



Метастазы солидных опухолей в орбиту. Трудности диагностики (разбор клинических случаев)

Гришина Е.Е.

Гришина Елена Евгеньевна – д-р мед. наук, профессор, вед. науч. сотр. офтальмологического отделения¹
 ✉ 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2–11, Российская Федерация.
 Тел.: +7 (905) 703 18 63.
 E-mail: eyelena@mail.ru

Актуальность. Орбитальные метастазы составляют около 15% от всех злокачественных опухолей орбиты. При появлении у больных злокачественными опухолями образования в полости орбиты возникает подозрение на орбитальный метастаз. Тем не менее у онкологических больных возможно развитие неопухолевого процесса в орбите либо появление второй злокачественной опухоли по типу первично-множественного поражения.

Цель – выявить отличительные признаки метастатической опухоли орбиты для проведения дифференциального диагноза с другими опухолевыми и неопухолевыми процессами в орбите и определить алгоритм действий для установления правильного диагноза и своевременного адекватного лечения заболевания орбиты.

Материал и методы. Ретроспективно проанализированы истории болезни 81 пациента со злокачественными опухолями различных органов и патологическим процессом в орбите. Из них с метастазами в орбиту было 74 больных (64 женщины и 10 мужчин в возрасте 18–87 лет, медиана 45 лет); вторая злокачественная опухоль орбиты была представлена неходжкинской лимфомой у 5 пациентов (4 женщины и 1 мужчина 55–78 лет, медиана 61 год). У двоих мужчин 64 и 66 лет развился воспалительный

процесс в орбите, который имитировал метастатическую опухоль. Всем больным кроме офтальмологического обследования, компьютерной томографии орбит было проведено обследование по органам для исключения рецидива первичной опухоли и метастатического поражения других органов.

Результаты. Среди метастатического поражения орбиты наиболее часто встречалась очаговая форма роста одиночной опухоли с пристеночной локализацией преимущественно под верхней стенкой орбиты, с постепенным развитием безболезненного экзофтальма и нарушением подвижности глаза. Такая же клиническая картина была характерна и для неходжкинской лимфомы орбиты. Острое воспаление тканей орбиты у онкологических больных имело стертую клиническую картину и симулировало орбитальный метастаз.

Заключение. Для своевременной диагностики орбитальных метастазов необходим комплексный анализ данных анамнеза, особенностей клинической картины и результатов морфологического анализа биоптата.

Ключевые слова: орбитальные метастазы, неходжкинские лимфомы орбиты, воспаление орбиты, дифференциальный диагноз.

doi: 10.18786/2072-0505-2015-41-103-109

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского»; 129110, г. Москва, ул. Щепкина, 61/2, Российская Федерация

Орбитальные метастазы составляют около 15% от всех злокачественных опухолей орбиты. Любая злокачественная опухоль может давать метастазы в орбиту. Однако, по нашим данным, наиболее часто в орбиту метастазируют рак молочной железы, рак легкого, кожная меланома [1].

При появлении у больных злокачественными опухолями образования в полости орбиты возникает подозрение на орбитальный метастаз. Тем не менее у онкологических больных возможно развитие неопухолевого процесса в орбите либо появление второй злокачественной опухоли по типу первично-множественного поражения.



Рис. 1. Больной А., 76 лет. Метастаз рака легкого в правую орбиту. Птоз верхнего века

Цель работы – выявить отличительные признаки метастатической опухоли орбиты для проведения дифференциального диагноза с другими опухолевыми и неопухолевыми процессами в орбите и определить алгоритм действий для установления правильного диагноза и своевременного адекватного лечения заболевания орбиты.

Материал и методы

Ретроспективно проанализированы истории болезни 81 пациента со злокачественными опухолями разных органов и патологическим процессом в орбите. Из них метастазы солидных опухолей в орбиту имели 74 пациента (64 женщины и 10 мужчин в возрасте 18–87 лет, медиана 45 лет). Среди первичных опухолей доминировал рак молочной железы, который был выявлен у 60 пациенток. Метастазы в орбиту рака легкого диагностированы у 5 больных. Метастазы других опухолей встречались еще реже: рака яичника – у 2, рака почки – у 2, кожной меланомы – у 2, рака щитовидной железы – у 1, рака предстательной железы – у 1 и рака прямой кишки – у 1 больного. Вторая злокачественная опухоль орбиты по типу первично-множественных злокачественных опухолей была представлена неходжкинской лимфомой у 5 пациентов (4 женщины и 1 мужчина 55–78 лет, медиана 61 год). У двоих мужчин 64 и 66 лет развился воспалительный процесс в орбите, который имитировал метастатическую опухоль.

Всем больным кроме офтальмологического обследования, компьютерной томографии орбит было проведено обследование по органам для исключения рецидива первичной опухоли и/или метастатического поражения других органов.

Результаты

Метастатическое поражение орбиты развивалось в различные сроки – от 1 года до 13 лет – с момента диагностики первичной опухоли (медиана 3 года). Необходимо иметь в виду возможность появления метастазов рака молочной железы через значительные промежутки времени с момента диагностики первичной опухоли. У 3 пациенток орбитальная опухоль, напротив, была диагностирована одновременно с первичной опухолью молочной железы.

У большинства больных (59 из 74) к моменту диагностики орбитальной опухоли уже имелось метастатическое поражение других органов. Тем не менее у 8 (10,8%) метастаз в орбиту был первой манифестацией рака молочной железы, а у 7 – первым проявлением диссеминации первичной опухоли.

Клиническая картина метастатической опухоли орбиты отличалась большим полиморфизмом. Особенности клинических проявлений орбитальных метастазов были определены характером первичной опухоли и локализацией метастатической опухоли в полости орбиты. У подавляющего большинства (в 97,5% случаев) процесс был односторонним. Доступная для пальпации опухоль чаще располагалась под верхней стенкой (у 52 больных – 70,2%) или под наружной стенкой орбиты (у 7 больных – 9,5%) и была плотно спаяна с подлежащими тканями. Только у 7 (9,5%) пациентов метастаз развился в области мышечной воронки. Инфильтративное поражение всей орбиты выявлено в 8 (10,8%) наблюдениях.

У больных с метастазами солидных опухолей наблюдались различные симптомы поражения орбиты: птоз верхнего века (рис. 1), отек век, отек конъюнктивы глаза – хемоз, который нередко сочетался с инъекцией сосудов глаза – красный хемоз (рис. 2). Но наиболее частыми симптомами были офтальмоплегия (у 72 больных – 97,5%) и экзофтальм (у 46 больных – 62,2%). Интересно, что у 8 (10,8%) больных раком молочной железы развился энофтальм различной степени от 2 до 5 мм. Изменение положения глаза сочеталось с резким ограничением его подвижности и отсутствием репозиции. Глаз казался как бы «вколоченным и замурованным» в орбите (рис. 3). Развитие метастаза в тканях орбиты редко сопровождалось болевым синдромом. На боль и чувство распирания в орбите жаловались только 7 (9,5%) из 74 больных. Болевой синдром развился у больных вторичной глаукомой и язвой роговицы.

По данным компьютерной томографии, обладали одиночные очаговые формы роста



Рис. 2. Больной С., 47 лет. Метастаз рака почки в левую орбиту. Отек конъюнктивы левого глаза с инъекцией эписклеральных сосудов – красный хемоз



Рис. 3. Больная М., 49 лет. Метастаз рака молочной железы в левую орбиту. Энофтальм слева, ограничение подвижности и отсутствие репозиции левого глаза

метастатической опухоли (63 больных – 85,1% случаев). Несколько опухолевых образований выявлено лишь у 3 (4,1%). Диффузный рост метастатической опухоли мы наблюдали у 8 (10,8%) пациентов.

Таким образом, среди метастатического поражения орбиты наиболее часто встречалась очаговая форма роста одиночной опухоли с пристеночной локализацией преимущественно под верхней стенкой в переднем или среднем отделе орбиты с постепенным развитием, как правило, безболезненного экзофтальма и нарушением подвижности глаза.

Наличие в анамнезе у пациента онкологического заболевания и признаков злокачественной опухоли орбиты еще не означает ее метастатическое поражение. Мы наблюдали 5 больных, у которых в сроки от 2 до 16 лет после выявления солидной опухоли развилась неходжкинская лимфома с поражением тканей орбиты. Первичные солидные опухоли были представлены раком яичника,

раком молочной железы, раком предстательной железы, раком шейки матки и раком тела матки. Как видно из данных таблицы, клиническая картина неходжкинской лимфомы орбиты не отличалась от клинического проявления метастаза в орбиту солидной опухоли. У всех больных наблюдалось одностороннее поражение орбиты одиночной опухолью. Постепенное развитие безболезненного экзофтальма сопровождалось ограничением подвижности глаза.

Особого внимания заслуживает развитие у онкологических больных воспалительного процесса в тканях орбиты.

Клиническое наблюдение 1

Больной К. 66 лет обратился с жалобами на чувство распирания и боли в левой орбите, левосторонний экзофтальм, покраснение левого глаза и снижение остроты зрения левого глаза. Экзофтальм появился 2 недели назад, быстро нарастал, возникли боли в орбите и диплопия. Из анамнеза известно, что 30 лет назад в РОНЦ

Неходжкинская лимфома орбиты при первично-множественных злокачественных опухолях

| Характеристика пациента | Злокачественная солидная опухоль | Неходжкинская лимфома | Орбитальные симптомы |
|-------------------------|----------------------------------|--|---|
| Женщина, 61 год | Рак яичника | Через 3 года диффузная В-крупноклеточная лимфома правой орбиты и периферических лимфоузлов | Экзофтальм в 3 мм, частичный птоз, ограничение подвижности глаза кверху и кнаружи |
| Женщина, 78 лет | Рак тела матки | Через 2 года MALT-лимфома правой орбиты, признаков поражения других органов нет | Экзофтальм в 4 мм, ограничение подвижности книзу, глаз смещен кверху и кнаружи на 10° |
| Женщина, 58 лет | Рак шейки матки | Через 16 лет фолликулярная лимфома правой орбиты и периферических лимфоузлов | Экзофтальм в 2 мм, легкое ограничение подвижности кверху и кнаружи, глаз смещен книзу на 5° |
| Женщина, 55 лет | Рак молочной железы | Через 4 года MALT-лимфома слезной и слюнной желез слева | Экзофтальм в 3 мм, легкое ограничение подвижности кверху и кнаружи |
| Мужчина, 78 лет | Рак предстательной железы | Через 3 года MALT-лимфома левой орбиты, признаков поражения других органов нет | Экзофтальм в 3 мм, частичный птоз, ограничение подвижности во всех направлениях |

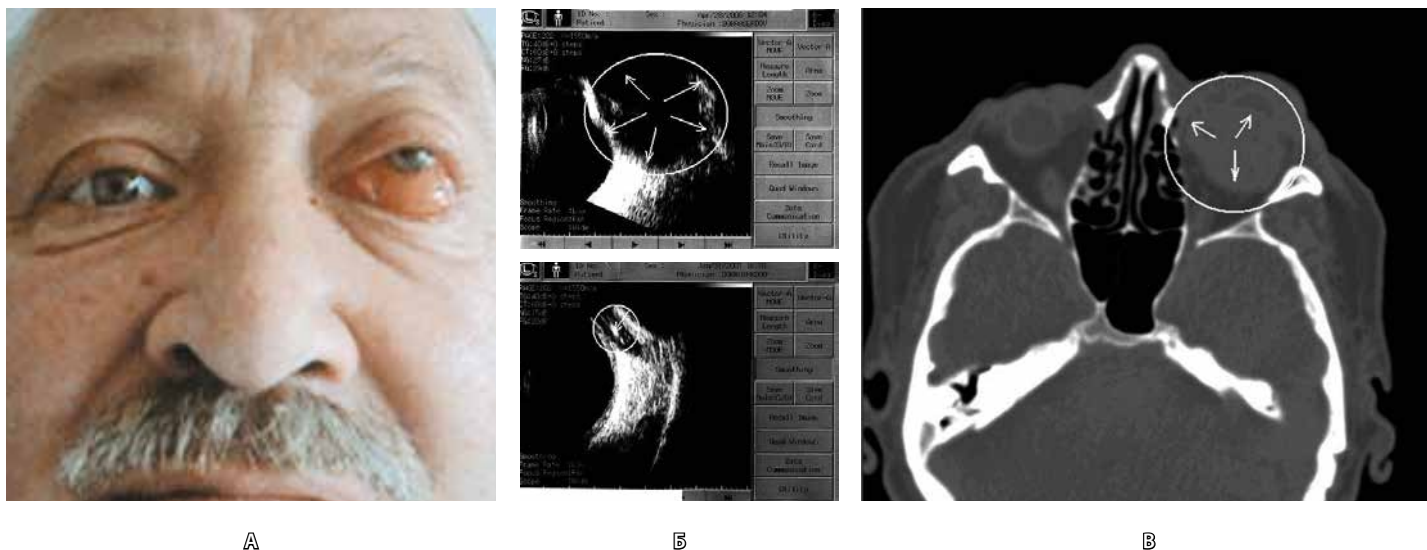


Рис. 4. Больной К., 66 лет. Меланома кожи левой голени и диффузная В-крупноклеточная лимфома периферических и забрюшинных лимфоузлов в стадии ремиссии. Острое воспаление тканей левой орбиты: **А** – внешний вид; **Б** – ультразвуковая томограмма левой орбиты, стрелками указана «плюс-ткань», видна деформация левого глаза; **В** – компьютерная томограмма орбит, стрелками указана «плюс-ткань»

им. Н.Н. Блохина у больного удалена кожная меланома правой голени. К моменту развития орбитальной патологии рецидива меланомы в рубце не было, признаков метастазирования не выявлено. Три года назад (через 27 лет после успешного лечения меланомы) в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» у больного была выявлена диффузная В-крупноклеточная лимфома IV стадии с поражением периферических и забрюшинных лимфоузлов и костного мозга. Пациент получил 6 курсов химиотерапии. Месяц назад появилась макрогематурия. Пациент был обследован в урологической клинике, где установлен диагноз кисты правой почки, хронического пиелонефрита. При поступлении отмечался подъем температуры тела до субфебрильных значений. В общем анализе крови определялся лейкоцитоз до $11,8 \times 10^9/\text{л}$ без изменения лейкоцитарной формулы. В анализе мочи белок 0,6 г%, реакция на кровь ++++. Острота зрения левого глаза снижена до 0,7. Определялся левосторонний экзофтальм в 6 мм со смещением глаза вверх, резко

затруднена репозиция и ограничена подвижность глаза во всех направлениях. Выраженный отек конъюнктивы сочетался со смешанной инъекцией (рис. 4А). В нижне-внутреннем отделе глазного дна были видны косо идущие складки хориоидеи за счет деформации глаза. При ультразвуковом исследовании в нижне-внутреннем отделе орбиты выявлялась «плюс-ткань», сдавливающая глаз (рис. 4Б). На компьютерных томограммах в ретро-бульбарном пространстве определялось негомогенное образование, выходящее в нижних отделах за пределы мышечной воронки (рис. 4В). Мы высказали предположение о рецидиве диффузной В-крупноклеточной лимфомы с поражением тканей орбиты. Во время диагностической орбитотомии был удален кусочек сероватой ткани с наличием сосудов. При морфологическом исследовании удаленного материала вместо лимфомы была определена измененная долька жировой клетчатки орбиты с выраженной лимфоцитарной инфильтрацией. Иммуногистохимическое исследование биоптата также



Рис. 5. Внешний вид пациента после курса противовоспалительной терапии



Рис. 6. Больной К., 64 года. Образование под верхней стенкой правой орбиты



не выявило изменений, характерных для опухоли лимфоидной ткани. В послеоперационном периоде в связи с обострением пиелонефрита больной получил массивный курс антибиотикотерапии. На фоне противовоспалительной терапии процесс в левой орбите купирован (рис. 5). Таким образом, развитие острого воспаления тканей орбиты у больного первично-множественными злокачественными опухолями имело стертую картину и симулировало метастаз.

Клиническое наблюдение 2

Больной К. 64 лет обратился с жалобами на ремитирующий отек век правого глаза. Периодически отек усиливался до такой степени, что больной не мог открыть глаз. Отек век сопровождался покраснением кожи век и зудом. Указанные симптомы беспокоили пациента около месяца. Из анамнеза известно, что 3 года назад в ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» выполнена ларингоэктомия по поводу плоскоклеточного рака гортани. Постоянно наблюдался у онколога. Рецидива опухоли гортани или метастазов не обнаружено. При осмотре выявлен небольшой отек верхнего века правого глаза. Под верхней стенкой орбиты пальпировалось плотное образование, не смещаемое, уходящее вглубь орбиты (рис. 6). Правосторонний экзофтальм в 3 мм сопровождался легким смещением глаза книзу. Имелось небольшое ограничение подвижности правого глаза вверх. Во время транскутанной орбитотомии удалены живой гельминт-дирофилярий и его гранулема (рис. 7).

Следующий случай служит примером недооценки признаков метастатического поражения орбиты.

Клиническое наблюдение 3

Больная В. 61 года обратилась с симптомами продолженного роста опухоли правой орбиты. Больная предъявляла жалобы на слепоту правого глаза, сильные боли в правой половине головы. Из анамнеза известно, что 2 года назад она была прооперирована по поводу образования правой слезной железы. Морфологическое исследование удаленного материала выявило саркоидоз. При общем обследовании был обнаружен очаг в правом легком. Больная получила курс лечения глюкокортикостероидами. Через год в связи с отрицательной динамикой, выразившейся в увеличении очага в правом легком и росте опухоли правой орбиты, пациентка была направлена в онкологический диспансер Московской области, где была произведена бронхоскопия с биопсией образования легкого. При морфологическом исследовании биоптата выявлен аденокистозный рак. Пациентка получила 6 курсов химиотерапии. К моменту окончания лечения наблюдалась частичная ремиссия. При обращении в наш институт диагностирован послеоперационный рубец кожи в области правой брови. Периорбитальные ткани были инфильтрированы плотной бугристой тканью.

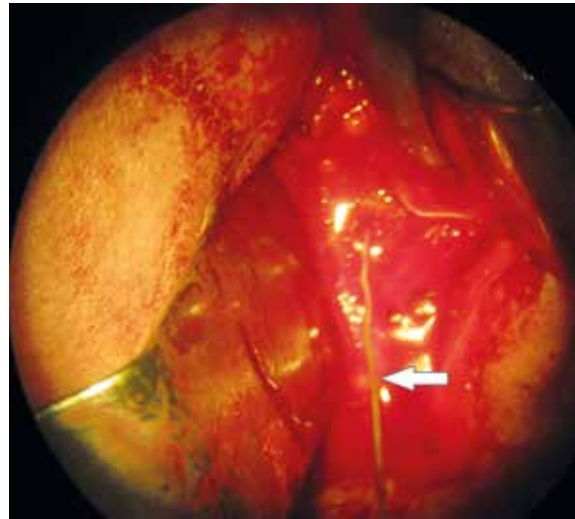


Рис. 7. Удаление гельминта (указан стрелкой) из операционной раны



Рис. 8. Больная В., 61 год. Метастаз рака легкого в правую орбиту. Правый глаз экзофтальмичирован, смещен книзу. Смешанная инъекция глаза. Гнойная язва роговицы

Правый глаз резко экзофтальмичирован, смещен книзу. Отсутствовали репозиция и подвижность глаза. Острота зрения правого глаза – светоощущение с неправильной светопроекцией. Внутриглазное давление резко повышено: ++++. Смешанная инъекция правого глаза. Развилась гнойная язва роговицы (рис. 8).

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости выявило множественные метастазы в печени.

При пересмотре результатов морфологического исследования биоптата опухоли орбиты установлен диагноз аденокистозного рака с саркоидной реакцией. Иммуногистохимическое исследование, выполненное на парафиновых блоках, определило органную принадлежность опухоли как метастаз в орбиту аденокистозного рака легкого.

Интересно, что на компьютерных томограммах, выполненных 2 года назад, уже были заметны деструктивные изменения в латеральной стенке правой орбиты, нехарактерные для саркоидоза. Недооценка офтальмологом рентгенологических данных привела к ошибке морфолога.

Учитывая выраженный болевой синдром, с паллиативной целью была выполнена эвисцерация пораженного глаза.



Обсуждение

Метастатическое поражение орбиты встречается редко и развивается у 2–3% онкологических больных [2]. Тем не менее в практике офтальмолога метастазы солидных опухолей в орбиту не являются редкостью, так как составляют более 15% от всех злокачественных опухолей орбиты. По данным литературы, в 10–15% случаев орбитальный метастаз выступает первой манифестацией генерализованного онкологического заболевания [1, 3, 4]. Это наиболее сложные для диагностики случаи. На офтальмологе лежит большая ответственность за установление правильного диагноза.

Большое значение имеет сбор анамнеза: информации о первичной опухоли, методах ее лечения, о метастатическом поражении других органов, сроках появления орбитальной опухоли, темпах развития орбитальных симптомов. Как правило, метастаз в орбите развивается через 2–3 года с момента окончания лечения первичной опухоли. Однако в литературе описаны случаи и более раннего метастазирования [5].

Таким образом, ориентироваться только на данные анамнеза нельзя. У онкологического больного возможно развитие в орбите другой злокачественной опухоли по типу первично-множественных злокачественных опухолей. Под первично-множественными злокачественными опухолями понимают независимое развитие в одном организме нескольких злокачественных опухолей различного гистогенеза, то есть одна опухоль не является метастазом другой опухоли, а возникает самостоятельно. Наконец, у онкологического больного может развиться неопухольевый, например, воспалительный процесс в орбите. Учитывая вышесказанное, важно сопоставлять данные анамнеза с клинической картиной. Патогномонично для метастаза некоторых видов рака молочной

железы развитие энтофтальма в сочетании с офтальмоплегией и отсутствием репозиции глаза [1, 3, 6]. Но чаще метастатическая опухоль орбиты проявляется постепенно развивающимся безболезненным экзофтальмом с нарушением подвижности глаза. Такая клиническая картина наблюдается и при неходжкинских лимфомах орбиты [7, 8, 9].

С одной стороны, для некоторых злокачественных опухолей, таких как гепатоцеллюлярный рак, характерны метастазы с быстрым нарастанием симптомов [10]. Такая опухоль имитирует острое воспаление орбиты. С другой стороны, острое воспаление тканей орбиты у онкологических больных часто имеет стертую клиническую картину и имитирует орбитальный метастаз.

Окончательный диагноз может быть установлен на основании морфологического исследования биоптата. Но, как было показано выше, избежать ошибочных морфологических заключений можно только при сопоставлении гистологической картины и данных клинического обследования.

Заключение

Для своевременной диагностики орбитальных метастазов необходим комплексный анализ данных анамнеза, особенностей клинической картины и результатов морфологического анализа биоптата. Метастатическое поражение орбиты ассоциируется с плохим жизненным прогнозом. Продолжительность жизни с момента выявления орбитального метастаза составляет 1,5–2 года. Тем не менее своевременное выявление метастазов в орбиту и их паллиативное лечение позволяют избежать слепоты и болевого синдрома, обусловленного вторичной глаукомой, улучшить качество жизни наиболее тяжелой категории онкологических больных. ©

Литература

1. Гришина ЕЕ. Метастатическое поражение органа зрения. Клиническая офтальмология. 2001;2(1):15–7.
2. Cherif E, Ben Hassine L, Azzabi S, Khalfallah N. Orbital metastasis as the inaugural presentation of occult rectal cancer. *BMJ Case Rep.* 2014;2014. pii: bcr2013201428. doi: 10.1136/bcr-2013-201428.
3. Valenzuela AA, Archibald CW, Fleming B, Ong L, O'Donnell B, Crompton JJ, Selva D, McNab AA, Sullivan TJ. Orbital metastasis: clinical features, management and outcome. *Orbit.* 2009;28(2–3):153–9.
4. Pagsisihan DA, Aguilar AH, Maningat MP. Orbital metastasis as initial manifestation of a wide-spread papillary thyroid microcarcinoma. *BMJ Case Rep.* 2015;2015. pii: bcr2014208870. doi: 10.1136/bcr-2014-208870.
5. Rajabi MT, Jafari H, Hosseini SS, Tabatabaie SZ, Rajabi MB, Amoli FA. Orbital metastasis: a rare manifestation of scapular bone osteosarcoma. *J Ophthalmic Vis Res.* 2014;9(4):517–9. doi: 10.4103/2008-322X.150834.
6. Mourits MP, Saeed P, Kloos RJ. Enophthalmos as a first sign of breast cancer. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2015;159(0):A9114.
7. Бровкина АФ, Гришина ЕЕ. Особенности клинической картины лимфосаркомы и метастатической опухоли орбиты другого ге-неза. *Вестник офтальмологии.* 1999;(5):22–3.
8. Бровкина АФ, Гришина ЕЕ. Злокачественная (неходжкинская) лимфома органа зрения. *Вестник офтальмологии.* 2009;(1):58–61.
9. Ferry JA, Fung CY, Zukerberg L, Lucarelli MJ, Hasserjian RP, Preffer FI, Harris NL. Lymphoma of the ocular adnexa: A study of 353 cases. *Am J Surg Pathol.* 2007;31(2):170–84.
10. Téllez-Villajos L, Maroto-Castellanos M, Lledó-Navarro JL, López-Durán S, Moreira-Vicente V, Albillos-Martínez A. Orbital metastasis from hepatocellular carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig.* 2015;107(4):231.



References

1. Grishina EE. Metastaticheskoe porazhenie organa zreniya [Metastatic lesion of the eye]. *Klinicheskaya oftal'mologiya*. 2001;2(1):15–7 (in Russian).
2. Cherif E, Ben Hassine L, Azzabi S, Khalfallah N. Orbital metastasis as the inaugural presentation of occult rectal cancer. *BMJ Case Rep*. 2014;2014. pii: bcr2013201428. doi: 10.1136/bcr-2013-201428.
3. Valenzuela AA, Archibald CW, Fleming B, Ong L, O'Donnell B, Crompton JJ, Selva D, McNab AA, Sullivan TJ. Orbital metastasis: clinical features, management and outcome. *Orbit*. 2009;28(2–3):153–9.
4. Pagsisihan DA, Aguilar AH, Maningat MP. Orbital metastasis as initial manifestation of a wide-spread papillary thyroid microcarcinoma. *BMJ Case Rep*. 2015;2015. pii: bcr2014208870. doi: 10.1136/bcr-2014-208870.
5. Rajabi MT, Jafari H, Hosseini SS, Tabatabaie SZ, Rajabi MB, Amoli FA. Orbital metastasis: a rare manifestation of scapular bone osteosarcoma. *J Ophthalmic Vis Res*. 2014;9(4):517–9. doi: 10.4103/2008-322X.150834.
6. Mourits MP, Saeed P, Kloos RJ. Enophthalmos as a first sign of breast cancer. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2015;159(0):A9114.
7. Brovkina AF, Grishina EE. Osobennosti klinicheskoy kartiny limfosarkomy i metastaticheskoy opukholi orbity drugogo geneza [Clinical characteristics of lymphosarcoma and metastatic orbital tumors of other origin]. *Vestnik oftal'mologii*. 1999;5(5):22–3 (in Russian).
8. Brovkina AF, Grishina EE. Zlokachestvennaya (nekhodzhkinskaya) limfoma organa zreniya [Malignant (non-Hodgkin's) lymphoma of the eye]. *Vestnik oftal'mologii*. 2009;1(1):58–61 (in Russian).
9. Ferry JA, Fung CY, Zukerberg L, Lucarelli MJ, Hasserjian RP, Preffer FI, Harris NL. Lymphoma of the ocular adnexa: A study of 353 cases. *Am J Surg Pathol*. 2007;31(2):170–84.
10. Téllez-Villajos L, Maroto-Castellanos M, Lledó-Navarro JL, López-Durán S, Moreira-Vicente V, Albillos-Martínez A. Orbital metastasis from hepatocellular carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig*. 2015;107(4):231.

Orbital metastases of solid tumors. Diagnostic problems

Grishina E.E.

Rationale: Orbital metastases comprise about 15% of all orbital malignancies. An orbital metastasis is to be suspected if there is a mass in the orbit of a cancer patient. Nevertheless, a non-tumor process in the orbit of cancer patients is also possible, as well as occurrence of a second cancer of the primarily multiple tumor type.

Aim: To identify characteristic signs of a metastatic tumor of the orbit to perform differential diagnosis with other tumor and non-tumor orbital disorders and to establish an algorithm for a correct diagnosis and perform an adequate treatment of an orbital disease.

Materials and methods: We retrospectively analyzed case histories of 81 patients with malignant tumors of various organs and an orbit abnormality. Seventy four (74) of them had orbital metastases (64 women and 10 men aged from 18 to 87 years; median age, 45 years); the second malignant orbital tumor was represented by a non-Hodgkin's lymphoma in 5 patients (4 women and 1 men aged from 55 to 78 years, median age 61 year). Two men of 64 and 66 years had orbital inflammation imitating a metastatic tumor. In addition

to ophthalmological assessment and orbital CT, assessment of visceral organs and systems was performed in all patients to exclude any relapse of primary tumors and metastases in other organs.

Results: The most prevalent among orbital metastases was a focal form of the tumor growth adjacent to the orbital wall (mainly, the upper one), with gradual development of a non-painful exophthalmos and abnormalities of eye movements. The same clinical manifestation was typical also for a non-Hodgkin's lymphoma of the orbit. An acute inflammation of orbital tissues in cancer patients did not have a clear clinical manifestation and simulated an orbital metastasis.

Conclusion: For a nearly diagnosis of orbital metastasis it is necessary to perform a combined analysis of past history, clinical manifestation and results of morphological assessment of a tumor biopsy sample.

Key words: orbital metastases, orbital non-Hodgkin's lymphomas, orbital inflammation, differential diagnosis.

doi: 10.18786/2072-0505-2015-41-103-109

Grishina Elena Evgen'evna – MD, PhD, Professor, Leading Research Fellow, Ophthalmology Department¹

✉ 61/2–11 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation. Tel.: +7 (905) 703 18 63.

E-mail: eyelena@mail.ru

¹ Moscow Regional Research and Clinical Institute (MONIKI); 61/2 Shchepkina ul., Moscow, 129110, Russian Federation