

Tiroid Oftalmopatide Tanı Kriterleri

Seyhan B. ÖZKAN*, Meltem F. SÖYLEV**, Bekir S. ASLAN***, Sunay DUMAN****

ÖZET

Tiroid oftalmopati pekçok klinik bulgunun birarada görülmesiyle karakterize olan bir klinik tablodur. Kliniğimizde tiroid oftalmopati tanısı ile takip edilmekte olan 76 hastanın klinik ve laboratuvar bulguları gözden geçirildi. Her olgu için tanı koydurucu kriterler belirtildi. 3 olguda üst kapağın takipsizliği, 5 olguda üst limbal boyanma, 4 olguda ise yukarı bakışta göz içi basıncının artması muayene sırasındaki tek pozitif bulguydu. Bu olgularda tanı detaylı öykü ve bilgisayarlı tomografi sonuçlarıyla kesinlik kazandı. Tiroid oftalmopatili hastaların çok çeşitli ve silik yakınmalarla başvurabildiği görüldü. Bu nedenle ancak dikkatli bir muayenede ortaya çıkarılabilecek bazı bulguların laboratuvar desteğinde tanı koydurucu olabileceği sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: Tiroid oftalmopati, Proptosis

T Klin Oftalmoloji 1994. 3: 124-127

SUMMARY

THE DIAGNOSTIC CRITERIA IN THYROID EYE DISEASE

Thyroid eye disease is characterized by a combination of a variety of clinical signs. The clinical and laboratory findings of 76 patients were examined who were following up for thyroid eye disease in our clinic. The diagnostic criteria were reviewed for each patient individually. Lid lag in 3, superior limbal staining in 5, and increase of intraocular pressure on upgaze in 4 cases, were the only positive clinical signs for thyroid eye disease. In such patients the diagnosis was confirmed by detailed history and computed tomography of the orbit. It was observed that patients with thyroid eye disease may attend with slight and many different symptoms. It was concluded that the signs, that could only be realized during a careful examination, can be diagnostic with the confirmation of the diagnosis by laboratory findings.

Key Words: Thyroid eye disease. Proptosis

Turk J Ophthalmol 1994. 3: 124-127

Tiroid oftalmopati en sık görülen orbita hastalığıdır (1,2). Hipertiroidizm tiroid oftalmopatiye mutlak eşlik etmemekle birlikte, tiroid hormon düzeyleri yüksek olan olguların %30-50'sinde tiroid oftalmopati bulguları olduğu bildirilmiştir (3). Tiroid oftalmopati pekçok klinik bulgunun birarada görülmesiyle karakterize olan bir klinik tablodur. Tek veya çift taraflı proptozisin en sık ne-

deninin tiroid oftalmopati olması dolayısıyla bu bulgu pekçok göz hekimi tarafından tiroid oftalmopatinin patognomonik bulgusu olarak kabul edilmektedir. Oysa Hertel egzoftalmometri değeri 20 mm'nin üzerinde olan olguların tiroid oftalmopatili hastaların ancak %49.2'sini oluşturduğu bildirilmiştir (4).

Bu çalışmada tiroid oftalmopati nedeniyle takip edilmekte olan hastalardaki tanı koydurucu kriterler değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

SB Ankara Hastanesi Göz Kliniğinde tiroid oftalmopati tanısı ile takip edilmekte olan 76 hasta çalışma kapsamına alındı. Olguların tümünde detaylı bir öykü

Geliş Tarihi: 1.4.1994

Kabul Tarihi: 23.6.1994

* Op.Dr.SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Başasistanı

** Op.Dr.SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Uzmanı

*** Op.Dr.SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Şef Muavini

**** Op.Dr.SB Ankara Hastanesi Göz Kliniği Şefi. ANKARA

TIROID OFTALMOPATİDE TANI KRİTERLERİ

alındı. Oftalmolojik İncelemede görme keskinliği, ışık reaksiyonları, afferent pupilla defekti, Ishihara testi ile renkli görme, örtme testi, göz hareketleri, egzoftalmi derecesi, biyomikroskopik muayene ve stereoskopik fundus muayenesi, primer pozisyonda ve yukarı bakışta Goldmann'ın aplanasyon tonometresi ile göz içi basıncı (GİB) ölçümleri değerlendirildi. Görme keskinliğinde azalma, afferent pupilla defekti, renkli görmeye bozulma, fundus muayenesinde venöz dilataşyon, optik diskte ödem veya atrofi bulgularından biri ya da birkaçının varlığı optik nöropati kriteri olarak kabul edildi. Bu kriterlere göre optik nöropati düşünülen olgulara Goldmann perimetresi ile görme alanı tetkiki yapıldı. Kornea ve konjonktiva Rose-Bengal boyası ile incelendi.

Kapak retraksiyonu alt ve üst skleral açıklığının ve palpebral aralığının, üst kapağın takipsizliği ise aşağı bakışta üst skleral açıklığının basit bir cetvel yardımıyla ölçülmesi ile saptandı. Tüm olgularda TSH ile serbest T3 ve T4 düzeyleri bakıldı. 41 olguda orbital bilgisayarlı tomografi (BT) incelemesi yapıldı. Egzoftalmi derecesi Hertel egzoftalmometri ile ölçüldü. 20 ve üzerinde egzoftalmometri değeri olması ya da iki göz arasındaki ölçüm farkının 2'nin üzerinde olması proptosis kriteri olarak kabul edildi (5). Yukarı bakışta GİB'nin 4 ve üzerinde artması yukarı bakışta GİB artışı olarak kabul edildi Hareket kısıtlılığı 1'den 4'e kadar derecelendirilerek 0 ile -4 arasında değerlendirildi.

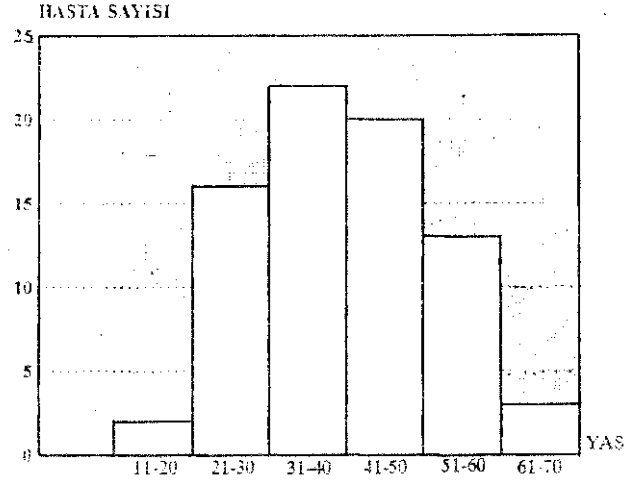
Bu çalışmadaki istatistiksel analizlerde Ki-Kare ve T testleri kullanıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Bulgular

Hastaların 50'si (%65.79) kadın, 26'sı (%34.21) erkek olup, cinsiyet dağılımı arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p < 0.05$).

Olguların yaşları 12 ile 67 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 39.85 idi. Yaşa göre hasta dağılımı Şekil 1'de görülmektedir. Olguların büyük çoğunluğunun 20 ile 60 yaş arasında toplandığı ve en fazla birikimin 30-40 yaş arasında olduğu dikkati çekmektedir ($p < 0.05$).

Öyküden alınan bilgiye göre semptomların ilk başlangıcı ile hastaların kliniğimize başvuru arasında geçen süre 15 gün ile 15 yıl arasında değişmekte olup, ortalama olarak 27.04 aydır. Olguların yakınmaları ve bunların görülme sıklıkları Tablo 1'de görülmektedir. Hastaların ilk muayeneleri sırasındaki bulguları Tablo 2'de özetlenmiştir. 19 olguda (%25) tek taraflı, 14 olguda (%18.42) çift taraflı olmak üzere toplam 33 olguda (%43.42) proptosis saptandı. 6 hastanın 9 gözünde optik nöropati saptandı. Bu olguların görme alanlarında; 3 gözde parasantral skotom, 2 gözde alt arkuat kayıp, 2 gözde konsantrik daralma olduğu görüldü. Olguların fundus incelemelerinde, çift taraflı optik nöropatisi olan bir olgunun her iki gözünde koroidal kırışıklıklar gözleendi. Hareket kısıtlılığı 36 hastanın 62 gözünde vardı.



Şekil 1. Tiroid oftalmopatiili olgularda yaş dağılımı

Tablo 1. Tiroid oftalmopati tanısı ile izlenmekte olan olgulardaki belirtiler

Yakınma	Olgu sayısı (n-76)	Görülme sıklığı
Gözde büyüme	45	%59.21
Çift görme	20	%26.32
Yanma, sulanma	24	%31.58
Kapak ödemi	27	%35.53
Görme kaybı	1	%1.32
Gözünde açılma	2	%2.63
Yakınma yok	3	%3.95

Tablo 2. Tiroid oftalmopati tanısı ile izlenmekte olan olgularda oftalmolojik ilk muayene bulguları

Bulgu	Olgu sayısı (n-76)		Göz sayısı (n-152)	
	n	%	n	%
Proptosis:			47	30.92
Tek taraflı	19	25		
Çift taraflı	14	18.42		
Kapak retraksiyonu	28	36.84	41	26.97
Üst kapağın takipsizliği	35	46.05	54	35.53
Hareket kısıtlılığı	36	47.37	62	40.79
Yukarı bakışta GİB t	30	39.47	43	28.29
Üst limbai boyanma	33	43.42	57	37.50
Konjonktival enjeksiyon	22	28.95	40	26.32
Optik nöropati	6	7.90	9	5.92

Oküler hareket kısıtlılığının tipi ve derecesi Tablo 3'de özetlenmektedir. En az görülen hareket kısıtlılığının aşağı bakışta olduğu saptandı ($p < 0.05$). İleri derecedeki

Tablo 3. Tiroid oftalmopatide oküler hareket bozukluğunun tipi ve derecesi

Hareket kısıtlılığı	Göz sayısı (n=152)	2. derece ve altı	3. ve 4. derece
Dışa bakış	44	42	2
içe bakış	37	36	1
Yukarı bakış	34	23	11
Aşağı bakış	7	6	1

Tablo 4. Tiroid oftalmopati olgularda ilk muayene sırasında tiroid oftalmopatiyi destekleyen klinik bulgu sayısı

Klinik bulgu sayısı	Olgu sayısı (n=76)
1	19
2	24
3	14
4	8
5	7
6	3
7	1

hareket bozukluğu olan olgular değerlendirildiğinde ise yukarı bakış kısıtlılığının en sık görüldüğü dikkati çekti ($p<0.05$).

3 olguda üst kapağın takipsizliği, 5 olguda Rose-Bengal ile üst limbal boyanma, 4 olguda yukarı bakışta GIB artışı, 1 olguda hareket kısıtlılığı ve 6 olguda proptozis muayene sırasındaki tek pozitif bulguydu. Bu olgularda tanı, detaylı öykü ve orbital BT sonuçlarıyla kesinlik kazandı. Hastaların ilk muayeneleri sırasında tiroid oftalmopatiyi destekleyen klinik bulguların sayısı Tablo 4'de gösterilmiştir.

Hastaların tiroid oftalmopati tanısı almalarıyla yakınmalarının başlangıcı arasında geçen süre 15 gün ile 15 yıl arasında değişmekte olup ortalama olarak 24.78 aydı.

43 hasta muayene sırasında hipertiroid, 30 hasta ötiroid, 3 hasta ise hipotiroid safhadaydı. Ötiroid olgulardan 25'i hipertiroidi tedavisi altında olup 5'i hiçbir tedavi görmemekteydi.

Orbital BT çekilen 41 olgunun 29'unda (%70.73) ekstraoküler adale tutulumu saptandı. Bu 29 olgunun 7'sinde ekstraoküler adale tutulumuyla ilgili hiçbir klinik bulgu olmadığı belirlendi.

Tartışma

Tiroid oftalmopatinin kadınlarda erkeklere oranla daha sık görüldüğü ve kadın/erkek oranının 2.5/1 olduğu bildirilmektedir (6-8). Bizim olgularımızda cinsiyet dağılımı arasındaki fark bu kadar çarpıcı olmamakla birlikte (kadın/erkek-1.92) kadınların çoğunlukta olduğu görülmüştür.

Cinsiyet dağılımındaki bu farkın nedeni bilinmemektedir. Tiroid oftalmopati çocukluk çağı ve adölesan dönemde nadiren görülmektedir (9,10). Bizim iki olgumuz bu yaş grubundaydı. Ancak çocukluk ve adölesan çağıdaki tiroid oftalmopatide bulguların genellikle siliik olduğunun bildirilmesine karşın bizim serimizdeki en küçük hasta olan 12 yaşındaki olguda çift taraflı optik sinir tutulumu gözlenmekteydi (10,11). Bu da tiroid oftalmopatide her yaş grubunda optik sinir fonksiyonunun dikkatle incelenmesi gerektiğini göstermektedir. Tiroid oftalmopatinin en sık 30-50 yaşları arasında görüldüğü bildirilmektedir (12). Bizim olgularımızda da yaş dağılım grafiğinde benzer yığılım dikkati çekmektedir. 60-80 yaş arasında tiroid oftalmopatinin göz bulgularının hemen tümüyle kaybolduğu Nordyke ve arkadaşlarının (13) 880 olguluk serisinde bildirilmektedir. Bizim olgularımız arasında 70-80 yaş arasında olan hasta yoktu, 60-70 yaş arasında ise yalnızca 3 olgu vardı.

Hastalarımızın yakınmaları incelendiğinde büyük çoğunluğunun "gözde büyüme" (%59.21) nedeniyle kliniğe başvurdukları görüldü. Oysa muayene sonucunda yalnızca %30.92 olguda proptozis saptanmıştı. Bu farkın patolojik sınırlara erişmeyen çift taraflı proptozis olgularından kaynaklandığını düşünmekteyiz. O nedenle gözde büyüme yakınması ile gelen bir hastada istatistiksel verilere dayanan normal sınırları aşan bir proptozis bulunmasa bile tiroid oftalmopatinin diğer bulguları yönünden dikkatli bir ruayenenin gerekli olduğunu düşünmekteyiz. Hareket kısıtlılığı 36 olguda saptanırken çift görme yalnızca 20 olguda vardı. Bunun nedeni göz adalelerindeki simetrik tutulumdur. Ayrıca tiroid oftalmopatide ekstraoküler adale tutulumu yavaş ortaya çıktığı için bu olgularda özellikle vertikal yöndeki füzyon aralıklarının çok geniş olabileceği ve böylece çift görmeden yakınmayabilecekleri unutulmamalıdır (14).

Olguların %31.58'inin yanma batma gibi son derece nonspesifik yakınmalarla başvurduğu dikkati çekmiştir. Bunun nedeni tiroid oftalmopatide kuru göz görülme sıklığının oldukça yüksek olmasıdır (15). Üst limbik keratokonjonktiviti olguların %20-50'sinde tiroid oftalmopati olduğu bildirilmiştir (16). Bu çalışmada üst limbal boyanma %37.5 gibi yüksek bir oranda saptanmıştır. Üst limbik keratokonjonktivitin diğer tipik belirtileri olmasa bile üst limbal boyanmanın tiroid oftalmopatinin varlığı konusunda önemli bir uyarıcı bulgu olduğunu düşünmekteyiz.

Değişik bakış yönlerinde GIB artışı restriktif miyopatilerin bir özelliğidir. Alt rektus adalesinin tiroid oftalmopatide en sık etkilenen ekstraoküler adalelerden birisi olması dolayısıyla yukarı bakış yönünde GIB ölçümü yapılmıştır (12). Bu muayene klinik olarak saptanabilen hareket kısıtlılığı olmayan bazı olgularda adale tutulumunun varlığını gösterebilir. Nitekim bizim serimizde yalnızca 34 gözde yukarı hareket kısıtlılığı bulunurken, yukarı bakışta GIB'da patolojik düzeyde artma 43 gözde saptanmıştır. Spierer ve Eisenstein (17) yukarı

TİROİD OFTALMOPATİDE TANI KRİTERLERİ

bakışta GİB artışı olan olgularda tiroid oftalmopatinin başka bulgularının da olduğunu ve bu ölçümün gereksiz bir muayene olduğunu öne sürmüşlerdir. Ancak bizim serimizdeki olgulardan 4'ünde yukarı bakışta GİB artışı tek pozitif muayene bulgusuydu ve bu olgulardaki ekstraoküler adale tutulumu daha sonra çekilen orbital BT'de gösterilmişti. Ayrıca tiroid oftalmopatinin bir bulgular kompleksi olduğu gözönüne alınırsa tanıyı desteklemesi açısından yukarı bakışta GİB ölçümünün gerekli bir muayene olduğu kanısındayız.

Tiroid oftalmopatide en yaygın kabul gören sınıflama ve derecelendirme 1969'da Werner'in önerdiği, daha sonra 1977'de yeniden düzenlenen ve kısaltılmış şekli "Nospecc" olarak anılan sınıflandırmadır (18,19). Buna göre hastalığın en ileri şekli optik nöropati gelişmesidir. Ancak dikkat edilmesi gereken çok önemli bir konu hastalığın bu sınıflamadaki sıralamaya uymadan seyredebileceğidir (12). Ekstraoküler adale tutulumu ya da proptozis olmadan optik sinir tutulumu ortaya çıkabilir (12,20). Nitekim bizim tek taraflı optik nöropati saptadığımız bir olguda proptozis yoktu.

Hastaların yakınmalarının başlangıcı ile tanı konulması arasındaki sürenin 2 yıl gibi uzun bir zaman olması tiroid oftalmopatinin kolaylıkla gözden kaçabileceğini göstermektedir. Olgularımızın çoğunluğunda tiroid oftalmopati lehine olan klinik bulguların üç veya daha az sayıda olması da bunu destekler niteliktedir.

Bazı olgularda klinik olarak ekstraoküler adale tutulumu saptanmadığı halde orbital BT'de ekstraoküler adalelerde genişleme olduğu görülmüştür. Optik sinirin tutulma riskini göstermek açısından son derece önemli bir bulgu olan orbita tepesindeki sıkışıklık fenomenini de göstermesi açısından orbital BT'nin tiroid oftalmopatide tanı ve takipte faydalı bir tetkik olduğu düşünülmektedir (21,22).

Tiroid oftalmopati bütün klinik bulgularıyla seyrettiğinde kolaylıkla tanınabilen, ancak aynı zamanda son derece siliik bulgularla da seyredabilen bir hastalıktır. En sık görülen orbita hastalığı ve görmeyi tehdit eden özellikleri olması dolayısıyla spesifik görünmeyen yakınma ve bulguları olan hastalarda da tiroid oftalmopatinin akılda tutulması gerektiği kanısındayız.

Kaynaklar

1. Werner SC, Day RM. Ocular manifestations in hyperthyroidism. In: Werner SC, Ingbar SH, eds. The thyroid. Hagerstown, MD: Harper & Row, 1971: 528-50.
2. Werner SC. The eye changes of Graves' disease: Overview. Mayo Clin Proc 1972; 47:969-71.
3. Fells P. Systemic management of dysthyroid ophthalmopathy. Eye 1988; 2:198-200.
4. Kendler DL, Lippa J, Rootman J. The initial clinical characteristics of Graves' orbitopathy vary with age and sex. Arch Ophthalmol 1993; 111:197-201.
5. Streeten DHP, Anderson GH Jr, Reed GF, Woo P. Prevalence. natural history and surgical treatment of exophthalmos. Clin Endocrinol 1987; 27:125-33.
6. Blomfield GW, Ecker H, Fisher M, Miller H, Munro DS, Wilson GM. Treatment of thyrotoxicosis with 131I: a review of 500 cases. Br Med J 1959; 1:63.
7. Jacobson DH, Gorman CA. Endocrine ophthalmopathy: current ideas concerning etiology, pathogenesis and treatment. Endocr Rev 1984; 5:200-20.
8. Jones IR. The pathogenesis and treatment of Graves' ophthalmopathy. Postgrad Med J 1987; 63:731-3.
9. Metz HS, Woolf PD, Patton ML. Endocrine ophthalmopathy in adolescence. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1982; 19:58-60.
10. Young LA. Dysthyroid ophthalmopathy in children. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 1979; 16:105-7.
11. Uretsky SH, Kennerdell JS, Guta JP. Graves' ophthalmopathy in childhood and adolescence. Arch Ophthalmol 1980; 98:1963-64.
12. Char DH. Thyroid eye disease. New York: Churchill Livingstone 1990; 35.
13. Nordyke RA, Gilbert FI Jr, Harada ASM. Graves' disease. Influence of age on clinical findings. Arch Intern Med 1988; 148:626-31.
14. Mein J, Trimble R. Diagnosis and management of ocular motility disorders. Oxford: Blackwell Scientific Publications, 1991:137.
15. Khurana AK, Sunder S, Ahluwalia BK, Malhotra KC. Tear film profile in Graves' ophthalmopathy. Acta Ophthalmol (Copenh) 1992; 70:346-9.
16. Nelson JD. Superior limbic keratoconjunctivitis (SLK). Eye 1988; 3:180-9.
17. Spierer A, Zemaeb E. The role of increased intraocular pressure on upgaze in the assessment of Graves ophthalmopathy. Ophthalmology 1991; 98:1491-94.
18. Werner SC. Classification of eye changes of Graves' disease. J Clin Endocrinol 1969; 29:982-4.
19. Werner SC. Modification of the classification of the eye changes of Graves' disease: recommendations of the Ad hoc Committee of the American Thyroid Association. J Clin Endocrinol Metab 1977; 44:203-4.
20. Anderson RI, Tweeten JP, Patrinely JR, Garland PE, Thiese SM. Dysthyroid optic neuropathy without extraocular muscle involvement. Ophthalmic Surgery 1989; 20:568-74.
21. Kennerdell JS, Rosenbaum AE, El-Hochy MH. Apical optic nerve compression of dysthyroid optic neuropathy on computed tomography. Arch Ophthalmol 1981; 99:807-9.
22. Neigel JM, Rootman J, Belkin RI, Nugent RA, Drance SM, Beattie CW, et al. Dysthyroid optic neuropathy- The crowded orbital apex syndrome. Ophthalmology 1988; 95:1515-21.