

Opponensi vélemény Dr. Romics László 2024. évi Oncological Safety of Oncoplastic Breast Surgery című értekezéséről

Bevezetés

Témája és érdeklődési köröm részleges egybeesése miatt szívesen vállaltam el Dr. Romics László akadémia doktori értekezésének bírálatát, nem sejtve, hogy milyen nehéz lesz ezt a bírálatot elkészíteni. Első reakcióm, amikor számítógépemen landolt a 251 oldal terjedelmű mű és 126 oldalas kétnyelvű rövid összefoglalása, az volt, hogy megkérdeztem nincsenek-e terjedelmi korlátai egy ilyen értekezésnek, és beletörődéssel vettem tudomásul, hogy nincsenek. Romics László munkásságát régebről ismerem, szakmai rendezvényeken olykor találkoztunk is, de az értekezés módot adott rá, hogy munkásságába alaposabb betekintést nyerjek.

Struktúra

A mű decimális rendszerben számozott részei, fejezetei, alfejezetei a következőképpen oszlanak meg: egy rövid bevezetőt követ a háttérinformációt tartalmazó 2. rész, melyben a problémakört vázolja a szerző, és bemutatja az onkoplasztikus műtétek főbb vonásait; majd a 3. részben megfogalmazza a célkitűzéseit. Ezeket lineárisan egymás után fűzött korábbi közleményei ismertetésével a 4. részben és az 5. részben foglalja össze, elkülönítve a Glasgow és környéke területére vonatkozó és a szélesebb körű skóciai vagy nemzeti, nemzetközi kollaborációs munkákat. A 6. részben röviden összefoglalja mindezeket, számadatok és p-értékek részleteivel is, mintegy rövid téziszűzetet is hozzáragasztva az értekezéshez. Végül a 7. részben az onkoplasztikai emlősebészet jövőképéről mutat be egy reális vizionált képet, a 8.-ban bemutatja közleményeinek listáját, és referencia listával, köszönetnyilvánítással zárja az értekezést. Megemlítenéd még a mű elején egy hiányos és nem túl következetes rövidítéslista.

Tartalmi összefoglaló

Az értekezés bevezetesként az onkoplasztikai szervmegtartó sebészi eljárásokat helyezi kontextusba, leírja a szövődményeikre és onkológiai biztonságosságukra vonatkozó irodalmi adatokat.

Az 4. rész 1. fejezetében a masztektómia és azonnali rekonstrukció onkológiai biztonságosságáról számol be a szerző hosszútávú követési adatok alapján.

A 2. fejezetben onkoplasztikus szervmegtartó műtétek és standard szervmegtartó műtétek, valamint (esetleg azonnali rekonstrukcióval kiegészített) masztektómiával kezelt emlőrákos betegek eredményeit összevetve állapítja meg, hogy az onkoplasztikus műtétekkel kezelt tumorok inkább hasonlítanak a masztektómiával kezeltetekhez, mint a hagyományos szervmegtartó műtétekkel kezeltetekhez, ami alapján a masztektómiák bevételeire is szükség van összehasonlító tanulmányokban, illetve egyes masztektómiák helyett onkoplasztikus szervmegtartás is lehetséges.

A 3. fejezetben azt igazolják 31 beteg kapcsán, hogy az onkoplasztikus sebészet nem okozott késedelmet az adjuváns kemoterápia elkezdésében.

A 4. fejezetben az onkoplasztikus műtéteknél nagyobb arányú képkalkotó utóvizsgálatról és ellenőrző biopsziáról számol be, mint standard szervmegtartó műtétek után, aminek háttérében a gyakrabban képződő tapintható csomók állnak, és ezek háttérében leginkább zsírnecrosis húzódik meg.

Az 5. fejezetben 50 beteg medián 6 éves követési eredményei alapján von le következtetést az volumenáthelyező onkoplasztikai műtétek alacsony onkológiai kockázatára vonatkozóan. A lokális recidíva vonatkozásában mérvadónak tartom a közölt adatokat, míg a távoli recidívák vonatkozásában az a véleményem, hogy a közlemény adatai nem tesznek lehetővé mérvadó következtetéseket.

A 6. fejezetben volumenhelyettesítő onkoplasztikai műtétek ép széleit és onkológiai biztonságosságát vizsgálja a szerző 48 hónap medián követés után. Összesen 30 esetről számolnak be. A konklúzió, hogy 10% re-excisioval uralható érintett szél és 3% lokoregionális recidíva mellett a leírt metodika onkológiailag megbízható a kezeikben.

Végül 60 betegből 56 lett az eredmények elején szereplő okfejtés alapján, de a 20. táblázatban már csak 50 eset szerepel, 46 invazív rákkal. Hogy hova tűnt a többi eset, meg sincs említve, csak 2 oldallal később tudjuk meg, hogy 6 betegnél nem ép szélek miatt komplettálló emlőeltávolítás történt. Végül is a 46 beteg közül 23, azaz 50% tartozik a magas grádusú, azaz rosszul differenciált rákok közé, ahol várható, hogy 5 év, és így 6 év is mérvadó a betegségmentes túlélés vonatkozásában, viszont a 23 fennmaradó beteg jól és közepesen differenciált, vélhetően luminális-szerű rák, ahol a 10, sőt 20 éves követési adatok szükségességét javasolják az onkológiai kezelés eredményességének megítélésére. Ami a kis esetszám mellett is lényeges adat, az az alacsony lokális recidívaarány.

A 7. fejezetben nagyobb számú II. típusú onkoplasztikus műtét eredményeit hasonlítja hagyományos szervmegtartó műtétekéhez és masztektómiákhoz. A konklúzió az, hogy a műtétek biztonságosak; és a 2. részben leírtakat is megerősítik: az onkoplasztikus műtétek patológiai paraméterei közelebb állnak a masztektómiával kezeltékéhez.

A 8. fejezetben az extrém onkoplasztikus szervmegtartó műtétek rövidtávú tapasztalatait összegzi 50 5 cm-nél nagyobb tumorméretű vagy kiterjedésű eset és medián 62 hónapos követés kapcsán. Bár van, akinél a műtét sikertelen volt, és a szélek pozitivitása miatt masztektómiát kellett végezni, a betegek nagyobb részénél mégis sikerült a kivitelezés; igaz, a betegek 10%-ánál távoli áttét alakult ki a viszonylag rövid követési idő alatt, lokális recidíva csak 1 betegnél jött létre, ami alapján az extrém onkoplasztika is javasolható masztektómia helyettesítő műtét lehet.

A 9. fejezet némileg kilóg az előbbiekből, és a COVID-19 járvány alatti korlátozott betegellátás paramétereiből próbál következtetéseket levonni, melyek szerint a járvány alatt is működött az emlőrák sebészeti ellátása, és részben az azonnali pótlások kiesése miatt, a II.

szintű onkolasztikai műtétek száma magasabb volt a szerzők által is bevalottan nem ideális kontroll csoporthoz képest.

Az 5. részben szélesebb körű regionális, nemzeti, illetve nemzetközi adatokról számol be a szerző. Az 1. fejezetben Skócia területére vonatkozóan mutatja be az onkolasztikus műtétek arányát, megállapítja, hogy az adjuváns kezelés kezdetében nem okoztak késedelmet standard szervmegtartó műtétekkel, masztektómiákkal és azonnali rekonstrukcióval kiegészített masztektómiákkal szemben. Javaslatot tesz arra, hogy akárcsak az utóbbi kategória, ez is szerepeljen minőségi indikátorként az emlősebészetet értékelő felmérésekben.

A 2. fejezet szerint, nemzetközi adatok elemzése alapján megállapítják, hogy a szexuális szék ritkábban kisebbek, mint 1 mm és emiatt a reexcíziók is ritkábbak a magasabb (II-es) onkolasztikus műtétkategóriák esetén, bár sem lokális recidíva, sem regionális recidíva, sem távoli áttét szempontjából nincs különbség ezek és standard vagy alacsonyabb kategóriájú (I-es) onkolasztikus műtétek betegek között.

A 3. fejezetben valós életből nyert skóciai adatokat mutat be a szerző az onkolasztikai műtétek gyakoriságáról, típusairól, szövődményeiről, és megállapítja, hogy adataik nem rosszabbak, mint a közlemények háttérében álló nagy intézmények eredményei.

A 4. fejezetben az Egyesült Királyság 15 db legalább 10 ilyen típusú műtétet végző emlőrák ellátó központjában végzett valós élet alapú retrospektív adatgyűjtés alapján vizsgálták a mellkasfali perforátor lebenyek használatának paramétereit, beleértve a komplikációs arányokat, a reexcíziót vagy masztektómiát igénylő esetek arányát, és megállapították, hogy ezek a technikák megbízhatóak több olyan esetben, amikor egyébként masztektómiát végeznének. A szövődményarány viszonylag alacsony, rövid távú követés alapján a lokoregionális recidívaarány is elfogadhatóan alacsony, azaz az onkolasztikus részleges emlőrekonstrukció biztonságos alternatív szervmegtartó műtét a mell eltávolításával szemben.

Végül az 5. fejezetben, Skócia nyugati felét felölelő adatbázis adatai alapján, munkatársaival azt vizsgálja a szerző, hogy néhány frissebb közléssel összehangban, a sugárkezeléssel kiegészített szervmegtartó műtétek jobb túlélési eredményekhez vezetnek-e, mint a masztektómia. A retrospektív adatelemzés szerint: igen. Ennek okait is próbálja felmérni, és úgy tűnik, hogy az alacsonyabb szövődményarányának is szerepe lehet a szervmegtartó műtétek jobb túléléseiben, bár egyéb nem vizsgált tényezők és műtéttípus megválasztását befolyásoló tényezők is szerepet játszhatnak.

Egy összefoglalásban, a szerző ismételten leírja a főbb eredményeket, számokkal, p-értékekkel, ami ilyen terjedelemben mellett véleményem szerint felesleges ismétlést képvisel; az eredményeket verbálisan megfogalmazva is elég lett volna itt összefoglalni.

Kritikai értékelés

A mű többnyire szisztematikusan írja le azt a folyamatot, ahogyan lépésről lépésre gyűltek az adatok és kerültek közleményekbe az eredmények arra vonatkozóan, hogy az onkoplasztikai műtétek milyen eredményeket adnak túlélésben, szövődmények terén, az adjuváns kezelés időzítésében, hogyan viszonyulnak a szervmegtartó műtétekhez és a masztektómiákhoz a kezelt betegségek és az eredmények vonatkozásában...stb, amint azt a tartalmi összefoglalóban jeleztem. Összességében azt emelném ki, hogy egy koherens munkásságot tükröznek, amely igazolja, hogy az azonnali rekonstrukcióval kiegészített masztektómia és a nagyobb volumenek eltávolításával járó szervmegtartó műtétek részleges rekonstrukcióval kiegészítve nem adnak rosszabb onkológiai eredményeket, de jobb kozmetikai eredményhez (betegelégedettséghez) vezetnek, mint a hagyományos masztektómia. Sőt a mű végén arra is történik utalás, hogy vannak adatok, amelyek szerint a szervmegtartó műtétek, más tényezőkhöz való statisztikai illesztést követően is jobb túléléshez társulnak, mint az emlő eltávolításával járó sebészi terápia. **A tézisben vázolt munkásság, a háttérében lévő tudományos közlemények, véleményem szerint megfelelnek annak, ami az MTA doktora cím odaítéléséhez kell.**

Ugyanakkor nem tudok elmenni amellett, hogy a tartalom és a forma között komoly, minőséget érintő diszharmónia van. Az értekezés nyelve angol, részben helytelen angol. Az idegen nyelvi hibák elkerülésének több lehetősége ismert, ezekkel a szerző nem vagy nem jól élt. Gyakorlatilag minden részben van hiba a tartalomjegyzéktől a köszönetnyilvánításig, nem is kevés. Először ezeket megpróbáltam listázni, de az első 20 számozott oldal jelen bírálathoz függelékként csatolt 45 tételes hibalistája után feladtam, módszert kellett változtatnom, csak a pdf formátumban eljuttatott szövegben jeleztem a problémákat színezéssel, olykor megjegyzésekkel, és nem is teljeskörűen. A listán szereplő hibák részben nyelvtaniak, köztük alany-állítmány egyeztetési hibák, központoszási hibák, elütések; részben pedig következetlenségek. A szerző a munkában rövidítéseket használ, de előfordul, hogy a rövidítéseket nem definiálja, nem az első előforduláskor definiálja, illetve gyakori, hogy a már definiált rövidítéseket nem használja, vagy egy dologra többféle rövidítést használ: pl. mastectomy: Ms, Mast, Mx vagy Oncoplastic BCS, OBCS. A rövidítések jegyzéke sem teljes.

A jó cím fedi a tartalmat, annak egészét. Jelen esetben a tartalom egy része csak nagyon marginálisan kapcsolódik az onkológiai biztonságossághoz, azaz a címben megfogalmazott témához; ilyennek érzem a COVID19 járvány emlőrák sebészi ellátására gyakorolt hatásait vizsgáló fejezet, amely nem az onkológiai biztonságot elemzi, de érdekes adalékot kapunk belőle a járvány hatásáról az emlőrákos betegellátásra.

Vannak ábrák, amelyeket a szerző sorszámmal és címmel lát el, de vannak olyanok is, amelyeket sem számmal, sem címmel nem lát el, csak valahol a szövegben utal részletek nélkül arra, hogy melyik részük mit illusztrál (műtét előtti és utáni állapotok bemutatása), és ezeket figyelmen kívül hagyva folytatja később az ábrák sorszámozását. Mindez azt a benyomást kelti, hogy a több részletben íródott művet nem volt ideje, módja, energiája összeolvasni, összezsírozni. Ezt a benyomást csak fokozza, hogy mennyire nem egységes az

irodalomlista. Ezek a formai elemek vannak le az értekezés értékéből, de a tartalom érthetőségét nem befolyásolják számottevően, a tudományos értékből nem vannak le...

Mivel az értekezés korábban (2012-2023 között) közölt eredmények és cikkek összeillesztése révén készült, és ezek témája hasonló, a betegcsoportok átfedést mutatnak, a metodikájuk is részben azonos (pl. adatbázisok), elég sok az ismétlés, amit szerkesztési munkával, figyelemmel és egységes metodikai résszel el lehetett volna kerülni.

A 12-13. oldalon a szerző leírja, hogy az Egyesült Királyságban a sebészek 1 mm-es ép szélt tartanak minimális ép szélnek, majd közli, hogy több társaság konszenzus állásfoglalást fogalmazott meg, de azt nem írja le, hogy ebben a pozitív szélt a festék a tumoron definícióval határozzák meg, és ez hiányosság.

A 4.2. részben onkoplasztikus műtéttel kezelt tumorokat hasonlít össze más szervmegtartó műtéten átesett, illetve masztektómiás betegek tumoraival: a 7. táblázatból hiányzik az, hogy a táblázat felső része minden tumorra vonatkozik, de ezt követően már csak az invazív tumorokra vonatkoznak a számok... Megjegyzem, hogy a tumorok T kategóriájának összevetésekor, ha a pTis is szerepelt volna a T1-3 kategóriák mellett, akkor is hasonló szignifikancia mellett lett volna különbség a széles kimetszés csoporttal szemben, és ugyanúgy nem lett volna szignifikáns a különbség az masztektómia csoporttal szemben.

A 4.2. részben is leírja az onkoplasztikus és standard szervmegtartó műtéteket összehasonlító tanulmányokat és a bevezetőben is (a 2. és 9 táblázat egyes sorai azonosak)

A 4.2. rész megbeszélésben sajnálkozik a szerző, hogy a komparatív tanulmányok nem adnak információt a multifokalitásról, DCIS méretről és emlőméretről, holott ezek mind hiányoznak a saját - ezen részben bemutatott - eredményeiből is. Úgy vélem, hogy lehetett méretbeli és differenciációbéli különbség a széles kimetszés és onkoplasztikai szervmegtartás, valamint a széles kimetszés és masztektómia csoportok DCIS tumorai között, és itt nem is a patológiai méretekre, hanem a műtét tervezésekor rendelkezésre álló képalkotó becslésekre gondolok; de a szerző a méretadatok hiányát a munka gyengeségei között felsorolja. Így legfeljebb a grádus különbségre tudna (?) kiegészítő adatokkal szolgálni.

A 15. táblázatban nincs statisztikai összehasonlítás, csak a százalékos megoszlások szerepelnek a két csoportban, és ez szokatlan.

A 4.6. fejezetben a 25. táblázat félkész, ellenőrzés nélkül került be a tézisbe! A tumorlokalizációra vonatkozó adatok teljesen hiányoznak belőle; összesen 25 invazív tumorból 8 T1 és 21 T2 tumor volt, ami viszont 29-et ad ki, nem 25-öt...; 30 tumor grádusa szerepel, de talán volt 1 DCIS is, amit viszont nem így gradálunk. Ehhez jön a 24. táblázat inkoherenciája: a 30 betegből 1-nek volt diabeteze, 24-nek nem volt, és 1 betegnél nem állt rendelkezésre adat. Sajnos további kategóriát nem tudok elképzelni, és az összeg csak 26, 4 beteg elveszett. A szövegben szerepel, hogy 4 beteg immunszuppresszió alatt állt, ugyanakkor a 24. táblázat szerint egyik sem volt immunszupprimálva. Ez hiteltelenné teszi a beszámolót.

A 31. táblázat szerint 50 betegről van szó. Ha a BMI 25-nél nagyobb 12 esetben, akkor hogy lehet 30-nál nagyobb 22 esetben, hiszen ami 30-nál nagyobb az 25-nél is nagyobb. A táblázat adatát itt is ismétli a szöveg, és kiderül, hogy helyesen az első csoport nem csak >25-nél, de nem nagyobb 30-nál.

A 10-11. ábrák esetén szerencsésebb lett volna nem 100%-ig terjedő y tengelyt megadni, hiszen a recidívák aránya 10%, illetve 20% alatt volt; szemléletesebb lett volna egy 0-10%-os, illetve 0-20%-os y tengellyel.

A 20. és 21. ábrákon három műtéttípus túlélési Kaplan-Meier görbéi vannak, anélkül, hogy a betegszámfogyást akár vonásokkal, akár kockázatnak kitett betegszám táblázattal jelezte volna a jelölt; p-értékek sem szerepelnek, ami alapján csak ránézésre kell elhinni, hogy a túlélések különböznek egymástól, és ez emlőrákspecifikus túlélés 21. számú ábráján a masztektómia és szervmegtartó műtétek esetén ezzel a megközelítéssel kérdéses. A szövegben szerepelnek egyedül a kockázati arányok és p-értékek.

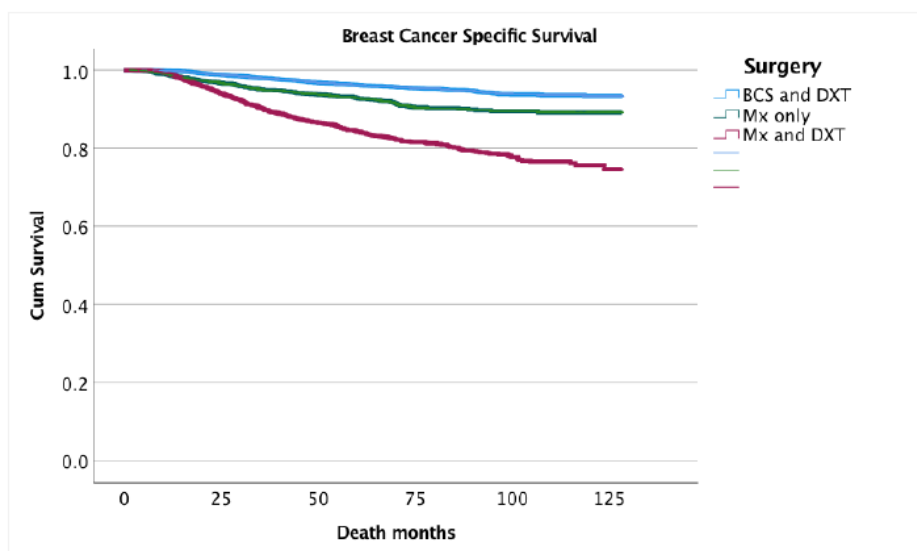


Figure 22. Breast cancer specific survival for patients treated with BCS and DXT, Mx only and Mx and DXT

A magyar tézsfüzetre is vonatkozik néhány, az értekezés kapcsán említett észrevétel (Kaplan-Meier görbe hiányosságai, rövidítések következtlen használata, nem használata.) Az angol tézsfüzetet nem olvastam el. Néhány külön megjegyzés következik:

Érdekes kifejezés a „disztális recidíva” a distant recurrence, távoli recidíva helyett (29. és 45. számozott oldal).

A 4.4 fejezetben is szerepel hivatkozás egy 2. táblázatra, amely nincs a tézisben, majd a 4.9. COVID-19 járványra vonatkozóan is van egy 2. táblázat, amely helyet is kapott a füzetben.

Kérdéseim többnyire a multidiszciplinaritás jegyében fogalmazódtak, és a következők:

1./ 4.1. fejezet: Van egy 0. stádiumú beteg, akinél masztektómia és azonnali rekonstrukció után távoli áttét alakult ki. Olyan típusú betegsége volt-e, amelyről Tabár László azt állítja, hogy nem hagyományosan, hanem coated invasion, azaz myoepitheliumba burkolt neoductogenesis révén újonnan képződő ductusok, azaz neoductusok révén infiltrál; ezek jellegzetessége a comedonecrosis, a magas grádus, az öntvénytípusú meszesedés és a gyakori HER2 overexpressio; vagy nem ilyen típusú tumor volt, hanem az merül fel, hogy a patológiai feldolgozás során nem találták meg a hagyományos invazív gócot? Történt-e bármilyen retrospektív oknyomozás a beteg mintáiban (radiológia, patológia), amely révén az ellentmondást tisztázni próbálták?

2./ A 4.2. fejezetben és később is leírásra kerül, hogy széles kimetszések esetén az üreg falának kimetszései is megtörténtek (cavity shavings), és ép szélnek az 1 mm, illetve DCIS esetén a 2 mm tumormentes szél tekintették. Hogyan történt ezeknek a shave mintáknak a szövettani feldolgozása, hogy millimetrikus ép széleket tudtak belőle meghatározni?

3./ A 4.5. részben az onkoplasztikus műtétek onkológiai biztonságáról számolnak be. Itt kizárási kritériumok között szerepel, ha a betegnek korábban azonos vagy ellenoldali invazív vagy in situ rákja volt. Ennek ellenére az eredmények közt azt említik, hogy a 65 figyelembe vett beteg közül 3-at kizártak korábbi emlőrák diagnózisa miatt. Miért jöttek szóba, ha a kizárási kritériumokat teljesítették? Egyszerű megfogalmazási hiba lenne, és az összes 2005-2010. megjelölt hónapjai között onkoplasztikus műtéttel kezelt emlőrákból kiindulva írják le a kiesőket? Ami 2005. és 2010. között 5-6 év alatt 65 onkoplasztikus műtét, az a több biztonságra vonatkozó evidencia és szélesebb körű gyakorlat mellett körülbelül mennyire nőtt a 2020-2025. közötti időszakra?

4./ Az 51. táblázatban tumorlokalizációk szereplenek; a hagyományos külső-felső, külső-alsó, belső-alsó, belső-felső és centrális lokalizáció mellett szerepel egy egyéb kategória is 6,3%-kal, és ennek említett része a felső centrális kvadráns is. Saját gyakorlatomban sok tumort írnak le 12 óra irányban, és értelmezésem szerint ez felelne meg a felső centrális kvadránsnak, és sokat írnak le a külső középső kvadránsban, ami bal mell esetén a 3 óra, jobb esetén a 9 óra központú negyed lenne. Kérem a táblázatban szereplő egyéb kategória pontosabb kifejtését, és a kérdés kapcsán a szerző saját véleményét a multifokális és multicentrikus szakszavak definíciójáról, ezek elkülönítésének jelentőségéről!

5./ A betegek életkorára vonatkozóan sok részletben vannak adatok. Van-e adat arra vonatkozóan, hogy az onkoplasztikus műtéteket végző vagy nagyobb számban végző sebészek életkora hogyan viszonyul az ilyen műtéteket nem vagy kisebb számban végző sebészek életkorához? Azaz van-e adat, ami arra utalna, hogy van egy generáció, amelyik már nem lépi meg ezt az innovációt?

6./ Az egyik legújabb rész az 5.5 fejezetben tárgyalt túlélési különbség a szervmegtartó műtétek és a masztektómiák betegei körében, az előbbi műtét típus javára. Bernard Fisher (nem FISCHER) és Umberto Veronesi szeminális vizsgálatai igazolták, hogy a korai emlőrákok esetén a szervmegtartás (sugarterápiával kiegészítve) 30 év tükrében is van olyan jó

onkológiai eredményű, mint a szerv eltávolítása. De itt felmerül, hogy jobb is, amire a szerző több irányban is vázol okokat, de megemlíti, hogy nem vizsgált tényezők és betegszelekció is lehet a jobb eredmények hátterében. Az 54-55. táblázatokban a többváltozós elemzések eredményei szerepelnek, a teljes és emlőrákspecifikus túlélésre vonatkozóan (utóbbiban sajnos sorelcsúszás is van). Mindkettőben a stádium szerepel, és független tényezőnek bizonyul. Ugyanakkor ezt a tényezőt a tumorméret (T kategória) és nyirokcsomóstátusz (N kategória) egyaránt befolyásolják, és az előbbi sokkal jobban kihat a műtéti típusra; mindkettő önálló prognosztikai paraméter. Tumorméretbeli különbségek nem állhatnak a szervmegtartó műtétek jobb prognózisa hátterében? (A 4.2. fejezet azt sugallná, hogy nem, de ez a közölt többváltozós elemzésből sajnos kimaradt, miért?)

7./ Szintén az 55. táblázattal kapcsolatos kérdésem: Mivel magyarázza, hogy két ordinális változó esetén is (grádus és stádium) a III-as kategóriában a legrosszabb a prognózis, ami miatt ez a referencia, azaz 1-es kockázati arány, de a közepesen differenciált tumorok kockázati aránya látványosan magasabb, mint a jól differenciáltaké, és a II. stádiumú daganatoké is magasabb, mint az I. stádiumúaké?

8./ 2019-ben azt javasolták, hogy a regiszterekben az onkoplasztikus szervmegtartó műtétek külön kategóriát alkossanak. Ez megvalósult-e bárhol, és ha igen, akkor hol?

9./ Végezetül észrevételezem, hogy az utolsó részben standard szervmegtartó műtétek mellett írták le a jobb túlélést masztektómiához viszonyítva, és értelmezésem és a leírtak szerint, ez az evidencia nem szól onkoplasztikai műtétekkel kezeltre, mivel ilyen betegek nem szerepeltek az elemzettek között. Nem nagy extrapoláció-e azt állítani a standard szervmegtartó műtétek túlélése alapján, hogy onkoplasztikai műtétek esetében is jobb a túlélés (még ha erre vannak is más irányú adatok, pl. a 4.7. fejezet eredményei)? A kérdést azért is helyénvalónak tartom, mivel az értekezés egy része pont arról szól, hogy az onkoplasztikai műtétek révén kezelt betegek tumoraik tekintetében közelebb esnek a hagyományosan masztektómiával kezelt betegekhez, valamint, hogy az onkoplasztikai műtéteket mind a standard szervmegtartó műtétektől, mind a masztektómiáktól elkülönülten kell regisztrálni, és elemezni.

Összefoglalva, a néhol igénytelen forma és nyelvhasználat ellenére a tartalma miatt alkalmasnak tartom a művet az MTA doktora fokozat megszerzésére, kritikai észrevételeim és kérdéseim megfelelő megválaszolása mellett.

Függelék

Nyelvtani hibák, elütések, következetlenségek az első 20 oldalról:

Nyelvtani, nyelvhasználati hibák

- 8. old.: the use neoadjuvant therapy - the use of neoadjuvant therapy
- 9. old.: These two steps benchmarking is - This two-step-benchmarking is
- 10. old.: The studies included in this thesis dating back to the late 2000s. – date back (különben nincs állítmány)
- 10. old.: my thesis is focuses – my thesis is focused / my thesis focuses
- 12. old.: between breast oncological surgeon and plastic surgeons. - between breast oncological surgeons and plastic surgeons.
- 15. old.: ...evaluated over [...] studies reported ... - evaluating (vagy mellékmondatos szerkezet vesszővel, és optimálisan kötőszóval elválasztva)
- 15. old.: rate of 10.8% [...] rate 6.0% and [...] rate 6.2% - rate of 6.0% and [...] rate of 6.2%
- 15. old.: lower than sBCS - lower than in sBCS

Alany és állítmány egyeztetésének hibái:

- 9. old.: ...patients [...] has - have
- 10. old.: their oncological safety have already – safety has
- 11. old.: The goal of BCT is tumour free resection margins and good local control.[...] – The goals [...] are [...] margins and [...] control
- 13. old.: Involved surgical margins occurs - occur
- 15. old.: wider resections resulting from OBCS procedures does not obviate – do not
- 15. old.: displacement procedures are [...] OBCS procedure and this... – are OBCS procedures and these (they?)...
- 18. old.: local recurrence after BCT for non-triple negative breast cancer have - has
- 20. old.: non-invasive breast cancer and stage 0 was - were

Központozás:

- 11. old.: however the percentage – however, the percentage
- 12. old.: in studies over half... - in studies, over half
- 13. old.: recurrence rates advocates of - recurrence rates, advocates of
- 15. old.: In patients with positive margins the subsequent – margins, the
- 18. old.: ...a few studies however havea few studies, however, have
- 18. old.: acceptable however reported – acceptable, however, reported
- 20. old.: grade, nodal disease however the – disease, however, the

- 20. old.: Between the groups there was - groups, there
- 20. old.: Compared to sBCS (n=3559) patients undergoing OBCS – (n=3559), patients
- 20. old.: group however they – group, however, they
- 20. old.: groups there was – groups, there was

Elütések:

- Tartalomjegyzék: References 2211 – 221
- 11. old.: clinical practise - clinical practice
- 11. old.: clinical practise - clinical practice
- 12. old.: sub speciality – subspeciality
- 16. old., 18. old.: OBCs – OBCS
- 18. old.: under reported - underreported

Következetlenségek:

- Rövidítések jegyzéke: cPR – complete pathological response – elfogadottabban pCR: pathological complete response/regression (vs cCR)
- Rövidítések jegyzéke: egy kifejezés kétféle rövidítése (mastectomy: Ms v Mast)
- 8. old.: OBCS rövidítés első előfordulásakor nem kerül definiálásra, ugyanakkor lentebb teljesen kiírásra kerül, aminek elkerülése lenne a rövidítések értelme: oncoplastic breast conservation surgery; majd később definiálásra is kerül... (11. old.)
- 8. old.: TGFβ - nem definiált, a rövidítéslistából is hiányzó elem (V.ö. ER, PR, HER2!)
- 12. old.: DCIS első előfordulásakor nem kerül feloldásra.
- 13. old., 15. old.: standard BCS, holott korábban már szerepel sBCS.
- 16. old.; 2. táblázat: Mx: mastectomy rövidítésére; a rövidítések listájában kettő mastectomy rövidítés is szerepel, de ezek egyike sem ez; ráadásul utána nem is konzekvensen használja a szerző, azonos oldalon is többször kiírva szerepel a mastectomy.
- 17. old.: BCT helyett breast conservation treatment
- 17. old.: OS és BCSS előbb szerepel rövidítésként, mint ahogy definiálva lenne
- A 2. táblázatban van ** lábjegyzet, de a táblázatban nincs ** jelzés.
- 20. old.: HER2 és ER nincs definiálva első megjelenéskor.
- 20. old.: A már definiált OS, RFS helyett teljes kifejezések szerepelnek.