Chirurg 2019 · 90 (Suppl 2):S109
<https://doi.org/10.1007/s00104-019-0831-6>
 Online publiziert: 13. Februar 2019
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2019

H. Dralle

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie,
 Universitätsklinikum Essen, Essen, Deutschland

Ist die Autotransplantation im Rahmen der Parathyreoid-ektomie beim sekundären Hyperparathyreoidismus überholt?

Originalpublikation

Schlosser K, Bartsch DK, Diener MK et al (2016) Total parathyroidectomy with routine thymectomy and autotransplantation versus total parathyroidectomy alone for secondary hyperparathyroidism. *Ann Surg* 216:745–753

Hintergrund und Fragestellung. Durch den nephrologischen Einsatz von Cinacalcet hat sich die Anzahl der wegen eines renalen Hyperparathyreoidismus (sHPT) durchgeführten Parathyreoidektomien in vielen Zentren reduziert, sodass die Frage der individuell optimalen Resektionsstrategie in den Hintergrund getreten ist, obwohl hierzu weiterhin keine einheitlichen Standards bestehen. Die vorliegende Pilotstudie (TOPAR PILOT Trial) sollte daher in einem prospektiv randomisierten Design die Frage klären, ob die Durchführung einer alleinigen totalen Parathyreoidektomie (TPTX) hinsichtlich der 3-Jahres-sHPT-Rezidivrate der TPTX plus Autotransplantation (AT; TPTX + AT) überlegen ist.

Material und Methoden. Eingeschlossen wurden Patienten mit sHPT, die vor der Parathyreoidektomie (PTX) bei >10-fach erhöhtem Parathormon (PTH) entweder

hyperkalzämisch waren oder normokalzämisch in Verbindung mit einer renalen Osteopathie. In die Studie wurden auch 27 Patienten eingeschlossen, die im ersten Jahr post-PTX ein Nierentransplantat erhielten. Bei allen PTX-Patienten wurden alle 4 oder mehr Nebenschilddrüsen (NSD) entfernt. In der TPTX-Gruppe erfolgte nur dann eine ipsilaterale zervikale Thymektomie, wenn auf der betreffenden Seite weniger als 2 NSD gefunden wurden. In der TPTX + AT-Gruppe erfolgte routinemäßig eine bilaterale zervikale Thymektomie (bcT) mit AT des am normalsten erscheinenden NSD-Gewebes in den Nicht-Shunt-Arm des Patienten. Alle Patienten wurden postoperativ mit Kalzium/Vitamin D substituiert.

Ergebnisse. Sieben deutsche Zentren nahmen an der Studie teil, 100 Patienten wurden eingeschlossen. Bei 5 % der operierten Patienten erfolgte eine Resektion von weniger als 4 NSD. In der TPTX-Gruppe wurde bei 5/52 (9,6 %), in der TPTX + AT-Gruppe bei 46/48 (95,8 %) Patienten eine uni- oder bilaterale (TPTX) oder bilaterale (TPTX + AT) zervikale Thymektomie durchgeführt. Drei Patienten hatten einen persistierenden (TPTX: 1/52; TPTX + AT: 2), 4 Patienten einen rezidivierenden sHPT. Letzterer trat ausschließlich in der TPTX + AT-Gruppe, und dort nur in einem der 7 Zentren auf.

Diskussion und Fazit. Angesichts der niedrigen Fallzahl und der nur in einem der 7 Zentren aufgetretenen sHPT-Rezidive konnte die Frage der Überlegenheit eines der geprüften Resektionsverfahrens nicht beantwortet werden. Darüber hinaus enthält die Studie mehrere gravierende methodische Mängel (keine einheitliche Supervision der Studie mit der Konsequenz, dass alle Rezidive in einem einzigen Zentrum vorkamen; 27 Patienten erhielten post-PTX ein Nierentransplantat, hätten somit aus der Studie ausgeschlossen werden müssen; eine zervikale Thymektomie wurde bei der einen Gruppe in 10 %, in der anderen Gruppe in 96 % der Fälle durchgeführt), sodass weiterhin offen bleibt, ob die Durchführung einer Autotransplantation noch einen sinnvollen Stellenwert im Rahmen der Chirurgie des sHPT hat.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. H. Dralle, FRCS, FACS, FEBS

Sektion Endokrine Chirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Universitätsklinikum Essen
 Hufelandstr. 55, 45147 Essen, Deutschland
henning.dralle@uk-essen.de

Interessenkonflikt. H. Dralle gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag wurde erstpubliziert in *Der Chirurg* (2017) 88:342–343. <https://doi.org/10.1007/s00104-017-0395-2>