

МЕЛАНОМА ХОРИОИДЕИ, РАЗВИВШАЯСЯ ИЗ НЕВУСА

© А.С. Стоюхина¹, М.Ю. Лернер²

¹ Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт глазных болезней», Москва;

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Городская клиническая больница им. С.П. Боткина Департамента здравоохранения Москвы. Офтальмологический центр, Москва

Для цитирования: Стоюхина А.С., Лернер М.Ю. Меланома хориоидеи, развившаяся из невуса // Офтальмологические ведомости. – 2020. – Т. 13. – № 1. – С. 91–94. <https://doi.org/10.17816/OV21328>

Поступила: 15.01.2020

Одобрена: 17.02.2020

Принята: 23.03.2020

✧ Известно, что подозрительными являются 25 % невусов хориоидеи, а риск озлокачествления их составляет 2–13 % с тенденцией к увеличению по мере удлинения сроков наблюдения. Считают, что в течение 5 лет переходу в злокачественную опухоль подвергается 5,8 %, а в течение 10 лет — 13,9 % прогрессирующих невусов хориоидеи. В статье описан клинический случай развития меланомы хориоидеи, через 5,5 лет после выявления, прогрессирующего невуса у пациента, отказавшегося от наблюдения. В представленном случае имело место сочетание двух факторов риска озлокачествления невуса, что существенно повышает вероятность такого исхода. Необходимо длительное диспансерное наблюдение за пациентами с первого дня постановки диагноза «невус хориоидеи с признаками прогрессии».

✧ **Ключевые слова:** меланома хориоидеи; прогрессирующий невус хориоидеи; озлокачествление невуса хориоидеи; оптическая когерентная томография.

CHOROID MELANOMA, DEVELOPED FROM NEVUS

© A.S. Stoyukhina¹, M.Yu. Lerner²

¹ Research Institute of Eye Diseases, Moscow, Russia;

² S.P. Botkin City Clinical Hospital, Moscow, Russia

For citation: Stoyukhina AS, Lerner MYu. Choroid melanoma, developed from nevus. *Ophthalmology Journal*. 2020;13(1):91-94. <https://doi.org/10.17816/OV21328>

Received: 15.01.2020

Revised: 17.02.2020

Accepted: 23.03.2020

✧ It is known that 25% of choroidal nevi are suspicious, and the risk of their malignization is 2–13% with a tendency to increase with longer follow-up. It is assumed that 5.8% progressing choroidal nevi malignize within 5 years, and 13.9% of – within 10 years. In the article, a clinical case of choroidal melanoma development 5.5 years after the detection of progressing nevus in a patient who refused to be followed-up is described. In the present case, there was a combination of two risk factors of nevus malignization, which significantly increases the likelihood of such an outcome. Long-term follow-up of patients is required from the first day of diagnosis “choroidal nevus with signs of progression”.

✧ **Keywords:** choroidal melanoma; progressing choroidal nevus; choroidal nevus malignization; optical coherent tomography.

ВВЕДЕНИЕ

Важным и сложным вопросом современной офтальмоонкологии является дифференциальная диагностика прогрессирующих невусов хориоидеи (ПНХ) и начальных меланом хориоидеи (МХ). Известно, что подозрительными считаются 25 % НХ [1], а риск озлокачествления их составляет 2–13 % с тенденцией к увеличению по мере удлинения сроков наблюдения [1–4]. По данным литературы, в течение 5 лет озлокачествле-

нию подвергается 5,8 %, а в течение 10 лет — 13,9 % ПНХ [5]. Наиболее значимые клинические факторы риска трансформации невуса в МХ: снижение зрения, появление оранжевого пигмента на поверхности невуса, увеличение его толщины и диаметра в процессе наблюдения, появление симптома «пустоты» по данным ультразвукового исследования (УЗИ), наличие субретинальной жидкости (по данным оптической когерентной томографии (ОКТ) [2, 5]. При отсутствии факторов

риска в течение 5 лет возможно озлокачествление 1,1–3 % случаев [5–8]. При сочетании более двух факторов риск перехода в злокачественную стадию ПНХ может достигать 55 %. В связи с этим такие НХ, по мнению С.Л. Shields et al. [5, 6], можно расценивать как начальные меланомы.

В качестве иллюстрации приводим собственное клиническое наблюдение.

Пациент К., 58 лет. Обратился в ФГБНУ «НИИГБ» с жалобами на плавающие помутнения перед обоими глазами. На момент первичного осмотра: Vis OU = 0,9 shp-0,5 = 1,0. Внутриглазное давление: OU = 18 мм рт. ст. Периметрия — без патологии.

Передний отрезок обоих глаз без патологии, деструкция стекловидного тела.

При осмотре глазного дна правого глаза парамакулярно снаружи выявлен пигментированный очаг с чёткими границами и друзами на поверхности (рис. 1, а). Глазное дно левого глаза — без очаговой патологии.

При проведении УЗИ правого глаза выявлена дополнительная тень проминенцией 2,32 мм и диаметром 6,36 мм.

С целью уточнения диагноза пациенту была выполнена флюоресцентная ангиография. В зоне пигментированного очага во все фазы исследования визуализировано блокирование фоновой хориоидальной флюоресценции. В центре очага, начиная с артерио-венозной фазы, видна пятнистая гиперфлюоресценция, интенсивность которой нарастала в процессе исследования. В позднюю фазу (через 40 мин после введения контрастного вещества) в данной зоне сохранялась сливная гиперфлюоресценция с точечными участками более яркой гиперфлюоресценции по типу «hot spot» (рис. 1, b–d).

Выявленный очаг был расценен как прогрессирующий невус, и пациенту рекомендовано динамическое наблюдение.

При повторном осмотре через 3 мес. динамики по состоянию очага зафиксировано не было, в связи с чем рекомендован повторный осмотр через 6 мес. Однако пациент отказался от наблюдения и обратился в ФГБНУ «НИИГБ» только через 5,5 лет, когда появилось снижение зрения правого глаза. На момент повторного осмотра: vis OD = 0,7 н/к; vis OS = 1,0; внутриглазное

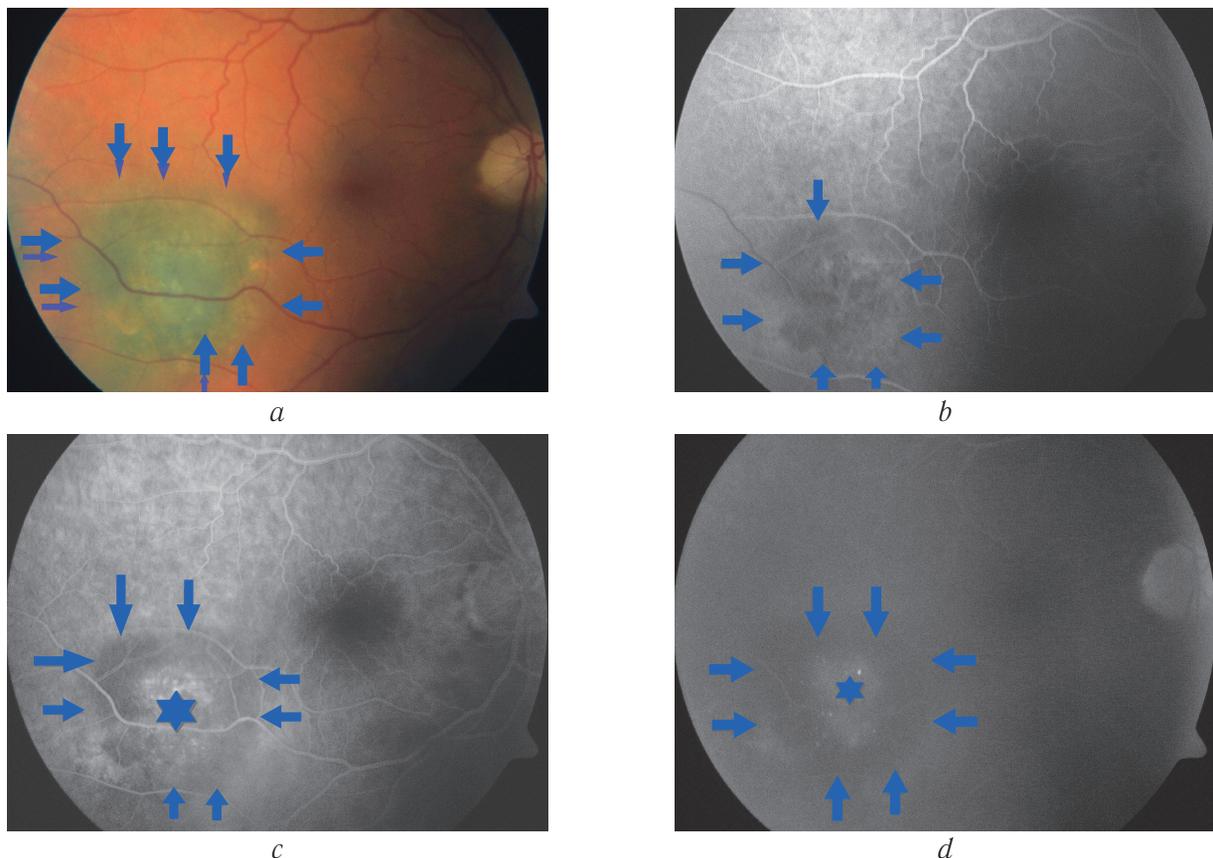


Рис. 1. Фото глазного дна (а), ранняя (b), средняя (c) и поздняя (d) фазы флюоресцентной ангиографии при первичном обращении пациента. Границы невуса указаны стрелками. ★ — зона гиперфлюоресценции в центре невуса

Fig. 1. Fundus photo (a), early (b), middle (c) and late (d) stages of fluorescein angiography at the primary patient examination. Arrows indicate the nevus borders, ★ — hyperfluorescent nevus center

давление: OU = 18 мм рт. ст. Периметрия: справа — парацентральная абсолютная скотома. Передний отрезок обоих глаз без патологии, деструкция стекловидного тела.

При офтальмоскопии правого глаза парамакулярно снаружи — проминирующий, неравномерно пигментированный очаг неправильной формы с нечёткими границами, достигающий до фовеа, поля оранжевого пигмента по краям образования (рис. 2). Глазное дно левого глаза — без очаговой патологии.

При проведении УЗИ правого глаза выявлена дополнительная тень проминенцией 3,36 мм и диаметром 10,1 мм. Таким образом, за 5,5 лет диаметр опухоли увеличился на 58,81 %, а проминенция его — на 44,83 %, что нетипично для прогрессирующего невуса.

С целью уточнения диагноза и определения тактики ведения пациенту была проведена ОКТ, в том числе в режиме EDI (enhanced depth imaging — режим получения изображения в глубине тканей). Выявлена двугорбая элевация хориоидального комплекса с интенсивно-гиперрефлективной структурой под мембраной Бруха, блокирующей сигнал от подлежащих тканей. В центральной, наиболее проминирующей части очага выявлены участки нарушения целостности мембраны Бруха, протяжённая щелевидная отслойка пигментного эпителия, над ней — умеренно-гиперрефлективное содержимое, в котором определялись единичные полости и точечные интенсивно гиперрефлективные включения. Дифференцировка вышележащих слоёв сетчатки нарушена. Между горбами образования — отслойка нейроэпителия с признаками отёка и разрыва фоторецепторов. По нижнему краю очага — единичные полости непосредственно под мембраной Бруха (рис. 3). Выявленные ОКТ признаки соответствуют картине меланомы хориоидеи [9, 10].

Сопоставление результатов флюоресцентной ангиографии, выполненной при первичном обращении, с результатами ОКТ, выполненной спустя 5,5 лет, свидетельствовало о соответствии зоны сливной гиперфлюоресценции зоне протяжённой щелевидной отслойки пигментного эпителия с умеренно гиперрефлективным содержимым на поверхности, что ретроспективно может свидетельствовать о наличии отслойки ретинального пигментного эпителия уже на момент проведения флюоресцентной ангиографии. В местах яркой гиперфлюоресценции по типу «hot spot» — зоны дефекта ретинального пигментного эпителия.

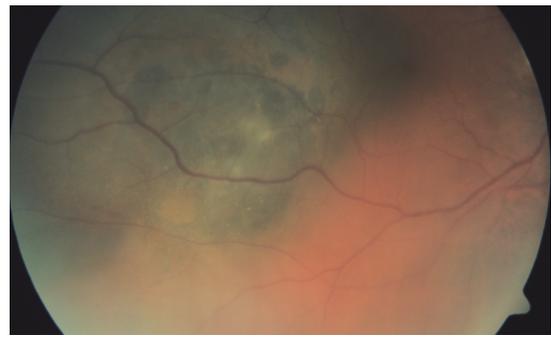


Рис. 2. Фото глазного дна пациента через 5,5 лет после первичного обращения

Fig. 2. Fundus photo after 5.5 years after first patient's visit

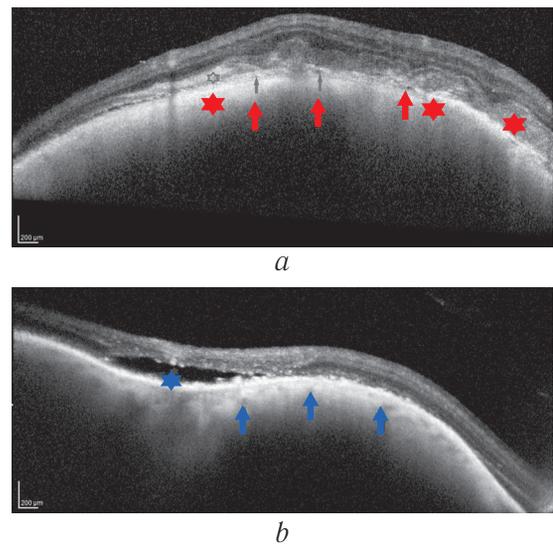


Рис. 3. Оптическая когерентная томография: горизонтальный (а) и вертикальный (б) сканы через образование: а — красные стрелки — щелевидная отслойка пигментного эпителия, ★ — гиперрефлективное содержимое над отслойкой пигментного эпителия; б — синие стрелки — единичные полости под мембраной Бруха, ★ — отслойка нейроэпителия между горбами опухоли

Fig. 3. OCT horizontal (a) and vertical (b) scans across the tumor: a — red arrows — slit-like pigment epithelium detachment, ★ — hyperreflective content above the pigment epithelium detachment; b — blue arrows — single cavities under the Bruch's membrane, ★ — neuroepithelium detachment between the tumor apices

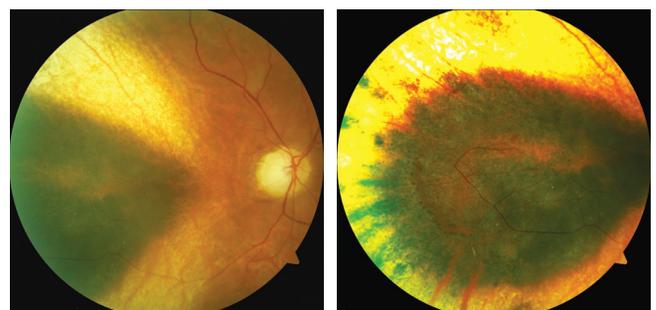


Рис. 4. Фото глазного дна через 20 мес. после брахитерапии

Fig. 4. Fundus photo, 20 months after brachytherapy

Ухудшение зрительных функций, увеличение размера очага поражения, данные ОКТ послужили основанием для диагноза — меланома хориоидеи, развившаяся из ПНХ.

После общего обследования, подтвердившего локальность опухоли, пациенту была проведена брахитерапия (апикальная доза 127 Гр). Через 4 мес. после брахитерапии отмечена положительная динамика — уменьшение проминенции и диаметра МХ до 1,08 и 7,93 мм соответственно.

Через 20 мес. после брахитерапии на глазном дне в зоне облучения на ОКТ визуализируется рубец с гиперплазией пигмента в центральной зоне (рис. 4), проминенция, по данным УЗИ, составляет 0,47 мм. Таким образом, после брахитерапии зафиксирована полная резорбция меланомы. По данным МРТ органов брюшной полости и КТ органов грудной клетки патологии не выявлено.

Острота зрения правого глаза 0,01 н/к. Периметрии: сужение поля зрения с носовой стороны с захватом точки фиксации.

Таким образом, представленный клинический случай подтверждает возможность развития МХ из прогрессирующего невуса и утвердившееся в литературе мнение, что сочетание двух и более факторов риска (в нашем случае увеличение размеров очага, появление оранжевого пигмента), выявляемые в процессе динамического наблюдения, свидетельствуют о переходе невуса в меланому. Переход ПНХ в представленном наблюдении в начальную меланому в течение 5,5 лет диктует необходимость длительного диспансерного наблюдения за пациентами с первого дня постановки диагноза «невус хориоидеи с признаками прогрессии».

ЛИТЕРАТУРА

1. Kaiserman I, Kaiserman N, Pe'er J. Long term ultrasonic follow up of choroidal naevi and their transformation to melanomas. *Br J Ophthalmol.* 2006;90(8):994-998. <https://doi.org/10.1136/bjo.2006.090738>.
2. Офтальмоонкология. Руководство для врачей / Под ред. А.Ф. Бровкиной. — М.: Медицина, 2002. — 420 с. [Ophthalmooncologiya. Rukovodstvo dlya vrachey. Ed. by A.F. Brovkina. Moscow: Meditsina; 2002. 420 p. (In Russ.)]
3. Singh AD, Kalyani P, Topham A. Estimating the risk of malignant transformation of a choroidal nevus. *Ophthalmology.* 2005;112(10):1784-1789. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2005.06.011>.
4. Shields CL, Furuta M, Berman EL, et al. Choroidal nevus transformation into melanoma: analysis of 2514 consecutive cases. *Arch Ophthalmol.* 2009;127(8):981-987. <https://doi.org/10.1001/archophthol.2009.151>.
5. Shields CL, Lim LA, Dalvin LA, Shields JA. Small choroidal melanoma: detection with multimodal imaging and management with plaque radiotherapy or AU-011 nanoparticle therapy. *Curr Opin Ophthalmol.* 2019;30(3):206-214. <https://doi.org/10.1097/ICU.0000000000000560>.
6. Shields CL, Demirci H, Materin MA, et al. Clinical factors in the identification of small choroidal melanoma. *Can J Ophthalmol.* 2004;39(4):351-7. [https://doi.org/10.1016/S0008-4182\(04\)80005-X](https://doi.org/10.1016/S0008-4182(04)80005-X).
7. Li HK, Shields CL, Mashayekhi A, et al. Giant choroidal nevus clinical features and natural course in 322 cases. *Ophthalmology.* 2010;117(2):324-333. <https://doi.org/10.1016/j.ophtha.2009.07.006>.
8. Shields CL, Cater J, Shields JA, et al. Combination of clinical factors predictive of growth of small choroidal melanocytic tumors. *Arch Ophthalmol.* 2000;118(3):360-364. <https://doi.org/10.1001/archophth.118.3.360>.
9. Бровкина А.Ф., Стоюхина А.С., Мусаткина И.В. Оптическая когерентная томография в диагностике начальных меланом хориоидеи // Вестник офтальмологии. — 2016. — Т. 132. — № 5. — С. 23–34. [Brovkina AF, Stoyukhina AS, Musatkina IV. Diagnostic potential of optical coherence tomography for small choroidal melanomas. *Annals of ophthalmology.* 2016;132(5):23-34. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/oftalma2016132523-34>.
10. Стоюхина А.С., Мусаткина И.В. Морфогенез меланом хориоидеи в свете оптической когерентной томографии // Вестник офтальмологии. — 2018. — Т. 134. — № 5–2. — С. 186–194. [Stoyukhina AS, Musatkina IV. Morphogenesis of choroidal melanomas in OCT imaging. *Annals of ophthalmology.* 2018;134(5-2):186-194. (In Russ.)]. <https://doi.org/10.17116/oftalma2018134051186>.

Сведения об авторах

Алевтина Сергеевна Стоюхина — канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела патологии сетчатки и зрительного нерва. ФГБНУ «НИИ ГБ», Москва. SPIN: 6084-8052. E-mail: a.stoyukhina@yandex.ru.

Марина Юрьевна Лернер — канд. мед. наук, зав. отделением офтальмоонкологии. ГБУЗ ГКБ им. С.П. Боткина ДЗМ, Офтальмологический центр, Москва. E-mail: mlernerdoc@mail.ru.

Information about the authors

Alevtina S. Stoyukhina — PhD, Senior Research Associate of Department of Retina and Optical Nerve Pathology. Research Institute of Eye Diseases, Moscow, Russia. SPIN: 6084-8052. E-mail: a.stoyukhina@yandex.ru.

Marina Yu. Lerner — PhD, Head of ophthalmooncology department. S.P. Botkin City Clinical Hospital, Ophthalmology center, Moscow, Russia. E-mail: mlernerdoc@mail.ru.