

Доброкачественные и злокачественные опухоли радужной оболочки и цилиарного тела

выполнил: к/и Корниенко Л.А.
Фильшина И.А.
Иванова С.А.

- **КЛАССИФИКАЦИЯ доброкачественных опухолей:**
- По тканевой принадлежности выделяют:
 - миогенные опухоли (лейомиома);
 - эпителиальные (эпителиома):
 - сосудистые (гемангиома);
 - меланоцитарные опухоли (невус, меланоцитома).

Аденома пигментного эпителия радужки является редкой доброкачественной опухолью в виде узла серо-черного цвета с бугристой поверхностью, чаще встречающейся на периферии радужки. Опухоль приводит к смещению радужки кпереди и истончению ее стромы, которая со временем атрофируется, обнажая опухоль, что хорошо видно при биомикроскопии.

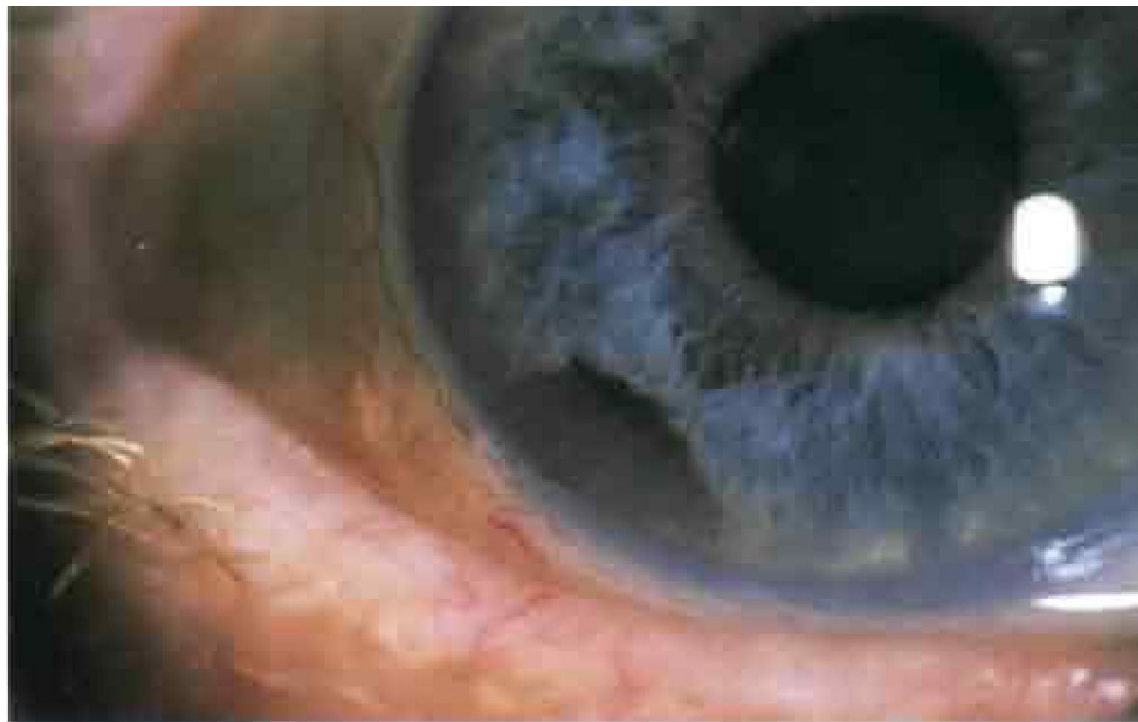


Рис. 11.8

Аденома пигментного эпителия радужки

Лейомиома является крайне редкой доброкачественной опухолью, возникающей из гладких мышц. Клинически сходна с беспигментной меланомой, но в отличие от нее не всегда локализуется в нижней половине радужки. Часто диагноз можно установить только гистологически.

Выраженность клинических проявлений зависит от степени насыщенности опухоли пигментом.

Беспигментная лейомиома представлена желтовато-розовым, полупрозрачным узлом рыхлой консистенции, но с чёткими границами.

Пигментная лейомиома окрашена в светло-коричневый или темно-коричневый цвета. По характеру роста выделяют узловую, плоскостную и смешанные формы. Чаще локализованы в цилиарном поясе радужки.

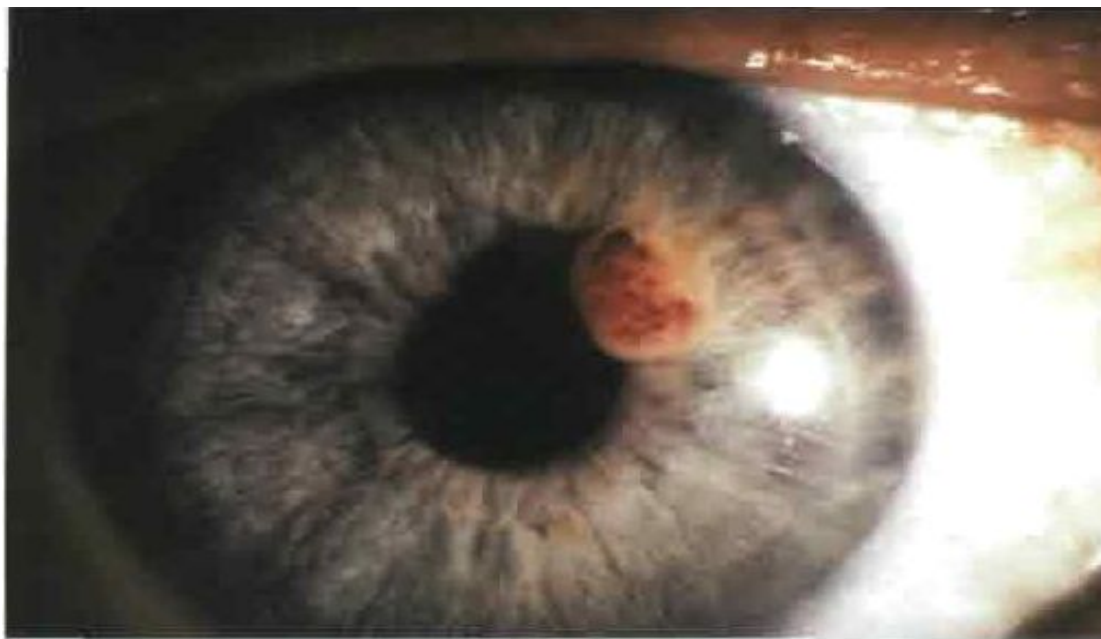


Рис. 11.9
Лейомиома радужки

Типичный невус — пигментированным, плоский или с легким выстоянием очаг, обычно размером менее 3 мм в диаметре. Располагается на поверхности радужки и может порой приводить к деформации зрачка и вывороту пигментной каймы.

Веснушки мельче, чем невусы. Они бывают множественными и билатеральными, но никогда не нарушают архитектонику радужки.

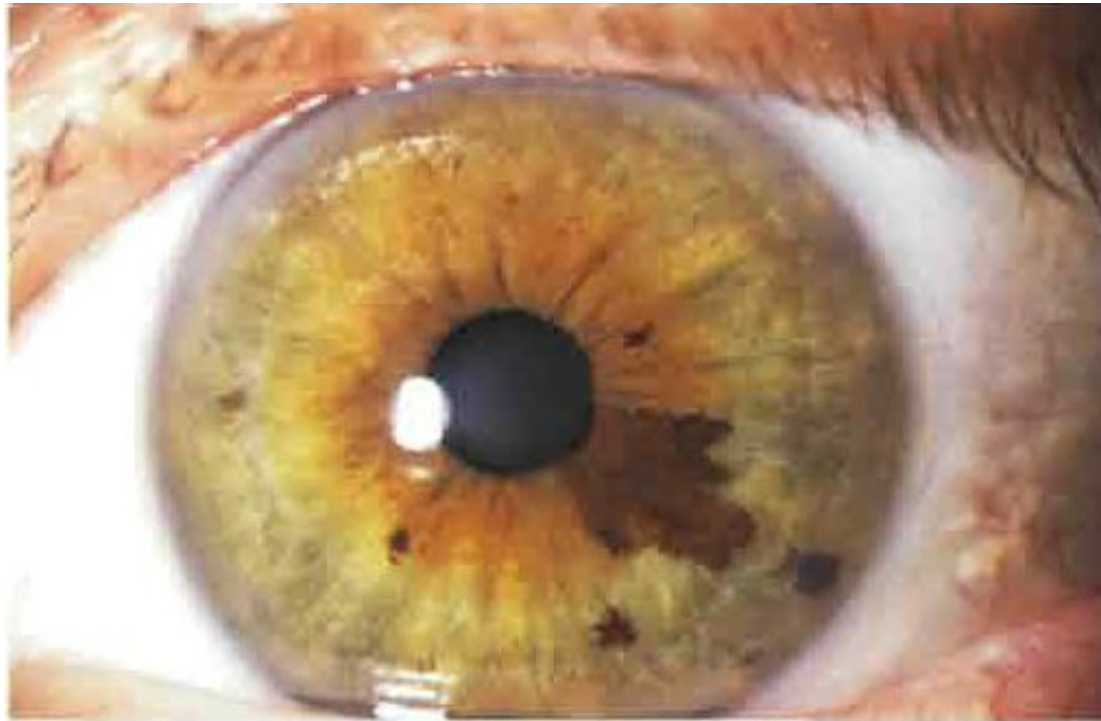


Рис. 11.10

Невус и веснушки радужки



Рис. 11.11
Невус радужки, деформирующий зрачок

Узелки Lisch — множественные, мелкие, билатеральные, меланоцитарные гамартомы, которые встречаются в возрасте старше 16 лет практически у всех пациентов с нейрофиброматозом I типа.

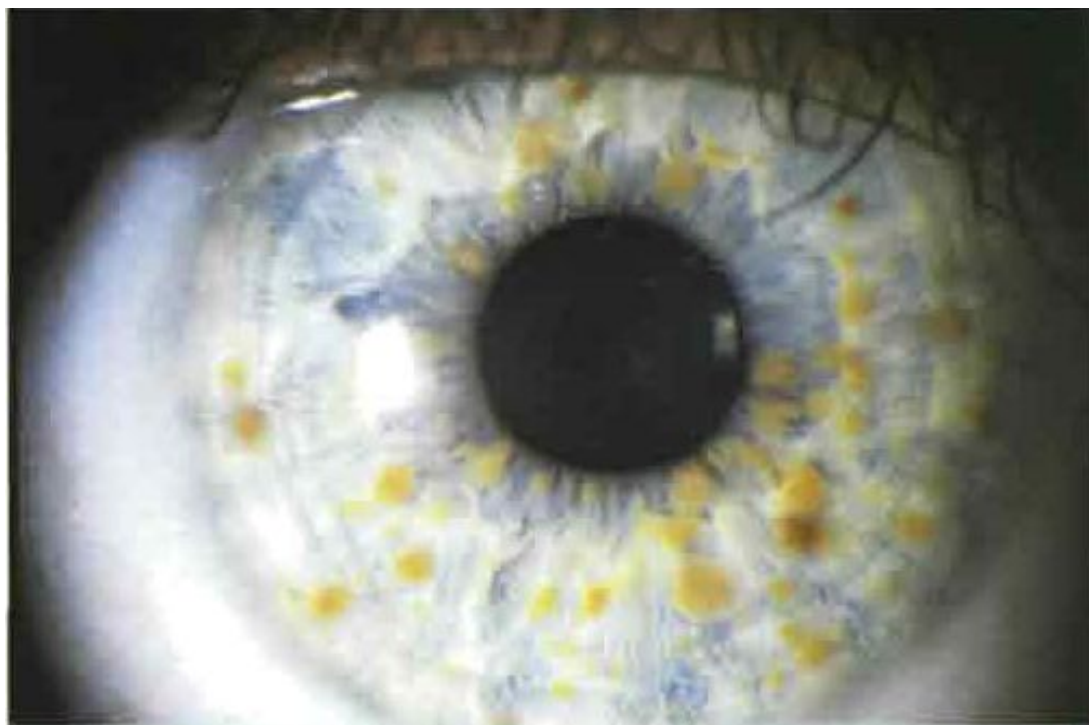


Рис. 11.13
Узелки Lisch

- **Гемангиома**

-

Врождённая опухоль. Может проявляться и в первые годы жизни ребенка и после 2-3-го десятилетий жизни. В радужке могут возникать капиллярные, кавернозные и рацемозные гемангиомы.

- *Капиллярная гемангиома* — опухоль новорождённых или детей первых лет жизни. На радужке представлена в виде переплетающихся малых сосудов тёмного цвета, врастающих в ткань радужки, занимая площадь от одного квадранта до половины поверхности радужки. В детском возрасте такие гемангиомы могут самостоятельно регрессировать. При прогрессировании процесса возможно развитие вторичной глаукомы.

Кавернозная гемангиома в виде узла располагается чаще у зрачкового края, имеет коричневато-жёлтый или красный цвет. Проминенция опухоли может меняться в зависимости от степени заполнения её полостей кровью. Типичны транзиторные гифемы.

Рацемозная гемангиома в радужке встречается очень редко в виде резко извитых, переплетающихся между собой сосудов, располагающихся и толще радужки и уходящих в угол передней камеры. Вторичная глаукома развивается рано.

КИСТЫ РАДУЖКИ

ПЕРВИЧНЫЕ КИСТЫ РАДУЖКИ Эти кисты очень редки и возникают из пигментного эпителия или (реже) из стромы. В подавляющем большинстве стационарны и бессимптомны, особенно возникшие из пигментного эпителия.

Эпителиальные кисты — односторонние, одиночные, темно-коричневого цвета, округлые, просвечивающиеся образования у зрачкового края, в средней зоне или у корня радужки. Порой киста может сместиться и свободно плавать в передней камере или стекловидном теле. В большинстве случаев они безопасны, лечение требуется крайне редко.

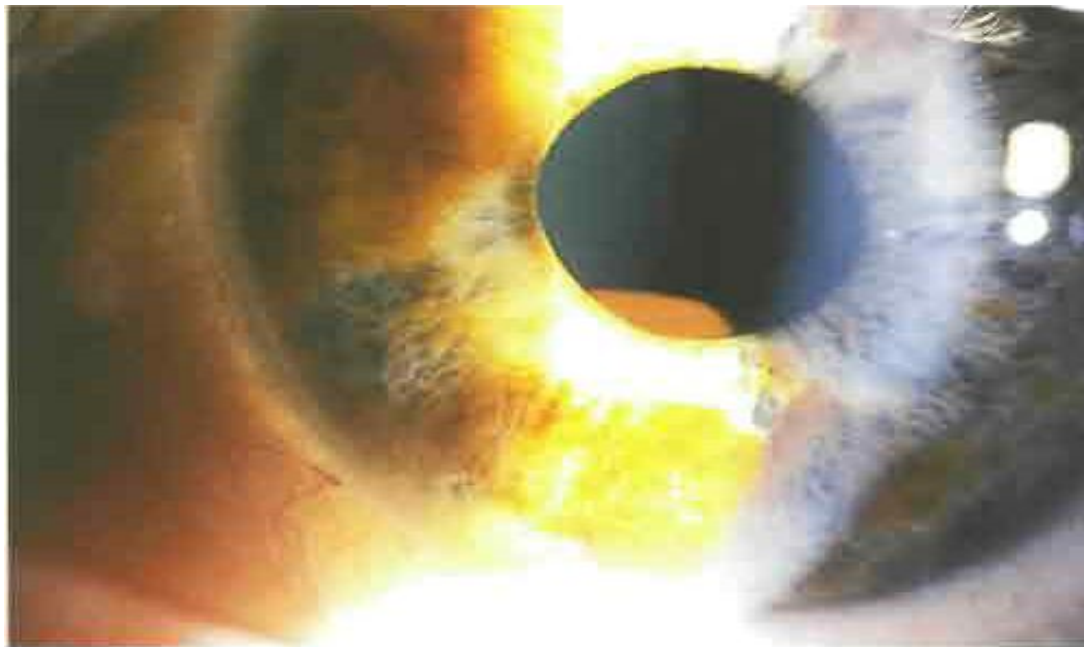


Рис. 11.14

Эпителиальная киста радужки в области зрачка

Стромольные кисты выявляют на первом году жизни. Одиночные, односторонние, с гладкой полупрозрачной передней стенкой и жидким содержимым. Многие годы киста может находиться в состоянии покоя, а затем внезапно увеличиться и привести к вторичной глаукоме, изменениям в роговице. При этом содержащийся уровень жидкости в кисте может имитировать псевдогипопион. Иногда киста может оторваться от радужки и плавать в передней камере или мигрировать в другое место. Встречаются случаи спонтанной регрессии кисты, но чаще проводят игольчатую аспирацию или хирургическое удаление.

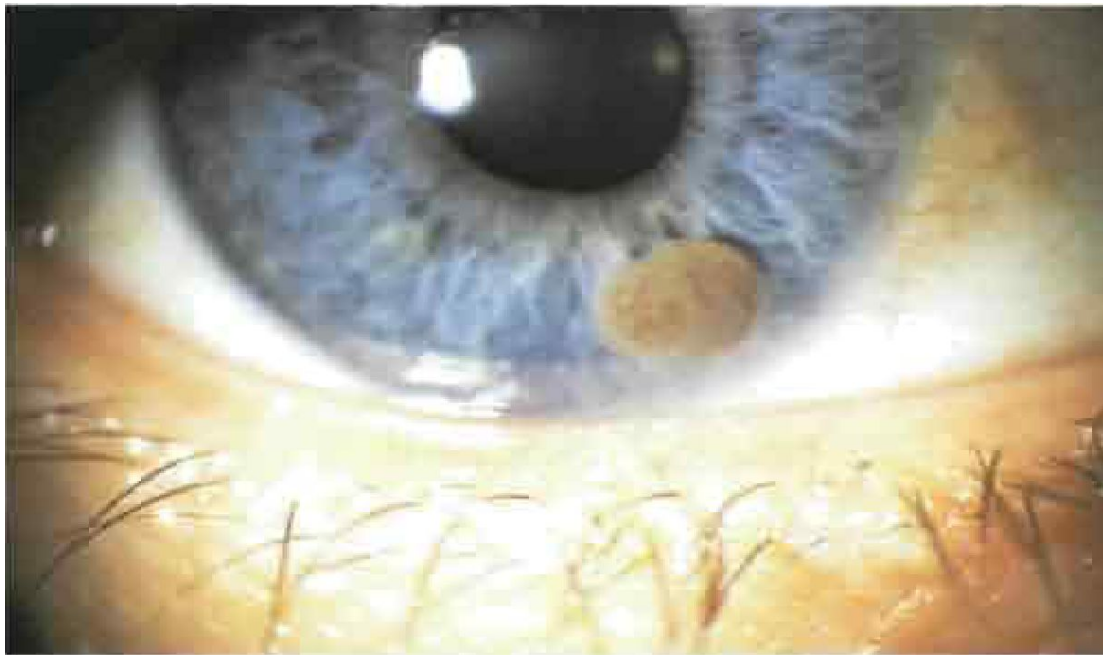


Рис. 11.16

Первичная стромальная киста радужки



Рис. 11.17 Первичная стромальная киста радужки с уровнем жидкости

Вторичные кисты радужки возникают в результате имплантации, внедрения паразитов, наличия опухолей или длительного использования миотиков пролонгированного действия.

Кисты, вызванные миотиками, обычно двухсторонние, небольшие, множественные и располагаются по зрачковому краю. Их развитие можно предотвратить, используя местно 2,5% раствор фенилэфрина.



Рис. 11.19 Вторичная киста радужки, возникшая в результате длительного применения миотиков пролонгированного действия

Имплантационные кисты порождаются отложением эпителиальных клеток с поверхности конъюнктивы или роговицы в радужку после проникающего ранения ИЛИ операционной травмы, что может привести к следующим образованиям.

Серозные кисты — прозрачные, заполнены жидкостью и могут быть связаны с местом ранения. Они обычно увеличиваются в размере, приводя к отеку роговицы, переднему увеиту и глаукоме. Ультразвуковая биомикроскопия позволяет уточнить локализацию и объем образования перед оперативным вмешательством.

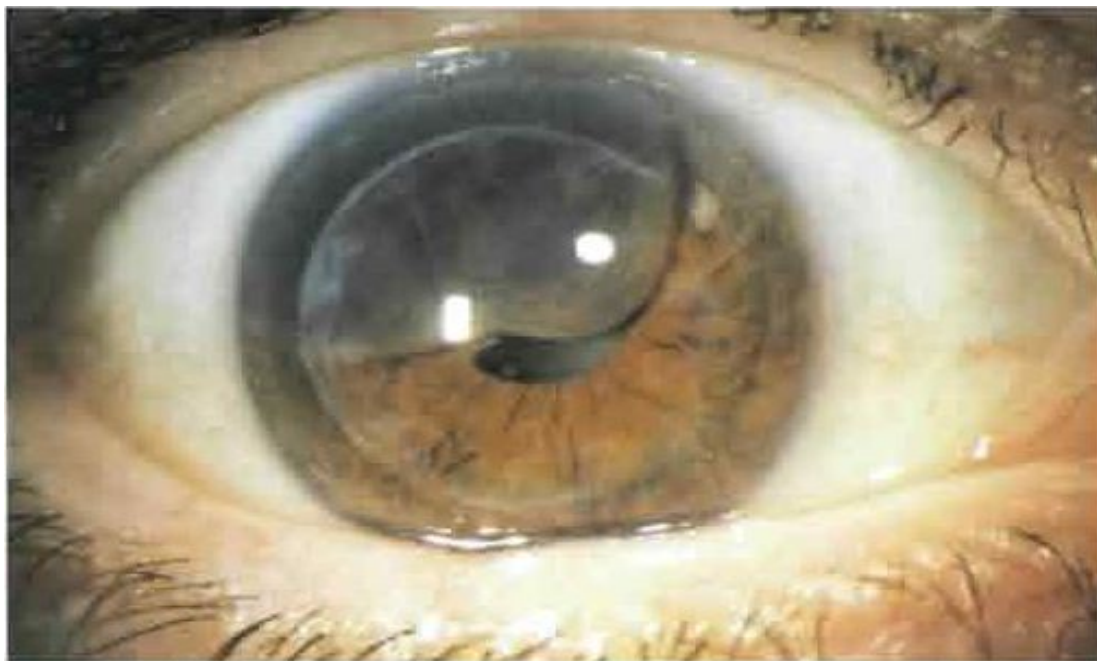


Рис. 11.20

Вторичная киста радужки в зоне роговичного ранения



Рис. 11.18
Вторичная киста радужки с паразитарным червем

Злокачественные опухоли радужной оболочки

Меланома радужки

Злокачественная меланоцитарная опухоль, растущая на поверхности радужки, чаще очень медленно, исходящая из стромы радужной оболочки. Может распространяться в угол передней камеры, передние отделы цилиарного тела.



Рис. 11.5 Гониоскопическая картина меланомы радужки, врастающей в угол передней камеры

Характеризуется пигментированным или беспигментным узлом размером <3 мм в диаметре и толщиной до 1 мм чаще в нижней половине радужки с ровной или неровной поверхностью. Выявляют поверхностную васкуляризацию опухоли, которую легче обнаружить у беспигментной, чем у интенсивно пигментированной опухоли, где сосуды не видны, а также деформацией зрачка, выворотом пигментной каймы, изредка встречается зонулярная катаракта. Признаки, связанные с эпителиоидно-клеточным компонентом, включают выраженную васкуляризацию, быстрый рост и неравномерную пигментацию.



Рис. 11.3 Меланома радужки, вызывающая деформацию зрачка, выворот пигментной каймы и зонулярное помутнение хрусталика

ЛЕЧЕНИЕ

- Наблюдение за подозрительными очагами заключается в регистрации данных биомикроскопии, гониоскопии и фоторегистрации. Наблюдение должно быть пожизненным, поскольку признаки роста могут появиться после длительного периода покоя. Первоначально обследование проводят через каждые 3-6 мес, затем 6-9 мес и далее 1 раз в год.
- Иридэктомия показана при небольших опухолях с иридопластикой для снижения послеоперационной светобоязни.
- Иридоциклэктомию проводят при опухолях, врастающих в угол передней камеры.
- Лучевую терапию проводят с использованием аппликаторов (брахмтерапия) или наружного облучения радиочувствительных опухолей.
- Энуклеация показана при диффузно растущих опухолях.

Метастаз

Злокачественная, быстрорастущая опухоль в радужке, возникающая в результате гематогенного переноса опухолевых клеток из основного узла опухоли.

Метастазы в радужку достигают чуть менее 10% от общего числа внутриглазных метастазов. До 47% метастазов в радужку у женщин представлен раком молочной железы, 25% у мужчин составляет рак лёгкого.



Рис. 11.6

Одиночный метастатический узел в радужке

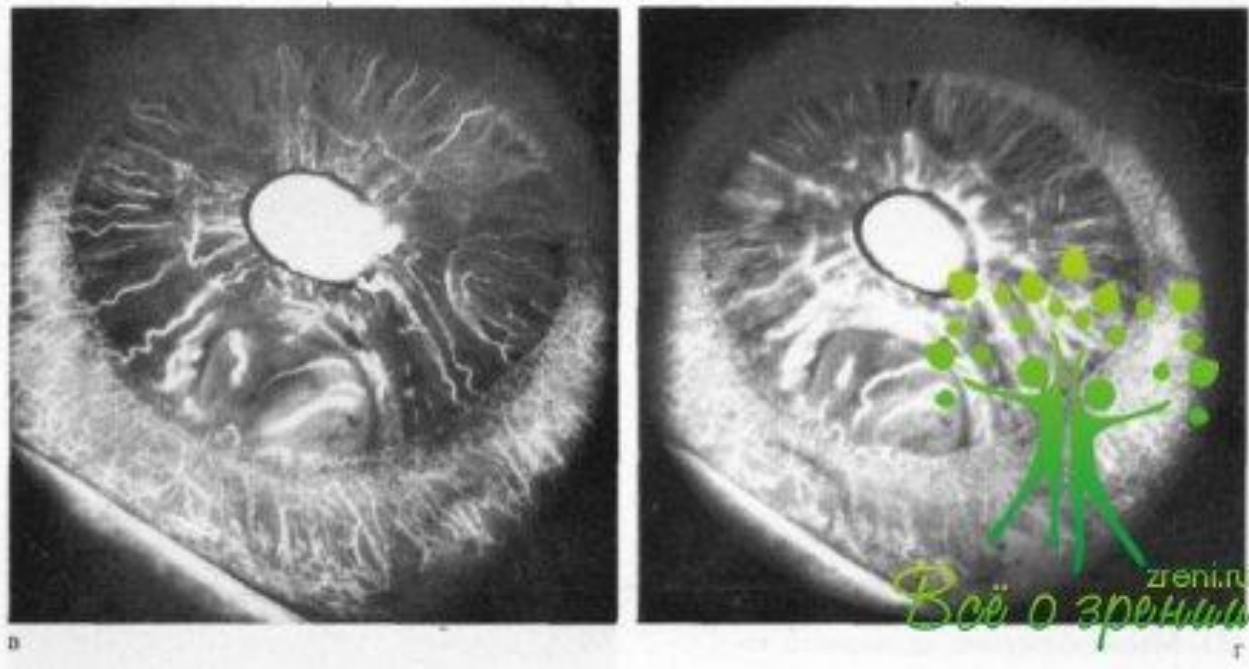
Метастазы в радужку редки, чаще их выявляют у больных с установленной метастатической болезнью.

Они напоминают розовые или желтоватые, быстро растущие образования, которые могут сопровождаться передним увеитом или, что реже, гифемой. Могут также выявляться мелкие, множественные отложения.



Рис. 11.7 Множественные метастазы в радужке

- Диагностика:
- КТ, МРТ
- ОСТ
- ФАГ



при меланобластомах радужной оболочки. Пигментное новообразование радужной оболочки распространяется в угол и прикрывает его элементы

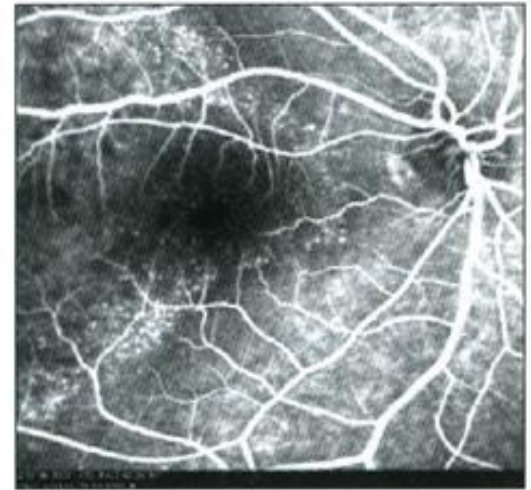


Рис. 2. Глазное дно. Аутофлуоресценция ФАГ. В-scan: h опухоли – 2,7 мм. VIS = 0,09 н.к.



OKTC



Классификация опухоли цилиарного тела:

1. Доброкачественные опухоли:

- Аденома Фукса
- Эпителиома
- Медуллоэпителиома

2. Злокачественные опухоли:

- Меланома
- Метастатические опухоли

Аденома Фукса, или доброкачественная эпителиома, встречается крайне редко и, как правило является предметом случайной находки. Опухоль развивается из беспигментного цилиарного эпителия, представлена округлым, светлым узелком, размеры которого не превышают 4 мм в диаметре.

- Эпителиома развивается из пигментного цилиарного эпителия, встречается несколько чаще. Опухоль обнаружена в возрасте 15-76 лет, чаще у женщин. У корня радужки или на склере у лимба расположено темное пятно, обращают внимание расширенные и извитые эписклеральные сосуды. Чаще опухоль врастает в радужку у корня, образуя узел интенсивно черного цвета, овальной формы. Края четко очерчены, поверхность ее бархатистая.

- **Медуллоэпителиома** встречается редко. Относится к врожденным новообразованиям, диагностируется чаще в первые 4 года жизни ребенка, имеются сведения о появлении опухоли у взрослых. Растет медленно, местно может приобретать инвазивный рост, прорастая в склеру. Рост не редко сопровождается неоваскуляризацией радужки соответственно месту расположения опухоли или неоваскулярной глаукомой. Чаще в нижней половине цилиарном теле обнаруживают серые или розоватые опухолевые массы. Иногда кисты по поверхности опухоли маскируют сами опухолевые массы. Может развиваться вторичная глаукома при росте опухоли в прикорневую зону радужки и угол передней камеры. У маленьких детей может развиваться буфтальм. Иногда опухоль может приобретать агрессивное течение ,разрушает глаз и распространяется в орбиту.

Меланома изолированная меланома цилиарного тела составляет менее 1% от всех меланом увеального тракта. Встречается с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Опухоль растет медленно, может достигать больших размеров. Четко ограниченный, чаще темного цвета, округлой формы узел опухоли. Имеет смешанную локализацию: иридоцилиарную или цилиохориоидальную. Длительно протекают бессимптомно. Прорастая в УПК сопровождается проявлением складок радужки, расположенных концентрично опухоли, ложного иридодиализа. Меняется форма зрачка при прорастаний опухоли в дилататор зрачка. Край зрачка утолщается, зрачок не реагирует на свет.

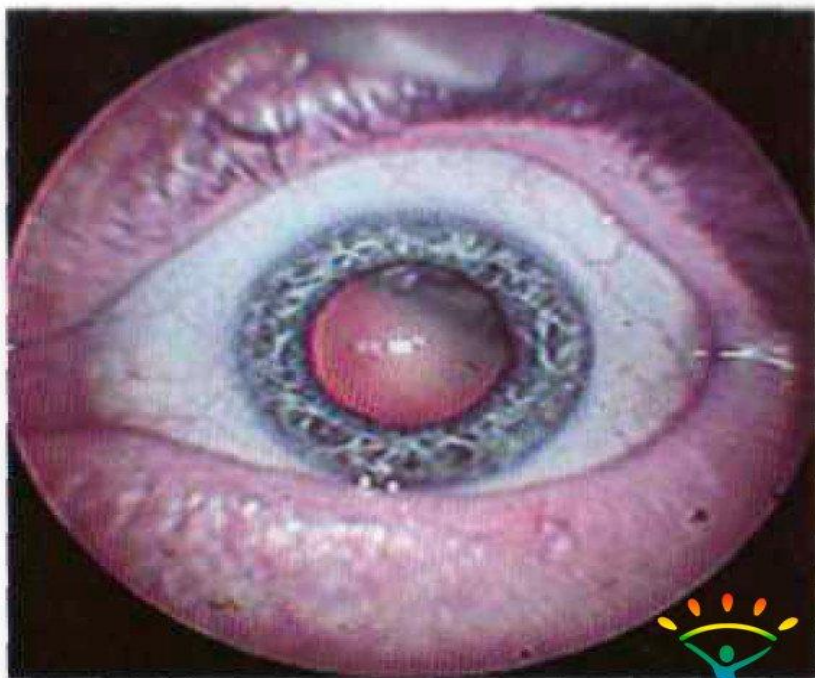


Рис. 36-32. Меланома цилиарного тела.

Беспигментная меланома имеет розовый цвет, визуализируются собственные сосуды. В секторе локализации опухоли видны застойные, извитые эписклеральные сосуды. Меланома сопровождается неоваскуляризацией радужки и повышением ВГД. Опухоль может привести к вторичной глаукоме или к отслойке сетчатки.

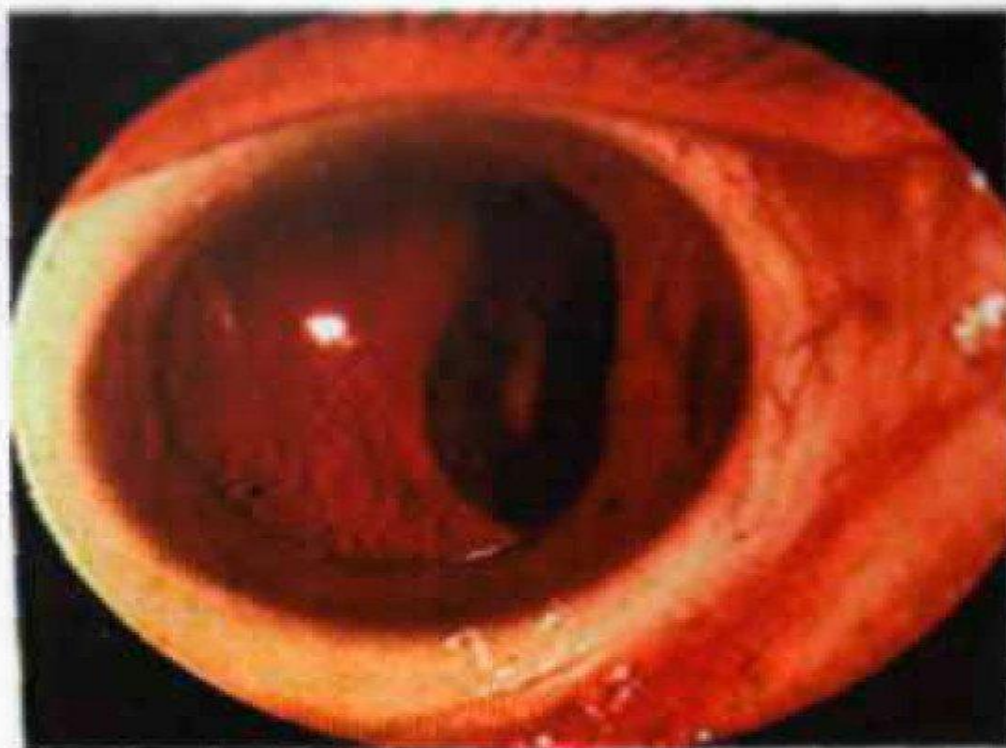


Рис. 36-33. Меланома цилиарного тела, прорастающая корень радужки и формирующая симптом ложного иридодиализа.

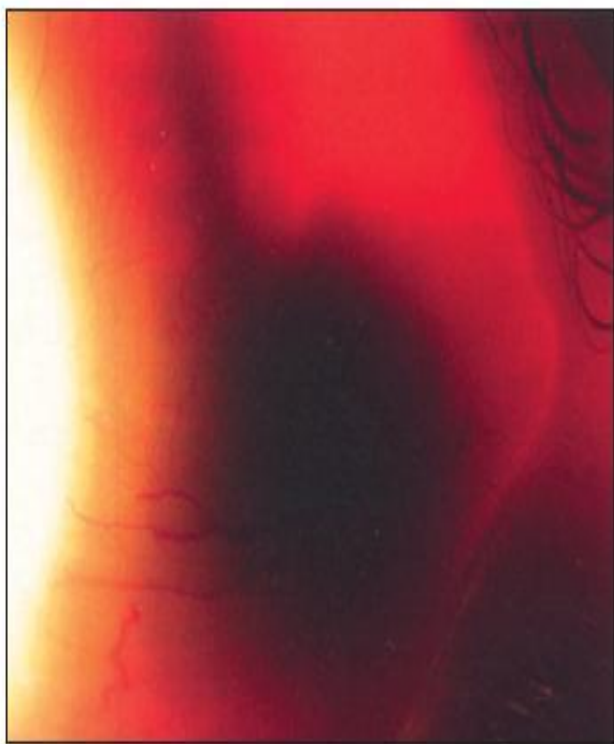
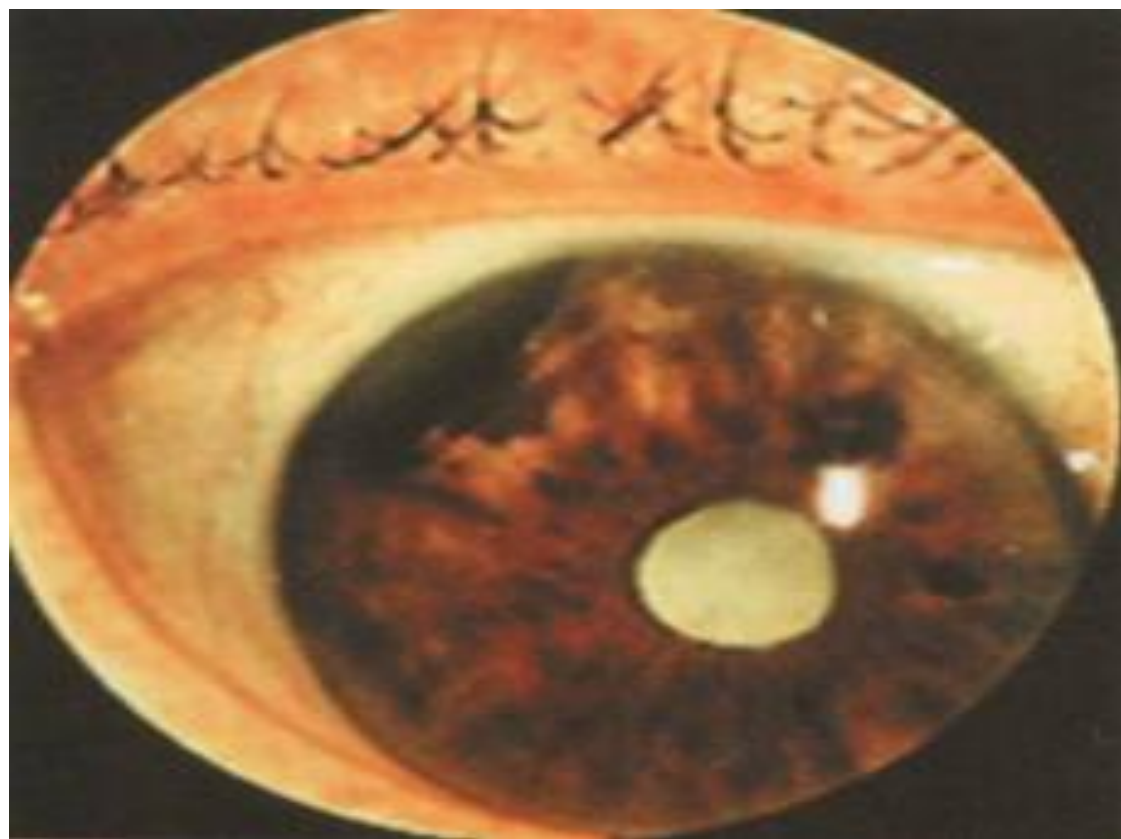


Рис. 2. Исследование левого глаза пациентки 58 лет при трансиллюминации: меланома цилиарного тела расположена в височной области. В верхней части снимка отчетливо видна складка цилиарного тела, сосуды конъюнктивы и склеры, расположенные между зоной лимба и опухолью, визуализирующейся на изображении в виде тени



Меланома имеет смешанную локализацию: иридоцилиарную или цилиохориоидальную

Метастатические опухоли в цилиарное тело метастазируют практически все опухоли человека. Метастаз характеризуется теми же признаками, что и меланома. Опухоль имеет, желтовато-белый или розовый цвет, с более быстрым нарастанием симптомов. Чаще возникает вторичная глаукома и признаки переднего увеита.

- Метастатическое поражение радужки и цилиарного тела сопровождается в 80% случаев развитием Вторичной глаукомы или иридоциклитом с «сальными» преципитатами.



Диагностика:

- Биомикроскопии
- Гониоскопии
- Микроциклоскопия
- Транссиллюминация
- УЗИ
- МРТ
- КТ

Лечение

- - Наблюдение за подозрительными очагами заключается в регистрации данных биомикроскопии, гониоскопии и фоторегистрации. Наблюдение должно быть пожизненным, поскольку признаки роста могут появиться после длительного периода покоя. Первоначально обследование проводят через каждые 3-6 мес, затем 6-9 мес и далее 1 раз в год.
- При эпителиомах показано органосохранное лечение даже при прорастании опухоли в прилежащую склеру. В подобных случаях опухоль удаляют единым блоком с окружающими пораженными тканями. Мы в таких случаях образовавшийся дефект закрываем склеророговичным трансплантатом.
- При медуллоэпителиоме учитывая рост опухоли, тенденцию к разрушению склеры и прорастанию в орбиту, целесообразно проводить энуклеацию.
- Прогноз для жизни благоприятный.

- -При локализованных меланомах цилиарного тела может быть использовано локальное удаление. Частичная ламеллярная склероувеэктомия. Возможно лучевое лечение. При больших опухолях занимающих более $1/3$ окружности цилиарного тела, сопровождающихся картиной неспецифического переднего увеита или повышением ВГД, показана только энуклеация.
- Лечение метастатических опухолей паллиативное. Возможно наружное облучение глаза. Энуклеация показана при симптомах болящей глаукомы.

Благодарю за внимание

