

Ciliochoroidal Melanoma Presenting as a Subconjunctival Mass

Soheilian M, MD; Rezaei Kanavi M, MD; Jamshidi MR, MD

Purpose: To report a rare case of ciliochoroidal malignant melanoma presenting as a subconjunctival black-colored mass adjacent to the limbus.

Patient and findings: A 42-year-old woman presented with a subconjunctival black-colored mass adjacent to the limbus in left eye from 2 years ago. The lesion had increased in size during the previous 2 months. Funduscopic examination with scleral depression disclosed a small mass at the cilioretinal junction. Gonioscopy revealed that the superior portion of the angle was occupied by the mass. Visual acuity and intraocular pressure were normal. Other systemic examinations were unremarkable. Because of extensive extraocular extension of the tumor, the left eye was enucleated and histopathologic examination of the globe disclosed a highly pigmented medium-sized ciliochoroidal malignant melanoma of mixed cell type together with marked anterior extrascleral extension. Results of 6-month follow-up for metastasis were negative.

Conclusion: A darkly pigmented epibulbar mass may be the first manifestation of ciliochoroidal malignant melanoma.

Key words: melanoma, ciliochoroidal

- Bina J Ophthalmol 2005; 11 (1): 127-130.

یک مورد تظاهر ملانومای بدخیم سیلیوکوروییدی با توده سیاه زیر ملتحمه‌ای نزدیک لیمبوس

دکتر مسعود سهیلیان^۱، دکتر مزگان رضایی کنوی^۲ و دکتر محمدرضا جمشیدی^۲

چکیده

هدف: گزارش یک بیمار مبتلا به ملانومای بدخیم سیلیوکوروییدی که با توده سیاه زیر ملتحمه‌ای نزدیک لیمبوس مراجعه نمود.

معرفی بیمار: خانم ۴۲ ساله‌ای با سابقه ۲ ساله یک توده سیاه‌رنگ در ملتحمه بولبار فوقانی چشم چپ مجاور لیمبوس مراجعه نمود. اندازه ضایعه طی ۲ ماه اخیر افزایش یافته بود. در معاینه ته چشم، توده کوچکی در ناحیه سیلیورتینال چشم چپ مشاهده شد که با درگیری قسمت فوقانی زاویه اتاق قدامی در گونیوسکوپي همراه بود. حدت بینایی و فشار چشم مزبور طبیعی بودند. سایر معاینات چشمی و سیستمیک بیمار نیز طبیعی بودند. چشم مبتلا، به علت توسعه خارج چشمی تومور داخل چشمی، تخلیه گردید. بررسی آسیب‌شناسی گلوب، ملانومای بدخیم به شدت پیگمانته سیلیوکوروییدی از نوع یاخته مختلط (mixed cell) و با اندازه متوسط را نشان داد که با انتشار قابل توجه تومور به خارج صلبیه قدامی همراه بود. بررسی بیمار از نظر متاستاز، تا ۶ ماه بعد از تخلیه چشم منفی بود.

نتیجه‌گیری: یک توده به شدت پیگمانته در سطح گلوب می‌تواند اولین تظاهر بالینی یک ملانومای بدخیم سیلیوکوروییدی باشد؛ در حالی که حدت بینایی و فشار داخل چشمی طبیعی هستند.

- مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۸۴؛ دوره ۱۱، شماره ۱: ۱۳۰-۱۲۷.

• پاسخ‌گو: دکتر مسعود سهیلیان (e-mail: masoud_soheilian@yahoo.com)

- ۱- استاد- چشم پزشکی- دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
 - ۲- چشم پزشکی- فلوشیپ آسیب شناسی چشم- بانک چشم جمهوری اسلامی ایران
 - ۳- چشم پزشکی
- تهران- پاسداران- بوستان نهم- بیمارستان لبافی نژاد- مرکز تحقیقات چشم

تاریخ دریافت مقاله: ۸ اردیبهشت ۱۳۸۳
تاریخ تایید مقاله: ۴ تیر ۱۳۸۳

مقدمه

ملانومای جسم مژگانی، شبیه تومورهای منتشر کورویید، گاهی به خارج از چشم تهاجم پیدا می کند^۱. گسترش خارج چشمی تومور، به طور معمول از طریق کانال های صلبیه در راستای کانال های تخلیه مایع زلالیه، عروق خونی و یا لوپ های عصبی axenfeld صورت می گیرد^۲. تومور به ندرت به طور مستقیم از طریق صلبیه در ناحیه جسم مژگانی عبور می کند و یک توده زیر ملتحمه ای سیاه رنگ ایجاد می کند^۱. گسترش خارج چشمی تومور جسم مژگانی ممکن است اولین تظاهر تومور باشد و ممکن است که با ملانومای ملتحمه اشتباه شود. در این مقاله، یک مورد ملانومای بدخیم سیلیو کوروییدی (cilio-choroidal) معرفی می گردد که با توده زیر ملتحمه ای سیاه رنگ، بدون شواهد متاستاز مراجعه کرده بود.

معرفی بیمار

خانم ۴۲ ساله ای با توده زیر ملتحمه ای سیاه رنگ چشم چپ در مجاورت لیمبوس مراجعه نمود. توده مزبور، بنابه گفته بیمار، از ۲ سال پیش بروز کرده بود که در ابتدا کوچک بود و سپس بزرگ شد ولی بیشترین رشد توده را طی ۲ ماه اخیر ذکر می کرد (شکل ۱).

حدت بینایی هر دو چشم ۲۰/۲۰ و فشار هر دو چشم طبیعی بود. در معاینه فوندوسکوپی با فشار بر روی صلبیه، یک توده در محل اتصال کورویید و جسم مژگانی دیده شد. در گونیوسکوپی، قسمت فوقانی زاویه به وسیله یک توده اشغال شده بود. در معاینه سیستمیک بیمار، لنفادنوپاتی دیده نشد و در بررسی متاستاز به وسیله عکس قفسه سینه و آزمایش کارکرد کبدی، تهاجم دوردست پیدا نشد.

به علت گسترش زیاد خارج چشمی تومور، انوکلیشن چشم چپ انجام شد. در بررسی ماکروسکوپی، یک توده قهوه ای تیره با قطر حدود ۱۴ میلی متر و ارتفاع حدود ۶ میلی متر دیده شد که قسمت قدامی- فوقانی صلبیه را اشغال کرده بود و توده به شدت پیگمانته بود.

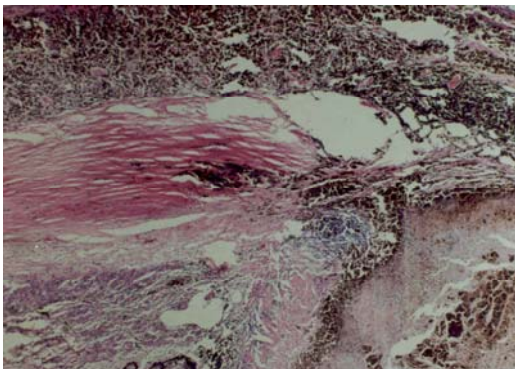
در بررسی آسیب شناسی، تومور سیلیو کوروییدی به شدت پیگمانته با درجه بالای نکروز دیده شد. تهاجم یاخته های توموری از طریق صلبیه نکروزه دیده شد که به زیر ملتحمه گسترش یافته بود (شکل ۲). در این ناحیه، یاخته های توموری متشکل از یاخته های مخروطی، اپی تلوئید و ملانوسیت های با ظاهر غیرعادی و هستک برجسته در فرآورده رنگ بری شده بافت (bleached preparation) وجود داشتند (شکل ۳)

رنگ آمیزی ایمونوهیستوشیمی، به خاطر درجه بالای پیگمانته بودن، حتی بعد از رنگ بری، تشخیص دهنده نبود. از نظر هیستوپاتولوژی، ملانومای بدخیم سیلیو کوروییدی با اندازه متوسط و درجه بالای پیگمانتاسیون، از نوع یاخته های مختلط (mixed-cell typed) به همراه گسترش قدامی خارج صلبیه ای وجود داشت.

بحث

ملانومای بدخیم، شایع ترین تومور اولیه داخل چشمی در بزرگسالان است ولی در سیاه پوستان نادر می باشد^۱. ملانومای جسم مژگانی، به خاطر مخفی بودن در پشت عنبیه، ممکن است در مراحل اولیه بدون علامت باشد. در زمان تشخیص ممکن است تومور خیلی بزرگ باشد. در هنگام تشخیص، بیمار ممکن است با کاهش بینایی، فوتوپسی و یا اختلال میدان بینایی مراجعه کند^۱.

دکتر مسعود سهیلیان - ملانومای بدخیم سیلیوکوروییدی



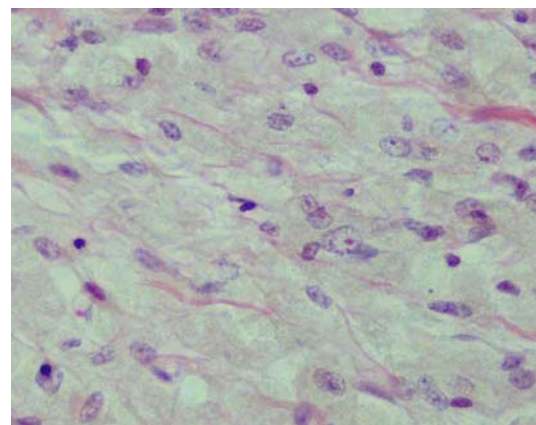
شکل ۲- توده پیگمانته سیلیوکوروییدی با درجه نکروز بالا و گسترش خارج صلبیه‌ای (رنگ آمیزی H&E، $\times 25$)



شکل ۱- توده سیاه زیر ملتحمه‌ای در قسمت فوقانی چشم چپ، نزدیک به لیمبوس که به سمت بالا و عقب گسترش یافته است.

اپی‌تلیوئید و نوع مختلط. نوع مخروطی، به طور کامل از یاخته‌های مخروطی تشکیل شده است. هنگامی که بیش از ۵۰ درصد یاخته‌های تومور، از نوع اپی‌تلیوئید باشند؛ تومور از این نوع در نظر گرفته می‌شود و نوع مختلط نیز هنگامی در نظر گرفته می‌شود که کم‌تر از ۵۰ درصد یاخته‌های توموری، از نوع اپی‌تلیوئید باشند. یک نوع دیگر تحت عنوان نوع نکروزه تام (totally necrotic) وجود دارد که در همین گروه مختلط قرار می‌گیرد.^۳ تومور بیمار ما از نوع مختلط با درجه بالای نکروز بود. هنگامی که متاستاز رخ می‌دهد؛ اولین محل متاستاز، کبد است و زمان بین تشخیص متاستاز و مرگ، اغلب کوتاه می‌باشد. تشخیص متاستاز معمولاً با آزمایش عملکرد کبدی، اسکن کبد، نمونه‌برداری و یا حتی کالبدشکافی (اتوپسی) صورت می‌گیرد.^۴ خوش‌یختانه در بیمار ما، ۶ ماه بعد از عمل نیز بررسی از نظر متاستاز منفی بود.

نوع مخروطی، بهترین پیش‌آگهی و نوع اپی‌تلیوئید، بدترین پیش‌آگهی را دارند و پیش‌آگهی ملانوم از نوع مختلط، حد وسط است.^۳ عواملی که در پیش‌آگهی بعد از انوکلیشن دخالت دارند؛ عبارتند از نوع یاخته‌ای تومور، فعالیت میتوزی آن، اندازه تومور، اندازه تماس با صلبیه، محل تومور (انواع قدامی پیش‌آگهی بدتری دارند)، درجه پیگمانتاسیون، تهاجم به صلبیه و عصب بینایی.^۶ در مورد بیمار ما، با توجه به اندازه متوسط تومور و نوع مختلط بودن آن، یک پیش‌آگهی حد واسط انتظار می‌رفت. مهم‌ترین تشخیص افتراقی هیستوپاتولوژیک و بالینی در مورد بیمار ما، ملانوسایتوما نکروزه جسم مژگانی با گسترش



شکل ۳- یاخته‌های اپی‌تلیوئید و مخروطی‌شکل تومور با پلومورفیسم هسته‌ای و هستک‌های برجسته و مشخص در فرآورده رنگ‌بری شده تومور (بزرگ‌نمایی $\times 180$)

تومورهای جسم مژگانی، به طور معمول قبل از گشاد کردن مردمک، قابل دیدن نیستند. برخی از تومورها، به طور مستقیم از طریق ریشه عنبیه به درون اتاق قدامی تهاجم می‌نمایند که در نهایت، در معاینه خارجی و یا از طریق گونیوسکوپ قابل دیدن می‌باشند. در موارد نادر، تومور به طور مستقیم از طریق صلبیه در ناحیه جسم مژگانی عبور می‌کند و یک توده زیرملتحمه‌ای سیاه‌رنگ (مثل مورد گزارش‌شده در این مقاله) ایجاد می‌کند.^۱

برای دسته‌بندی سیتولوژیک ملانومای یووه، از تقسیم‌بندی تغییریافته Calendar استفاده می‌شود که بر اساس آن، ۳ نوع ملانومای بدخیم یووه وجود دارد: نوع یاخته مخروطی، نوع

زیاد و حدت بینایی طبیعی در بیمار ما، احتمال ملانوسایتوما را مطرح می‌کرد اما وجود یاخته‌های آتیپیک در محل صلبیه و گسترش اپی‌اسکلرای تومور با پلومورفیسم واضح هسته‌ای و هستک‌های برجسته، بیش‌تر به نفع ملانوما بود. در بیمار ما، بررسی ایمونوهیستوشیمی، به دلیل بالا بودن درجه پیگمانتاسیون تومور، تشخیص‌دهنده نبود.

در تشخیص افتراقی باید احتمال تهاجم داخل چشمی ملانومای ملتحمه از نظر بالینی در نظر قرار گیرد. تهاجم داخل چشمی ملانومای ملتحمه، بسیار نادر است^۱. در مورد بیمار ما، فقدان ملانوسیت داخل اپی‌تلیومی ملتحمه، وجود تومور با درجه نکروز بالا در محل اتصال کورویید به جسم مژگانی و فقدان تماس گسترش خارج چشمی تومور با اپی‌تلیوم ملتحمه، احتمال تهاجم داخل چشمی ملانومای ملتحمه را رد می‌کرد.

به طور خلاصه، بیمار معرفی‌شده، به ملانومای کوروییدی جسم مژگانی مبتلا بود که با یک توده اپی‌بولبار تیره مراجعه کرده بود. جالب این‌جاست که حدت بینایی و فشار داخل چشمی بیمار طبیعی بودند و همه بررسی‌های متاستاتیک، در عرض ۶ ماه پی‌گیری، منفی بودند.

خارج چشمی است. Scheie و Yanoff^۷، یک مورد ۶۲ ساله را با ضایعه پیگمانته اپی‌اسکلرا بر روی جسم مژگانی گزارش کردند. ضایعه با فشردن، فرو می‌رفت که نشان‌دهنده نازکی و یا فقدان موضعی صلبیه بود. در بیمار مزبور، به برداشتن جراحی دیواره چشم (eye-wall resection) شامل صلبیه و جسم مژگانی اقدام نمودند که ضایعه مزبور در بررسی هیستوپاتولوژیک، مشخصات ملانوسایتوما را داشت^۷. ملانوسایتوما، شکلی از خال می‌باشد که شامل تجمع یاخته‌های چندوجهی است که به شدت پیگمانته هستند. فرآورده رنگ‌بری‌شده، نشان‌دهنده توموری بود با یاخته‌های یک‌شکل دارای سیتوپلاسم زیاد و هسته‌های گرد تا بیضی کوچک.

Shields و همکاران^۸ یک دختر ۱۱ ساله را گزارش کردند که یک توده جسم مژگانی با گسترش خارج چشمی داشت. نمونه‌برداری از توده مزبور، پیگمان‌های آزاد ملانین و تعداد کمی ملانوفاز را نشان داد ولی هیچ آثاری از ملانوما وجود نداشت. در عرض ۶ سال، توده مزبور ناپدید شد. تشخیص منطقی بیمار، ملانوسایتوما بود که تحت نکروز قرار گرفته بود. وجود تومور جسم مژگانی با درجه نکروز بالا و پیگمانتاسیون

منابع

- 1- Liesegang TJ, Deutsch TA, Grand MG. American Academy of Ophthalmology. In: Basic and clinical science course: ophthalmic pathology and intraocular tumors. San Francisco: The Academy; 2002-2003: 63-167.
- 2- Albert DM, Niffenegger AS, Willson JKV. Treatment of metastatic uveal melanoma: review and recommendation. *Surv Ophthalmol* 1992;36:429-438.
- 3- McLean JW, Foster WD, Zimmerman LE. Uveal melanoma: location, size, cell type, and enucleation as risk factors in metastasis. *Hum Pathol* 1982;13:123-132.
- 4- Kath R, Hayungs J, Bronfeld N, Sauerwein W, Hoffken K, Seeber S. Prognosis and treatment of disseminated uveal melanoma. *Cancer* 1993;72:2219-2223.
- 5- Collaborative Ocular Melanoma Study Group. The COMS randomised trial of iodine 125 brachytherapy for choroidal melanoma. II; characteristics of patients enrolled and not enrolled: COMS report No. 17. *Arch Ophthalmol* 2001;119:951-965.
- 6- Collaborative Ocular Melanoma Study Group. Clear cell differentiation in choroidal melanoma: COMS report No. 8. *Arch Ophthalmol* 1997;115:894-898.
- 7- Scheie HG, Yanoff M. Pseudomelanoma of the ciliary body. *Arch Ophthalmol* 1967;77:81-83.
- 8- Green WR. The uveal tract. In: Spencer WH. Ophthalmic pathology. 4th ed. W.B. Saunders Co.; On CD Rom. 1994: 12116.
- 9- Shields JA, Green WR, McDonald PR. Uveal pseudomelanoma due to posttraumatic pigmentary migration. *Arch Ophthalmol* 1973;89:519-522.
- 10- Spencer WH. Conjunctival melanoma and its precursors. In: Spencer WH. Ophthalmic Pathology. 4th ed. W.B Saunders Co.; On CD Rom. 1994: 731.