analizie wykazuje, że czas zabiegu, utrata krwi, ilość komplikacji były mniejsze, jak i pobyt w szpitalu trwał krócej w grupie operowanej laparoskopowo. Zastanowienie budzą dość słabe wyniki w grupie „na otwarty”, jak np. średnia utrata krwi przy cystectomii i wyłonieniu moczowodów na skórę wynosząca 1100 ml, czy średni czas takiego zabiegu wynoszący 225 min. Wydaje się, że nietrudno mieć lepsze wyniki. Ilość komplikacji, śmiertelność, rezultaty onkologiczne były w obu grupach podobne. Na podstawie swoich wyników, autorzy stawiają ostrożne wnioski, co uważam za zaletę pracy, że laparoskopowa cystektomia powinna być traktowana jako pełnoprawna opcja leczenia naciekającego raka pęcherza moczowego, zwłaszcza w ośrodkach o dużym doświadczeniu w tej technice i jeśli nie jest planowane zastosowanie ortotopowego odprowadzenia moczu.

W drugiej pracy habilitant analizuje przydatność oceny przedoperacyjnej za pomocą różnych narzędzi grupy 331 chorych poddanych cystectomii „na otwarty”, laparoskopowo i z użyciem robota. Analiza danych wykazała, że ilość komplikacji zależy od sposobu odprowadzenia moczu a nie od stanu chorego. To drugie jest trochę niezgodne z codzienną praktyką kliniczną, ale wytłumaczeniem ma być doskonała technika operacyjna we wszystkich grupach, która na tyle znacząco redukowała ilość komplikacji, że nie wykazano wpływu stanu chorego na wynik zabiegu.

W trzecim, podobnym artykule przedmiotem analizy był wpływ wieku chorych poddanych cystectomii na ilość powikłań. W grupie 434 chorych operowanych

„na otwarto” i laparoskopowo nie potwierdzono, żeby wiek był istotnym czynnikiem sprzyjającym powikłaniom o ile zachowa się bezkrwawą i sprawną technikę operacji oraz używa się prostych metod odprowadzenia moczu.

Czwarta praca dotyczy wczesnych wyników cystectomii wykonanej u 553 pacjentów trzema metodami. Wnioskiem z pracy jest, iż szczególnie u chorych otyłych, sposobem na zmniejszenie ilości powikłań jest wykorzystanie technik endoskopowych.

W piątej pracy, autor na podstawie 533 pacjentów analizuje wyniki zbieżności przedoperacyjnej oceny stopnia zaawansowania raka pęcherza moczowego z danymi mikroskopowymi uzyskanymi po cystectomii. Uzyskane wnioski potwierdzają pochodzące z piśmiennictwa informacje o słabej korelacji tych ocen. Co ważne - potwierdzają to na podstawie naszych polskich danych. W pracy brakuje mi jednak podkreślenia, że niedoskonałość badań obrazowych nie powinna być przesłanką do nadmiernego powtarzania diagnostyczno-leczniczych elektroresekcji guza, co ma niestety miejsce.

Po analizie tych prac stwierdzam, że we wszystkich pięciu publikacjach dotyczących, co ważne, bardzo dużych grup chorych założenia są przejrzyste, analiza statystyczna zrozumiała, wnioski udowodnione prawidłowo. Całość projektu wspiera podzielane przeze mnie stanowisko, że naciekającego raka pęcherza moczowego należy częściej leczyć za pomocą cystectomii w specjalizujących się w tym ośrodkach. Moje uwagi dotyczą jedynie pewnych niedostatków w rozważaniach, co do natury opisywanych procesów i zależności.

Podsumowując – uważam, że cały cykl jest wartościowym osiągnięciem naukowym habilitanta uzyskanym po otrzymaniu stopnia doktora nauk medycznych oraz stanowi znaczny wkład w rozwój wiedzy na temat oceny wyników operacyjnego leczenia raka pęcherza moczowego w Polsce.

Ocena aktywności naukowej

Cały dorobek naukowy habilitanta obejmuje 57 prac o sumarycznej ilości punktów MNiSW wynoszącej 1290. Wskaźnik wpływu **IF** wynosi **44.114**, a po wyłączeniu osiągnięcia naukowego **29,917**. **IF** dla prac oryginalnych, w których jest pierwszym autorem to **19,11**. Większość tego dorobku pochodzi z prac opublikowanych po uzyskaniu stopnia doktora nauk medycznych. Składa się na niego także sześć rozdziałów w książce i 36 prezentacji zjazdowych. Indeks Hirsha w bazie Scopus wynosi 5 (ilość cytowań 83), natomiast w bazie Web of Science 5 (ilość cytowań 108).

Oprócz aktywności w badaniach nad oceną wyników operacyjnego leczenia raka pęcherza moczowego, potwierdzona publikacjami aktywność naukowa dr Adamczyka obejmuje również inne zagadnienia związane z urologią, takie jak: rak gruczołu krokowego,

czy neurourologia. Imponująco także wygląda jego dorobek z zakresu innych jego zainteresowań jak leczenie otyłości, palenie tytoniu czy terapii związanych z leczeniem uzdrowiskowym. Wartość bibliometryczna tego dorobku bez wątpliwości spełnia wymagania stawiane kandydatom na stopień doktora habilitowanego. Wiele z prac dotyczy zagadnień klinicznych istotnych dla polskiej populacji i przynosi konkretne, praktyczne wnioski.

Kandydat uczestniczył w realizacji dwóch grantów KBN. Jeden był poświęcony badaniu konsekwencji nikotynizmu wśród osób otyłych a drugi zachowawczemu leczeniu odleżyn. Brał także udział w realizacji jednego, bardzo dużego grantu NCBiR dedykowanemu opracowaniu sztucznych protez do odprowadzenia moczu po cystectomii z wykorzystaniem hodowli komórek macierzystych i nowych biomateriałów realizowanego pod akronimem Smart AUCI przez Klinikę Urologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu. Trzeba przyznać, że na stronie tego projektu nie ma wymienionego jego nazwiska.

Dr Adamczyk aktywnie uczestniczył też w pracy naukowo-dydaktycznej Zakładu Patofizjologii CM UMK w Toruniu i Kliniki Urologii tego Uniwersytetu.

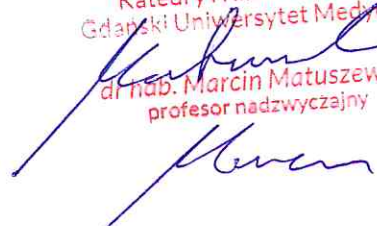
W 2012 odbył staż kliniczny w Klinice Urologii w Monachium w dziedzinie rehabilitacji urologicznej.

Jest aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Uczestniczył w organizowaniu naszych aktywności szkoleniowych i naukowych.

Należy podkreślić, że trzykrotnie, jako pierwszy autor, zdobył nagrody za najlepsze prezentowane prace na Kongresie Polskiego Towarzystwa Urologicznego w 2017, 2018 i 2021 roku.

Wysoka ocena osiągnięcia naukowego oraz istotnej aktywności naukowej i osiągnięć zawodowych i dydaktycznych upoważnia mnie do opinii, że dr n. med. Przemysław Adamczyk jest wartościowym urologiem oraz aktywnym i kompetentnym pracownikiem naukowym o znaczącym dorobku, w pełni przygotowanym do samodzielnej pracy badawczej.

Z pełnym przekonaniem przedstawiam pozytywną opinię w sprawie nadania dr. n. med. Przemysławowi Adamczykowi stopnia doktora habilitowanego nauk medycznych.

K I E R O W N I K
Katedry i Kliniki Urologii
Gdański Uniwersytet Medyczny

dr hab. Marcin Matuszewski
profesor nadzwyczajny

