

TİROİD OFTALMOPATİSİNDE TEDAVİ YÖNETİMİ

Burak ULAŞ¹

GİRİŞ

Tiroid oftalmopati, otoimmün tirotoksikoz sonucunda orbitada idyopatik lenfositik bir inflamasyonun ortaya çıkması durumudur (1-3). Bu klinik durum birçok isim adı altında adlandırılmakla beraber (Distiroid oftalmopati, distiroid ekzoftalmus, Graves orbitopati, Graves oftalmopati, tiroid orbitopati, tiroid göz hastalığı, tiroid ilişkili göz hastalığı), bunun nedeni patogenezi ile ilgili tam aydınlatılmayan kısımlar varlığı olup başlıca tiroid stimulan hormon reseptörlerine karşı gelişen otoantikörlerin neden olduğu bilinmektedir (2-5). Bu antikörlerle tiroid dışı bulguların gelişimi arasındaki ilişki tam olarak aydınlatılmış olmasa da, orbita dokusu ile tiroid bezinin ortak antijenlerinin (TSH-R gibi) otoimmün reaksiyonda rol oynayabileceği düşünülmektedir (3-6). Tiroid oftalmopati hastaları arasında %90 Graves hipertiroidizm, %6 ötiroidi, %3 Hashimoto tiroiditi, %1 primer hipotiroidizm mevcuttur (3-8). Graves hastalığının birçok tiroid dışı bulgusu mevcut olmakla beraber (proksimal myopati, pretibial miksödem, akropati, kilo kaybı, kardiak aritmiler, vitiligo, kirpik kaybı, oftalmopati), en sık görülen tiroid

dışı bulgusu oftalmopatidir (5-8). Göz bulguları hastalık kliniğinin bir parçası olmasına rağmen, genellikle sistemik bulgular ve oftalmolojik bulgular birbirinden bağımsız seyir gösterebilmektedirler. Tanısının konulması göz hekimlerince nispeten kolaydır ancak tedavisi güç olan bir durumdur. Hastaları hem fiziksel hem de psikolojik olarak etkileyebilen kronik ve progresif bir hastalıktır (4-8). Otoimmünesiyle birlikte yaklaşık 24-36 ay içinde kendisini sınırlayan bir klinik progresyona sahiptir. Çoğunlukla hipertiroidi görülmekle beraber hastalarda hipotiroidi veya ötiroidi görülebilmektedir. Tiroid oftalmopati, hipertiroidi bulguları ile beraber görülebileceği gibi bazı olgularda sistemik bulgulardan daha önce de göz bulguları görülebilir (2-6).

TİROİD OFTALMOPATI PATOGENEZİ

Tiroid oftalmopati orbitayı etkileyen en sık orbita hastalığıdır (6,7). Erişkinlerde unilateral veya bilateral görülen proptozisin en sık nedenidir (6-8). Otoimmün hastalıkta retroorbital doku ve ekstraokuler kaslar fibroblastların hedef dokuları olup, aktivasyonu sonucu gelişen gliko-

¹ Uzm. Dr., Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı, drburakulas@gmail.com

uygulanmalıdır (1-3,22). Dekompresyon cerrahisi sonrası apekteki hidrostatik basınç ve konjesyon azalır, vasküler perfüzyon ve akım artar. Cerrahi sonrası optik nöropatide iyileşme yanıtı hızlıdır (6-8,22).

Kısıtlayıcı myopati tedavisinde hastalığın sessiz evrede ve kayma miktarının 6 aylık dönemde stabil olması gerekmektedir (23). Burada tedavide amaç primer ve okuma pozisyonunda diplopi mevcudiyeti varsa düzeltip binoküler tek görmeyi sağlayabilmektir. Kısıtlayıcı myopati geliştirse hastaya oküler hipertansiyon takibi ve kontrolü de yapılmalıdır (6-8). Küçük açılı kayma varlığında diplopi varsa prizma camlı gözlükler denebilir. Ancak prizma camlı gözlüklerle hastanın şikayetlerinde rahatlama görülmezse veya daha büyük açılı kaymalarda şaşılık cerrahisi planlanmalıdır. Ayarlanabilir sütünle geriletme ameliyatları en çok tercih edilen tekniktir. Bu hastalarda rezeksiyon uygulanmamaktadır (6-8,23).

Gelecekte yapılacak çalışmalar ile tiroid oftalmopati patogenezinin tam olarak anlaşılması ve hedefe yönelik tedavi planlamalarıyla hastalığın tedavi ve yönetimindeki başarılar arttırılabilecektir (1,3,11,13). Geliştirilmekte olan yeni ajanlara (rituksimab, tocilizumab, etanercept, infliximab, teprotumumab) ek olarak yeni çalışmalarla inflamatuvar sitokin ve otoantikörlerin üretiminin engellenmesi ile tiroid oftalmopati yönetiminde ilerlemeler görülebilecektir (11,13,18,24,25).

SONUÇ

Tiroid oftalmopatide hastalığın aktivite durumu ve evresine göre yönetim kararı verilmektedir. “Hastalık yoktur hasta vardır” klinik sözü oftalmolojide bu hastalık için çok uygundur. Her hastanın kliniğine ve şiddetine göre farklı yaklaşımlarla takip etmemiz gerekmektedir. Bazen izlem yeterli iken, bazı hastalarda medikal bazı hastalarda cerrahi tedavi yaklaşımı ile değerlendirmek gerekmektedir. Ancak burada tedaviye

karar verilirken olguların hangi evrede (aktif/inaktif) ve hangi şiddette (hafif/orta/ağır) olduğunun değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hodgson NM, Rajaii F. Current understanding of the progression and management of thyroid associated orbitopathy: A systematic review. *Ophthalmol Ther* 2020; 9: 21-33.
2. Verity DH, Rose GE. Acute thyroid eye disease (TED): Principles of medical and surgical treatment. *Eye* 2013; 27: 308-319.
3. Mishra S, Maurya VK, Kumar S, et al. Clinical management and therapeutic strategies for the thyroid associated ophthalmopathy: Current and future perspectives. *Curr Eye Res.* 2020; 45(11): 1325-1341.
4. Subekti I, Soewondo P, Soebardi S. Practical guidelines management of Graves ophthalmopathy. *Acta Med Indones.* 2019; 51(4): 364-371.
5. Weiler DL. Thyroid eye disease: a review. *Clin Exp Optom.* 2017; 100(1): 20-25.
6. Kanski J.J., Bowling B. (2011). *Klinik Oftalmoloji.* (Yonca A. Akova, Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
7. Holds J.B., Chang W.J., Durairaj V.D. (2011). *Basic and clinical science course: Orbit, eyelids and lacrimal system.* San Francisco, CA: American Academy of Ophthalmology.
8. O'Dwyer Aydın P, Akova Y. (2015). *Temel Göz Hastalıkları* (3. Baskı). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
9. Barrio-Barrio J, Sabater AL, Bonet-Farriol E, et al. Graves' ophthalmopathy: VISA versus EUGOGO classification, assessment and management. *J Ophthalmol.* 2015; 2015: 249125.
10. Genere N, Stan MN. Current and emerging treatment strategies for Graves' orbitopathy. *Drugs* 2019; 79(2): 109-124.
11. Patel A, Yang H, Douglas RS. A new era in the treatment of thyroid eye disease. *Ophthalmol.* 2019; 208: 281-288.
12. Roos JCP, Murthy R. Update on the clinical assessment of thyroid eye disease. *Curr Opin Ophthalmol.* 2019; 30: 401-406.
13. Wang Y, Patel A, Douglas RS. Thyroid eye disease: How a novel therapy may change the treatment paradigm. *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2019; 5: 1305-1318.

14. Mourits M, Koornneef L, Wiersinga WM, et al. Clinical criteria for the assessment of disease activity in Graves' ophthalmopathy: a novel approach. *Br J Ophthalmol.* 1989; 73: 639-644.
15. Bartalena L, Baldeschi L, Boboridis K, et al. The 2016 European Thyroid Association/European Group on Graves' Orbitopathy Guidelines for the management of Graves' orbitopathy. *Eur Thyroid J.* 2016; 5: 9-26.
16. Li Q, Ye H, Ding Y, et al. Clinical characteristics of moderate-to-severe thyroid associated ophthalmopathy in 354 Chinese cases. *PLoS One* 2017; 12(5): e0176064.
17. Khong JJ, Finch S, De Silva C, et al. Risk factors for Graves' orbitopathy: The Australian thyroid-associated orbitopathy research (ATOR) study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2016; 101(7): 2711-2720.
18. Kotwal A, Stan M. Current and future treatments for Graves' disease and Graves's ophthalmopathy. *Horm Metab Res.* 2018; 50(12): 871-886.
19. Genere N, Stan MN. Current and emerging treatment strategies for Graves' orbitopathy. *Drugs.* 2019; 79(2): 109-124.
20. Marcocci C, Kahaly GJ, Krassas GE, et al. Selenium and the course of mild Graves' orbitopathy. *N Engl J Med.* 2011; 364(20): 1920-1931.
21. Kahaly GJ, Pitz S, Hommel G, et al. Randomized single blind trial of intravenous versus oral steroid monotherapy in Graves' orbitopathy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2005; 90(9): 5234-5240.
22. Wu CY, Niziol LM, Musch DC, et al. Thyroid-related orbital decompression surgery: A multivariate analysis of risk factors and outcomes. *Ophthalm Plast Reconstr Surg.* 2017; 33(3): 189-195.
23. Akbari MR, Mirmohammadsadaghi A, Mahmoodzadeh R, et al. Management of thyroid eye disease-related strabismus. *J Curr Ophthalmol.* 2020; 32(1): 1-13.
24. Stan MN, Garrity JA, Leon BGC, et al. Randomized controlled trial of rituximab in patients with Graves' orbitopathy. *J Clin Endocrinol Metab.* 2015; 100(2): 432-441.
25. Douglas RS, Kahaly GJ, Patel A, et al. Teprotumumab for the treatment of active thyroid eye disease. *N Engl J Med.* 2020; 382: 341-352.