

ТРУДНОЩІ МОРФОЛОГІЧНОЇ ДІАГНОСТИКИ УВЕАЛЬНОГО МЕТАСТАЗУ НЕЙРОЕНДОКРИННОЇ КАРЦИНОМИ ЛЕГЕНІ

*Артьомов О. В., Спірко В. К., Мурзін В. М., Захарцева Л. М., Читаєва Г. Є.
ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова
НАМН України»; Одеса, Україна*

*Київський міський клінічний онкологічний центр; Київ, Україна
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця;
Київ, Україна*

Актуальність. Серед метастатичних уражень органу зору, придатків ока та орбіти судинна оболонка посідає перше місце. Основними джерелами метастазування є карциноми молочної залози, легень, шлунково-кишкового ока та нирок. У випадках звернення пацієнтів до офтальмологічної клініки, як правило, метастатичне ураження судинної оболонки є першим проявом пухлинної патології. У зв'язку з цим іноді виникають труднощі у визначенні метастатичної природи пухлини, що нерідко підтверджується лише після патогістологічного дослідження енуклеюваного ока. При цьому в більшості випадків гістоморфологічна діагностика не викликає труднощів, оскільки карциноматозні патерни увеального метастазу різко контрастують з патернами внутрішньоочної меланоми. Проте можливі вкрай рідкісні випадки метастазування в судинну оболонку ока пухлин карциноїдного та нейроендокринного типу, гістоморфологічна структура яких близька до деяких варіантів внутрішньоочних меланом та медулоепітеліом. Подібні випадки можуть створити серйозні діагностичні проблеми, під час вирішення яких необхідно враховувати дані як гістологічного, так і імуногістохімічного дослідження.

Мета. Мета даної роботи на прикладі рідкісного варіанта метастазу карциноми нейроендокринного типу в судинну оболонку ока звернути увагу на труднощі діагностики, що виникають не тільки на етапі клінічного обстеження, а й лабораторного дослідження.

Матеріал и методи. Операційний матеріал (енуклеюване очне яблуко) оброблявся за загальноприйнятою гістологічною методикою.

Гістоморфологічне дослідження було виконано на 12-ти серійних забарвлених гематоксилін-еозином зрізах. Далі парафінові блоки, з яких готувалися гістологічні зрізи, спрямовані на імуногістохімічне (ІГХ) дослідження. Гістологічне та ІГХ дослідження виконано також з матеріалу, отриманого під час бронхобіопсії з пухлинного вузла у правій легені.

Результати. У пацієнта 1966 р.н.у ДУ «Інститут очних хвороб та тканинної терапії ім. В.П.Філатова НАМН України» 20.11.2020р. при офтальмологічному обстеженні встановлено клінічний діагноз: меланома заднього відділу судинної оболонці, вторинна глаукома.

25.11.2020 р. виконано енуклеацію лівого ока.

Макроскопічна картина: безпігментна пухлина в задньому відділі ока вузлуватої форми з промінцею в порожнину ока до 8 мм, протяжність уздовж судинної оболонці до 14 мм.

Мікроскопічна картина: у пухлини виявлено численні патерни, характерні для примітивного (медулярного) нейроепітелію, та периваскулярні псевдорозетки, пігментація відсутня. У зв'язку з відсутністю на момент проведення дослідження відомостей про наявність інших новоутворень було встановлено діагноз первинної внутрішньоочної нейрогенної пухлини типу медулоепітеліоми (диктіоми). При цьому треба відзначити, що вузлувата форма росту з високою промінцею в порожнину ока нетипова для метастазів у судинну оболонку, при яких найчастіше виявляється сплюснена (лінзоподібна) форма росту, переважно вздовж судинної оболонці при незначній промінції.

В ході подальшого клінічного обстеження (КТ органів грудної клітини) виявлено новоутворення нижньої частки правої легені та сегментарних бронхів розміром 38x70 мм, спаяне з конгломератом прікорневих лімфовузлів, з компресією нижньодолевого бронха, звуженням його до 2 мм, ампутація S6 і S9. У тканині щитовидної залози виявлено вогнище нерівномірного накопичення контрасту 20x30 мм, що прилягає до конгломерату паратрахеальних лімфатичних вузлів, вузлувате утворення з нерівними контурами розміром 6x7 мм виявлено у підшкірній жировій клітковині передньої грудної стінки праворуч. У 5 сегменті печінки виявлено гіподенсний вузол розміром 16x22 мм. Пацієнту виконано бронхоскопію з біопсією пухлини легені.

14.12.2020 р. у патологоанатомічному відділенні Київського міського онкологічного центру було проведено гістоморфологічне та ІГХ дослідження операційного (внутрішньоочна пухлина) та біопсійного (з пухлини правої легені) матеріалу. Після порівняння результатів дослідження біопсійного та операційного матеріалу встановлено діагноз: дрібноклітинна нейроендокринна карцинома легені Grade 3 з метастазами в судинну оболонку ока.

Гістологічна картина в біопсійному матеріалі та внутрішньоочній пухлини була схожа: характерні для нейроендокринної карциноми легень трабекулярні та розеткоподібні структури. Обидві пухлини експресували CK7 та нейроендокринні маркери Chromogranin-A та Synaptophysin, індекс проліферації відповідав Grade 3 (у тканині легеневої пухлини Ki-67 експресувався на рівні 80%, внутрішньоочній – 65%). У зразку внутрішньоочної пухлини експресія Melan-A була відсутня.

Таким чином, гістоморфологічне та ІГХ-дослідження спільно дозволили встановити, що спочатку діагностована увеальна пухлина є метстазом нейроендокринної карциноми бронхолегеневого генезу.

Висновки. Незважаючи на те, що переважна більшість увеальних метастазів мають макро та мікроскопічні (гістоморфологічні) відмінності від первинних внутрішньоочних пухлин, рідкісні варіанти нейрогенних, зокрема, нейроендокринних карцином можуть створювати труднощі в діагностиці. У такому разі додаткове ІГХ дослідження дозволяє поставити точний діагноз.

УЛЬТРАЗВУКОВІ ОСОБЛИВОСТІ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ КОН'ЮНКТИВИ СКЛЕРИ

Сафроненкова І. О., Єлагіна В. А.

ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»; Одеса, Україна

Актуальність. Лікування злоякісних епібульбарних новоутворень залежить від сукупності факторів ризику. До них відносяться розміри, товщина, гістологічний тип пухлини. Меланоми з товщиною до 2 мм і менше мають найкращий прогноз. Якщо пухлина досягає товщини 2 мм і більше, збільшується ризик виникнення регіонарних та дистантних метастазів. Тому, об'єктивне встановлення розмірів пухлини, а також ураження стінок очного яблука є актуальним.

Мета. Вивчити ультразвукові (УЗ) особливості злоякісних епібульбарних новоутворень при первинній діагностиці і в процесі спостереження у динаміці.

Матеріал і методи дослідження. УЗ дослідження проведено на апараті «Aviso», частота ультразвукового випромінювання 50 МГц: визначалися розміри пухлини, товщина склери під пухлиною і з контрлатерального боку, визначалася ехогенність пухлини.

Обстежено 75 хворих на епібульбарну меланому (ЕМ) і епібульбарну карциному (ЕК) до лікування і в динаміці спостереження (на протязі року, кожні 3 місяці).

Результати дослідження. При ЕК і ЕМ довжина і висота новоутворень статистично значимо не відрізняється. Тоді як товщина склери під пухлиною при всіх гістологічних типах пухлини менше, ніж на контрлатеральному боці, в середньому на 17,9 %.

Нами проведено вивчення пов'язаності параметрів пухлини різних гістологічних типів з найближчими результатами радіокріохірургічного лікування (повна або часткова резорбція пухлини). Встановлено, що при частковій резорбції ЕМ товщина склери під пухлиною була в 1,3 рази тоншею (0,42 мм), ніж при