Chirurg 2016 · 87:1080
 DOI 10.1007/s00104-016-0323-x
 Online publiziert: 4. November 2016
 © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

K. Hekmat¹ · C. Bruns²

¹ Klinik und Poliklinik für Herz und Thoraxchirurgie der Universität zu Köln, Köln, Deutschland

² Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral- und Tumorchirurgie, Universität zu Köln, Köln, Deutschland

Thymektomie bei Myasthenia gravis

Originalpublikation

Wolfe GI et al (2016) Randomized trial of thymectomy in myasthenia gravis. *N Engl J Med* 375(6):511–522

Hintergrund. Die erste Thymektomie bei Myasthenia gravis wurde vor etwa 75 Jahren von A. Blalock durchgeführt. In einer Serie von 6 Patienten hatten schon damals 3 einen günstigen Verlauf der Myasthenia gravis nach Thymektomie. Trotzdem wird die Thymektomie bei Myasthenia gravis immer noch kontrovers diskutiert. Der Hauptgrund hierfür ist, dass es bisher keine randomisierte, kontrollierte Studie hierzu gab. Die vorliegende Studie von Wolfe et al. vergleicht erstmals in einer multizentrischen, randomisierten Studie Patienten mit einer Thymektomie in Kombination mit Prednisolon mit Patienten unter alleiniger medikamentöser Therapie.

Methoden. In die Studie wurden alle Patienten in einem Alter von 18 bis 65 Jahren mit einer generalisierten Myasthenia gravis ohne Thymomnachweis im Thorax-Computertomogramm (CT) eingeschlossen. Die Patienten hatten einen Krankheitsverlauf unter 5 Jahren und waren im Stadium II–IV nach der Klassifikation der MGFA (Myasthenia gravis Foundation of America). Alle Patienten hatten erhöhte Konzentrationen von Antikörpern gegen den Acetylcholinrezeptor. Die Patienten wurden über einen 3-jährigen Zeitraum beobachtet und mit einem verblindeten, quantitativen Myasthenia-gravis-Score bewertet.

Ergebnisse. Insgesamt konnten 126 Patienten zwischen 2006 und 2012 an

36 Standorten randomisiert werden. Der quantitative Myasthenia-gravis-Score lag bei den Thymektomiepatienten signifikant niedriger als in der Prednisolongruppe (6,15 vs. 8,99, $p < 0,001$), außerdem hatten die Thymektomiepatienten einen geringeren Bedarf an Prednisolon (44 mg vs. 60 mg, $p < 0,001$). Der Bedarf an einer Immunsuppression mit Azathioprin zeigte ebenfalls eindeutige Vorteile für die Thymektomiegruppe (17 % vs. 48 %, $p < 0,001$). Krankenhausaufenthalte wegen akuter Exazerbationen wurden gleichermaßen häufiger in der reinen Prednisolongruppe beobachtet (9 % vs. 37 %, $p < 0,001$). Bei den therapiebedingten Komplikationen zeigten sich keine bedeutenden Unterschiede ($p = 0,73$). Die Thymektomiegruppe zeigte substanziiell niedrigere Komplikationen bezüglich der immunsuppressiven Medikation ($p < 0,001$) sowie der symptombezogenen Distressgrade ($p = 0,003$).

Fazit des Reviews. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigten eindrücklich, dass die Thymektomie deutlich bessere klinische Ergebnisse über einen Zeitraum von 3 Jahren bei Patienten mit Myasthenia gravis erbringen kann. Dies trifft selbst für Patienten mit einer Myasthenia gravis zu, bei denen im Thorax-CT kein Thymom nachweisbar war. Speziell in dieser Gruppe bestand bisher eine große Unsicherheit, ob eine chirurgische Intervention sinnvoll ist. Thymome kommen bei etwa 15 % aller Patienten mit Myasthenia gravis vor. Thymome metastasieren in der Regel nicht, Schädigungen benachbarter Strukturen im Rahmen ihres raumfordernden Wachstums können jedoch vorkommen.

Deshalb sollten Thymome immer einer Thymektomie zugeführt werden. Bei der vorliegenden Studie wurden alle Patienten über einen transsternalen Zugang einer Thymektomie unterzogen. In den letzten Jahren hat sich jedoch die minimalinvasive Thymektomie zunehmend etabliert. Da die Thymektomie zu den seltenen thoraxchirurgischen Eingriffen gehört, sollte die Indikation zur Thymektomie in einem zertifizierten interdisziplinären Myasthenia-gravis-Zentrum gestellt und die Thymektomie letztendlich auch in diesem Zentrum durchgeführt werden.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K. Hekmat

Klinik und Poliklinik für Herz und Thoraxchirurgie der Universität zu Köln
 Kerpener Straße 62, 50937 Köln, Deutschland
 khosro.hekmat@uk-koeln.de

Interessenkonflikt. K. Hekmat und C. Bruns geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.