

(64)

Odbarczenie oczodołów w chorobie Gravesa-Basedowa – doniesienie wstępne

Orbital decompression in Graves-Basedow disease – preliminary report

Jan Zapała, Grażyna Wyszyńska-Pawelec, Ewa Staszak-Pappe¹

Z Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Kierownik: dr hab. n. med. Jan Zapała

¹Z Oddziału Okulistycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Ludwika Rydygiera w Krakowie

Ordynator: dr n. med. Jolanta Dubiel

Summary: The aim of the paper is to present our initial experience in surgical treatment of patients with malignant exophthalmos. Material and method: from 2001 to 2004, 11 patients with malignant exophthalmos were treated in our Department. Preoperative exophthalmos ranged from 22 to 40mm, asymmetric exophthalmos was diagnosed in 5 cases. Orbital decompression was indicated in patients with ophthalmopathy (11), decreased visual acuity (4), lagophthalmos (3). Decompression included orbital floor, medial and lateral wall in 8 patients, orbital floor and medial wall in 3. Results: in 5 patients exophthalmos decreased 5-8mm, in 5 cases 2-3mm, 1 patient remained without improvement. Conclusions: 1. The treatment of malignant exophthalmos requires multidisciplinary approach. 2 Orbital decompression should be followed by surgical correction of eyelids and eyeball muscles.

Słowa kluczowe: oftalmopatia Gravesa-Basedowa, odbarczenie oczodołu.

Key words: Graves-Basedow ophthalmopathy, decompression of the orbit.

Wstęp

W patologii tarczycy szczególne miejsce zajmuje choroba Gravesa-Basedowa, w której dochodzi do rozwoju oftalmopatii cechującej się zmianami naciekowo-obrzękowymi w obrębie oczodołu. Najbardziej charakterystycznym objawem jest wytrzeszcz współistniejący z podwyższonym ciśnieniem wewnątrzgałkowym (1, 2).

Wyróżnia się dwie postaci oftalmopatii: aktywną, w której zmiany naciekowe prowadzą do neuropatii nerwu wzrokowego, i postać nieaktywną, w której następuje zwłóknienie tkanek pozagałkowych. W postaci aktywnej metodą z wyboru jest leczenie zachowawcze: immunoterapia, steroidoterapia i radioterapia, natomiast w postaci nieaktywnej – leczenie chirurgiczne (3).

Celem pracy jest prezentacja własnych, wstępnych doświadczeń w leczeniu chirurgicznym wytrzeszczu złośliwego.

Materiał i metoda

W latach 2001-2004 w Klinice Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ w Krakowie leczono 11 chorych z wytrzeszczem złośliwym. Wśród operowanych było siedmiu mężczyzn i cztery kobiety w wieku od 19 do 60 lat (średnio 46,8 roku). W leczeniu przedklinicznym u wszystkich chorych stosowano steroidoterapię, u czterech wykonano strumektomię, u dwóch – dekompresję oczodołów (zabieg wykonano w innym ośrodku) oraz u dwóch – radioterapię. Chorych kwalifikowano do odbarczenia oczodołu nie wcześniej niż po 6 mie-

siącach od czasu ustąpienia czynnego procesu zapalnego i osiągnięcia stadium eutyreozy.

Wskazaniami do chirurgicznej dekompresji oczodołów były: oftalmopatia u 11 chorych, obniżenie ostrości wzroku u czterech chorych, niedomykalność powiek w trzech przypadkach. Egzoftalmometria wykonana przed zabiegiem operacyjnym wykazała wytrzeszcz gałek ocznych wynoszący od 22 do 40 mm, w tym u pięciu chorych – wytrzeszcz asymetryczny. Zabieg chirurgiczny wykonywano w znieczuleniu ogólnym, w intubacji ustno-tchawiczej, z dostępu podrzęsowego przedłużonego. Polegał on na podokostnowym usunięciu u trzech chorych dna i ściany przyśrodkowej oraz u ośmiu chorych dna, ściany przyśrodkowej i ściany bocznej. W dalszym etapie operacji usuwano nadmiar tkanek pozagałkowych z dolnej części oczodołu i w wybranych przypadkach z dostępu w fałdzie powiekowo-czołowym z górnej części oczodołu. Usunięte tkanki umieszczano w szklanych pojemniczkach w celu określenia ich objętości, a następnie przesyłano do badania histopatologicznego. Wszystkie etapy zabiegu wykonywano pod kontrolą śródoperacyjnej egzoftalmometrii, aż do uzyskania symetrycznego ustawienia obu gałek ocznych (ryc. 1).

Wyniki

Wynik leczenia ustalano na podstawie badania okulistycznego, uzyskując u pięciu chorych zmniejszenie wytrzeszczu o 5 do



Ryc. 1. Śródoperacyjna egzoftalmometria.
Fig. 1. Intraoperative exophthalmometry.

8 mm, u pięciu – zmniejszenie wytrzeszczu o 2 do 3 mm. U jednego chorego nie uzyskano poprawy po dwuściennej dekompresji oczodołu. Spośród czterech chorych z postępującym osłabieniem ostrości wzroku u trzech uzyskano poprawę, u jednego pogorszenie widzenia (owrzodzenie rogówki w przebiegu pooperacyjnym). Podwójne widzenie przed leczeniem operacyjnym stwierdzono u siedmiu chorych. Ustąpiło ono u czterech pacjentów. Przed operacją u trzech chorych występowała niedomykalność powiek. Stan ten po operacji utrzymał się u jednego chorego. Na rycinach 2,3,4,5 przedstawiono chorych przed odbarczeniem oczodołu i po nim.

Wynik badania histopatologicznego preparatu operacyjnego wykazał obecność tkanki tłuszczowej i włóknistej z charakterystycznym przekrwieniem i obrzękiem oraz z obecnością drobnych pni naczyniowo-nerwowych i pasm tkanki łącznej z ogniskowymi cechami szklwienia.

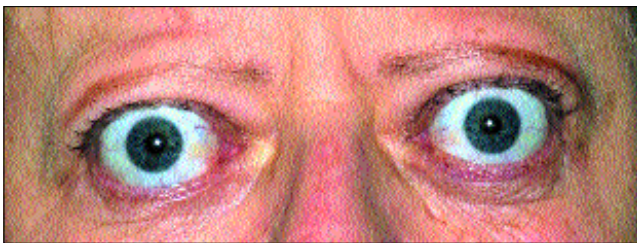
Wczesne powikłania pooperacyjne wystąpiły u czterech chorych, u jednego w postaci owrzodzenia rogówki, u dwóch – krwia-

ka i u jednego – odmy powieki dolnej. Powikłania późne stwierdzono u jednego chorego w postaci ektropionu pooperacyjnego powieki dolnej.

Dyskusja

Większość objawów oftalmopatii Gravesa-Basedowa jest wynikiem znacznego powiększania objętości mięśni gałkuruchowych i tkanki łącznej pozagałkowej w następstwie zachodzących procesów autoimmunologicznych. Wskazaniem do chirurgicznej dekompresji oczodołu jest ucisk patologicznych tkanek na nerw wzrokowy, co zagraża jego nieodwracalnym uszkodzeniem. W odbarzeniu oczodołu stosuje się różne techniki operacyjne, różniące się dostępem operacyjnym oraz liczbą resekowanych ścian. Zabiegi chirurgicznego usuwania ścian oczodołu mają swoją wieloletnią tradycję i zostały wykorzystane w chirurgicznym leczeniu oftalmopatii. Odbarczenie oczodołu (dwuścienne, trójścienne) wykonuje się z dostępu przezzatokowego, zewnątrzoczodołowego, przezczaszkowego lub techniką endoskopową przez nos (4,5,6,7). Technika endoskopowa, wprowadzona w 1990 roku, ma coraz więcej zwolenników (8,9). W stanach mniej zaawansowanych istnieje możliwość zmniejszenia ucisku na nerw wzrokowy poprzez usunięcie patologicznych tkanek pozagałkowych (10).

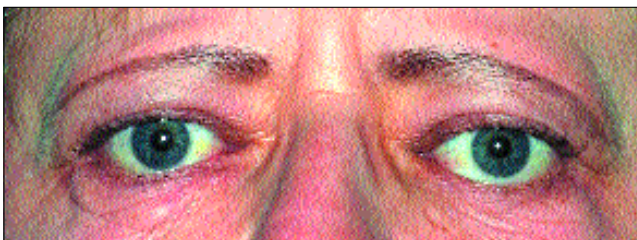
W Katedrze Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ stosowano wypracowaną taktykę postępowania wielospecjalistycznego w leczeniu chorych z wytrzeszczem złośliwym. Chorzy kwalifikowani byli do zabiegu operacyjnego po przygotowaniu endokrynologicznym, w stadium eutyreozy. Przed zabiegiem u wszystkich chorych wykonywano badanie okulistyczne z oceną układu wzrokowego, w tym ostrości wzroku, egzoftalmometrii i oceny obuocznego widzenia. Zabieg operacyjny, wykonywany pod kontrolą śródoperacyjnej egzoftalmometrii, polegał na trójściennym odbarzeniu oczodołu z usunięciem patologicznych tkanek pozagałkowych. Chorzy pozostają pod stałą kontrolą endokrynologiczną i okulistyczną oraz są hospitalizowani w tutejszej klinice.



Ryc. 2. Chora z wytrzeszczem złośliwym przed zabiegiem chirurgicznym.
Fig. 2. Patient with malignant exophthalmos before surgical decompression.



Ryc. 4. Chory z wytrzeszczem złośliwym przed zabiegiem chirurgicznym.
Fig. 4. Patient with malignant exophthalmos before surgical decompression.



Ryc. 3. Chora z wytrzeszczem złośliwym po chirurgicznej, trójściennnej obustronnej dekompresji oczodołu.
Fig. 3. Patient with malignant exophthalmos after surgical, three wall, bilateral decompression.



Ryc. 5. Chory z wytrzeszczem złośliwym po chirurgicznej, trójściennnej obustronnej dekompresji oczodołu.
Fig. 5. Patient with malignant exophthalmos after surgical, three wall, bilateral decompression.

Wnioski

1. Wyrzecz złośliwy w chorobie Gravesa-Basedowa wymaga wielospecjalistycznego leczenia (endokrynolog, okulista, chirurg szczękowo-twarzowy, psycholog).
2. Po odbarczeniu oczodołu w celu poprawy ostatecznego wyniku leczenia wskazane jest rozważenie operacji korekcyjnych powiek oraz zabiegów na mięśniach ocznych.
3. Chirurgicznej dekompresji oczodołu we wszystkich fazach powinna towarzyszyć kontrola w postaci egzoftalmometrii.

PIŚMIENICTWO:

1. Van den Bosch W. A., Tjon-Fo-Sang M. J., Lemij H. G.: *eyeball position in Graves orbitopathy and its significance for eyelid surgery*. Ophthalmic Plast. Reconstr. Surg., 1998, 14, 328-335.
2. Vandelanotte S., De Clippeleir L., Dieltiens M., Van Lammeren M.: *Torsional diplopia in Graves orbitopathy. Three case reports*. Bull. Soc. Belge. Ophthalmol., 2003, 288, 33-39.
3. Nunery W. R., Nunery C. W., Martin R. T., Truong T. V., Osborn D. R.: *The risk of diplopia following orbital floor and medial wall decompression in subtypes of ophthalmic Graves disease*. Ophthal. Plast. Reconstr. Surg., 1997, 13, 153-160.
4. Vaseghi M., Levin P. S., Tarin T. T., Terris D. J.: *Minimally invasive orbital decompression for Graves ophthalmopathy*. Ann. Otol. Rhinol. Laryngol., 2003, 112, 57-62.
5. Lyons C. J., Rootman J.: *Orbital decompression for disfiguring exophthalmos in thyroid orbitopathy*. Ophthalmology, 1994, 101, 223-230.
6. Linnet J., Hegedus L., Bjerre P.: *Results of a neurosurgical two-wall orbital decompression in the treatment of severe thyroid associated ophthalmopathy*. Acta Ophthalmol. Scand., 2001, 79, 49-52.
7. Gockeln R., Winter R., Sistani F., Kretschmann U., Hussein S.: *Minimal invasive decompression of the orbit in Graves orbitopathy*. Strabismus, 2000, 8, 251-259.
8. Lund V. J., Larkin G., Fells P., Adams G.: *Orbital decompression for thyroid eye disease: a comparison of external and endoscopic techniques*. J. Laryngol. Otol., 1997, 111, 1051-1055.
9. Yuen A. P. W., Kwan K. Y. W., Chan E., Kung A. W. C., Lam K. S. L.: *Endoscopic transnasal orbital decompression for thyrotoxic orbitopathy*. Hong Kong Med. J., 2002, 8, 406-410.
10. Ferreira M. C., Tuma P., Costa M. P., Bloise W., Alves C. A.: *Surgical treatment of endocrine exophthalmos by removal of orbital fat: clinical experience*. Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo, 2002, 57, 217-222.

Praca wpłynęła do Redakcji 24.03.2005 r. (736).

Zakwalifikowano do druku 6.04.2005 r.

II Sympozjum Sekcji Okulistyki Wojskowej PTO, Kraków 19–21.05.2005 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr hab. n. med. Jan Zapata
Katedra i Klinika Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ
Oddział Kliniczny Chirurgii Szczękowo-Twarzowej WSS
im. Ludwika Rydygiera
os. Złota Jesień 1
31-826 Kraków