

**lek. Olga Jurek-Matusiak**

**ROLA DEKOMPRESJI CHIRURGICZNEJ OCZODOŁÓW  
W LECZENIU ORBITOPATII TARCZYCOWEJ - OCENA WSKAZAŃ,  
ZAKRESU ZABIEGU I WCZESNYCH WYNIKÓW W MATERIALE  
KLINIKI OTORYNOLARYNGOLOGII WUM  
W LATACH 2011-2018**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: prof. dr hab. n. med. Antoni Krzeski

Promotor pomocniczy: dr n. med. Eliza Brożek – Mądry

Klinika Otorynlaryngologii Wydziału Lekarsko – Stomatologicznego  
Warszawski Uniwersytet Medyczny



Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Warszawa 2020

*O. Jurek-Matusiak*  
*A. Krzeski*  
*Eliza Brożek-Mądry*

**Wstęp:** Orbitopatia tarczycowa jest zespołem objawów ocznych wywołanym przewlekłym, autoimmunologicznym zapaleniem tkanek miękkich oczodołu. Stan ten może prowadzić do przejściowego lub trwałego uszkodzenia narządu wzroku. Z uwagi na nie do końca poznaną etiologię schorzenia nie jest możliwe zastosowanie leczenia przyczynowego. Istnieje kilka metod leczniczych tj. glikokortykosteroidoterapia, radioterapia oczodołów czy też leczenie chirurgiczne metodą chirurgicznej dekompresji oczodołu. Dekompresja oczodołu jest zabiegiem operacyjnym polegającym na chirurgicznym odbarczeniu tkanek miękkich oczodołu poprzez częściowe lub całkowite usunięcie jednej ze ścian kostnych ograniczających oczodół. Najczęściej wykonuje się zniesienie przysrodkowej ściany oczodołu. Chirurgiczna dekompresja oczodołu jak każdy zabieg operacyjny niesie ze sobą ryzyko powikłań pooperacyjnych.

**Cel pracy:** Celem pracy była ocena wskazań, zakresu zabiegu i wyników leczenia orbitopatii tarczycowej metodą chirurgicznej dekompresji oczodołu w materiale Kliniki Otorinolaryngologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w latach 2011 – 2018.

**Material i metody:** Badaniem objęto grupę 51 dorosłych pacjentów (84 oczodoły) z rozpoznaną orbitopatią tarczycową oporną na dotychczas stosowane leczenie zachowawcze, którzy zostali zakwalifikowani do leczenia operacyjnego - chirurgicznej dekompresji oczodołu. Grupę badanych stanowili pacjenci obu płci: 17 mężczyzn oraz 34 kobiety w wieku 25 do 79 lat. Do badania zostali włączeni pacjenci spełniający kryteria włączenia i wyłączenia. U wszystkich pacjentów przed i po przeprowadzeniu chirurgicznej dekompresji oczodołu oceniane były parametry okulistyczne (neuropatia nerwu wzrokowego, wytrzeszcz, ostrość wzroku, widzenie barwne, ciśnienie wewnątrzgałkowe, retrakcja powiek, niedomykalność powiek oraz podwójne widzenie) i endokrynologiczne (kliniczny wskaźnik orbitopatii tarczycowej, klasyfikacja NOSPECS, klasyfikacja EUGOGO). Dokonano oceny wpływu zastosowanego wcześniej leczenia zachowawczego orbitopatii tarczycowej oraz stężenia przeciwciał przeciwko receptorowi dla hormonu tyreotropowego na wyniki leczenia chirurgicznego. Dodatkowo dokonano oceny wpływu zastosowanego dostępu chirurgicznego na wyniki leczenia orbitopatii metodą chirurgicznej dekompresji oczodołu, określono częstość powikłań pooperacyjnych oraz oceniano wpływ leczenia chirurgicznego na jakość życia pacjentów w zakresie dolegliwości nosowo - zatokowych (skala SNOT-22).

**Wyniki:** W badanej grupie 51 pacjentów (84 oczodoły) najliczniejszą grupą pacjentów wymagającą przeprowadzenia chirurgicznej dekompresji oczodołu stanowiły: kobiety (67%), w piątej dekadzie życia (43%), zamieszkujące tereny miejskie (70%), o średnim wykształceniu (52%), palące papierosy (61%). Najczęściej otrzymywanym leczeniem orbitopatii tarczycowej przed wykonaniem chirurgicznej dekompresji oczodołu była glikokortykosteroidoterapia dożylną i/lub doustną (94%). Terapia jodem radioaktywnym została zastosowana u 32% pacjentów, radioterapia oczodołów u 19% pacjentów, zaś usunięcie gruczołu tarczowego zostało wykonane u 24% pacjentów. Dekompresję przyśrodkowej ściany oczodołu przeprowadzono w 62% oczodołów, dekompresję ściany przyśrodkowej poszerzoną fragment ściany dolnej w 16%, a dekompresję ściany przyśrodkowej oraz bocznej w 24%. Analiza statystyczna badanych parametrów okulistycznych i endokrynologicznych wykazała, że prawdopodobieństwo wystąpienia neuropatii nerwu wzrokowego było wiarygodnie statystycznie mniejsze po przeprowadzeniu chirurgicznej dekompresji oczodołu. W wyniku interwencji chirurgicznej nastąpiła wiarygodna statystycznie pooperacyjna redukcja poziomu wytrzeszczu. Estymowane prawdopodobieństwo wystąpienia retrakcji powieki było mniejsze po przeprowadzeniu chirurgicznej dekompresji oczodołu niż przed tą operacją. Ponadto prawdopodobieństwo na zaobserwowanie niedomykalności powieki było mniejsze po przeprowadzeniu chirurgicznej dekompresji oczodołu. Stwierdzono wiarygodnie statystycznie pooperacyjne obniżenie punktacji w następujących klasyfikacjach endokrynologicznych: klinicznym wskaźniku aktywności orbitopatii tarczycowej, klasyfikacji zaawansowania orbitopatii tarczycowej NOSPECS wg. ATA oraz klasyfikacji ciężkości orbitopatii tarczycowej EUGOGO. W wyniku przeprowadzonego leczenia operacyjnego uzyskano: średnią redukcję poziomu wytrzeszczu o  $1,97 \pm 2,03$  mm, średnią poprawę widzenia barwnego o  $0,02 \pm 0,29$  prawidłowo rozpoznanych rzędów na tablicach Snellena, średnią poprawę widzenia barwnego o  $0,71 \pm 4,13$  prawidłowo rozpoznanych tablic Ishihary, średnią redukcję ciśnienia wewnątrzgałkowego o  $0,49 \pm 4,98$  mmHg. Przed chirurgiczną dekompresją oczodołu średnia wartość klinicznego wskaźnika aktywności orbitopatii tarczycowej wynosiła  $3,83 \pm 1,86$  punktów, a klasyfikacji NOSPECS  $3,31 \pm 0,97$  punktów. Po interwencji chirurgicznej pomiary te wynosiły odpowiednio  $2,07 \pm 1,84$  punktów dla klinicznego wskaźnika orbitopatii tarczycowej i  $2,5 \pm 0,97$  punktów dla klasyfikacji EUGOGO. W badanej przez nas podgrupie 44 pacjentów, u których zostało oznaczone stężenie TRAb najliczniejszą grupą stanowili pacjenci z niskim i wysokim stężeniem TRAb (odpowiednio 33 i 42%). Średnia wartość stężenia TRAb wyniosła  $13,6 \pm 12,62$  UI/l. W żadnej z analiz statystycznych nie

odnotowano statystycznie wiarygodnego wpływu stężenia TRAb na wyniki okulistyczne i endokrynologiczne leczenia orbitopatii tarczycowej metodą chirurgicznej dekompresji oczodołu. Wskaźnik częstości występowania powikłań pooperacyjnych wyniósł 15,47%. Najczęściej występującym powikłaniem chirurgicznej dekompresji oczodołu były powikłania należące do grupy powikłań zatokowych: choroba zachyłka czołowego, śluzowiak zatoki szczękowej osłabienie lub brak węchu (po 2%), a do grupy oczodołowych: niedoczulica twarzy w obrębie unerwienia odgałęzień nerwu trójdzielnego (5%). W zależności od czasu w jakim powstało dane powikłanie najczęściej odnotowywano powikłania późne pooperacyjne: choroba zachyłka czołowego, śluzowiak zatoki szczękowej (po 2%). Według ankiety oceniającej dolegliwości nosowo – zatokowe przed i po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym najliczniejszą grupę pacjentów stanowili pacjenci z lekkim stopniem nasilenia (odpowiednio 69% i 63% pacjentów). Średnia ilość punktów uzyskanych przed chirurgiczną dekompresją oczodołów wynosiła  $1,17 \pm 0,7$  punktów, a pooperacyjnie  $0,97 \pm 0,65$  punktów. W wyniku przeprowadzonego leczenia operacyjnego wykazano istotną statystycznie poprawę jakości życia - redukcję dolegliwości nosowo-zatokowych ocenianych w ankiecie SNOT – 22 ( $t(50) = 2.35, p = 0.023, d \text{ Cohena} = 0.33$ ).

**Wnioski:** Na podstawie przeprowadzonej analizy uzyskanych wyników sformowano następujące wnioski:

- 1) Leczenie orbitopatii tarczycowej poprzez wykonanie chirurgicznej dekompresji oczodołu jest skuteczną metodą leczniczą. Przeprowadzone leczenie operacyjne prowadzi do poprawy w zakresie parametrów okulistycznych jak i endokrynologicznych.
- 2) Nie wykazano związku pomiędzy rodzajem wcześniej zastosowanego leczenia zachowawczego orbitopatii tarczycowej a uzyskanymi wynikami leczenia metodą chirurgicznej dekompresji oczodołu w ocenie okulistycznej i endokrynologicznej.
- 3) Nie ustalono związku pomiędzy stężeniem przeciwciał przeciwko receptorowi dla hormonu tyreotropowego (TRAb) a uzyskanymi wynikami leczenia orbitopatii tarczycowej metodą chirurgicznej dekompresji oczodołu.
- 4) Niezależnie od zastosowanego dostępu chirurgicznego wyniki leczenia orbitopatii tarczycowej metodą chirurgicznej dekompresji oczodołu były zbliżone w ocenie okulistycznej i endokrynologicznej.
- 5) Częstość powikłań pooperacyjnych po przeprowadzeniu chirurgicznej dekompresji oczodołu wynosi 15,47% niezależnie od zastosowanego dostępu chirurgicznego. Najczęściej występującym powikłaniem zatokowym były: choroba zachyłka czołowego,

śluzowiak zatoki szczękowej, osłabienie lub brak węchu (po 2%), a najczęstszym powikłaniem oczodołowym była niedoczulica twarzy w obrębie unerwienia odgałęzień nerwu trójdzielonego (5%).

- 6) W grupie pacjentów, u których przeprowadzono chirurgiczną dekompresję oczodołów wykazano istotną statystycznie poprawę jakości życia dzięki redukcji dolegliwości nosowo-zatokowych ocenianych w ankiecie SNOT-22.