



UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Děkanát, tř. Svobody 8, 771 26 Olomouc, tel./fax: 585 632 063

V Olomouci 16. března 2015

Zápis o konání obhajoby disertační práce v oboru Chirurgie

MUDr. Josef Chudáček, odborný asistent I. chirurgické kliniky LF UP a FNOL a student kombinované formy doktorského studijního programu *Chirurgie* na LF UP v Olomouci.

Téma práce: „**Minimální reziduální choroba u karcinomu plic**“

Obhajoba se konala v Olomouci dne 16. března 2015 v 13:30 hod.

Komise:

předseda: prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc. ✓

místopředseda: prof. MUDr. Vladimír Král, CSc. ✓

členové: prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc. ✓

prof. MUDr. Michael Dlouhý, CSc. ✓

prof. MUDr. Jindřich Vomela, CSc. ✓

Oponenti:

prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc. ✓

Chirurgická klinika LF MU a FN Brno

Prof. MUDr. Michael Dlouhý, CSc. ✓

I. chirurgická klinika LF UP a FNOL

Školitel: MUDr. Tomáš Bohanes, Ph.D. ✓

Předseda komise přednesl stručnou charakteristiku uchazeče, hodnocení školitele a vedoucího školicího pracoviště. Poté uchazeč vyložil podstatný obsah své disertace. Oponenti přednesli své posudky. Uchazeč odpověděl na připomínky a dotazy oponentů.

Ve vědecké rozpravě vystoupili: viz příloha – zápis o diskusi.

Hlasování se účastnilo ...⁵... členů komise. Kladně hlasovalo ...⁵... členů, záporně ...⁰... členů, neplatných lístků bylo odevzdáno ...⁰...

Usnesení:

Přítomní členové komise tajným hlasováním rozhodli, že **MUDr. Josef Chudáček** obhájil disertační práci a doporučili udělení akademického titulu doktor ve zkratce Ph.D. dle § 47 Zákona o vysokých školách č. 111/98 Sb.

.....
prof. MUDr. Čestmír Neoral, CSc.
předseda komise

Diskuze k problematice Minimální reziduální choroba u karcinomu plic

Obhajoba disertační práce MUDr. Josef. Chudáček

Školitel : Doc. MUDr. Tomáš Bohanes, Ph.D.

Oponenti: Prof. MUDr. Michael Dlouhý, CSc.
Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.

I. Otázky k obhajobě :

1. Prof. MUDr. Michael Dlouhý, CSc.

bez otázek , problematika na dané téma kompletně zpracována

2. Prof. MUDr. Zdeněk Kala, CSc.

1. Jaký je Váš názor na význam cytologického vyšetření peroperačně přítomného pleurálního výpotku či využití peroperační laváže pleurální dutiny u operovaných pacientů pro plicní karcinom a pro staging tohoto onemocnění ? Je podle Vás fluidotorax vhodným biologickým materiálem k detekci MRD ?

Dle celosvětové publikovaných prací je možné využít pleurální výpotek k detekci minimální reziduální choroby. Na naší klinice jsme ho, ale k detekci MRD nevyužili. Výhoda cytologického vyšetření je jeho poměrně rychlé zpracování a nízké finanční náklady, ale jeho velkým handicapem je nízká senzitivita cca 48% a specificita 85%. Dle nejnovější klasifikace TNM pro karcinom plic je pozitivní pleurální výpotek stran maligních buněk řazen jako M1b, tedy IV. Stadium plicní rakoviny. U tohoto stadia již není obecně chirurgická léčba indikována. Ale dle několika prací, vyhledaných pomocí medline, je u skupiny nemocných, kteří mají negativní N2 uzliny, není patrné makroskopické postižení pleury na operované straně, lze provést radikální operační výkon, pokud lze docílit radikální nesečení výkon s R0 resekčními okraji. Tímto výkonem u těchto selektovaných nemocných s pozitivním pleurálním výpotkem lze zvýšit jejich přežívání, ale otázka zda indikovat tyto pacienty k operaci je stále kontroverzní.

2. Jak si vysvětlujete zvýšenou expresi m-RNA c-Met a mRNA CEA u pacientů s G1 nádory oproti nádorům s vyšším gradingem ve Vašem souboru ?

Nekoresponduje s naší předpokládanou hypotézou o rostoucí expresi m-RNA c-Met a mRNA CEA se zvyšujícím se gradingem. Tyto rozporuplné výsledky jsme porovnávali s dostupnou literaturou, kde naopak je nízká hladina MRD v G1, s rostoucím gradingem se hladina MRD zvyšuje. Příčina těchto rozporuplných výsledků může být charakteristika souboru (9 pacientů

G1 a zbytek G2, G3) – otázka je, zda při rovnoměrném rozložení nemocných do skupin dle gradingu by výsledky nevyšly jinak? Při opakovaných konzultacích s pneumoonkology a histopatology jsme nezjistili validní závěr. Je potřeba tyto výsledky ověřit na větším počtu nemocných.

II. Volná diskuze :

Pro. MUDr. Jindřich Vomela CSc.

Ve Vaší práci se zmiňujete při resekci plic pro plicní karcinom o podvazu žil před tepnami. Jaký máte na tuto problematiku názor?

Dle mého názoru a již zmíněné literatury, je to na zvyklostech pracoviště. Většinou při klasické torakotomii, se celosvětově uplatňuje názor ten , že je vhodnější první podvázat tepnu, tak se ubráníme možnosti vzniku velkého krváčení, během operace. Proběhla řada prací na toto téma, zda prvotní podvaz žil nezamezí většímu uvolnění cirkulujících nádorových buněk do systému, ale žádný validní závěr z těchto prací nevyšel. V současné době s rozmachem videoasistovaných torakoskopických lobectomii, je v první řadě přerušována žíla před tepnou, pouze z důvodu lepší dostupnosti.

Cytologické vyšetření, resp. peroperační laváž fyziologickým roztokem během operace provádíte?

Jistě ne běžně.

Operaci by jste s pozitivním cytologickým vyšetřením, dokončil u pacienta s karcinome plic dokončil ?

Jistě by záleželo na mnoha okolnostech. Určitě bych se řídil, zda nádor lze odstranit v rozsahu R0 a hlavně bych přihlédl k celkovém stavu nemocného.