

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2021-2-94-98>

Динамика метастатического поражения хориоидеи на фоне полихимиотерапии (клинический случай)

А.С. Стоюхина

ФГБНУ «НИИ глазных болезней», Москва

РЕФЕРАТ

При отягощенном онкоанамнезе, наличии у пациента зрительных жалоб и характерной офтальмоскопической картины, диагностика внутриглазных метастазов не вызывает сложностей. В 10-20% случаев эксцентрично расположенные метастазы, как правило, являются случайной находкой, что может вызвать сложности в постанов-

ке правильного диагноза. В работе представлен клинический случай бессимптомно протекающих билатеральных многофокусных хориоидальных метастазов малых размеров. Описана их ОКТ-картина и динамика течения процесса на фоне проведения полихимиотерапии.

Ключевые слова: метастаз в хориоидею, оптическая когерентная томография, полихимиотерапия. ■

Точка зрения. Восток – Запад. 2021;2:94–98.

ABSTRACT

Choroidal metastasis follow-up during polychemotherapy (clinical case)

A.S. Stoyukhina

Federal State Scientific University «Research Institute of Eye Diseases», Moscow

Diagnosis of intraocular metastases does not cause difficulties in cases of oncological anamnesis in patient with visual complaints and a characteristic ophthalmoscopic picture. In 10-20% of cases, eccentrically located metastases, are an accidental finding, which can cause difficulties in correct diagnosis establishing. A clinical case of asymptomatic bilateral

multifocal choroidal metastases of small sizes is presented. Their OCT findings and the dynamics of follow-up during polychemotherapy are described.

Key words: choroidal metastasis, optical coherence tomography, polychemotherapy. ■

Point of View. East – West. 2021;2:94–98.

Частота внутриглазных метастазов составляет 64-67% всех метастатических опухолей органа зрения. При этом преимущественно поражается хориоидея (88-90,7%), реже – радужка (7,3-9%) и цилиарное тело (2%) [1-4]. К моменту выявления внутриглазных метастазов в 66-97% случаев имеет место диссеминация опухолевого процесса [4, 5]. В 23-30% случаев метастазы имеют мультифокальный рост в хориоидею, причем чаще всего это происходит при раке молочной железы [1, 6, 7]. До 1/3 онкологических больных имеют билатеральное поражение [2, 4, 7, 8]. Чаще всего бинокулярное развитие метастазов наблюдают при раке молочной железы [1, 6].

В подавляющем большинстве случаев метастазы локализуются в центральных отделах глазного дна (в 80% между экватором и макулярной зоной) и, как правило, характеризуются быстрым ростом и нарастанием симптомов. Зрительные жалобы при этом включают в себя метаморфопсии, нечеткое зрение, снижение остроты и сужение поля зрения, что обусловлено, в основном, накоплением субретинальной жидкости, отеком и отслойкой сетчатки [2]. Следует отметить, что приблизительно у 10-20% больных эксцентрично расположенные метастазы в хориоидею выявляют случайно при офтальмоскопии [3, 9]. В литературе подробно описана офтальмоскопическая картина метастатического

поражения хориоидеи [6, 8-11], однако выявление очагов малых размеров может представлять сложности.

В качестве иллюстрации приводим собственное клиническое наблюдение. Пациентка Ш., 34 года, в октябре 2020 года обратилась с жалобами на искажения предметов и снижение остроты зрения правого глаза в течение двух недель.

Анамнез: в октябре 2010 года у пациентки выявлен рак правой молочной железы, а в феврале 2011 года выполнена радикальная мастэктомия. В предоперационном периоде пациентка получила 4 цикла полихимиотерапии (ПХТ) по схеме FAC (фторурацил, адриамицин (доксорубицин), циклофосфамид) и радикальный курс дистанционной луче-

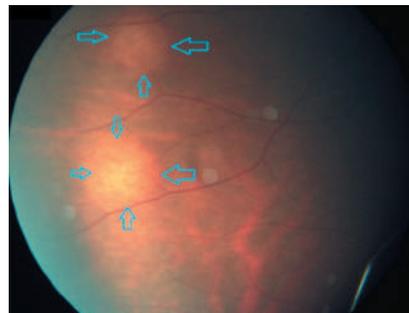


Рис. 1. Фото глазного дна правого глаза пациентки на момент обращения к офтальмологу (очаги указаны стрелками)

вой терапии на область правой молочной железы, парастеральную, надключичную и аксиллярную области традиционным фракционированием с разовой очаговой дозой 2 Гр. Суммарная очаговая доза – 64 Гр. В послеоперационном периоде проведено 4 цикла ПХТ по схеме АТ (доксорубин, таксотер). Далее в течение 5 лет пациентка получала гормональную терапию аналогами лютеинизирующего рилизинг-гормона, в течение 3 лет использовался тамоксифен и в течение 2 лет – анастрозол. В сентябре 2020 года были выявлены метастазы в правом легком и лимфоузлах средостения. Спустя месяц (октябрь 2020 г.) выявлен метастатический узел в желудке.

На момент обращения к офтальмологу: максимальная острота зрения (МОЗ) правого глаза – 0,7 н/к, левого – 0,8 с sph -0,5Д=0,9. ВГД OD=15,3 мм рт.ст., OS – 17,2 мм рт.ст. Передний отрезок обоих глаз – без патологии. При офтальмоскопии на глазном дне правого глаза выявлен отек в макулярной зоне, по ходу верхне-височной аркады – незначительно проминирующий округлый очаг желтоватого цвета размером 1-1,5 ДД. Перипапиллярно с носовой стороны имелся плоский округлый очаг размером 1 ДД, на средней периферии в наружной половине диагностированы два плоских округлых очага желтоватого цвета с «пестрой» поверхностью размерами 1 ДД (рис. 1). На глазном дне левого глаза парамакулярно выявлены два плоских очага желтоватого цвета размерами 1 ДД. По ходу верхне-носовой аркады в 1,5 ДД от ДЗН визуализировали плоский очаг желтоватого цвета с пестрой поверхностью размером 1 ДД, на средней периферии снизу – 2 округлых

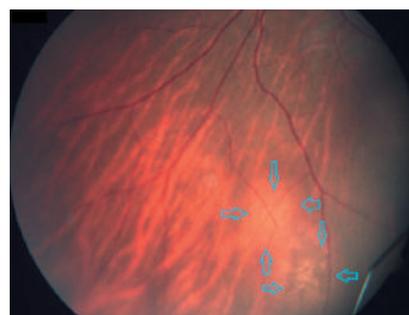
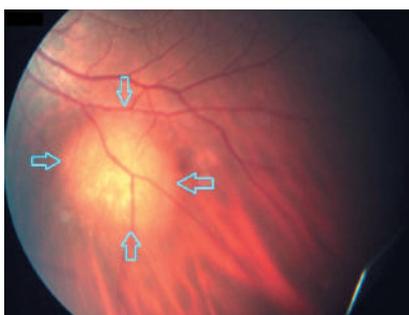
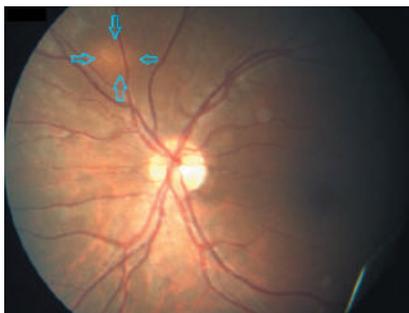


Рис. 2. Фото глазного дна левого глаза пациентки на момент обращения к офтальмологу (очаги указаны стрелками)

очага желтоватого цвета с «пестрой» поверхностью размерами 2 и 1,5 ДД (рис. 2). В общей сложности было выявлено 9 очагов: 4 – в правом глазу и 5 – в левом.

По данным УЗИ обоих глаз зон проминенции выявлено не было. При проведении ОКТ в макулярной зоне правого глаза выявлена отслойка нейроэпителия (ОНЭ) высотой 309 мкм. Субфовеолярно с распространением в сторону верхне-височной аркады визуализировано расширение хориоидального комплекса с ровным профилем передней поверхности, асимметрией формы скатов хориоидального комплекса и неравномерной уме-

рено рефлективной структурой. В зоне максимальной проминенции очага хориокапилляры не визуализировались. В надлежащей сетчатке – участки утолщения слоя ретинального пигментного эпителия, отек фоторецепторного и ядерных слоев. Аналогичные изменения имели и остальные очаги, в том числе на парном глазу. На поверхности и/или по скатам очагов выявлена ОНЭ. Толщина хориоидального комплекса в зоне максимальной проминенции очагов варьировала от 391 до 1062 мкм на правом глазу и 535-1254 мкм – на левом.

На основании данных анамнеза, билатерального многофокусного

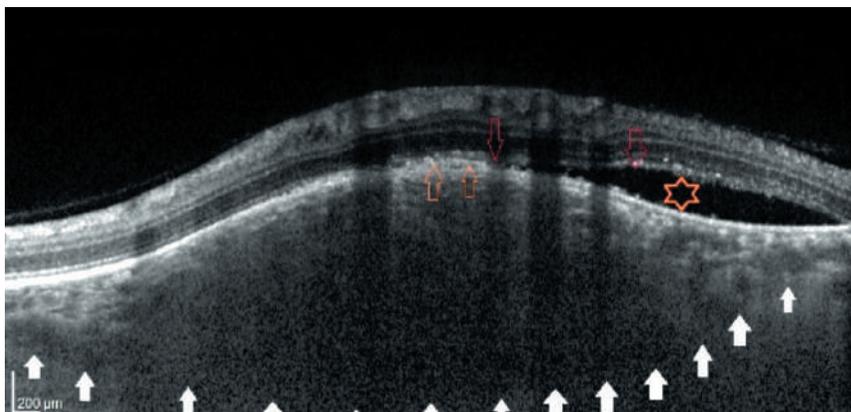


Рис. 3. ОКТ горизонтальный срез через зону максимальной проминенции метастаза по ходу верхне-височной аркады. Стрелки: белые – проекция передней поверхности склеры, красные – отек фоторецепторов, оранжевые – утолщение РПЭ; * – ОНЭ

поражения с характерной ОКТ-картиной [6, 12-14] был поставлен диагноз метастатического поражения хориоидеи. Следует отметить, что описываемые в литературе неровности передней поверхности хориоидального комплекса («lumpy, bumpy») характерны для метастазов больших размеров [6, 13, 14], а на ранних стадиях процесса он может быть ровным или иметь незначительную неровность [15], что и имело место в данном случае.

Ранее симптоматическим лечением метастазов хориоидеи была признана лучевая терапия (дистанционная гамма-терапия или облучение узким медицинским пучком), приводящая к регрессии опухолевого узла, резорбции субретинальной жидкости и повышению остроты зрения [2]. Считают, что лучевая терапия требует длительного периода лечения, что может быть неудобным и непрактичным у тяжелобольных пациентов

[6]. Первые работы по успешному применению ПХТ в лечении пациентов с диссеминированным метастатическим процессом появились еще в 1970-80-х гг. [16], но, несмотря на это, долгое время эффективность ПХТ ставилась под сомнение [17]. В последние годы при многофокусном билатеральном поражении хориоидеи в сочетании с метастазами другой локализации предпочтение отдают системной химиотерапии, иммуно- или гормональной терапии [6].

С учетом наличия диссеминированного метастатического процесса пациентке была рекомендована консультация онколога. В октябре-ноябре пациентка получила 6 циклов ПХТ по схеме ТС (паклитаксел, карбоплатин).

На фоне проведенного лечения пациентка отметила уменьшение искажений перед правым глазом, при этом МОЗ повысилась до 0,8 н/к. При осмотре глазного дна

правого глаза отмечено уменьшение размеров очага по ходу верхне-височной аркады и ОНЭ в макулярной зоне. Очаги в перипапиллярной зоне и на средней периферии с височной стороны не определены (рис. 4). При осмотре глазного дна левого глаза отмечено уменьшение размеров очагов по ходу верхне-носовой и нижне-височной аркад, а парамакулярно расположенные очаги уже не определялись (рис. 5).

По данным ОКТ на правом глазу субфовеолярная ОНЭ уменьшилась до 43 мкм. Толщина хориоидального комплекса в зонах, ранее соответствовавших зонам максимальной проминенции очагов, уменьшилась до 232-451 мкм на правом глазу и до 206-587 мкм – на левом (рис. 6, 7).

Уменьшение толщины хориоидального комплекса сопровождалось усилением рефлективности хориоидального комплекса с «уплотнением» его структуры, что скорее всего свидетельствует о формировании рубца на месте хориоидального метастаза. В фовеолярной зоне правого глаза появились участки деструкции РПЭ (штрихообразная гипертрансмиссия). В сетчатке над остальными очагами выявлено увеличение гиперрефлективных изменений на уровне РПЭ. На участках ранее существовавшей ОНЭ отмечено уменьшение рефлективности слоя фоторецепторов, она сохранялась только вокруг наиболее крупных очагов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенное наблюдение свидетельствует о большей информативности оптической когерентной то-

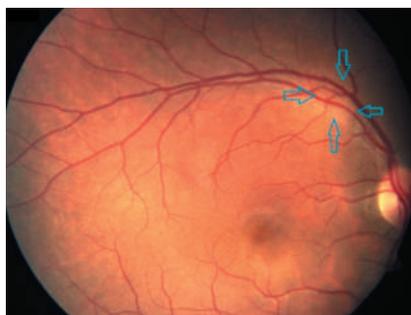


Рис. 4. Фото глазного дна правого глаза после 6 циклов ПХТ (через 7 недель после первичного обследования) (очаг указан стрелками)

мографии для выявления начальных, офтальмоскопически «скрытых» метастазов в хориоидею. Это позволяет рекомендовать обязательное билатеральное ОКТ-исследование не только макулярной зоны, но и средней периферии у больных с онкологическим анамнезом. Есть основания полагать, что его можно использовать и для оценки проводимого лечения (особенно это заметно на метастазах малых размеров), в частности, полихимиотерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Damato B. Ocular Tumors: Diagnosis and Treatment. Oxford: Butterworth-Heinemann; 2000.
2. Офтальмоонкология: Руководство для врачей. Под ред. А.Ф. Бровкиной. М.: Медицина; 2002: 296-298.
3. Гришина Е.Е. Метастатическое поражение органа зрения. Клиническая офтальмология. 2001; 2(1): 15-18.
4. Namad T., Wang J., Tilton A. et al. Case Report Bilateral Choroidal Metastasis from Non-Small Cell Lung Cancer. Case Rep. Oncol.Med. 2014. doi:10.1155/2014/858265
5. Ergenc H., Onmez A., Oymak E. et al. Bilateral choroidal metastases from lung adenocarcinoma: A case report. Case. Rep. Oncol. Med. 2016; 9(3):530-536. doi:10.1159/000449154
6. Arepalli S., Kaliki S., Shields C.L.C. Choroidal metastases: origin, features, and therapy. Indian. J. Ophthalmol. 2015; 63(2): 122-127. doi:10.4103/0301-4738.154380
7. Walls G., Napier S., Stewart D. Visual impairment due to bilateral multifocal choroidal metastasis of parotid adenocarcinoma: a case report. Front. Oncol. 2014;4:136. doi:10.3389/fonc.2014.00136
8. Levison A.L., Erenler F, Zhao Y. et al. Late-onset choroidal metastasis from breast cancer. Retin Cases Br. Reports. 2018;12(4):342-345. doi:10.1097/ICB.0000000000000516

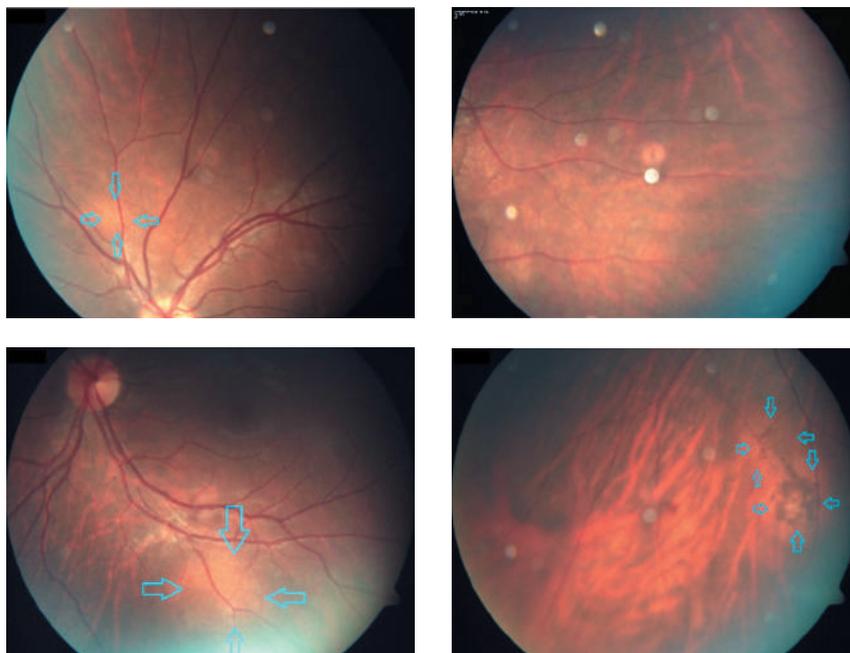


Рис. 5. Фото глазного дна левого глаза после 6 циклов ПХТ (через 7 недель после первичного обследования, очаги указаны стрелками)

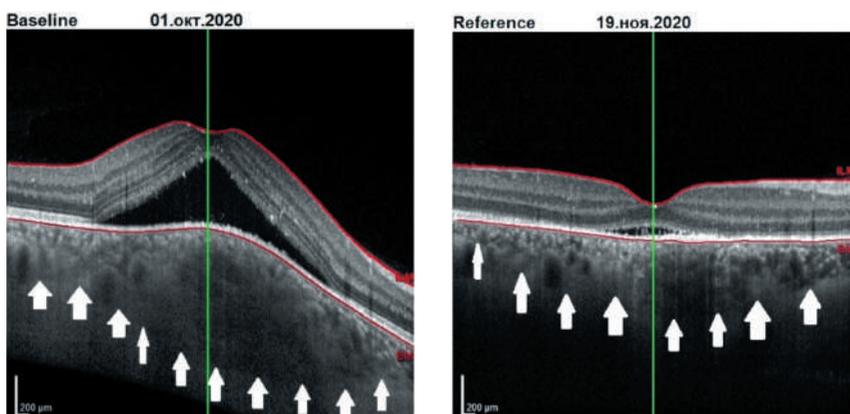


Рис. 6. ОКТ правого глаза, выполненное в режиме сравнения, горизонтальный срез через фовею (стрелки – проекция передней поверхности склеры)

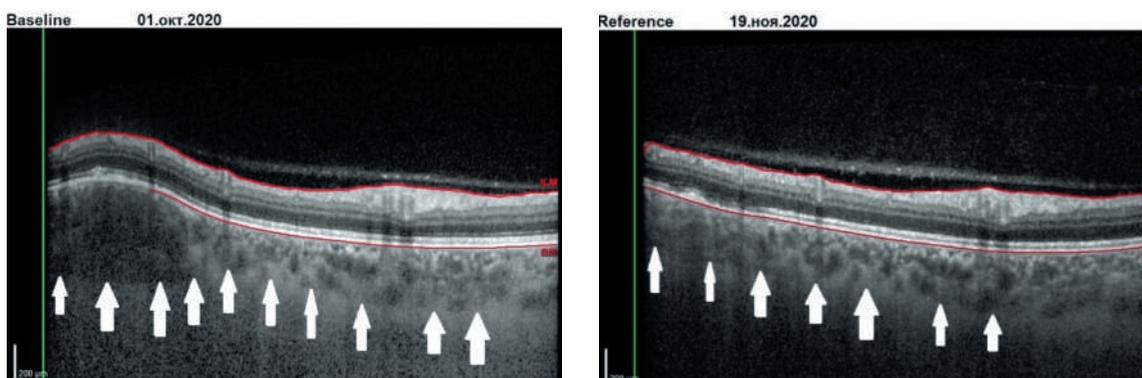


Рис. 7. ОКТ левого глаза, выполненное в режиме сравнения, горизонтальный срез через центр очага по ходу верхне-носовой аркады (стрелки – проекция передней поверхности склеры)

9. Mathis T., Jardel P, Loria O. et al. New concepts in the diagnosis and management of choroidal metastases. *Prog. Retin Eye Res.* 2019; 68: 144-176. doi:10.1016/j.preteyeres.2018.09.003
10. Saxena S., Jain A., Akduman L. Three-dimensional spectral domain optical coherence tomography of retina in choroidal metastasis due to breast and lung carcinoma. *J. Ocul. Biol. Dis. Infor.* 2012; 5(1): 9-12. doi:10.1007/s12177-012-9092-z
11. Ishida T., Morohoshi K., Takeuchi Y. et al. Swept-source optical coherence tomographic findings in eyes with metastatic choroidal tumor. *Am J. Ophthalmol. Case Reports.* 2017; 8: 44-47. doi:10.1016/j.ajoc.2017.10.005
12. Стоюхина А.С., Мусаткина И.В. Диагностика хориоидальных метастазов. *Вестник офтальмологии.* 2016; 132(3): 66-81. doi:10.17116/oftalma2016132366-81
13. Demirci H., Cullen A., Sundstrom J.M. Enhanced depth imaging optical coherence tomography of choroidal metastasis. *Retina.* 2014; 34(7): 1354-1359.
14. Shields C.L., Pellegrini M., Ferenczy S.R., Shields J.A. Enhanced depth imaging optical coherence tomography of intraocular tumors: from placid to seasick to rock and rolling topography--the 2013 Francesco Orzalesi Lecture. *Retina.* 2014; 34(8): 1495-1512.
15. Cennamo G., Montorio D., Carosielli M. et al. Multimodal imaging in choroidal metastasis. *Ophthalmic Res.* 2020. doi:10.1159/000512766
16. Brinkley J.R. Response of a choroidal metastasis to multiple-drug chemotherapy. *Cancer.* 1980; 45(7): 1538-1539.
17. Jardel P, Sauerwein W., Olivier T. et al. Management of choroidal metastases. *Cancer Treat Rev.* 2014; 40(10):1119-1128. doi:10.1016/j.ctrv.2014.09.006