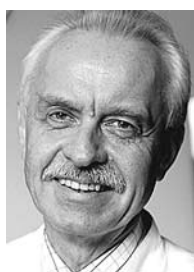


Komentarz

prof. dr hab. n. med. Wojciech Dyszkiewicz

Katedra Kardio-Torakochirurgii i Klinika Torakochirurgii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Mimo że historia chirurgicznego leczenia miastonii liczy już 100 lat, nadal istnieją kontrowersje dotyczące wskazań do tymektomii i samej sensowności jej wykonywania, doboru techniki chirurgicznej oraz oceny odległych wyników tego leczenia. Trudności w ocenie wyników chirurgicznego leczenia miastonii wynikają z wielu przyczyn, a jedną

z ważniejszych jest brak ujednoliconej oceny przedoperacyjnego i pooperacyjnego stanu chorego na miastenię. Żadna z dotychczas stosowanych metod klasyfikacji (Osserman, Oosterhuis, MGFA, Besinger i inne) nie daje możliwości pełnej integracji obiektywnego stanu neurologicznego pacjenta z jego subiektywnym odczuciem pooperacyjnej poprawy. Innym problemem w ocenie wyników chirurgicznego leczenia miastonii jest retrospektywny charakter publikowanych analiz. Badane grupy są często niejednorodne pod względem patologii grasicy, postaci i stopnia zaawansowania choroby, rodzaju i czasu trwania przedoperacyjnych objawów i wreszcie zastosowanego dostępu operacyjnego i doszczędności wycięcia grasicy. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym ocenę wyników leczenia, o którym też należy pamiętać, jest spontaniczna remisja miastonii, występująca w ok. 15% przypadków. Dlatego wybór tematu publikacji uważam za niezwykle trafny, szczególnie, iż zaplanowane badanie było badaniem z randomizacją i miało charakter prospektywny. Celem pracy było porównanie skuteczności leczenia chirurgicznego miastonii za pomocą dwóch metod: tymektomii przezmostkowej i wideotorakoskopowej. Zakładając, że oba typy operacji były pod względem doszczędności wycięcia grasicy podobne (tzw. rozszerzona tymektomia), to głównym celem pracy staje się zbadanie wpływu dostępu operacyjnego do grasicy na uzyskane wyniki le-

czenia. Autorzy omawiają zastosowane przez nich metody operacyjne, potwierdzając spostrzeżenie uczynione przez innych chirurgów, iż pod względem doszczędności resekcji grasicy były one porównywalne. Wprawdzie dostęp przez prawą jamę opłucną utrudnia lub uniemożliwia operowanie w okolicy okienka aortalno-płucnego i dolnego zachyłka przeponowo-osierdziowego lewego, jednak większość autorów jest zgodna, że prawostronna wideotorakoskopia jest bezpieczniejsza i umożliwia bardziej radykalną resekcję niż wykonana po stronie lewej. Zastosowanie dodatkowego cięcia szyjnego u chorych, u których wykonano tymektomię wideotorakoskopową zwiększyło pewność usunięcia rogów górnych gruczołu oraz potencjalnych ognisk ektopowych na szyi. Stwierdzenie porównywalności zastosowanych metod operacyjnych w aspekcie doszczędności tymektomii jest niezwykle ważne w świetle rozważań dotyczących trudności w ocenie odległych wyników tymektomii w miastonii. Uzyskane wyniki w części potwierdzają te, które uzyskali inni autorzy, a w części są oryginalne. I tak potwierdzono, iż zabiegi wideotorakoskopowe są obciążone mniejszą liczbą powikłań, w tym ciężkich, takich jak: niewydolność oddechu (respirator), krwawienia pooperacyjne i porażenie nerwów przeponowych. Resekcja wideotorakoskopowa zmniejsza obszar uszkodzenia operacyjnego, skraca czas pobytu w szpitalu i przyczynia się do korzystnego efektu kosmetycznego. Najważniejsze są jednak spostrzeżenia dotyczące odległego wyniku tymektomii w przebiegu miastonii. W grupie tymektomii torakoskopowej całkowitą, stabilną remisję uzyskano u 4% chorych, poprawę u 64% chorych, stan chorych nie zmienił się u 5% badanych, a pogorszenie zanotowano u 14% chorych. W grupie tymektomii przezmostkowej nie było całkowitej, stabilnej remisji, ale poprawa wystąpiła aż u 95% chorych, a pogorszenie tylko u 5% badanych. W sumie pozytywnych wyników (remisji

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Wojciech Dyszkiewicz, Katedra Kardio-Torakochirurgii i Klinika Torakochirurgii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, ul. Szamarzewskiego 62, 60-569 Poznań, tel. +48 61 665 43 49, faks +48 61 665 43 53, e-mail: thorax@usoms.poznan.pl

lub poprawy) było 68% w grupie torakoskopowej operacji i 95% u operowanych z dojścia przez mostek. Zwraca uwagę niski odsetek remisji w obu badanych grupach, który autorzy słusznie tłumaczą przyjętymi przez nich rygorystycznymi kryteriami oceny wg klasyfikacji MGFA. Dyskusyjne jest stwierdzenie przez autora korzystniejszych, odległych wyników leczenia miastonii po resekcji grasicy z dostępu przezmostkowego. To najważniejszy i najbardziej interesujący wniosek z wykonanych badań i wymaga szerszej interpretacji, szczególnie w odniesieniu do oceny doszczętności wycięcia tkanki grasiczej w obu badanych grupach.

W przedstawionej pracy autorzy nie wykazali zależności uzyskanych wyników leczenia miastonii od płci, wieku i czasu trwania choroby.

Publikacja ma duże znaczenie kliniczne, gdyż jest jedną z nietatwych prób znalezienia, w oparciu o zasady medycyny opartej na faktach (ang. *evidence-based medicine* – EBM), optymalnego sposobu chirurgicznego leczenia miastonii. Praca będzie miała jeszcze większą wartość, gdy autorzy przedstawią wyniki po 5 latach od operacji, którymi zapewne już dysponują.