

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2020

УДК 617.721.6 - 006.81

Л. С. Ли¹, Г. П. Аринова¹, С.П. Аринова¹, Д. Е. Токсамбаева², В. И. Кузнецова¹,
К. В. Делибораниди²

К ВОПРОСУ ВЫЖИВАЕМОСТИ БОЛЬНЫХ С УВЕАЛЬНОЙ МЕЛАНОМОЙ

¹Кафедра офтальмологии и оториноларингологии Медицинского университета Караганды (Караганда, Казахстан),

²КГП на ПХВ «Многопрофильная больница им. проф. Х. Ж. Макажанова» (Караганда, Казахстан)

Выживаемость пациентов с увеальной меланомой зависит от многих факторов: возраста больного, своевременности обращения за медицинской помощью, стадии процесса, размеров опухоли, ее локализации, методов лечения. По литературным данным более эффективное воздействие на продолжительность жизни пациентов оказывает брахитерапия. В представленном клиническом случае прослежена длительность заболевания более 11 лет.

Ключевые слова: увеальная меланома, брахитерапия, выживаемость

Одной из наиболее распространенных первичных злокачественных внутриглазных опухолей является увеальная меланома. Конечной целью лечения данной офтальмопатологии всегда остается предотвращение опухолевой диссеминации. Ряд авторов отмечают развитие метастазирования при увеальной меланоме в 5-15% случаев [3]. Прогноз в отношении выживаемости пациентов зависит от многих факторов: возраста больного, своевременности обращения за медицинской помощью, стадии процесса, размеров опухоли, ее локализации, клеточного типа, наличия узла опухоли на поверхности склеры, методов лечения. По литературным данным более эффективное воздействие на продолжительность жизни пациентов оказывает брахитерапия [5, 6].

Продолжительность жизни пациентов с увеальной меланомой зависит от методов лечения, а после выявления метастазов эта зависимость не прослеживается и составляет от 7 до 62 мес. Одним из важных факторов риска метастазирования является больший размер диаметра опухоли [2, 7].

При локализации опухоли средних и больших размеров в экваториальной, юкстапапиллярной области возможен риск метастазирования, и основным органом-мишенью увеальной меланомы является печень (85% всех метастазов). Большая часть метастазов выявляется в первые три года с момента установления диагноза [3].

Новые технологии позволяют изучать роль молекулярно-генетических особенностей меланомы в оценке прогноза. Общая пятилетняя выживаемость больных увеальной меланомой составляет 72-91%, из них на маленькие опухоли приходится 92,8%, на большие – 46,6%; 10-тилетняя выживаемость составляет 62,5-68,3% [1, 8].

Прогноз для жизни при наличии прорастания опухоли за пределы глаза неблагоприятный. Частичное иссечение опухоли создает условия для ятрогенного распространения опухолевых клеток в стекловидное тело, переднюю камеру, за пределы хориоидеи, в склеру [1]. Лечение меланом хориоидеи с помощью брахитерапии является эффективным и рекомендуемым методом терапии и во многих случаях альтернативой энуклеации глазного яблока [6, 8].

После брахитерапии при лечении увеальной меланомы на втором по частоте месте стоит операция – энуклеация [1, 4]. Спорным остается вопрос эндорезекции увеальных меланом в связи с опасением распространения ятрогенных опухолей [1].

Приводим собственное клиническое наблюдение:

Больная К., 84 г., находилась на стационарном лечении в офтальмологическом отделении ОЦТиО им. Х. Макажанова в мае 2019 г. с диагнозом: OD Новообразование сосудистой оболочки (меланома), рецидив. Вторичная отслойка сетчатки. Вторичная дистрофия роговицы со вторичной кератэктазией. Рецидивирующий кератоувеит. Артифакция. OS Субатрофия глазного яблока. Вторичная дистрофия роговицы (исход травмы глазного яблока).

Жалобы при поступлении на выраженные боли в правом глазу, правой половине головы, слезотечение, отсутствие зрения на оба глаза.

Из анамнеза: в августе 2008 г. в Екатеринбургском филиале МНТК МГ осуществлена блокэксцизия опухоли иридоцилиарной зоны правого глаза (новообразование удалено не полностью в связи с развившимся кровотечением из сосудов опухоли цилиарного тела в ходе операции) (рис. 1).



Рисунок 1 – Эхограмма глаза. Увеальная меланома

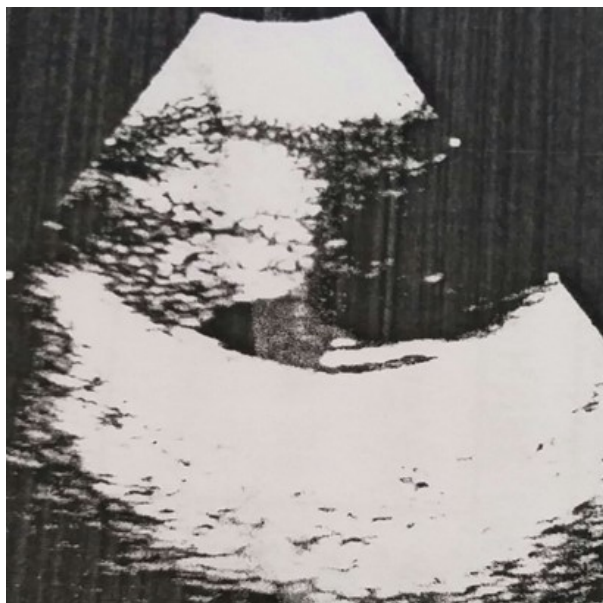


Рисунок 2 – Эхограмма глаза. Рецидив увеальной меланомы

Через 3 мес. – факоэмульсификация катаракты с имплантацией интраокулярной линзы на правом глазу по поводу набухающей катаракты с повышением зрительных функций от 0,01 н/кор. до 0,3 с кор.+1,0 D cyl -2,0 D ax 75°= 0,4.

В октябре 2008 г. после обследования онкохирурга диагностированы кисты печени, почек. Эрозивный гастрит. Рекомендован контроль КТ, УЗИ через 3 мес.

С января 2011 г. заметила ухудшение зрения на правом глазу. При обращении в Екатеринбургский центр МНТК «Микрохирургия глаза» по данным УЗИ (А, В скан) была обнаружена меланома хориоидеи и цилиарного тела IV степени с показанием к энуклеации. Учитывая наличие опухоли на единственно зрячем глазу и желание пациентки, больная была направлена в ФГУ «МНТК» «Микрохирургия глаза» (г. Москва). В апреле 2011 г. дооперационная диагностика: Vis OD 0,2 н/кор.; Vis OS =0. ВГД OD=11 мм рт. ст. (пневмотонометрия).

В-сканирование OD: в 3,5 мм от ДЗН книзу определяется новообразование сосудистой оболочки с максимальным выстоянием в нижнем сегменте на 11,72 мм, протяженностью 19 мм с вовлечением цилиарного тела. Вторичная отслойка сетчатки.

Ультразвуковая биомикроскопия OD: с 5 до 8.30 ч визуализируется новообразование цилиарного тела, на 8 ч с вовлечением угла передней камеры и корня радужки на 2,25 мм, на 7 ч с инвазией склеры (рис. 2).

Status ophtalmicus OD: передний отрезок спокоен. Колобома радужки с 4.30 до 7 ч с проминенцией кпереди в нижне-наружном сегменте. По меридианам с 7 до 8.30 ч в прикорневой зоне радужки визуализируется беспигментная опухолевая ткань. В нижнем сегменте в полости глаза – обширные бугристые беспигментные опухолевые массы с новообразованными сосудами на поверхности, прикрывающие глазное дно до верхнего сегмента. Левый глаз уменьшен в размерах. Роговица мутная (исход травмы в детстве). Больной проведено лечение (как попытка органосохранного лечения на единственно видящем глазу) – брахитерапия с Ru – 106 + Rh – 106. 27.04.2011 г. – подшивание β-аппликатора; 04.05.2011 г. – снятие β-аппликатора. Поглощенная доза β-излучения на склере 1930 Гр. Метод лечения не предполагает проведения гистологического исследования. При выписке Vis OD = 0,05 н/кор. ВГД норма. Состояние глаза адекватно проведенному лечению.

В июле 2012 г. лечилась стационарно в г. Астане по поводу острого кератоуевита на правом глазу. Vis OD/OS = 0,02 н/кор./0. В-сканирование OD: в стекловидном теле плавающие помутнения высокой эхоплотности. В полости глазного яблока визуализируются обширные бугристые образования. OS уменьшен в размерах. После проведенного лечения (антибактериальное, противовоспалительное, кератопротекторное) при выписке Vis OD/OS = 0,03 н/кор./0.

Повторное стационарное лечение в

связи с обострением кератouveита в г. Астане получала в июле 2013 г. Vis OD/OS = счет пальцев на 10 см/0 (при поступлении и при выписке)

В августе 2015 г. больная госпитализирована в экстренном порядке в глазное отделение г. Астаны с диагнозом: Перфоративная язва роговицы правого глаза, по поводу чего 12.08.2015 г. осуществлена конъюнктивальная кератопластика по Кунту OD. Vis OD/OS = p.l.c./0.

02.09.2015 г. – Реконструкция конъюнктивального лоскута OD (г. Астана).

13.05.2019 г. в связи с усилением болей в правом глазу, которые периодически беспокоили последние 5 лет, больная госпитализирована в офтальмологическое отделение ОЦТиО им. Х. Макажанова.

Об-но: Vis OD/OS = 0/0 Внутриглазное давление на OD – верхняя граница нормы, на OS – норма.

OD умеренная смешанная инъекция глазного яблока, своды чистые. В нижне-наружном сегменте – дефект конъюнктивы с обнажением истонченной склеры, через которую просвечивает сосудистая оболочка. Роговица диффузно мутная, дистрофически изменена с резким истончением в нижне-наружном квадранте с нависающим куполом стафиломы роговицы, прилежащей вплотную тканью темно-коричневого цвета. По периметру до оптической зоны – смешанная васкуляризация, в центре роговицы – узловой шов. В доступных осмотру участках через мутную роговицу просматриваются: мелкая передняя камера, участки ткани темно-коричневого цвета, в верхне-носовом квадранте уплотненная кальцинированная ткань. Легкие цилиарные боли. Глубже лежащие отделы осмотра не доступны.

OS уменьшено в размерах, передний отрезок спокоен. Роговица диффузно мутная, дистрофически изменена, цилиарных болей нет. Глубже лежащие отделы осмотра не доступны. Общее соматическое состояние удовлетворительное. Консультация ЛОР-врача без патологии.

Лабораторно-диагностические исследования: ОАК – анемия, СОЭ – 20 мм/ч; ОАМ – бактерии – 2++, лейкоциты – 12 в п/зр. Биохимические анализы – б/о.

УЗИ ОД: ближе к заднему полюсу лоцируется кистовидное образование, анэхогенное овально-округлой формы, от которого тянется объемное образование (плюс – ткань) к переднему отрезку глазного яблока. Вторичная от-

слойка сетчатки. ПЗО – 19 мм; OS: экоструктуры не лоцируются, тотальный фиброз. ПЗО – 16,3 мм.

УЗИ гепатобилиопанкреатической области: Образование печени. CR – ? Диффузные изменения перенхимы печени и поджелудочной железы.

Рентгенография органов грудной клетки: округлое образование прикорневой зоны левого легкого, МТС?

Результат патологоанатомического исследования: увеальная меланома (2,3x2,2x2 см).

Учитывая наличие новообразования сосудистой оболочки, рецидив, слепой глаз, постоянные боли с явлениями кератouveита на правом глазу, больной проведена энуклеация OD (рис. 3).



Рисунок 3 – Макропрепарат удаленной меланомы сосудистой оболочки

Описанный клинический случай представляет интерес с точки зрения выживаемости больной (более 11 лет) с увеальной меланомой с локализацией, входящей в группу риска (меланома иридоцилиарной зоны, хориоидеи IV степени), больших размеров (в 3,5 мм от ДЗН книзу определяется новообразование сосудистой оболочки с максимальным выстоянием в нижнем сегменте на 11,72 мм, протяженностью 19 мм с вовлечением цилиарного тела) с инвазией склеры. Несмотря на частичное удаление опухоли и продолженный рост в последующие годы, больная соматически чувствовала себя вполне удовлетворительно благодаря поэтапному лечению согласно клиническим протоколам с применением брахитерапии – контактное облучение опухоли – «золотой стан-

дарт» органосохранного лечения внутриглазных опухолей, преимуществами которой являются: сохранение глаза, сохранение зрительных функций у половины леченных больных, лучший прогноз для жизни [4].

Таким образом, с целью улучшения качества жизни пациентов, повышения выживаемости, раннего начала лечения метастатической болезни рекомендуется комплексное лечение и наблюдение офтальмолога и онколога.

ЛИТЕРАТУРА

1 Бровкина А. Ф. Почетная лекция: Меланома хориоидеи: прошлое, настоящее, будущее /Матер. XV Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Федоровские чтения». – М., 2018. – С. 45-47.

2 Гришина Е. Е. Анализ выживаемости больных увеальной меланомой при органосохранном и ликвидационном лечении /Е. Е. Гришина, М. Ю. Лернер, Э. Г. Гемджян //Альманах клинической медицины. – 2018. – №3. – С. 68-75.

3 Офтальмоонкология: Рук. для врачей /А. Ф. Бровкина, В. В. Вальский, Г. А. Гусев и др. – М.: Медицина, 2002. – С. 245-307.

4 Увеальная меланома: локальная форма: Клинич. рекомендации. – М., 2017. – 56 с.

5 Brachytherapy for patients with uveal melanoma: historical perspectives and future treatment directions /B. Y. Brewington, Y. F. Shao, F. H. Davidorf, C. M. Cebulla //Clin. Ophthalmol. – 2018. – V. 22. – P. 925-934.

6 Outcomes of I-125 brachytherapy for uveal melanomas depending on irradiation dose applied to the tumor apex – a single institution study /J. Kowal, A. Markiewicz, M. J. Dębicka-Kumela //Contemp. Brachytherapy. - 2018. – V. 34. – P. 532-541.

7 Patterns of care and outcomes of proton and eye plaque brachytherapy for uveal melanoma: Review of the National Cancer Database /

A. J. Lin, Y. J. Rao, S. Acharya et al. //Brachytherapy. – 2017. – V. 56. – P. 1225-1231.

8 Uveal Melanoma in Ireland /C. Baily, V. O'Neill, M. Dunne et al. //Ocul. Oncol. Pathol. – 2019. – V. 16. – P. 195-204.

REFERENCES

1 Brovkina A. F. Pochetnaya leksiya: Melanoma khorioidei: proshloe, nastoyashchee, budushchee /Mater. XV Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem «Fedorovskie chteniya». – M., 2018. – S. 45-47.

2 Grishina E. E. Analiz vyzhivaemosti bol'nykh uveal'noy melanomoy pri organosokhrannom i likvidatsionnom lechenii /E. E. Grishina, M. Yu. Lerner, E. G. Gemdzhyan //Al'manakh klinicheskoy meditsiny. – 2018. – №3. – S. 68-75.

3 Oftal'moonkologiya: Ruk. dlya vrachey /A. F. Brovkina, V. V. Val'skiy, G. A. Gusev i dr. – M.: Meditsina, 2002. – S. 245-307.

4 Uveal'naya melanoma: lokal'naya forma: Klinich. rekomendatsii. – M., 2017. – 56 s.

5 Brachytherapy for patients with uveal melanoma: historical perspectives and future treatment directions /B. Y. Brewington, Y. F. Shao, F. H. Davidorf, C. M. Cebulla //Clin. Ophthalmol. – 2018. – V. 22. – P. 925-934.

6 Outcomes of I-125 brachytherapy for uveal melanomas depending on irradiation dose applied to the tumor apex – a single institution study /J. Kowal, A. Markiewicz, M. J. Dębicka-Kumela //Contemp. Brachytherapy. - 2018. – V. 34. – P. 532-541.

7 Patterns of care and outcomes of proton and eye plaque brachytherapy for uveal melanoma: Review of the National Cancer Database /A. J. Lin, Y. J. Rao, S. Acharya et al. //Brachytherapy. – 2017. – V. 56. – P. 1225-1231.

8 Uveal Melanoma in Ireland /C. Baily, V. O'Neill, M. Dunne et al. //Ocul. Oncol. Pathol. – 2019. – V. 16. – P. 195-204.

Поступила 25.09.2020 г.

L. S. Li¹, G. P. Arinova¹, S. P. Arinova¹, D. Ye. Toksambayeva², V. I. Kuznetsova¹, K. V. Delibrandid²

TO THE QUESTION OF SURVIVAL OF PATIENTS WITH UVEAL MELANOMA

¹Department of ophthalmology and otorhinolaryngology of Karaganda medical university (Karaganda, Kazakhstan),

²Multidisciplinary hospital named after prof. H. Zh. Makazhanov (Karaganda, Kazakhstan)

The survival rate of patients with uveal melanoma depends on many factors: the patient's age, the timeliness of seeking medical help, the stage of the process, the size of the tumor, its location, and treatment methods. According to literature data, brachytherapy has a more effective effect on the life expectancy of patients. In the presented clinical case, the duration of the disease was traced for more than 11 years.

Key words: uveal melanoma, brachytherapy, survival

Л. С. Ли¹, Г. П. Аринова¹, С. П. Аринова¹, Д. Е. Токсамбаева², В. И. Кузнецова¹, К. В. Делибораниди²
УВЕАЛ МЕЛАНОМАСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫ ТУЫРУ СҰРАҒЫНА

¹Офтальмология және оториноларингология кафедрасы, Қарағанды медициналық университеті
(Қарағанды, Қазақстан),

²Атындағы көпсалалы аурухана проф. Х. Ж. Мақажанов (Қарағанды, Қазақстан)

Увеальды меланомасы бар пациенттердің өмір сүру деңгейі көптеген факторларға байланысты: науқастың жасына, медициналық көмекке уақтылы жүгінуіне, процестің сатысына, ісік мөлшеріне, оның орналасуына, емдеу әдістеріне. Әдебиеттерге сәйкес, брахитерапия пациенттердің өмір сүру ұзақтығына тиімді әсер етеді. Ұсынылған клиникалық жағдайда аурудың ұзақтығы 11 жылдан асады.

Кілт сөздер: увеальды меланома, брахитерапия, тірі қалу қабілеттілігі