

НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА ОРБИТЫ

*Алтайский государственный медицинский университет,
кафедра офтальмологии с курсом ДПО, г. Барнаул*

Мальцева А. Д.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Макогон С.И.

E-mail: vyk_msi@mail.ru

Лечение и наблюдение пациентов с первичными неходжкинскими лимфомами (НХЛ) орбиты и придаточного аппарата глаза лежит в плоскости междисциплинарной проблемы, так как требует постоянного взаимодействия офтальмолога и гематолога. Нельзя исключать данную патологию при проведении дифференциальной диагностики при появлении таких симптомов, как птоз, нарушение подвижности глаза, экзофтальм и диплопия.

Ключевые слова: *орбита, лимфома орбиты, экзофтальм, птоз, нарушение подвижности глаза*

Актуальность

НХЛ орбиты, глаза и его придаточного аппарата составляют 4-8% от всех экстранодальных лимфом [1, 2]. Поражение орбиты при НХЛ характеризуется постепенным нарастанием симптоматики. При локализации лимфомы в орбите возможны такие симптомы, как птоз, нарушение подвижности глаза и диплопия (при первичной локализации патологического процесса в одной из экстраокулярных мышц), также она может проявляться экзофтальмом со смещением глаза в противоположную сторону (при пристеночной локализации опухоли) [3, 4]. От момента появления первых признаков заболевания до установления характера опухоли проходит от нескольких месяцев до нескольких лет (в среднем около 2 лет) [2]. Процесс чаще односторонний.

Цель: представить клинический случай неходжкинской лимфомы орбиты OD.

Материалы и методы

15.02.24 г. в стационар поступила пациентка М., 79 лет, с жалобами на выпячивание OD, утолщение под кожей верхнего и нижнего века OD.

Анамнез заболевания: считает себя больной более года, когда заметила выпячивание OD. К офтальмологу не обращалась, не лечилась. Из анамнеза жизни: наблюдается по поводу гипертонической болезни, препараты не принимает.

Офтальмологический статус:

Visus OD 0,1 скор. sph -1.25=0,2; OS=0,3

ВГД по Маклакову 18/23 мм рт. ст.

Правый глаз: кожа верхнего века умеренно гиперемирована и отечна, осевой экзофтальм, ограничение подвижности вверх, вправо. Конъюнктивит: в области внутреннего угла и снизу выраженный отек, патологического отделяемого нет. Роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужка структурна, пигментная кайма сохранена, зрачок круглый, реакция на свет живая, хрусталик – с помутнением в ядре, стекловидное тело прозрачное, без грубых структурных изменений. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии узкие, вены расширены. Макулярный рефлекс не выражен, макулярная зона – легкая диспигментация. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

Левый глаз: веки не изменены, конъюнктивит бледно-розовая, патологического отделяемого нет, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага передней камеры прозрачная, радужка структурна, пигментная кайма сохранена, зрачок круглый, 3-3,5 мм, реакция на свет живая, хрусталик – помутнения в ядре, стекловидное тело прозрачное, без грубых структурных изменений. Глазное дно: ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Артерии узкие, вены расширены. Макулярный рефлекс не

выражен, макулярная зона – легкая диспигментация. На видимой периферии сетчатки без патологических изменений.

Обследования

МСКТ глазных орбит и зрительных нервов. Размеры и форма глазных яблок симметричны, МР-сигнал от их структур не изменен. Определяется правосторонний экзофтальм – задний край правого глазного яблока расположен на 2 мм кзади от межскуловой линии. В ретробульбарной клетчатке справа визуализируется интракональное образование с относительно однородно солидной и, вероятно, дольчатой структурой, изоинтенсивное во всех последовательностях, общими размерами до 28*22*23 мм, окружающее зрительный нерв, без видимых признаков его деформации и инвазии. Отмечаются признаки ограничения диффузии в структуре образования. Контуры зрительных нервов четкие, размеры не изменены, сигнальные характеристики соответствуют норме. Глазные мышцы без признаков патологического изменения МР-сигнала, справа оттеснены вышеописанным образованием. Слезные железы симметричны, без видимых структурных изменений. Целостность стенок глазниц не нарушена. Заключение: правосторонний экзофтальм. Интракональное образование правой орбиты – вероятнее лимфома.

УЗИ ОБП, заключение. Конкременты желчного пузыря. Структурные изменения стенок желчного пузыря. Структурные изменения поджелудочной железы.

Предварительный диагноз: новообразование правой орбиты. Ядерная катаракта ОУ.

Проведена транскутанная орбитотомия с удалением фрагмента нео правой орбиты. Электроножом сделан разрез кожи в/века в нижне-наружном отделе длиной 2 см. Ткани тупо разведены, выпавшая клетчатка отодвинута, за клетчаткой обнаружена опухоль, которая выделялась фрагментарно ножницами и распатером. Опухоль беловатая крупноячеистая. Удален фрагмент до 1,5 см. Гемостаз. Ткани ушиты послойно узловыми швами. Разрез обработан тетрациклиновой мазью.

Наложена тугая асептическая повязка. Гистологическое заключение: гистологическая картина неходжкинской лимфомы.

Рекомендована консультация гематолога, наблюдение офтальмолога по месту жительства. Противовоспалительная местная терапия на 10 дней.

Заключительный диагноз: неходжкинская лимфома орбиты ОО. Ядерная катаракта ОУ.

Результаты и обсуждение

Определенные сложности могут возникать на этапе выбора адекватного метода лечения больных с неходжкинской лимфомой. Выбор оперативного вмешательства зависит от размеров, локализации, прогрессирования опухолевого процесса [2]. Хирургические подходы в удалении опухоли оказываются эффективными и позволяют технически провести радикальное удаление образования. Но иногда выполнение радикального хирургического вмешательства может привести к значительным по размерам дефектам тканей и тогда это требует дополнительного реконструктивного этапа [3, 4].

Хирургическое лечение дает хорошие результаты при локализованном характере опухоли, допускающем техническую возможность ее радикального удаления.

При больших размерах опухоли рассматриваются комбинированные методы лечения: хирургическое удаление новообразования в сочетании с лучевой терапией.

Заключение

Хорошим результатом в лечении пациентов с неходжкинской лимфомой следует считать полное удаление опухоли, максимальное сохранение функции вовлеченного органа и комплексный подход с использованием лучевой терапии.

Список литературы:

1. Лимфома маргинальной зоны. Клинические рекомендации. 2023. 172.

2. Офтальмоонкология. Руководство для врачей / под ред. А.Ф. Бровкиной. М.: Медицина, 2002; 57-107.
3. Бровкина А.Ф., Гришина Е.Е. Злокачественная (неходжкинская) лимфома органа зрения. Вестник офтальмологии. 2009; 1: 58–61.
4. Гузенко Е.С. Неходжкинские лимфомы придаточного аппарата глаза, особенности их диагностики и наблюдения в поликлинических условиях. *Опухоли головы и шеи*. 2017; 1: 75-80. <https://doi.org/10.17650/2222-1468-2017-7-1-75-80>

Как цитировать:

Мальцева А. Д. Неходжкинская лимфома орбиты. Материалы конференции «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения в офтальмологии» 16-17 мая 2024 г., г. Барнаул. *Scientist (Russia)*. 2024; 3 (29): 282-286.
