

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации
Кафедра офтальмологии с курсом ПО им. проф. М.А.Дмитриева

Реферат на тему:

НОВООБРАЗОВАНИЯ СОСУДИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ГЛАЗА

Выполнил:
Ординатор 1-го года
Кобежиков И. А.

Заведующий кафедрой:
Д.м.н., доцент Козина Е. В.

Красноярск, 2019.

Введение

Опухоли сосудистой оболочки составляют более 2/3 всех внутриглазных новообразований. Встречаются в возрасте от 3 до 80 лет. В радужке и цилиарном теле локализуется около 23% от всех опухолей. Остальные в хориоидее.

Основная часть опухолей имеет нейроэктодермальное происхождение (пигментные и непигментные опухоли).

Доброкачественные опухоли.

1. Лейомиома.

Опухоль развивается из элементов зрачковых мышц, растёт крайне медленно. В зависимости наличия пигмента или его отсутствия выделяют пигментные и беспигментные лейомиомы.

Опухоль одинаково диагностируется как у мужчин, так и у женщин на 3-4 десятилетия жизни. В последнее время участились случаи обнаружения у девушек 16-20 лет.

Беспигментная лейомиома растёт локально в виде жёлто-розового полупрозрачного проминирующего узла. Локализация: по зрачковому краю, в зоне круга краузе, в прикорнеальной зоне(область цилиарных крипт). Границы опухоли чёткие, консистенция рыхлая, студенистая. На поверхности её находятся полупрозрачные выросты, в центре которых находятся сосудистые петли. Эти сосуды могут быть источниками рецидивирующих кровоизлияний.

Пигментная лейомиома. Окраска опухоли от светло-коричневой до тёмно-коричневой. Может быть узловой, плоскостной или смешанной формой роста. Чаще локализуется в цилиарном поясе радужки. Характерно изменение формы зрачка, его удлинение за счёт выроста пигментной каймы.

Поверхность бугристая, новообразованные сосуды не видны.

Так как опухоль растёт медленно, необходимо знать признаки прогрессии опухоли:

1. Сглаженность рельефа радужки вокруг опухоли вследствие перифокальной атрофии её ткани.
2. Появление зоны распыления точечного пигмента вокруг опухоли и образование пигментных дорожек на периферических границах опухоли.
3. Изменение формы зрачка с нарушением его реакции на свет и мидриатики.
4. Появление сосудистого венчика вокруг опухоли.

Гистологическая картина: характерно наличие длинных веретенообразных хорошо дифференцированных клеток. Ядра овальной или палочковидной формы без включений и ядрышек. В пигментной опухоли находят нейроэктодермальные клетки, в них сильнее выражена пигментация. В цитоплазме- большие конгломераты пигментных гранул.

Диагноз лейомиомы устанавливают на основании биомикроскопии, гониоскопии, гистологического исследования и методов иммуногистохимии.

Дифференциальный диагноз:

Беспигментную лейомиому дифференцируют от мезодермальной дистрофии радужки, хронической неспецифической гранулёмы, саркоидоза, ювенильной ксантогранулёмы, аденокарциномы, метастазов, абсцесса. Также дифференцируют от прогрессирующего невуса, меланомы, кисты пигментного листка, инкапсулированного инородного тела.

Лечение: хирургическое. Удаление с окружающим блоком здоровых тканей. При удалении не более 1/3 окружности радужки целостность её может быть восстановлена наложением микрошвов.

Прогноз: для жизни благоприятный. Для зрения- зависит от исходной величины опухоли.

2. Гемангиома

Гемангиома- редкая врождённая опухоль. Чаще обнаруживается у мужчин. Предполагают, что она сочетается с системным поражением органов и тканей.

Капиллярная гемангиома - опухоль новорожденных или детей первых лет жизни.

Кавернозная - располагается чаще у зрачкового края, представлена коричнево-жёлтым или красноватым узлом. В зависимости от заполнения полости опухоли кровью проминенция её меняется. Характерны транзиторные гифемы. При гифеме более $\frac{1}{2}$ объёма передней камеры повышается ВГД, появляется отёк роговицы.

Рацемозная гемангиома в радужке встречается крайне редко, проявляется резко извитыми, переплетёнными сосудами, расположенными в толще радужки и уходящими в угол передней камеры. Рано развивается вторичная внутриглазная гипертензия.

Гистологическая картина представлена новообразованными тонкостенными сосудами, находящимися на разных стадиях развития.

Диагноз устанавливается на основании биомикроскопии.

Дифференциальный диагноз проводят с неоваскуляризацией радужки, меланомой, ювенильной ксантогранулёмой, саркоидозом, беспигментной лейомиомой и метастазами.

Лечение: Локальное лечение эффективно при кавернозной гемангиоме в виде лазерокоагуляции опухоли. Капиллярные гемангиомы могут самопроизвольно регрессировать. Рацемозные- практически не подлежат лечению.

Прогноз: для жизни хороший, для зрения- благоприятный при кавернозной.

При капиллярной и рацемозной гемангиоме- прогноз для зрения неопределённый.

3. Невус

Истинные невусы относят к меланоцитарным опухолям, которые встречаются у детей и у взрослых. Обнаруживаются как правило случайно.

Клиника: невус представлен участками гиперпигментации радужки цвет которого варьирует от жёлтого до интенсивно коричневого. Поверхность опухоли бархатистая, слегка шероховатая. Иногда невус слегка выступает над поверхностью радужки, границы его чёткие, рисунок радужки на поверхности сглажен. В центральной части опухоль более плотная и рисунок радужки отсутствует. Размеры варьируют от 2-3 мм, до крупных очагов, занимающих до одного квадранта радужки.

При появлении признаков прогрессии опухоль темнеет, увеличивается в размерах, вокруг невуса появляются распыления не наблюдаемого ранее пигмента, границы образования становятся менее чёткими, появляются венчики расширенных сосудов вокруг опухоли.

Морфологически невусы являются производными неврального гребешка, морфологически представлены скоплениями зрелых меланоцитов, веретенообразных клеток, подобных шванновским элементам и крупных плотных полигональных клеток. В цитоплазме много гранул меланина. Росто опухоли диффузный, не ограничивается поверхностными слоями радужки или наружными слоями стромы.

Лечение стационарных невусов не требуется. При прогрессировании показано локальное иссечение.

Прогноз: для жизни и зрения хороший.

4. Ирис-невус-синдром.

Синдром Когана-Риса - ирис-невус синдром. Встречается чаще у женщин. Характеризуется появлением в радужке на фоне аномальной пигментации (гетерохромии) множественных невусоподобных узелков на

ножке. Растёт медленно, одинаково в течении нескольких месяцев может резко увеличиваться.

Морфологически у таких больных обнаруживается эктопический роговичный эндотелий, покрывающий переднюю поверхность радужки. В последней обнаружено скопление меланографических клеток.

Единственным методом лечения следует признать антиглаукоматозную операцию, которая, к сожалению приводит лишь к временному результату.

Злокачественные опухоли.

1. Аденокарцинома.

Аденокарцинома - злокачественный вариант аденомы.

Встречается крайне редко, отличается от аденомы более быстрым ростом. Происходит из беспигментного цилиарного эпителия, локализуется у корня радужки. Характерен местный агрессивный и инвазивный рост. Метастазы не описаны.

Лечение оперативное. При локальной опухоли показана её инцизия в едином блоке с окружающими интактными тканями. Распространённая энуклеация требует энуклеации.

2. Меланома.

По характеру роста чаще наблюдается узловая или смешанная меланома. Диффузный вид встречается крайне редко.

Узловая меланома имеет вид нечётко отграниченного узла опухоли, проминирующего в переднюю камеру. Границы опухоли нечёткие, цвет варьирует от розового до тёмно-коричневого. Беспигментная меланома встречается крайне редко.

Смешанная форма: вокруг зоны плоскостного распыления сосуды не видны. Рельеф опухоли неровный, глубина передней камеры неравномерна.

В результате врастания опухоли в дилататор зрачка меняется его форма, его край на стороне опухоли изменяется, не реагирует на мидриатики.

В углу передней камеры - застойные изменения, опухоль прорастает ткань радужки, заполняет всю переднюю камеру, вызывая компрессию хрусталика, помутнение его и дислокацию кзади.

Анулярная или диффузная меланома.

Опухоль длительное время растёт бессимптомно. Только появление гетерохромии заставляет пациента обратиться к врачу.

В этот период отмечается сглаженность рисунка радужки, отсутствие крипт за счёт прорастания радужки опухолевыми массами, радужка становится ригидной.

Меланома топиока- особый вид меланомы радужки, получивший своё название за внешнее сходство с сего или лягушачьей икрой. Встречается редко как у мужчин, так и у женщин в возрасте от 7 до 50 лет. Имеется тенденция к более молодому возрасту. Опухоль растёт медленно, бессимптомно.

Новообразования цилиарного тела

Доброкачественные

1. Аденома Фукса.

Доброкачественная эпителиома, встречается крайне редко и как правило является предметом случайной находки.

Характеризуется крайне медленным бессимптомным ростом. Клиническая диагностика трудна. Опухоль развивается из беспигментного цилиарного эпителия, представлена округлым светлым узелком, размеры которого не превышают 4мм в диаметре. Лечение не требует.

Злокачественные

1. Меланома

Изолированная меланома цилиарного тела составляет менее 1% от всех меланом увеального тракта. Встречается одинаково часто как у мужчин, так и у женщин. Возраст больных 50-60 лет, но имеются случаи заболевания и у детей.

Растёт медленно, может достигать больших размеров, через широкий зрачок удаётся хорошо рассмотреть чётко отграниченный, чаще тёмного цвета, округлый узел опухоли. В подавляющем большинстве меланома цилиарного тела имеет смешанную локализацию: иридоцилиарную или цилиохориоидальную. Вростание в радужку стимулирует картину хронического переднего увеита. Меланома сопровождается неоваскуляризацией радужки и повышением ВГД.

Лечение: при локализованной форме- локальное удаление, частичная капиллярная склароувеэктомия. Лучевое лечение, но могут быть осложнения в виде гранулематозного увеита.

Прогноз: для зрения тем лучше, чем меньше опухоль.

Опухоли хориоидеи.

Сосудистые опухоли

Гемангиома

Сосудистая редкая врождённая опухоль, относится к типу гамартом. Болеют мужчины.

Может быть отграниченная и диффузная гемангиома.

Отграниченная: представлена одиночным узлом с чёткими границами, округлой или овальной формы. Диаметр от 1 до 5-6мм. Окраска чаще светлая от беловато-серого до желтовато-розового.

Диффузная: характеризуется ярко-красным свечением зрачка в отличие от здорового глаза.

Офтальмоскопически видно диффузно красно-оранжевые утолщения хориоидеи на большом её протяжении в постэкваториальной зоне. Развивается отслойка сетчатки с вторичными дистрофическими изменениями в ней. Она часто приобретает размеры тотальной.

Морфогенез: Опухоль состоит из кровеносных сосудов на разной стадии их развития. Большинство ограниченных гемангиом имеют кавернозный тип, для которого характерно присутствие больших сосудистых лакун с тонкими межсосудистыми перегородками.

Диагноз кавернозной гемангиомы труден. Клинико-гистологические расхождения достигают 8,5%. Уменьшение расхождений возможно за счёт тщательной офтальмоскопии и биомикроофтальмоскопии.

Лечение длительное время считалось бесперспективным, но в настоящее время применяют лазерокоагуляцию и рахитерапию. При небольших опухолях используют криодеструкцию. При диффузной и отграниченной гемангиоме- гамма терапия.

Прогноз благоприятный, но при нелеченой гемангиоме зрение теряется необратимо.

Остеома хориоидеи.

Остеома (хориостома) возникает очень редко, в основном у женщин в возрасте от 8 месяцев до 36 лет. Опухоль монокулярна.

Клиника: локализуется в заднем поясе глаза и характеризуется тремя основными офтальмологическими признаками:

1. Опухолевые массы имеют цвет от жёлто-белого до оранжевого, консистенция плотная, с лёгкой проминенцией (от 0,5 до 2 мм.) с чёткими границами и шероховатой поверхностью, опухоль расположена экстрапапиллярно.

2. На поверхности опухоли диффузная или пятнистая депигментация, пигментация эпителия сетчатки.

3. Хорошо развита сеть новообразованных сосудов на поверхности и в толще опухоли.

Диагноз: характерна ранняя флюоресценция опухоли, прогрессирующее пропотевание краски в толщу опухоли.

Лечение: малоперспективно. С целью ранней отслойки сетчатки-лазерокоагуляции.

Прогноз: благоприятный.

Список литературы

1. Офтальмоонкология. А.Ф. Бровкина 2002 г.
2. Опухоли глаза, его придатков и орбиты. Н.А. Пучковский. Киев-1978г.
3. Заболевания, опухоли и травматические повреждения орбиты. Сборник научных трудов международного симпозиума. Москва- 2005г.
4. Клиническая онкология органа зрения. А.И. Пачес. Москва. Медицина- 1980г.