

НАЈЧЕШЋЕ ОФТАЛМОЛОШКЕ МАНИФЕСТАЦИЈЕ КОД ГРЕЈВСОВЕ БОЛЕСТИ У НАС

Д. Вељковић, С. Метиљевић, С. Срећковић, Т. Шаренац

УВОД

Први подаци о повезаности појачане функције штитасте длезде и промена на очима код болесника оболелих од Грејвсове болести потичу од Perry-ја из 1786. год, да би потпуније клиничке слике офталмопатије дали Graves и Basedow-1835. год. Они су описали те промене на очима, али тек после четири године Basedow је и покушао да објасни узрок промена.

Промене на очима код болесника са овом болешћу се називају Грејвсова офталмопатија или орбитопатија. Такве промене се могу наћи и код болесника који имају нормалну функцију штитасте длезде када говоримо о еутиреоидној Грејвсовој офталмопатији, али је западено да у наредних десет година и ови болесници у 70% случајева оболевају од хипертиреозе. Најчешће се манифестују унилатерално, али је могућа и билатерална манифестација болести уз честу асиметрију налаза.

Тиреоглобулин, напуштајући штитасту длезду, везује се за антитиреоглобулин формирајући антиген-антитело комплекс и као такав напада екстраокуларне мишиће.

Локално долази до накупљања лимфоцита, који нападају тако измењен тиреоглобулин и синтетишу миграциони инхибирајући фактор, дајући многобројна даришта у екстраокуларним мишићима и масном ткиву орбите. Имајући све ово у виду, сматра се да код еутиреоидне форме болести постоји смањен одговор штитасте длезде на егзогени TSH.

Клинички облици Грејвсове офталмопатије су:

-неинфилтративна офталмопатија, јавља се у 90% болесника.

Карактерише се: ретракцијом капака, заостајањем горњег капка при погледу на доле, слабо израденим егзофталмусом.

-инфилтративна офталмопатија, јавља се у 10% болесника.

Карактерише се : натеченим и ретрахованим капцима, инјекцијом конјунктиве, израденим егзофталмусом као и оптичком неуропатијом.

Грејвову офталмопатију карактерише неспецифична симптоматологија:

- надрадајни симптоми Ђ фотофобија, епифора;

- туп бол у дубини очне јабучице Ђ настаје због повишеног интраорбиталног притиска који се истовремено преноси и на оптички нерв, који је и сам по себи натегнут што још више појачава бол;

- гребане у оку - услед оштећења родњаче и којунктиве што је проузроковано већом излоденошћу родњаче услед протрузије булбуса као и механичким притиском који врше натечени и измењени капци;

- Имагла пред очима Ђ настаје услед вишка суза, поремећаја равнотеде екстраокуларних мишића или услед оштећења оптичког нерва насталог због компресивне оптичке неуропатије;

- диплопије Ђ настају услед промена у функцији екстраокуларних мишића најпре услед инфилтрације, а касније услед фиброзе која некада може довести до потпуне укочености очне јабучице.

Промене на очима:

Капци - оток услед инфилтрације или конгестије поткодног ткива интерстицијалном течношћу; ретракција капака услед инфилтрације, а касније и фиброзе мишића подизача горњег капка; периорбитална надутост услед пролапса односно хернизације увећаног масног ткива орбите у ткиво капака.

На конјунктиви Ђ хемоза и хиперимија (**Вонпауи-ов знак**) које настају услед стазе

венских крвних судова због притиска увећаног садржаја орбите;

На родњачи Ђ промене су у виду: тачкастих дефекта, улцерација, врло ретко перфорација родњаче. Промене настају због повећане излодености родњаче услед протрузије очне јабучице, притиска и трења о родњачу натеченог и измењеног капка, неправилне функције капка са ретким трептањем и ретракцијом, али и због неадекватног лечења основне болести;

Егзофталмус Ђ настаје због потискивања очне јабучице увећаним садржајем орбите. Манифестује се видљивим прстеном склере између лимбуса и ивице капка (**Kohler-ов знак**). Вредности егзофталмуса зависе од пола, узраста и расе и моде се рећи да је егзофталмус присутан уколико очна јабучица проминира више од 20 мм. Такође, разлика која није већа од 2 мм се сматра као нормална варијација у величини егзофталмуса.

Екстраокуларни мишићи - лимфоцитна инфилтрација доводи до отока, а касније и фиброзе мишића. Честа захваћеност екстраокуларних мишића се објашњава њиховим високим степеном инервације и специфичним бројем и типом фибрила. Најпре је овим променама захваћен доњи, потом унутрашњи и спољашњи ректус, док је горњи ректус изузетно ретко захваћен. Све ове промене на мишићима дају краткотрајне сметње у смислу диплопија и немогућности конвергенције, да би са напредовањем болести ове тегобе биле још израдајније.

Оптички нерв - повећан волумен екстраокуларних мишића и масног ткива врши притисак на сам оптички нерв, али и на крвне судове који га исхрањују.

Повишен интраокуларни притисак Ђ објашњава се повећаним интраорбиталним притиском, али и смањеним отицањем очне водиче због повећаног притиска у еписклералним венама које је условљено повећаним садржајем орбите.

Дијагностика офталмолошких манифестација Грејвсове болести:

- инспекција и палпација,
- преглед биомикроскопом,
- апланациона тонометрија,
- егзофталмометрија,
- орбитонометрија,
- офталмоскопија,
- испитивање функције екстраокуларних мишића,
- ехографија,
- компјутеризована томографија и нуклеарна магнетна резонанца.

Циљ рада

Циљ рада је да се прикаду најчешће офталмолошке манифестације у болесника са Грејвсовом болешћу у нашем материјалу као и допринос офталмолога у дијагностици и лечењу.

Метод рада и болесници

Сви болесници од Грејвсове болести били су подвргнути следећим офталмолошким испитивањима: инспекција и палпација, биомикроскопија, апланациона тонометрија, егзофталмометрија, офталмоскопија, испитивање функције екстраокуларних мишића, ехографија. У Центру за офталмологију КБЦ ИКрагујевац, у току 1997 - 2000. год. прегледано је 154 болесника у сарадњи са Интерном клиником.

Резултати

У Центру за офталмологију КБЦ ИКрагујевац у Крагујевцу, у периоду од 1997Ђ2000. год. прегледано је 154 болесника од Грејвсове болести, што је урађено у сарадњи са Интерном клиником КБЦ ИКрагујевац.

Од укупног броја прегледаних, код 30 болесника уочене су промене на очној јабучици и аднексама, што представља 20% од укупног броја.

Највећи број болесника са израденим офталмолошким манифестацијама Грејвсове бо-

лести биле су припаднице денског пола 22 (75%) , док је припадника мушког пола било 8 (25%).

Старосна структура оболелих кретала се у интервалу од 37-53 год., а највећа заступљеност је била у интервалу од 45-47 год., Табела 1.

Табела 1.

Старосни интервали у год.	Број болесника	Процент
37-41	3	11%
41-45	8	25%
45-49	13	42%
49-53	6	22%

У току нашег испитивања такође је уочено да највећи број прегледаних има неинфилтративну форму офталмолошких манифестација Грејвсове болести, њих 27 (90%) , док код значајно мањег броја болесника имамо инфилтративни облик манифестације и то код њих 3 (10%).

Најчешће манифестације Грејвсове офталмопатије су локализоване на капцима. Оток и надутост капака различитог степена је уочена код 27 (92%) болесника. Ретракција горњег и доњег капка је евидентирана у 19 (64%) болесника .

Хиперемија конјунктиве на месту припоја *musculus rectus lateralis* (Вонмур-ов знак) је уочена у 3 (11%) болесника.

Хемоза конјунктиве у 2 (8,5%) болесника, пунктиформну кератопатију родњаче у 6 (21%) болесника. У току периода посматрања ни у једном случају није евидентиран улкус родњаче , док је кератокоњунктивитис лимби супериор описан у само једном случају (3,5%).

Егзофталмометријом је утврђено да код 21(74%) болесника постоји егзофталмус.

Сталне диплопије су се јавиле код 13 (45%) болесник

ИОР је био повећан код само једне болеснице (3,5 %).

Терапија је била симптоматска: *sol Acidi Borici* 3% три пута дневно, *sol Hemodrops* шест пута дневно; против секундарне инфекције: *sol Oftalmol* три до пет пута дневно, антибиотске масти; за повишен ИОР: *sol Pilocarpin* три пута дневно или *sol Glaumol* 0.25% - 0.50% два пута дневно.

ЗАКЉУЧАК

На основу нашег испитивања, и у сарадњи са ендокринологом, дошли смо до закључка да је неопходна сарадња офталмолошке и ендокринолошке слудбе у благовременом откривању и правовременом и правилном лечењу болесника оболелих од Грејвсове болести како од стране интернисте ендокринолога тако и од стране офталмолога.

ЛИТЕРАТУРА

1. Јовановић М.: Грејвсова офталмопатија дијагностика и лечење, Београд, Политоп Ђ п., 1996.
2. Kanski J.: Clinical Ophthalmology-a Systemic Approach, London, Butherworth-Heinemann, 1994.
3. Ivy H. K.: Medical Approach to Opftalmopathy of Graves Disease, Mayo Clin. Proc. 47,1972.
4. Sullivan J. A.: Orbit i: Vaughan D., Asbury, Tabbara K. F.:General Opftalmology, 1989.