

## Editör'e Mektup

### Timoma'lı ve Timoma'sız Tüm Myasthenia Gravis Vakalarında Maximal Timektomi Gerçekten Gerekli mi?

Sayın Editör;

Editörü bulunduğunuz GKD Cerrahisi Dergisi'nde 1994 yılında yayınlanan (2:8-11), "Myasthenia Gravis'de Timektomi'nin Yeri" adlı makale hakkında (Yüksel ve ark.) bazı eleştiri ve eklemelerimiz olacaktır.

Öncelikle vaka sayısı (3 vaka) bahsedilen sonuçları çıkarmak için çok yetersizdir. Standart timektomi (Classic Extrapleural Transsternal Thyrectomy = CETT) yapılan 1 olgunun timoma'sız, maximal timektomi (MT) yapılan 2 olgunun da timoma'lı olduğu gözönüne alındığında, tüm myasthenia gravis (MG) vakalarında maximal timektominin endike olduğu sonucu çıkarılamaz. CETT yapılan ve timoma'lı olan ve MT yapılan ve timoma'sız olan hiç olgu yoktur.

Ayrıca semptomların 2 yıldan daha uzun süredir varlığı halinde, timektominin pratik bir önemi olmadığından bahsedilmiş ki, biraz sonra değineceğimiz gibi, tecrübelerimiz bunun böyle olmadığını göstermektedir. Elbette, erken ameliyatla daha iyi sonuçlar alınmakla birlikte, semptomları 2 yıldan daha uzun süreler var olan olgularda da pratik olumlu sonuçlar almış bulunmaktayız.

Diğer önemli bir nokta da, ameliyattan sonra olumlu sonuçların, bazı vakaların ilk birkaç ayda, çoğu vakada ilk 3-4 ayda alınmaya başlandığı ve optimal sonuca en erken 1 yılda ulaşıldığıdır. Yazıda, çıkarılan sonuçlara ne kadar sürede ulaşıldığı çok önemli olmasına rağmen değinilmemiştir. Hastalar 3-4 yıla kadar uzayan bir düzelme periyodu geçirmektedir.

Kliniğimizde, 1980-1993 yılları arasında, MG'li 213 hastayı ameliyat ettik. Hastalarımızın ortalama izlem süreleri, 6,7±3,1 yıldır. En genç hastamız 9, en yaşlısı 71 yaşındadır. Semptomların süresi 3 ay ile 6 yıl arasında değişmekte idi.

Hastaları 2 gruba ayırdık. Grup I hastalar CETT yapılan 115 hastadır ki, bu grupta 14 hasta da timoma'lı MG olgusudur. Grup II'de MT yapılan 98 hastadır ki, bu grupta da 9 hastada timoma mevcuttu. Bu hastaların uzun dönem takipleri sonunda istatistiksel olarak da anlamlı olan şu sonuçlara vardık:

- Timoma'lı MG olgularında, ister MT isterse de CETT yapılsın, sonuçlar yüzgüldürücüdür. Sadece 2 hastada rekürrens gördük, ki bunlardan biri CETT yapılan, diğeri de MT yapılan grupta idi.
- Timoma'sız hastalarda ise MT yapılan olguların sonuçları anlamlı olarak daha iyidir.
- Mortalite ve morbiditeye etki eden faktörler ise şunlardır: Yaşın 50'nin üstünde olması, beraberinde koroner arter hastalığı gibi ek hastalıkların olması, Doosterhilus klasifikasyonuna<sup>(1)</sup> göre preoperatif klinik stage'in 4 ve üstü olması, semptomların 1 yıldan daha uzun , süredir varolması ve preoperatif olarak kortikosteroid tedavisi almaması.

Kendi tecrübelerimize dayanarak, bahsedilen makaledeki CETT yapılan 1. vakaya (timoma'sız MG), tabiki

MT yapılsa daha faydalı olunabilirdi. Diğer 2 timoma'lı hastaya ise CETT de yapılsa sonuçları yine çok iyi olabilirdi kanaatindeyiz. Dünya literatüründe bile tartışılabilir<sup>(2)</sup> bu konuda 3 vaka ile "Bu sonuç standart timektominin myasthenia gravis tedavisinde yeterli bir yaklaşım olmadığını göstermektedir" şeklinde kesin bir yargıya varmak doğru değildir. Biz, 213 vakalık serimizdeki (ki dünyanın en büyük serilerinden biridir) tecrübelerimize dayanarak, timoma'sız hastalarda MT, timoma'lılarda ise CETT uygulamasının yeterli olacağını düşünmekteyiz.

#### Kaynaklar

1. Doosterhuis HJGH: The natural course of myasthenia gravis: A long-Lerm follow-up study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 52:1121, 1989.
2. Jaretzki A, Wolff M: Maximal thymectomy for myasthenia gravis. J Thorac Cardiovasc Surg 96:711, 1988.

Yrd. Doç. Dr. Sinan Arsan  
Prof. Dr. Ahmet Yüksel Bozer  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Toraks ve Kalp-Damar Cerrahisi Anabilim Dalı

#### Yanıt:

Sayın Arsan,

Eleştiri ve eklemelerinizi içeren yazınızı okudum. 213 olgulu seriniz beni, gerçekten çok etkiledi.

Tabiidir ki 3 olguluk bir çalışma ile belli bir cerrahi yöntemi savunmak akılcı değil. Makalemin girişindeki son cümle olan "bu sonuç standart timektominin Myasthenia Gravis tedavisinde yeterli bir yaklaşım olmadığını göstermektedir" cümlesine yapılan haklı eleştirinin yanıtı, yine makalemin tartışma bölümündeki son paragraf olan "timektomi ile tedavi ettiğimiz 3 MG'li olgu da istatistiksel olarak kesin bir şey söylemek mümkün olmasa da maksimal timektomi tekniğinin, standart timektomi tekniğine tercih edilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Maksimal timektomi tekniği, rezidüel timus dokusunun kalma olasılığının en az olduğu ameliyat tekniğidir. Bu nedenle MG'li hastalarda maksimal timektomi operasyonu uygulanmalıdır" bölümünde verilmiştir.

Olgularımızdan 1 olgu 5 yıldır, diğer iki olgu ise 3 yıldır takip edilmektedir.

Ayrıca makalemiz "review article" şeklinde hazırlanıp literatürdeki geniş vaka serilerinin (sayılar sizin ki kadar olmasa da) sonuçları verilerek derlenmiştir<sup>(1,4)</sup>.

Saygılar sunar, çalışmalarınızda başarılar dilerim.

#### Kaynaklar

1. Fischer JE, Grinvolski HT, Nussbom MS, Soyers HJ, Cole RE, Samana FJ: Aggressive surgical approach for drug free remission from myasthenia gravis. Ann Surg 205:496,1987.
2. Jaretzki A, Wolff M: Maximal thymectomy for myasthenia gravis. J Thorac Cardiovasc Surg. 96:747, 1988.
3. Jaretzki et al: Maximal thymectomy for myasthenia gravis. J Thorac Cardiovasc Surg. 95:747,1988.
4. Fukai I, Funata Y, Mizuno T, Hashimoto T, Masaoka A: Distribution of thymic tissue in the mediastinal adipose tissue. J Thorac Cardiovasc Surg. 101:1099,1991.

Doç. Dr. Mustafa Yüksel  
Marmara Üniv. Göğüs Kalp ve  
Damar Cerrahisi Anabilim Dalı