

УДК 616.723-006.81.04-089.168.7

Імітація рецидиву увеальної меланоми ядром кришталика (клінічний випадок)

М. М. Уманець, д-р мед. наук; В. О. Науменко, д-р мед. наук, професор; Т. М. Тукілуш

ДУ «Інститут очних хвороб та
тканинної терапії ім. В.П. Філатова
НАМН України»
Одеса (Україна)

E-mail: filatovretina@gmail.com

Ключові слова:

увеальна меланома, рецидив, ядро кришталика

В роботі представлено клінічний випадок імітації рецидиву увеальної меланоми після ендорезекції пухлини за рахунок наявності ядра кришталика на очному дні в ділянці склерального ложа.

Увеальна меланома (УМ) – найбільш поширене первинне внутрішньоочне злоякісне новоутворення су-
динної оболонки, яке має меланоцитарне походження
[1, 2]. Офтальмоскопічно на ранніх стадіях виглядає як
промінююче сіро-зелене чи жовто-коричнєве вогнище з
нечіткими межами, скупченням ліпофусцину на його
поверхні і різним ступенем пігментації, але при про-
гресуванні може набувати куполоподібної чи грибо-
видної форми у зв'язку з розривом мембрани Бруха. Пе-
реважна локалізація УМ постекваторіально (75-90%), а
менше ніж у чверті випадків – екваторіально [3-7].

На сьогоднішній день варіанти лікування УМ
включають органозберігаючі методи (лазеркоагуля-
ція, фотокоагуляція, термотерапія, брахітерапія, зо-
внішнє опромінення, ендо- та екзорезекція, ламеляр-
на склероектомія) та їх комбінацію і ліквідаційні
методи (енуклеація, екзентерація) [2]. Вибір способу
лікування залежить від багатьох чинників, включаючи
розмір, локалізацію новоутворення та наявність ознак
проростання пухлини в сусідні структури ока чи за
його межі [8,9]. До недавнього часу органозберігаю-
чі методи лікування були обмежені середніми розмі-
рами пухлини, а у випадку великих за розміром ме-
ланом використовувалась переважно енукеація [10].
Однак руйнівні психологічні наслідки ліквідаційних
методів, відмова пацієнтів у деяких випадках від ви-
далення ока, а також довгострокові радіаційно інду-
ковані ускладнення у вигляді радіаційної ретинопатії,
вираженої ексудативної реакції та катаракти, призвели
до пошуку альтернативних способів лікування УМ.
Одним з таких альтернативних рішень стала ендоре-
зекція, яка може використовуватися в деяких випадках
у якості первинного методу, або як другий етап після
лазерної та (або) променевої терапії [11-16, 19]. Незва-
жаючи на всі переваги ендорезекції, такі операції ви-
конуються обмежено у зв'язку з частим виникненням

інтраопераційних ускладнень у вигляді інтенсивної
кровотечі. Крім того, потенційне побоювання цієї тех-
ніки полягає в можливості інтраопераційної дисеміна-
ції пухлинних клітин, що може призвести до рециди-
вів [12, 19]. Проведення ендорезекції за стандартною
методикою включає використання ендодіатермії та
підвищення рівня тиску іригаційної рідини від 60 мм
рт. ст. до 100 мм рт. ст. з гемостатичною метою, що є
недостатнім для досягнення повного гемостазу. З ме-
тою усунення таких ускладнень нами запропонований
метод ендорезекції увеальної меланоми із застосуван-
ням високочастотного електрозварювання біологічних
тканин (ВЕБТ) [17].

Позитивний місцевий результат лікування вну-
трішньоочної меланоми передбачає кращий прогноз.
Локальний рецидив означає більшу ймовірність сис-
темного поширення та летальності [21]. Згідно дослі-
джень, локальне рецидування може спостерігатися в
різні періоди після завершення лікування – від 1 місяця
до 9,8 років [21]. Однак деякі публікації свідчать про
можливість виникнення рецидиву з екстрабульбарним
розповсюдженням і через 11 років спостереження піс-
ля ендорезекції увеальної меланоми без попередньої
ад'ювантної брахітерапії [20].

Представляємо клінічний випадок пацієнтки Ю.,
56 р., яка надійшла до ДУ "Інститут очних хвороб і
тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України"
зі скаргами на низький зір (відсутність предметно-
го зору), біль, почервоніння правого ока. З анамнезу
хвороби: вважає себе хворою з березня 2018 р., коли
вперше було діагностовано злоякісне новоутворення
хоріоїдеї правого ока та проведено комбіноване орга-
нозберігаюче лікування – брахітерапія з послідуною

ендорезекцією увеальної меланоми з використанням високочастотного електрозварювання біологічних тканин (ВЕБТ), ендолазеркоагуляцією та тампонадою вітреальної порожнини силіконовим маслом 5700 сСт. За період спостереження після проведеної ендорезекції новоутворення ознак "+ тканини" не спостерігалось (клінічно та за даними УЗ-сканування), склеральне ложе видаленої пухлини було чисте та гострота зору зберігалась в межах 0,14-0,17 зі sph +6,0D. Гострота зору парного ока 1,0.

Упродовж першої половини 2020 року спостерігалось прогресування катаракти з погіршенням зору на правому оці до 0,02 н/к, у зв'язку з чим хворій було рекомендовано проведення ультразвукової факоемульсифікації (УЗФЕ) катаракти з імплантацією ІОЛ без видалення силіконового масла на правому оці.

У вересні 2020 року хвора звернулася до ДУ "Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України" із скаргами на сильний біль та почервоніння правого ока. Із анамнезу з'ясувалось, що два тижні тому за місцем проживання пацієнтці на правому оці була виконана УЗФЕ з імплантацією ІОЛ, яка, судячи із виписного епікризу, пройшла без особливостей та ускладнень.

На момент надходження гострота зору правого ока – правильна проекція світла, н/к, лівого – 1,0, внутрішньоочний тиск за Маклаковим правого ока – 38 мм рт. ст., лівого – 18 мм рт. ст. Об'єктивно: праве око – подразнене, рогівка набрякла, передня камера середньої глибини, зіниця кругла, рухома, задньокамерна ІОЛ імплантована на передню капсулу кришталика та дислокована вперед та вниз від капсульного мішка, задня капсула кришталика відсутня, авітрія, тампонада вітреальної порожнини силіконовим маслом. Проведення офтальмоскопії викликало певні труднощі через наявність набряку та помутніння рогівки, спричинених офтальмогіпертензією, але визначався помірно декolorований ДЗН, з чіткими межами, судини очного дна звужені, в нижньо-зовнішньому квадранті із захопленням макулярної ділянки – склеральне ложе видаленої меланоми. При офтальмоскопії звернуло на себе увагу те, що в центрі хоріоретинальної хірургічної колобоми визначалася оптично непрозора промінюча субстанція сіро-бурого кольору, нерухома при зміні положення ока та голови розміром близько 6-7 діаметрів ДЗН, округлої форми. При чому в нижніх відділах вітреальної порожнини за рахунок оптичної аберації силіконового міхура (його об'єм складав 75% від об'єму скловидного тіла) здавалося, що тканина «новоутворення» плавно переходить в склеру і його межі були не чіткі. Оцінити наявність судин в даному «новоутворенні» та детально оцінити структуру було важко внаслідок зниження прозорості оптичних середовищ. Враховуючи всі обставини, було встановлено попередній діагноз – рецидив увеальної меланоми. Ліве око – передній відрізок без особливостей, початкові помутніння

у кришталику, деструкція скловидного тіла, ДЗН блідо-рожевий, межі чіткі, макула без особливостей, на 12 годинах периферична вітреохоріоретинальна дегенерація, сітківка прилягає.

Незважаючи на відсутність запису у виписному епікрізі про ускладнення під час УЗФЕ на правому оці, також була думка про можливість міграції ядра кришталика на очне дно, так як задня капсула кришталика була відсутня, а ІОЛ імплантували на передню капсулу. Про те локалізація «новоутворення» по центру склерального ложа видаленої меланоми хоріоїдеї, його нерухомість, нечіткість меж свідчили про незначну ймовірність таких обставин.

Було вирішено провести комплекс додаткових методів обстеження.

УЗ сканування OD: сонографічно на ділянці скловидного тіла визначається анехогенне силіконове масло. Вогнищевої об'ємної внутрішньоочної патології не виявлено.

Дані інфрачервоної довгохвильової фундусграфії [21, 22] OD: в задньому полюсі, донизу та назовні від макули, визначається округлої форми вогнище з неоднорідною поверхнею і чіткими межами, яке нерівномірно відбиває інфрачервоне світло та прилягає до внутрішньої стінки очного яблука в проекції склерального ложа видаленого новоутворення. Довкола вогнища визначається інтенсивне відбиття інфрачервоного сигналу склерою.

Дані інфрачервоної діафаноскопії OD: патологічних тіней на склері в передньому відрізку ока не виявлено.

Дані ОКТ OD: візуалізація структур очного дна обмежена через стан оптичних середовищ. В задньому полюсі, донизу назовні від макули, визначається промінює в порожнину скловидного тіла овальної форми слабо рефлектуюче вогнище з чіткими межами, яке розташоване пристінково та екранує структури, що знаходяться глибше.

Передопераційна диференційна діагностика між рецидивом увеальної меланоми та наявністю ядра кришталика на очному дні не дала чіткої відповіді. Дані офтальмоскопії правого ока з одного боку, а саме – локалізація промінючої нерухомої округлої субстанції в ділянці склерального ложа видаленої меланоми, його колір, нечіткість меж, нерухомість при зміні положення ока та голови можуть на перший погляд насторожити на думку про рецидив увеальної меланоми. З іншого боку – однорідність цієї субстанції, її форма, а також факт локалізації ІОЛ попереду капсульного мішка з дислокацією донизу та відсутність задньої капсули кришталика, дані додаткових методів дослідження (УЗ сканування, інфрачервона офтальмоскопія, ОКТ), дозволили нам запідозрити наявність ядра кришталика в центрі склерального ложа, нерухомість якого могла пояснюватись наявністю силіконового масла у вітреальній порожнині.



Рис. 1. Ядро кришталика на очному дні під час ревізії вітреальної порожнини.

У зв'язку з цим було прийняте рішення про проведення ревізії вітреальної порожнини з видаленням силіконового масла, на що пацієнтка дала згоду.

Основні етапи операції: після обробки операційного поля та кон'юнктиви, субтенонової анестезії 2% розчином лідокаїну стандартним трьохпортовим доступом через порт 23G виконувалось активне видалення силіконового масла. Після ревізії вітреальної порожнини на поверхні склерального ложа було виявлено ядро кришталика (рис. 1), яке було фрагментоване та видалене вітреотомом.

В подальшому, після репозиції ІОЛ, виконувалась рідина-газ заміна, тампонада вітреальної порожнини стерильним повітрям та шовна герметизація склеротомій.

Слід зазначити, що операція пройшла без ускладнень. У ранньому післяопераційному періоді визначалися ознаки післяопераційного увеїту у вигляді зміни кольору райдужки, формування задніх сінехій та фібринової плівки у просвіті зіниці, які були успішно куповані протизапальною терапією. Об'єм повітряного міхура в вітреальній порожнині становив 80%, внутрішньоочний тиск в межах норми, офтальмоскопічно ДЗН бліднуватий, межі чіткі, судини очного дна звужені, склеральне ложе видаленої меланоми чисте, сітківка прилягає. Хвора була виписана додому на 7 добу після операції з об'ємом повітряного міхура 25%, з гостротою зору правильна світлопроекція, райдужка звичайного кольору, зіниця кругла, рухома. На момент виписки – гострота зору 0,04 н/к; офтальмоскопічно – оптичні середовища прозорі, сітківка прилягає, ознак пухлинного росту не виявлено (рис. 2).

Усі маніпуляції було виконано згідно з Гельсінкською декларацією. Від пацієнтки було отримано інформовану згоду.

Таким чином, ми описали клінічний випадок наявності ядра кришталика на очному дні з локалізацією в ділянці склерального ложа видаленої меланоми

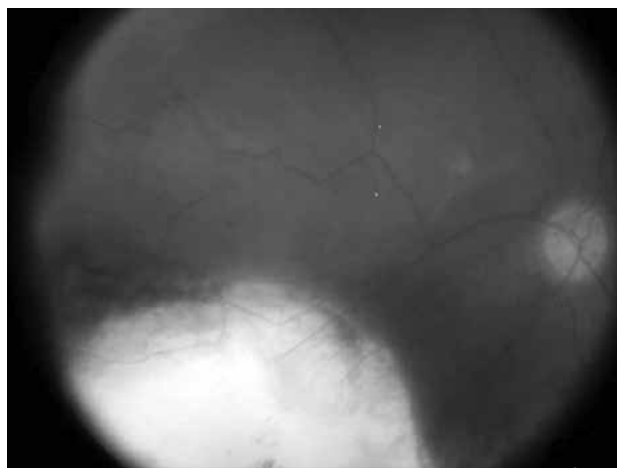


Рис. 2. Очне дно пацієнтки через 10 днів після ревізії вітреальної порожнини та видалення ядра кришталика.

у пацієнтки після факоемульсифікації катаракти, що імітувало рецидив пухлини. Представлений клінічний випадок заслуговує на увагу при проведенні диференціальної діагностики у випадках, підозрілих на рецидив увеальної меланоми для встановлення правильного діагнозу та вибору відповідного методу лікування. Важливим є правильне оформлення медичних епікризів, так як в нашому випадку відсутність запису про ускладнення під час УЗФЕ катаракти у вигляді розриву задньої капсули кришталика з міграцією його ядра на очне дно ускладнило встановлення діагнозу.

Література

1. **Krantz B.A.** Uveal melanoma: epidemiology, etiology, and treatment of primary disease / B.A. Krantz, N. Dave, K.M. Komatsubara, B.P. Marr, R.D. Carvajal // Clin. Ophthalmol. – 2017. – Vol. 11. – P. 279-289.
2. **Bell D.J.** Choroidal melanoma: Natural history and management options / D.J. Bell, M.W. Wilson // Cancer Control. – 2004. – Vol. 11. – P. 296-303.
3. **Бровкина А.Ф.** Офтальмоонкология: руководство для врачей / А.Ф. Бровкина. – Москва: Медицина, 2002. – 424 с.
4. Офтальмология: клинические рекомендации / под ред. член-корр. РАН, проф. В.В. Нероева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 496 с.
5. **Бровкина А.Ф.** Офтальмоонкология: новое за последние два десятилетия / А.Ф. Бровкина, И.Е. Панова, С.В. Саакян // Вестник офтальмол. – 2014. – Т. 130 (6). – С. 13-19.
6. **Бровкина А.Ф.** Руководство по клинической офтальмологии / А.Ф. Бровкина, Ю.С. Астахов. – Москва: МИА, 2014. – 960 с.
7. **Аветисов С.Э.** Офтальмология. Национальное руководство / под ред. С.Э. Аветисова, Е.А. Егорова, Л.К. Мошетовой, В.В. Нероева, Х.П. Тахчиди. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 752 с.
8. **Damato B.E.** Age, survival predictors, and metastatic death in patients with choroidal melanoma: tentative evidence of a therapeutic effect on survival / B.E. Damato, H. Heimann, H.

- Kalirai, S.E. Coupland // JAMA Ophthalmol. – 2014. – Vol. 135(2). – P. 605-613.
9. **Margo C.E.** The Collaborative Ocular Melanoma Study: an overview // Cancer Control. – 2004. – Vol. 11(5). – P. 304-309.
 10. **García-Arumí J.** Endoresection in high posterior choroidal melanomas: long-term outcome / J. García-Arumí, M.A. Zapata, O. Balaguer, A. Fonollosa, A. Boixadera, V. Martinez-Castillo // Br. J. Ophthalmol. – 2008. – Vol. 92(8). – P. 1040-1045.
 11. **Bornfeld N.** Endoscopic resection of malignant melanomas of the uvea after preoperative stereotactic single dose convergence irradiation with the Leksellgamma knife / N. Bornfeld, S. Talies, G. Anastassiou, H. Schilling, A. Schüler, G.A. Horstmann // Ophthalmologie. – 2002. – May. – Vol. 99(5). – P. 338-344.
 12. **Ferreyra H.A.** Endoresection of irradiated choroidal melanoma as a treatment for intractable vitreous hemorrhage and secondary blood-induced glaucoma / H.A. Ferreyra, M.H. Goldbaum, R.N. Weinreb // SeminOphthalmol. – 2008. – Vol. 23(2). – P. 135-138.
 13. **Karkhaneh R.** Long-term surgical outcome of posterior choroidal melanoma treated by endoresection / R. Karkhaneh, H. Chams, F.A. Amoli, M. Riazi-Esfahani, M.N. Ahmadabadi, M.R. Mansouri, K. Nouri, A. Karkhaneh // Retina. – 2007. – Sep. – Vol. 27(7). – P. 908-914.
 14. **Kertes P.J.** Internal resection of posterior uveal melanomas / P.J. Kertes, J.C. Johnson, G.A. Peyman // Br. J. Ophthalmol. – 1998. – Oct. – Vol. 82(10). – P. 1147-1153.
 15. **Shields C.L.** Recent developments in the management of choroidal melanoma / C.L. Shields, J.A. Shields // Curr. Opin. Ophthalmol. – 2004. – Jun. – Vol. 15(3). – P. 244-251.
 16. **Gündüz K.** Exoresection and endoresection for uveal melanoma / K. Gündüz, N.E. Bechrakis // Middle East Afr. J. Ophthalmol. – 2010. – Jul. – Vol. 17(3). – P. 210-216.
 17. **Уманец Н.Н.** Эндорезекция меланомы сосудистой оболочки глазного яблока с использованием высокочастотной электросварки биологических тканей / Н.Н. Уманец, Н.В. Пасечникова, В.А. Науменко, А.П. Малецкий, Е.П. Чеботарев, Е.С. Пухлик // Офтальмол. журн. – 2016. – №4. – С. 11-14.
 18. **Foulds W.S.** Local resection versus enucleation in the management of choroidal melanoma / W.S. Foulds, B.E. Damato, R.L. Burton // Eye (Lond). – 1987. – Vol. 1(6). – P. 676-679.
 19. **Modarres M.** Recurrence and massive extraocular extension of choroidal malignant melanoma after vitrectomy and endoresection / M. Modarres, A. Rezanejad, K.G. Falavarjani // Indian J. Ophthalmol. – 2014. – Vol. 62(6). – P. 731-733.
 20. **Peyman G.A.** Endoresection of a ciliochoroidal melanoma / G.A. Peyman, R.A. Cheema, P.A. Lagouros // Can. J. Ophthalmol. – 2001. – Vol. 36(7). – P. 411-414.
 21. **Pasyechnikova N.** Digital imaging of the fundus with long-wave illumination / N. Pasyechnikova, V. Naumenko, A. Korol, O. Zadorozhnyy // Klin. Oczna. – 2009. – Vol. 111(1-3). – P. 18-20.
 22. **Zadorozhnyy O.S.** Dimensions of ciliary body structures in various axial lengths in patients with rhegmatogenous retinal detachment / O.S. Zadorozhnyy, Y. Alibet, A. Kryvoruchko, G. Levytska, N. Pasyechnikova // J. Ophthalmol (Ukraine). – 2017. – Vol. 6 (479). – P. 32-36.

Автори засвідчують про відсутність конфлікту інтересів, які б могли вплинути на їх думку стосовно предмету чи матеріалів, описаних та обговорених в даному рукопису.

Поступила 25.01.2021

Имитация рецидива увеальной меланомы ядром хрусталика (клинический случай)

Уманец М. М., Науменко В. А., Тукилуш Т. Н.

ГУ «Институт глазных болезней и тканевой терапии им. Филатова НАМН Украины»; Одесса (Украина)

В работе представлен клинический случай имитации рецидива увеальной меланомы после эндорезекции опухоли, за счет наличия ядра хрусталика на глазном дне в области склерального ложа.

Ключевые слова: увеальная меланома, рецидив, ядро хрусталика