

Şaşılık Cerrahi Sonrası Hashimoto Tiroiditi

H. Elvin YILDIZ*, F. Güi YILMAZ ÇINAR**, Yasemin KATIRCIOĞLU*, Semra ÇETİNKAYA***
Deniz SOMER****, Ayşe BURCU*****, Firdevs ÖRNEK**

ÖZET

3 yaşında erkek hasta parsiyel refraktif akomodatif ezotrophia ve sol gözde Brown Sendromu tanısı ile kliniğimize sevk edildi. Bir yıllık takibin ardından bimedial rektus kaslarına 6 mm geriletme yapıldı. Postoperatif 6. aydaki kontrolünde, daha önce olmayan, sağ gözde 0,5 mm'lik, sol da ise 1 mm'lik kapak retraksiyonu tespit edildi. Hastanın tiroid fonksiyon testlerinde; TSH: 3,01, Total T3:1,85, total T4:6,86 ve Anti-TPO antikor (+) saptandı ve Hashimoto tiroidit-ötiroid faz olduğu tespit edildi. Hastanın ilerleyen dönemde, 1,5 yıllık takibinde, oftalmik bulgularının stabil kaldığı belirlendi. Superior oblik kasa silikon uzatıcı cerrahisi yapıldı. Pediatrik endokrinoloji bölümünce de takip edilen hastanın ötiroid fazının devam ettiği belirlendi.

Anahtar Kelimeler:

Hashimoto tiroiditi,
Brown sendromu,
Superior oblik kası

Hashimoto Thyroiditis After Strabismus Surgery

SUMMARY

A 3-year-old boy with esotropia and Brown syndrome was referred to our clinic. One year after the first visit, a bimedial 6 mm recession was performed. At the 6-month postoperative visit, bilateral eye lid retraction, which was not present previously, was detected. Thyroid function tests demonstrated that the concentration of TSH was 3.01 μ IU/mL, total T3 was 1.85 ng/mL, total T4 was 6.86 μ g/dL, and anti-TPO antibody was positive. The patient was diagnosed with Hashimoto thyroiditis in euthyroid phase. At 1.5 year follow-up visit, ophthalmic findings found to be stable and silicon expander surgery was performed on the left superior oblique muscle.

Key Words:

Hashimoto thyroiditis,
Brown Syndrome,
Superior oblique muscle

Giriş

Hashimoto tiroiditi tiroid bezini tutan, organ-spesifik otoimmün bir hastalıktır. Çocukluk çağında ve adolesan dönemde gözlenebilen tiroid hastalıklarından birisidir. Okul çağında görülme sıklığı %1'lere kadar yükselir. Altı yaş civarında görülme sıklığı artmakla beraber asıl pik adolesan dönemde gözlenir. Daha küçük yaşlarda görülme oranı azdır. Klinikte kalıcı hipotiroidi, subklinik hipotiroidi, ötiroidi gibi farklı tablolarla karşımıza çıkabilir.^{1,2,3} Daha az sıklıkla hipertiroidizimden hipotiroidizme dönüşüm veya tam tersi görülebilir.⁴

Bu yazıda kliniğimizde şaşılık cerrahisi sonrası Hashimoto tiroiditi tanısı alan bir çocuk hastanın sunumu ve tartışması amaçlanmaktadır

Olgu Sunumu

Altı yaşında erkek hasta ilk kez kliniğimize 3 yaşında iken sol gözde içe kayma nedeniyle başvurdu. Yapılan muayenede sağ gözde +3,50 D, sol gözde +2,00 D hipermetropi ve alternasyon olmayan sol ezotrophia tespit edildi. Sol gözde adduksiyonda elevasyon kısıtlılığı mevcuttu. Prizma örtme testinde uzak ve yakında 35 prizma dioptri (PD) kayma ve sağ gözde 4 PD hipertrophia tespit edildi. Hastaya parsiyel refraktif akomodatif ezotrophia ve sol gözde Brown Sendromu tanısı konuldu. Tam tashih ile birlikte sağ göze kapama tedavisi verildi. Bir yıl sonraki kontrolünde, camlı 30 PD ezotrophia ve 4 PD hipertrophia tespit edilmesi nedeniyle cerrahi tedavi planlandı ve bimedial rektus kaslarına 6 mm geriletme yapıldı. Brown Sendromu için herhangi bir girişim düşünülmedi. Postope-

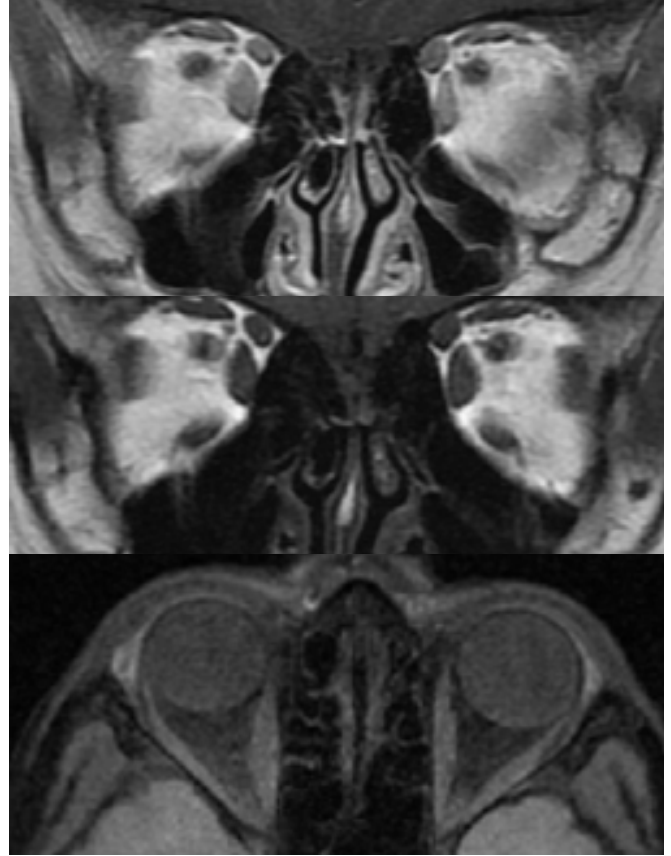
ratif dönemdeki takiplerinde hastada kendi gözlükleri ile horizontal kayma saptanmamakla birlikte Brown Sendromuna bağlı yakın ve uzakta sağ gözde 4 PD hipertropyanın devam ettiği görüldü. Binoküler görme muayenesinde, hastanın füzyonu var iken stereopsisinin olmadığı tespit edildi. Postoperatif 6. aydaki kontrolünde, daha önce olmayan, sağ gözde 0,5 mm'lik, sol da ise 1 mm'lik kapak retraksiyonu tespit edildi (Resim 1). Hastada tespit edilen kapak retraksiyonuna yönelik ileri tetkik istendi. Aksiyel ultrasonografisinde (USG) sağ göz aksiyel uzunluğu 20,86 mm, sol gözün ise 20,87 mm tespit edildi, B-scan USG ile optik disk ve retrobulber dokular doğal olarak gözlendi. Orbita bölge kompüterize tomografi (CT) de bilateral bulbus okülü ekzoftalmik görünümdeydi. Sağ medial rektus kası 4,1 mm, sol medial rektus kası ise 4,7 mm olarak ölçülüp, normalin üstünde bulundu. Troklea bölgesinin ayrıntılı incelemesinde superior oblik kasın normal olduğu gözlemlendi. Optik sinir ve lakrimal gland, kavernöz sinüs doğal olarak gözlendi. Aile öyküsü sorgulandığında annede nodüler guatr olduğu ve tedavi gördüğü ortaya çıktı. Hastanın tiroid fonksiyon testlerinde; TSH: 3,01, Total T3:1,85, total T4:6,86 olarak saptandı. Anti-TPO antikoru (+) iken, anti-TSH antikoru (-) idi. Pediyatrik endokrinoloji bölümüne konsülte edilen hastaya Hashimoto tiroiditi tanısı konuldu ve ötiroid fazda olduğu tespit edildi. Ötiroidi nedeniyle tedavi başlanılmadı, periyodik kontroller önerildi ve takibe alındı.



Resim 1: Sağ gözde 0,5 mm sol gözde 1 mm kapak retraksiyonu

Hastanın postoperatif 1. yıldaki kontrolünde vertikal kaymada artış olduğu tespit edildi. Primer pozisyonda prizma örtme testinde uzak ve yakında sağ gözde 12 PD hipertropya tespit edildi. Pediyatrik endokrinoloji bölümüne konsülte edilen hastada ötiroid fazın devam ettiği belirlendi. Hastada tespit edilen hiperforyada artışın Hashimoto tiroiditine bağlı olabileceği düşünülerek orbital MR tetkiki istendi. Sağ ve sol medial rektus kasları sırası ile 4,3 mm, 4,1 mm sağ ve sol superior oblik kasları sırası ile 3,2 mm, 3,3 mm olarak tespit edildi ve medial rektus ve superior oblik kaslarındaki bu kalınlaşmaya intensite artışının ya da retrobulber yağ dokusu tutulumunun eşlik etmediği tespit edildi (Şekil 1). Hastanın ilerleyen dönemde, 1,5 yıl-

lık takibinde oftalmik bulgularının stabil kaldığı belirlendi. Superior oblik kasa silikon uzatıcı cerrahisi yapıldı. Postoperatif 6. ayda yapılan muayenesinde sağda 4 PD hipertropya, adduksiyonda-3 elevasyon kısıtlılığı tespit edildi (Resim 2). Pediyatrik endokrinoloji bölümünce de takip edilen hastanın ötiroid fazının devam ettiği belirlendi.



Şekil 1: Orbital MR; Sağ ve sol medial rektus ve superior oblik kaslarında kalınlaşma. Kaslarda intensite artışı yada retrobulber yağ dokusu tutulumu eşlik etmemekte



Resim 2: Silikon ekspander cerrahisi sonrası görünüm (6. ay)

Tartışma

Hashimoto tiroiditi, tiroid bezinin lenfositik infiltrasyonu ile giden otoimmün bir hastalıktır. Çocuklarda da

gözlenebilmesine rağmen en sık erişkin kadınlarda gözlenir. Etiyolojide genetik ve çevresel faktörler rol oynamaktadır. Hemen tüm hastalarda bir veya daha fazla tiroid antijenine karşı antikor bulunmaktadır. Anti-tiroid antikorlarının varlığı veya spontan hipotiroidizmin gelişmesi Hashimoto tiroiditi tanısında önemlidir. Anti-tiroid peroksidaz antikorları, anti-tiroglobulin antikorlarına göre Hashimoto tiroiditi tanısında daha spesifik olduğu gösterilmiştir.⁵ Hashimoto tiroiditi ile extratiroidal belirtilerle seyreden Graves hastalığı birlikteliği yaygındır.⁶ Graves hastalığında sık gözlenen dermatopati ve oftalmopati Hashimoto tiroiditinde daha nadir gözlenir, hastaların ancak %5-10'unda tiroid oftalmopati izlenir. Hashimoto tiroiditi ayrıca çocuklarda puberte prekoks ve okul performansında düşüklüğe neden olabilir.

Erişkinlerde üst göz kapağı retraksiyonu genellikle Graves hastalığına bağlı göz tutulumunun bir bulgusu iken çocuklarda Graves hastalığı dışında familial periyodik paralizi, Cushing Sendromu, hidrosefalus ve orta beyin hastalıkları gibi durumlarda da klinik bulgu olarak karşımıza çıkabilir. Bunlara ek olarak tek taraflı göz kapağı retraksi-

yonu üçüncü sinir aberasyonu, Marcus Gunn jaw-winking ve nadiren levator fibrozisi gibi lokal anormalliklere bağlı olarak da görülebilir. Nadiren Graves hastalığı veya Myasthenia Gravis de unilateral kapak retraksiyonu ile kaşımıza çıkabilir.⁷ Olgumuzda tespit edilen kapak retraksiyonu bilateral olup, tutulumun asimetrik olduğu gözlemlenildi.

Bu vaka takdimi ile Hashimoto tiroiditi ve Brown Sendromu birlikteliği tanımlanmıştır. Olgumuzda Hashimoto tiroiditi tanısı sonrasında mevcut hipertropiyada ilerleme olmuştur. Bu artışın nedeninin, superior oblik kasındaki tutulumla bağlı enflamasyon artışı olabileceği düşünülmüş fakat bunu destekleyen bir veri tespit edilememiştir.

Sonuç

Çocuklarda kapak retraksiyonu etyolojisi dikkatli bir anamnez, muayene ve görüntüleme tetkikleri ile belirlenmelidir. Çok belirgin aberan inervasyonu olan hastalar dışında kapak retraksiyonu olan tüm hastalarda, tek taraflı olsa dahi tiroid fonksiyon testi değerlendirmesinin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Davies T, Amino N. A new classification for human autoimmune thyroid disease. *Thyroid* 1993;3:332.
2. Cooper D. Sub clinical thyroid disease: a clinician's perspective. *Ann Intern Med* 1998;129:135-8.
3. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM. The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Wickham Survey. *Clin Endocrinol* 1995;43(1):55-68.
4. Fatourechi V, Gharib H. Hyperthyroidism following hypothyroidism. *Arch Intern Med* 1988;148:976-8.
5. Takashima S, Matsuzuka F, Nagareda T, et al. Thyroid nodules associated with Hashimoto thyroiditis: assessment with US. *Radiology* 1992;185:125-30.
6. Fatourechi V, McConahey W, Woolner L. Hyperthyroidism associated with histological Hashimoto's thyroiditis. *Mayo Clin Proc* 1971;46:682-9.
7. Stout AU, Borchert M. Etiology of eyelid retraction in children: a retrospective study. *J Pediatr Ophthalmol Str* 1993;30:96-9.

Kimlik

Geliş Tarihi: 22.12.2010

Kabul Tarihi: 24.03.2011

* Dr., S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği, Ankara

** Dr. S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göz Kliniği, Ankara

*** Dr., Dr. Sami Ulus Çocuk Hastanesi Endokrinoloji Kliniği, Ankara

**** Doç.Dr., S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Göz Kliniği, Ankara

***** Doç.Dr., S.B. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2. Göz Kliniği, Ankara

Yazışma Adresi: H. Elvin Yıldız, Anadolu Bulvarı Emsan Sitesi 12/10 Söğütözü, Ankara

e-posta: drelvinyildiz@yahoo.com