

(32)

Obustronne wysiękowe odwarstwienie siatkówki jako pierwszy objaw raka piersi – opis przypadku

Bilateral exudative retinal detachment as the first sign of breast cancer – case report

Maria Kmera-Muszyńska¹, Magdalena Ulińska^{1,2}, Agnieszka Kolasińska-Ćwikła³,
Agnieszka Piwowarczyk¹, Agata Belżeczka¹, Ewa Struzik¹

¹ Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie

² Katedra i Klinika Okulistyki II Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Jacek P. Szaffik

³ Oddział Chemioterapii Kliniki Onkologii Centrum Onkologii – Instytut
Kierownik: dr n. med. Zbigniew Jodkiewicz

Streszczenie: Najczęstszym rodzajem guzów wewnątrzgałkowych u dorosłych są przerzuty do błony naczyniowej. Są one coraz częściej stwierdzane z powodu zwiększonej częstości występowania nowotworów, dłuższego przeżycia chorych na nowotwór oraz coraz lepszego diagnozowania. Najczęstszą pierwotną lokalizacją raka jest gruczoł piersiowy u kobiet oraz płuco u mężczyzn. W rzadkich przypadkach pierwszym objawem raka jest przerzut, a nie ognisko pierwotne. Przedstawiamy nietypowy przypadek 53-letniej kobiety z obustronnym wysiękowym odwarstwieniem siatkówki, które było pierwszym objawem uogólnionego procesu nowotworowego wywodzącego się z gruczołu piersiowego.

Guzy pierwotne i zmiany przerzutowe wymagają wnikliwych badań oraz interdyscyplinarnego leczenia. Ścisła współpraca onkologów i lekarzy innych specjalności prowadzi do szybszego postawienia diagnozy i lepszych wyników leczenia. Ponadto powszechne programy wczesnego wykrycia najczęstszych guzów mogą być pomocne w osiągnięciu lepszych wyników leczenia.

Słowa kluczowe: rak piersi, przerzuty do naczyniówki, wysiękowe odwarstwienie siatkówki.

Summary: Metastatic choroidal tumours are the most common type of intraocular neoplasms in adults. Currently choroidal metastases are being diagnosed more frequently, generally due to the higher incidence of carcinomas, longer survival of cancer patients and better diagnostic possibilities. The most common primary cancers locations are breasts in women and lungs in men. These tumours are usually symptomatic and only in very rare cases metastases are the first symptom of carcinoma.

We present such an atypical case of a 53-year-old female patient with bilateral exudative retinal detachment, which was the first symptom of a generalized malignancy originating in the mammary gland.

Primary tumours and metastatic lesions both require a meticulous interdisciplinary examination, as well as the interdisciplinary treatment. Close liaison between oncologists and other specialists can result in faster diagnosis and improve treatment outcomes. Moreover, public health programs aimed at early detection of the most common tumours may help achieve better treatment results.

Key words: breast carcinoma, choroidal metastasis, exudative retinal detachment.

Wstęp

Wieloletnie obserwacje wskazują, że najczęstszym typem nowotworów wewnątrzgałkowych u dorosłych są guzy przerzutowe do naczyniówki (1).

Z literatury medycznej wynika, że u 8–10% chorych z uogólnionym procesem nowotworowym występują przerzuty do błony naczyniowej, które w 85–96% są umiejscowione w naczyniówce, w 0–9% w tęczówce i w 0–2% w ciele rzęskowym (2–4).

Uważa się, że jest to skutkiem szczególnie bogatego unaczynienia tej części oka, do której drogą tętniczą może dopływać duża liczba komórek nowotworowych. Najczęstszym nowotworem dającym przerzuty do gałki ocznej jest rak piersi u kobiet i rak płuca u mężczyzn (5). Z obserwacji Demirci (2) wynika, że przerzuty raka piersi stanowią 39–49%, a raka płuca 13–21% wszystkich guzów przerzutowych do gałki (3). Biorąc

pod uwagę, że rak piersi w większości krajów jest najczęstszym nowotworem u kobiet i zarazem jedną z najczęstszych przyczyn zgonów z powodu nowotworów złośliwych, problem ten nabiera szczególnego znaczenia (5).

W Polsce w ciągu ostatnich 50 lat stwierdza się stały wzrost zachorowań na raka piersi, rocznie odnotowuje się kilkanaście tysięcy nowych rozpoznań i około 5000 zgonów z jego powodu (6). Stanowi to ponad 20% zachorowań na nowotwory u kobiet i zarazem jest przyczyną 12,9% zgonów z powodu nowotworów złośliwych.

Przerzuty do gałki ocznej obserwuje się także w przebiegu nowotworów przewodu pokarmowego (4%), nerki (2%), skóry (2%), gruczołu krokowego (2%) lub z innych ognisk (4%), a także w przebiegu białaczki lub chłoniaka (7). Naczyniówka rzadko jest pierwszym ogniskiem przerzutu, chociaż w obserwacjach

Shields (3) była nim aż w 25–30% przypadków. Przerzuty raka piersi do naczyniówki zazwyczaj występują później niż przerzuty do innych narządów i są złym znakiem rokowniczym (6). Według Demirci (2) stwierdza się je u od 9% do 37% leczonych (średnia wieku 56 lat) w ciągu 3 lat od rozpoznania choroby nowotworowej. Według niektórych doniesień czas ten może być dłuższy i wynosić nawet kilkanaście lub kilkadziesiąt lat od rozpoznania ogniska pierwotnego (8). U chorych, u których ognisko pierwotne znajdowało się w płucach, nerce lub gruczole krokowym, przerzuty do naczyniówki występują wcześniej i rozwijają się znacznie szybciej niż u chorych na raka piersi (5, 9). Ważnymi czynnikami ryzyka wystąpienia przerzutów do gałki ocznej są rozsiew raka piersi do więcej niż jednego narządu oraz obecność przerzutów w płucach i mózgu (10, 11).

Niezależnie od ogniska pierwotnego przerzuty do gałki ocznej najczęściej występują u chorych w wieku średnim lub podeszłym (średnia wieku 51–59 lat), częściej u kobiet (70–85%) niż u mężczyzn, i w 21–50% są obustronne (4).

Przerzuty do naczyniówki w 80% są zlokalizowane między plamką a równikiem w kwadrancie górnym skroniowym, najczęściej są amelanotyczne, koloru jasnożółtego, mają kształt owalny lub rozlany, mogą być pojedyncze lub mnogie (średnio po dwa w gałce ocznej) (3, 4, 12). Rozrastają się zazwyczaj na powierzchni siatkówki w kierunku bocznym, najczęściej bez wyraźnego uniesienia. Jeśli współistnieje wysiękowe odwarstwienie siatkówki (os), mogą być niewidoczne podczas badania dna oka. Mogą powodować wiele nieswoistych objawów takich jak: obniżenie ostrości wzroku, zaburzenie widzenia (metamorfozje i męty), światłowstręt oraz ubytki w polu widzenia wywołane obecnością samego nacieku nowotworowego lub/i wtórnego os (12, 13). Należy podkreślić, że przerzuty umiejscowione w bardziej obwodowej części dna oka początkowo mogą przebiegać bezobjawowo. W badaniach Demirci (2), w których uczestniczyły 264 kobiety chore na raka piersi z przerzutami do błony naczyniowej, objawy okulistyczne zgłaszało 93% pacjentek, a asymptotyczne przerzuty najczęściej rozpoznawano przypadkowo w oku towarzyszącym. Według Wiegela (10) asymptotyczne przerzuty mogą występować u 5–11% chorych.

Szczególnych problemów diagnostycznych przysparzają chorzy, u których obraz kliniczny zmian stwierdzanych na dnie oka może sugerować rozsiew dotychczas nierozpoznanej choroby nowotworowej. Wiąże się to z koniecznością szybkiego rozpoczęcia diagnostyki w celu wykrycia ogniska pierwotnego i podjęcia odpowiedniego leczenia.

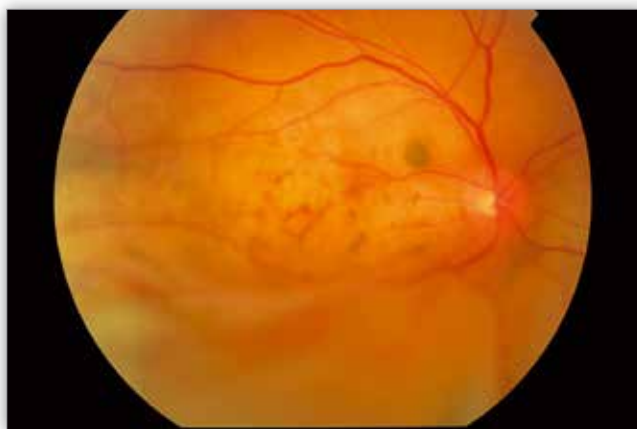
Cel

W pracy przedstawiono przypadek 53-letniej chorej z obustronnym wysiękowym odwarstwieniem siatkówki, które było pierwszym objawem uogólnionego procesu nowotworowego wywodzącego się z gruczolu piersiowego.

Opis przypadku

Chora zgłosiła się na ostry dyżur okulistyczny z powodu trwającego od miesiąca znacznego obniżenia ostrości wzroku w oboju oczach. Dotychczas była zdrowa, jak podawała w wywiadach nigdy nie chorowała i ostatni raz była badana w okresie okołoporodowym 30 lat temu. Podczas badania kontakt z pacjentką był utrudniony, była ona apatyczna i wychudzona. W badaniu okulistycznym

stwierdzono: ostrość wzroku oka prawego (OP) = 2,5/ 50 sc, oka lewego (OL) = r.r.p.o, ciśnienie śródgłokowe w oboju oczach 9 mmHg, przedni odcinek OP i OL – dyskretna opalizacja soczewek, ciało oczu (soczewka Volka, trójlustro Goldmanna i wziernik obuoczny): obustronne os w postaci wysoko uniesionych pęcherzy o gładkiej powierzchni, bez otworów, z przemieszczającym się płynem podsiatkówkowym podczas zmiany pozycji ciała. W przestrzeni podsiatkówkowej, w miejscach przylegania siatkówki, były widoczne skupiska barwnika o charakterystycznym wyglądzie „plamek lamparta”. W OP os obejmowało dolne kwadranty i plamkę (ryc. 1.), w OL – obszar od godz. 2 do 11 w postaci trzech pęcherzy przesłaniających plamkę (ryc. 2.).



Ryc. 1. Kolorowe zdjęcie dna OP – odwarstwienie siatkówki w centrum i na dole.

Fig. 1. RE fundus (color image) – retinal detachment in central retina and inferior quadrants.



Ryc. 2. Kolorowe zdjęcie dna OL – 3 pęcherze odwarstwienia siatkówki obejmujące plamkę.

Fig. 2. LE fundus (color image) – three bullous areas of retinal detachment (2 to 11 o'clock positions) obscuring the macula.

Ze względu na podejrzenie rozrostu nowotworowego chora została przyjęta do Kliniki Okulistyki II WL WUM w celu dalszej diagnostyki.

Badanie USG gałek ocznych (prezentacja B) potwierdziło wysiękowy (wtórny) charakter os w oboju oczach – z pogrubieniem naczyniówki w kształcie płatowym z wewnętrzną refleksywnością akustyczną, w OP w postaci 2 stycznych nacieków naczyniówki obejmujących pęczek tarczowo-plamko-

wy oraz kwadrant górny nosowy (ryc. 3.), a w OL 2 nacieków w biegunie tylnym (ryc. 4).



Ryc. 3. Ultrasonografia OP – dwa styczne nacieki naczyńwki: w pęczku tarczowo-plamkowym i kwadrancie górnym nosowym.

Fig. 3. RE ultrasound – two tangential choroidal infiltrates localized within the papillomacular bundle and the upper nasal quadrant.

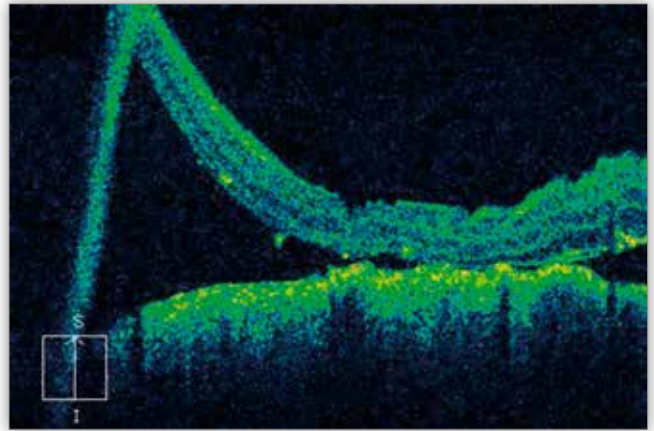


Ryc. 4. Ultrasonografia OL – dwa nacieki w tylnym biegunie.

Fig. 4. LE ultrasound – two infiltrates within the posterior pole.

Obraz badania optycznej koherentnej tomografii (OCT) siatkówki – w OP część centralna uniesiona i pogrubiała, płyn pod siatkówką sensoryczną, zaburzenia linii nabłonka barwnikowego (ryc. 5.); w badaniu OL nie uzyskano skanów z powodu wysokiego os. Tomografia komputerowa (TK) głowy i oczodołów: masywne odwarstwienie siatkówki w obojgu oczach, poza tym bez zmian.

Rezonans głowy i oczodołów (RM) z kontrastem: rozległe os w obojgu oczach, równomierne pogrubienie ściany gałki ocznej lewej do 2,5 mm na obszarze 15 x 15 mm w strefie os od strony nosowej z cechami wzmocnienia kontrastowego, mniejszego stopnia pogrubienie ściany gałki ocznej prawej w części skroniowej, nie uwidoczniło innych zmian ani patologicznego wzmocnienia w obrębie odwarstwienia. W badaniach laboratoryjnych spośród odchyleń od normy stwierdzono: niewielkiego stopnia niedokrwistość normocytarną, hipergammaglobulinemię oraz OB = 46 mm/h. RTG klatki piersiowej: uogólnione nadmierne wysycenie kości, narządy klatki piersiowej bez zmian. USG jamy brzusznej bez odchyleń od normy.



Ryc. 5. Badanie OCT OP przed leczeniem – płyn pod siatkówką, zaburzenia linii nabłonka barwnikowego (nie udało się uzyskać skanów badania OL ze względu na zbyt grubą przestrzeń płynową pod siatkówką).

Fig. 5. RE OCT before treatment – subretinal fluid, RPE disruption. In the left eye no scans could be obtained as the subretinal fluid collection was too thick.

Pacjentkę poddano konsultacji ginekologicznej, w badaniu przedmiotowym nie stwierdzono zmian, nie wykonano badania USG.

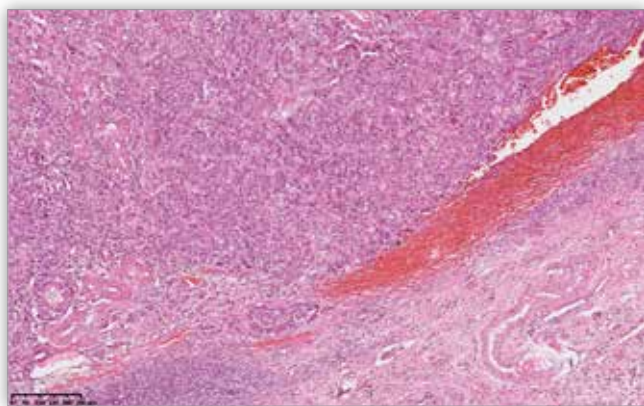
Ponieważ nie było możliwości przeniesienia chorej na oddział internistyczny, aby przyspieszyć diagnostykę, oznaczono markery nowotworowe (CA-125, CA-15,3, CA-19,9, CEA, CA-72-4), które wykazały 15-krotnie podwyższone miana CA-15,3 (marker raka sutka) i tylko nieznacznie podwyższone miana CA-125 (marker raka jajnika). W ponownej konsultacji ginekologicznej stwierdzono twardy i nierówny prawy jajnik, w związku z tym wykonano USG TUV – uwidoczniło guzek jajnika prawego z podejrzeniem nieprawidłowego unaczynienia. Chorą przeniesiono na oddział ginekologiczny – wykonano TK jamy brzusznej i miednicy, która uwidoczniła guzowato zmienione prawe przydatki, naciekanie prawej ściany macicy, powiększone węzły chłonne krezki, drobny obszar hipodensyjny 7-milimetrowy w segmencie IV wątroby oraz liczne zmiany przerzutowe o typie osteolityczno-osteoblastycznym w całym kościec objętym badaniem. Wobec mało zaawansowanych zmian w jamie brzusznej i uogólnionych zmian w kościec rozpoznano guz prawego jajnika i poddano go różnicowaniu między zmianą pierwotną a ogniskiem meta. Nie przeprowadzono pełnego badania przedmiotowego chorej, nie zbadano piersi ani nie wykonano dodatkowych badań diagnostycznych. Przeprowadzono laparoskopię diagnostyczną, podczas której usunięto macicę z guzowato zmienionymi przydatkami. Śródoperacyjna konsultacja chirurgiczna wykazała ponadto nacieki głowy trzustki i okolic, powiększone węzły okołoaortalne, liczne nacieki w krezce jelita cienkiego oraz płyn w jamie otrzewnej. Wyniki badania histopatologicznego pobranych wycinków (z obrębu obu jajników, z mięśnia trzonu macicy, z węzłów chłonnych krezki, rozmazu spod przepony i płynu z jamy otrzewnej) wskazywały na raka gruczolowego. Morfologia nacieku mogła wskazywać na ognisko przerzutowe.

W celu dalszej diagnostyki chorą skierowano do Kliniki Onkologii COI.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono w piersi prawej zmianę z wciągnięciem brodawki sutkowej oraz wyczuwalne powiększone węzły chłonne w prawej pasze. Wykonano do-

datkowe badania diagnostyczne: mammografię oraz USG piersi i jamy brzusznej. W mammografii uwidoczniło się brodawkę nieregularne zagęszczenie bez widocznej masy guza z mikrozwapnieniami. W badaniu USG – lewa piersz gruczołowej budowy, dysplastyczna, bez zmian ogniskowych, w dole pachowym bez nieprawidłowych odbić; prawa piersz – wciągnięcie brodawki, na pograniczu zewnętrznych kwadrantów za brodawką nieprawidłowa hipoechogeniczna zmiana 29 x 7 mm x 8 mm, o wzmożonej perfuzji, nierównych zarysach, z mikrozwapnieniami, w dolnym piętrze prawej pachy 2 hipoechogeniczne węzły chłonne, bez widocznych zatok. W związku z tym zweryfikowano ocenę preparatów histopatologicznych – weryfikacja wykazała przerzuty średnio dojrzałego raka gruczołowego z licznymi zatorami w naczyniach limfatycznych w obu jajnikach, mięśniówce trzonu macicy oraz sieci (ryc. 6.). Receptory dla estrogenów (ER) – odczyn dodatni niemal w 100% komórek, receptory dla progesteronu (PGR) – odczyn dodatni w poniżej 5% komórek. Obraz histologiczny z odczynami immunohistochemicznymi wskazywał na rozsiew raka sutka. Oznaczono dodatkowo receptor 2. ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu (HER2) – ujemny – oraz marker proliferacji komórkowej (Ki 67) – dodatni (około 25%). Ze względu na stwierdzone wcześniej w TK liczne przerzuty o typie osteolityczno-osteoblastycznym w całym kościec objętym badaniem przed rozpoczęciem leczenia przyczynowego wykonano scyntygrafię kości – nieprawidłowe gromadzenie znacznika w całym kościec – obraz mógł być efektem rozsiewu drobnoogniskowego w kościec i/lub zajęcia szpiku. W badaniu USG jamy brzusznej w wątrobie w lewym płacie 7-milimetrowa torbiel prosta, poza tym bez zmian.

Ostatecznie na podstawie obrazu klinicznego, wyników badań obrazowych oraz histopatologicznych i histochemicznych rozpoznano rozsiew średnio dojrzałego hormonozależnego raka gruczołowego piersi prawej.



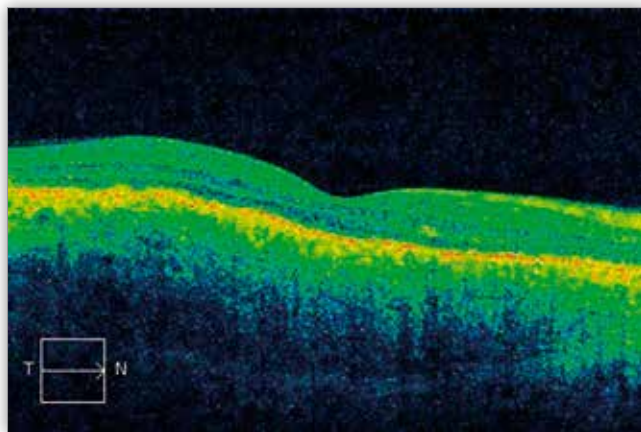
Ryc. 6. Preparat histopatologiczny z węzłów chłonnych.
Fig. 6. Lymph node specimen for histopathological evaluation.

Pacjentka została zakwalifikowana do chemioterapii paliatywnej wg programu AC (Adriamycyna = Doksorubicyna, Cyclofosfamid = Endoxan), dodatkowo włączono bifosfoniany doustne w celu zmniejszenia ryzyka niepożądanych zdarzeń kostnych. Po 6 kursach leczenia uzyskano całkowitą regresję zmian w piersi prawej i węzłach chłonnych pachowych oraz stabilizację w kościec. Ze względu na hormonowrażliwy typ raka włączono leczenie Tamoxifenem (selektywnym modulatorem

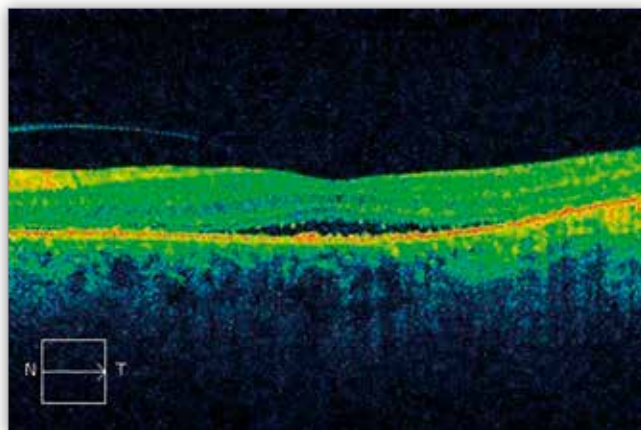
receptora estrogenowego – SERM) w dawce 20 mg doustnie codziennie.

Ze względu na zastosowanie chemioterapii odstąpiono od leczenia celowanego na gałki oczne – naświetlań z ogniska zewnętrznego (teleradioterapii).

Stan okulistyczny uległ znacznej poprawie. Po 9 miesiącach leczenia onkologicznego w OP stwierdzono całkowite ustąpienie osi i zaburzenia linii nabłonka barwnikowego (RPE) (ryc. 7.), w OL stwierdzono jedynie niewielkie resztkowe osi oraz zaburzenia linii RPE (ryc. 8.).



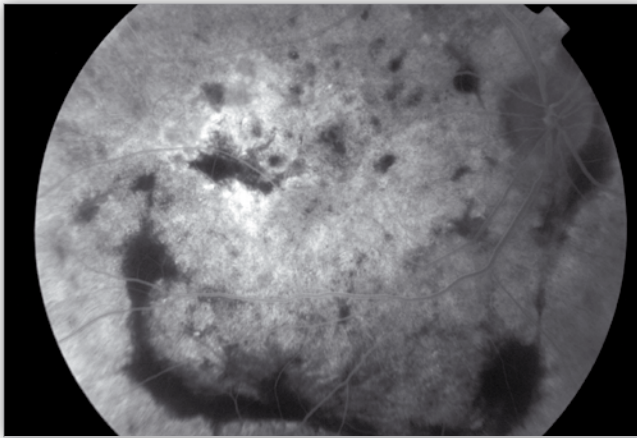
Ryc. 7. OCT OP po leczeniu – zaburzenia linii nabłonka barwnikowego.
Fig. 7. RE OCT after treatment – RPE disruption.



Ryc. 8. Badanie OCT OL po leczeniu – utrzymujący się resztkowy płyn pod siatkówką neurosensoryczną oraz zaburzenia linii nabłonka barwnikowego.
Fig. 8. LE OCT after treatment – residual fluid under the sensory retina, RPE disruption.

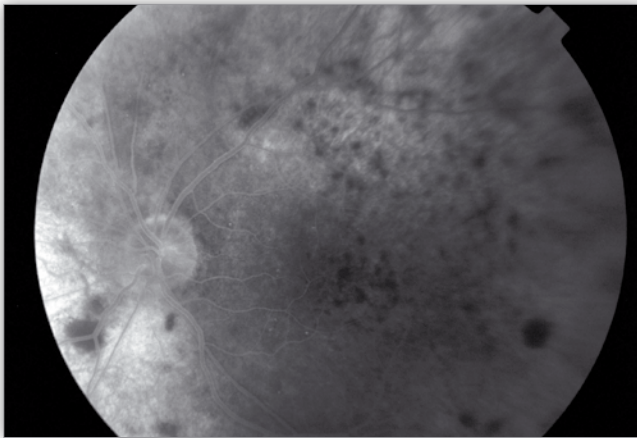
Obecnie, po 24 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, ostrość wzroku OP = 5/7, OL = 5/10, siatkówki obojga oczu przylegają na całej powierzchni – są widoczne rozsiiane skupiska barwnika o bardzo charakterystycznym wyglądzie „plamek lamparta”. W badaniu angiografii fluoresceinowej (AF): zaniki RPE oraz skupiska barwnika blokujące fluorescencję naczyń i korelujące z aktualną ostrością wzroku (ryc. 9. i 10.).

Trzy miesiące od zakończenia chemioterapii utrzymywały się całkowita regresja zmian w piersi prawej i stabilizacja w kościec, ale w lewej piersi pojawiła się podejrzana zmiana o wymiarach 8 x 5 mm. Pod kontrolą USG wykonano biopsję gruboigłową i stwierdzono inny typ histologiczny nowotworu



Ryc. 9. Badanie AF siatkówki OP po leczeniu – ubytki okienkowe odpowiadające zanikowi nabłonka barwnikowego siatkówki oraz blokada fluorescencji w miejscach odpowiadających skupiskom barwnika.

Fig. 9. FA RE after treatment – window defects corresponding to RPE atrophy and blocked fluorescence in areas corresponding to pigment clusters.



Ryc. 10. Badanie AF siatkówki OL po leczeniu – podobnie jak w OP, ale zmiany są bardziej nasilone.

Fig. 10. FA LE after treatment – similar to the RE, but changes are more pronounced.

piersi – raka mikrobrodawkowatego inwazyjnego G2 piersi lewej, z silnym i umiarkowanym odczynem w około 80% komórek dla ER, odczyn dodatni w około 15% komórek dla PGR. Oznaczono dodatkowo HER2 (ujemny) oraz Ki 67 (około 5%). W związku z powyższym zdecydowano o zakończeniu dotychczasowego leczenia Tamoxifenem i włączeniu kolejnej linii hormonoterapii – inhibitorów aromatazy, kontynuowano leczenie bifosfonianami. Do dzisiaj chora jest leczona w ten sposób.

Omówienie

Z piśmiennictwa oraz obserwacji własnych wynika, że przerzuty do gałki ocznej są rozpoznawane coraz częściej. Uważa się, że jest to związane ze wzrostem zachorowań na nowotwory dające przerzuty do gałki ocznej (raka piersi i raka płuca), wydłużeniem czasu przeżycia tych chorych, bogatszą wiedzą onkologów i okulistów oraz lepszą diagnostyką i w efekcie skutecznym wykrywaniem ognisk przerzutowych (3).

Według obserwacji Demirci (2) u przeważającej większości spośród 264 kobiet z przerzutami raka piersi do naczyniówki rozpoznano inne ogniska przerzutowe. U 14% chorych prze-

rzuty do naczyniówki były pierwszym objawem uogólnionego rozsiewu nowotworowego, a u 3% chorych nie zdiagnozowano dotychczas raka piersi. Wcześniejsze obserwacje Shields (3), którym poddała 420 chorych z przerzutami do błony naczyniowej, dowodzą, że u 142 spośród nich (34%) w momencie rozpoznania przerzutu nie było znane pierwotne ognisko nowotworu (u badanych z tej grupy rak piersi stanowił 7%).

Do tej grupy chorych kwalifikuje się opisywana przez nas 53-letnia kobieta, u której znacznego stopnia obniżenie ostrości wzroku w obojgu oczach z towarzyszącym mu wysiękowym os było pierwszym objawem choroby nowotworowej – raka piersi – i jej uogólnionego rozsiewu. Tego rodzaju przypadki zawsze są problematyczne diagnostycznie, a to w efekcie opóźnia rozpoczęcie właściwego leczenia (3, 12).

W opisanym przez nas przypadku charakterystyczny obraz kliniczny obustronnego wysiękowego os bez przedarcia siatkówki już w badaniu wstępnym sugerował możliwość rozrostu nowotworowego (przerzutów) – to zostało potwierdzone w badaniu USG w prezentacji B oraz w badaniu RM. Należy wyraźnie podkreślić, że w procesie rozpoznawania przerzutów do gałki ocznej, które obok objawów klinicznych stanowią podstawę rozpoznania, wartość diagnostyczna obu ww. badań obrazowych jest znacząca (12). Poza tym RM umożliwia nie tylko ocenę morfologiczną zmian w naczyniówce i ocenę ewentualnego rozrostu w oczodole, lecz jest najczulszą metodą, która pozwala stwierdzić, czy doszło do przerzutów do CUN często występujących jednocześnie z przerzutami do naczyniówki (10). Ocenia się, że u 10–20% chorych na raka piersi występują przerzuty do mózgu i tym samym rak piersi jest drugim po raku płuca źródłem przerzutów do CUN (14).

W diagnostyce przerzutów TK, szczególnie bez kontrastu, ma mniejszą wartość niż inne metody. Do diagnostyki wysiękowego os i monitorowania jego ustępowania w trakcie leczenia oraz do oceny rokowania w odniesieniu do zachowania funkcji widzenia przydatna może być OCT (15). Wykonanie badania ograniczają zbyt wysokie i rozległe zmiany i/ lub ich obwodowe umiejscowienie.

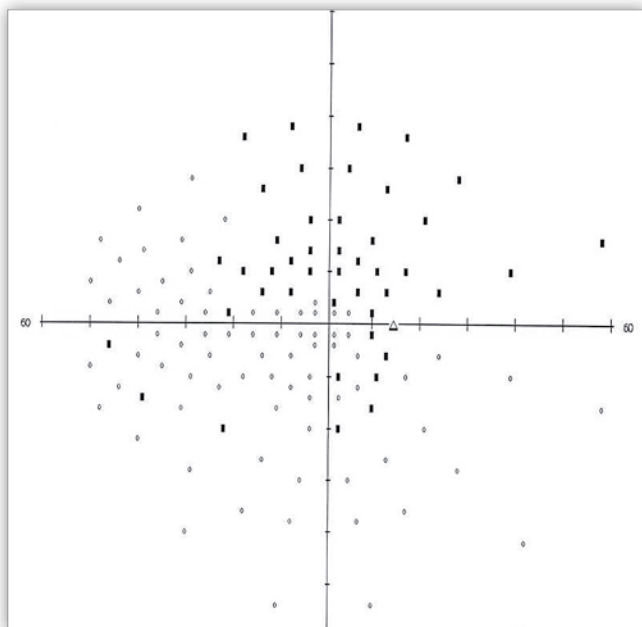
Badanie AF nie jest rozstrzygające w przypadku przerzutów, a towarzyszące im odwarstwienie siatkówki zdecydowanie obniża jakość zdjęć. U naszej chorej badanie AF wykonaliśmy po zakończeniu leczenia onkologicznego w celu oceny wtórnych zmian w siatkówce i naczyniówce. W różnicowaniu przerzutów należy brać pod uwagę: znamię naczyniówki, czerniaka amelanotycznego, naczyniaka, chłoniaka oraz kostniaka (12). U naszej pacjentki w pierwszym badaniu obraz kliniczny sugerował rozsiew nowotworowy powikłany wysiękowym os.

Wybór metody leczenia tych przerzutów warunkują: wielkość guza i jego umiejscowienie, ogólny stan chorego, a także współistniejące choroby.

Guzy nieaktywne i asymptomatyczne nie zawsze wymagają leczenia miejscowego. Guzy większe, dające objawy, zwłaszcza gdy towarzyszy im płyn podsiatkówkowy, najczęściej są wskazaniem do leczenia. U chorych na raka piersi z przerzutami do gałki ocznej najczęściej jest stosowane leczenie skojarzone – jednoczesne stosowanie terapii celowanej (napromieniania wiązkami zewnętrznymi – EBRT, brachyterapii płytką radioaktywną, napromieniania wiązką protonów – PBI, termoterapii przezrenicznej – TTT, terapii fotodynamicznej – PDT, iniekcji

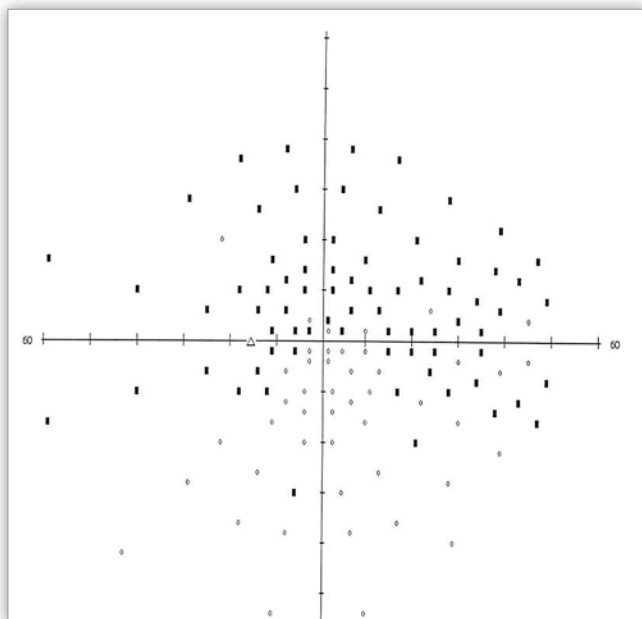
doszklistkowych bewacyzumabu (Avastinu) z systemową (chemioterapią, hormonoterapią i leczeniem biologicznym) (4, 12, 16).

W wielu pracach autorzy przestrzegają przed zbyt agresywnym leczeniem celowanym na zmiany w gałce – w ich wyniku może dojść do nieodwracalnego obniżenia ostrości wzroku. Autorzy niektórych doniesień wskazują, że guzy przerzutowe ustępują po zastosowaniu samej chemioterapii (17, 18). Dlatego stosowanie radioterapii gałki ocznej wielu specjalistów zaleca tylko w tych przypadkach, w których leczenie systemowe nie przynosi efektu.



Ryc. 11. Pole widzenia OP po leczeniu – ubytek górnej części oraz mroczki w dolnej części pola.

Fig. 11. RE visual field after treatment – a defect within the upper quadrants and scotomas within the lower quadrants.



Ryc. 12. Pole widzenia OL po leczeniu – rozległe ubytki z zaoszczędzeniem dolnej części pola.

Fig. 12. LE visual field after treatment – extensive defects with sparing of the lower quadrants.

Przykład naszej pacjentki wskazuje na to, że odpowiedź po stosowaniu jedynie leczenia systemowego jest dobra – po 6 cyklach AC oraz hormonoterapii uzyskano całkowite zbliźnowacenie ognisk przerzutowych i poprawę ostrości wzroku do dali w OP z 2,5/50 do 5/7, w OL zaś poprawę z ruchu ręki przed okiem do 5/10 pomimo licznych ubytków w polu widzenia (ryc. 11, 12).

Rokowanie w odniesieniu do przeżycia jest zawsze niepewne. Większość chorych umiera w ciągu miesięcy od rozpoznania ogniska pierwotnego. We wcześniejszych badaniach średni czas przeżycia wynosił od 7,4 do 11 miesięcy. Według Friedmana (5) średni czas przeżycia od momentu rozpoznania przerzutów do gałki ocznej wynosił 314 dni. W obserwacjach Demirci (2) wskaźnik przeżycia szacowany metodą Kaplana-Meiera wyniósł 65% w pierwszym roku, 34% w ciągu 3 lat i 24% w ciągu 5 lat.

Podsumowanie

Zmiany na dnie oka o typie surowiczego odwarstwienia siatkówki bez przedarc mogą mieć podłoże nowotworowe – konieczna jest pilna konsultacja onkologiczna.

Nie należy lekceważyć zaburzeń widzenia u chorych onkologicznych – mogą być objawem rozsiewu nowotworowego i wymagają pilnej konsultacji okulistycznej.

Ścisła współpraca interdyscyplinarna przyspiesza zastosowanie odpowiedniej terapii.

Przedstawiony przypadek dowodzi, jak konieczne jest upowszechnienie programów wczesnego wykrywania raka piersi.

Piśmiennictwo:

1. Romanowska-Dixon B: *Leczenie wewnątrzgałkowych guzów przerzutowych*. Klin Oczna. 2003; 105: 136–138.
2. Demirci H, Shields CL, Chao AN, Shields JA: *Uveal metastasis from Breast cancer in 264 patients*. Am J Ophthalmol. 2003; 136(2): 264–271.
3. Shields CL, Shields JA, Gross NE, Schwartz GP, Lally SE: *Survey of 520 Eyes with Uveal Metastases*. Ophthalmol. 1997; 104(8): 1265–1276.
4. Kanthan GL, Jayamohan J, Yip D, Conway RM: *Management of metastatic carcinoma of the uveal tract: an evidence-based analysis*. Clin and Experimental Ophthalmol. 2007; 35: 553–565.
5. Friedman MI, Folk JC: *Metastatic tumors to the eye and orbit. Patient survival and clinical characteristics*. Arch Ophthalmol. 1987; 105: 1215–1219.
6. Kubicka-Trząska A, Romanowska-Dixon B: *Przerzuty raka gruczołu piersiowego do naczyniówki – obserwacje kliniczne 18 przypadków*. Klin Oczna. 2006; 108(7–9): 281–284.
7. Shenk Y, Jarosz B, Żarnowski T: *Pierwotne manifestacje chłoniaków w oczodole*. Klin Oczna. 2009; 7–9: 235–239.
8. Kestelyn PA, Libbrecht L, Duprez F, Cocquyt V, Van Aken E: *Symptomatic bilateral choroidal metastasis from breast cancer as first clinical sign of advanced metastatic tumor disease 31 years after diagnosis*. Bull Soc Belge Ophthalmol. 2012; 319: 29–33.
9. Chen CJ, McCoy AN, Brahmer J, Handa JT: *Emerging Treatment for Choroidal Metastases*. Survey of Ophthalmology. 2011; 56: 511–521.

10. Wiegel T, Kreusel KM, Bornfeld N, Bottke D, Stange M, Foerster MH, et al.: *Frequency of asymptomatic choroidal metastasis in patients with disseminated breast cancer: results of a prospective screening programme*. Br J Ophthalmol. 1998; 82(10): 1159–1161.
11. Changa EL, Lob S: *Diagnosis and Management of Central Nervous System Metastases from Breast Cancer*. The Oncologist. 2003; 8(5): 398–410.
12. Sosnowska K, Rospond-Kubiak I, Kocięcki J: *Przerzuty do błony naczyniowej – aktualne poglądy na diagnostykę i leczenie*. Okulistyka po Dyplomie. 2013; 3(3): 30–35.
13. Soysal HG: *Metastatic tumors of the uvea in 38 eyes*. Can J Ophthalmol. 2007; 42: 832–835.
14. Wadasawala T, Gupta S, Bagul V, Patil N: *Brain metastases from breast cancer: Management approach*. Journal of Cancer Research and Therapeutics. 2007; 3(3): 157–165.
15. Arevalo JF, Fernandez CF, Garcia RA: *Optical coherence tomography characteristics of choroidal metastasis*. Ophthalmology. 2005; 112: 1612–1619.
16. Sas-Korczyńska B, Romanowska-Dixon B, Skotyszewski J, Lesiak J: *Przerzuty nowotworowe do naczyniówki gałki ocznej. Przegląd metod leczenia ze szczególnym uwzględnieniem radioterapii*. Klin Oczna. 2006; 108 (7–9): 346–352.
17. Haritoglou C, Mueller AJ: *Regression of an uveal metastatic tumor from breast cancer during chemotherapy – a case report*. Ophthalmologie. 2003; 100(4): 326–329.
18. Kostrzewska M, Nowak-Gabryel M, Gabryel M: *Całkowita remisja przerzutów do gałek ocznych w przebiegu raka nie drobno-komórkowego płuca po zastosowanej chemioterapii cisplastyną i vinorelbina*. Pol Merk Lek. 2011 (XXXI): 171–174.

Praca wpłynęła do Redakcji 12.05.2015 r. (KO-00008-2015)
Zakwalifikowano do druku 27.08.2015 r.

Adres do korespondencji (Reprint requests to):
dr hab. n. med. Maria Kmera-Muszyńska
Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny
ul. Sierakowskiego 13, 03-709 Warszawa
e-mail: mkmera@wp.pl

**Redakcja kwartalnika medycznego OKULISTYKA
i czasopisma KONTAKTOLOGIA
i OPTYKA OKULISTYCZNA**

e-mail: ored@okulistyka.com.pl

Zapraszamy na naszą stronę internetową

www.okulistyka.com.pl