

ЛИМФОИДНЫЕ ОПУХОЛИ ГЛАЗНИЦЫ И ЛЕЙКОЗЫ



Общие сведения

Лимфома — злокачественное новообразование, развивающееся в результате клональной пролиферации В- или Т-лимфоцитов (1–3). Выделяют две основные группы лимфом: лимфомы Ходжкина и неходжкинские лимфомы (non-Hodgkin lymphoma — NHL). Далее неходжкинские лимфомы подразделяются в зависимости от их клеточного происхождения, приблизительно 80% из них развиваются из В лимфоцитов, 14% — из Т-лимфоцитов и 6% — из естественных киллеров (2, 3). Предложено несколько классификаций лимфоидных опухолей вспомогательных органов глаза, в том числе Пересмотренная европейская американская классификация лимфом (Revised European American Lymphoma (REAL) classification) Всемирной организации здравоохранения, классификация Ann Arbor, классификация Американского объединенного комитета по проблемам рака (American Joint Committee on Cancer — AJCC) и другие (3). Классификация REAL была усовершенствована Всемирной организацией здравоохранения, ниже приведена классификация зрелых В-клеточных новообразований ВОЗ 2008 года (табл. 39.1) (3). Далее приведена другая классификация лимфоидных опухолей вспомогательных органов глаза Американского объединенного комитета по проблемам рака (AJCC), основанная на рас-

пространности опухоли и ее конкретной локализации (табл. 39.2).

Лимфома может развиваться в любой части глаза и его вспомогательных органов. Большинство из них являются первичными неходжкинскими лимфомами В-клеточного типа, из которых в периокулярной области чаще всего встречаются экстранодальные В-клеточные лимфомы маргинальной зоны (extranodal marginal zone B-cell lymphoma — ENMZL) лимфоидной ткани слизистых оболочек (mucosa-associated lymphoid tissue — MALT). Для этих низкоклеточных лимфоидных опухолей слизистых оболочек характерна локализация в глазнице и на конъюнктиве (1–29). Также обсуждаются более редкие лимфоидные новообразования, такие как лимфома Burkitt, Т-клеточная лимфома, плазмацитома, плазмобластная лимфома и лейкоэмические поражения. Для Т-клеточной лимфомы (*mycosis fungoides*) более характерно поражение век.

Неходжкинские лимфомы глазницы и вспомогательных органов глаза традиционно подразделяются на доброкачественные (доброкачественная реактивная лимфоидная гиперплазия [benign reactive lymphoid hyperplasia — BRLH]), промежуточные (атипичная лимфоидная гиперплазия [atypical lymphoid hyperplasia — ALH]) и злокачественные. Клинически трудно определить,

НЕХОДЖКИНСКИЕ ЛИМФОМЫ ГЛАЗНИЦЫ

Таблица 39.1 Классификация В-клеточных новообразований Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2008 года

Неходжкинская лимфома
Хронический лимфолейкоз/мелкоклеточная лимфоцитарная лимфома
В-клеточный пролимфоцитарный лейкоз
Лимфома маргинальной зоны селезенки
Волосатоклеточный лейкоз
Лимфома селезенки/лейкоз, неклассифицируемая
<ul style="list-style-type: none"> • Диффузная В-клеточная лимфома красной пульпы селезенки • Волосатоклеточный лейкоз — вариант
Лимфоплазмацитарная лимфома
<ul style="list-style-type: none"> • Макроглобулинемия Вальденстрема
Болезнь тяжелых цепей
<ul style="list-style-type: none"> • Болезнь тяжелых альфа-цепей • Болезнь тяжелых гамма-цепей • Болезнь тяжелых мю-цепей
Плазмоклеточная миелома
Солитарная плазмоцитома кости
Экстраоссальная плазмоцитома
Экстранодальная В-клеточная лимфома маргинальной зоны лимфоидной ткани слизистых (MALT-лимфома)
В-клеточная лимфома маргинальной зоны лимфоузла (marginal zone B-cell lymphoma — MZL)
<ul style="list-style-type: none"> • Лимфома маргинальной зоны лимфоузла, детский тип
Фолликулярная лимфома
<ul style="list-style-type: none"> • Фолликулярная лимфома, детский тип
Первичная кожная центрофолликулярная лимфома
Лимфома из клеток мантийной зоны
Диффузная В-крупноклеточная лимфома (diffuse large B-cell lymphoma — DLBCL), без дальнейшего уточнения
<ul style="list-style-type: none"> • Т-клеточная/богатая гистиоцитами В-крупноклеточная лимфома • Диффузная В-крупноклеточная лимфома, связанная с хроническим воспалением • Вирус Эпштейна–Барр, диффузная В-крупноклеточная лимфома пожилых
Лимфоматоидный гранулематоз
Первичная медиастинальная В-крупноклеточная лимфома (тимуса)
Внурисосудистая В-крупноклеточная лимфома
Первичная кожная диффузная В-крупноклеточная лимфома, тип нижних конечностей
ALK-положительная В-крупноклеточная лимфома
Плазмобластная лимфома
Первичная экссудативная лимфома
В-крупноклеточная лимфома, развивающаяся при HHV8-ассоциированной мульти-центрической болезни Кастанелана
Лимфома Беркетта
Неклассифицируемая В-клеточная лимфома (промежуточные признаки диффузной В-крупноклеточной лимфомы и лимфомы Беркетта)
Неклассифицируемая В-клеточная лимфома (промежуточные признаки диффузной В-крупноклеточной лимфомы и лимфомы Ходжкина)
Лимфома Ходжкина
Нодулярная лимфома Ходжкина с преобладанием лимфоцитов
Классическая лимфома Ходжкина
<ul style="list-style-type: none"> • Нодулярный склероз — классическая лимфома Ходжкина • Богатый лимфоцитами тип классической лимфомы Ходжкина • Смешанноклеточный тип классической лимфомы Ходжкина • Лимфоцитарное истощение — классическая лимфома

Jaffe ES. The 2008 WHO classification of lymphomas: implications for clinical practice and translational research. Hematology 2009;523–531.

Таблица 39.2 Классификация меланомы конъюнктивы Американского объединенного комитета по проблемам рака

Клиническая стадия	Определение
Первичная опухоль (T – tumor)	
Tx	Оценить распространение опухоли невозможно
T0	Опухоль отсутствует
T1	Опухоль конъюнктивы
T1a	Опухоль бульбарной конъюнктивы
T1b	Опухоль палпебральной конъюнктивы, конъюнктивы сводов, слезного мясца
T1c	Обширная опухоль конъюнктивы
T2	Опухоль глазницы
T2a	Опухоль передней части глазницы
T2b	Опухоль глазницы и слезной железы
T2c	Опухоль задней части глазницы
T2d	Опухоль глазницы и носослезных путей
T3	Опухоль пресептальной части века
T4	Опухоль глазницы плюс поражение кости или головного мозга
T4a	Опухоль также поражает носоглотку
T4b	Опухоль также поражает кость
T4c	Опухоль также поражает придаточные пазухи носа
T4d	Опухоль также поражает головной мозг
Регионарные лимфоузлы (N)	
Nx	Оценить состояние регионарных лимфоузлов невозможно
N0	Поражение регионарных лимфоузлов отсутствует
N1	Поражение ипсилатеральных регионарных лимфоузлов
N2	Поражение контралатеральных регионарных лимфоузлов/двустороннее поражение регионарных лимфоузлов
N3	Поражение отдаленных от области глаза регионарных лимфоузлов
N4	Поражение центрального лимфоузла
Отдаленные метастазы (M)	
M0	Установить наличие отдаленных метастазов невозможно
M1a	Поражение отдаленной несмежной ткани (околоушная слюнная железа, легкие, печень, селезенка, почки, молочная железа)
M1b	Отдаленное поражение костного мозга
M1c	Присутствуют поражения M1a и M1b

Edge SB, Byrd DR, Compton CC, et al, eds. Carcinoma of the conjunctiva. In: AJCC Cancer Staging Manual. 7th ed. New York, NY: Springer; 2010:583–589.

является ли конкретное лимфоидное новообразование доброкачественным или злокачественным, для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование. Для краткости при описании этих патологических состояний будут использоваться термины «лимфома», «лимфоидная опухоль» или «лимфопролиферативная опухоль».

В общем, лимфоидная опухоль глазницы имеет характерные клинические, рентгенологические и патоморфологические признаки. Обычно она развивается у престарелых пациентов, в данной группе больных это наиболее часто встречающаяся злокачественная опухоль глазницы, составляющая 24% случаев всех злокачественных новообразований глазницы в возрастной группе старше 59 лет (7). Лимфома глазницы может быть ограничена тканями орбиты или же являться проявлением системной лимфомы. Хотя оценки различных авторов не совпадают, десятилетняя заболеваемость системной лимфомой у пациентов с лимфомой глазницы составляет приблизительно 33% при одностороннем и 72% при двустороннем поражении глазницы (8).

Необычная форма лимфомы глазницы может развиваться после трансплантации органов, как считается, в результате иммуносупрессии. Эта форма опухоли получила название «посттрансплантационного лимфолиферативного расстройства» («post-transplant lymphoproliferative disorder» — PTLD) и, как выяснилось, схожа с лимфомой, ассоциированной с вирусом Эпштейна–Барр; оптимальным методом лечения является ослабление иммуносупрессии с целью позволить иммунной системе хозяина контролировать эту ассоциированную с вирусом патологию (29).

Клиническая картина

Лимфома глазницы обычно представляет собой безболезненное медленно прогрессирующее одностороннее или двустороннее объемное образование передней части глазницы, часто доступное пальпации через веко или конъюнктиву и имеющее плотность резины. У таких пациентов большое значение имеют осмотр конъюнктивы на предмет наличия характерных плотных инфильтратов и исследование сосудистой оболочки с целью выявления инфильтратов радужки или увеального тракта, наличие этих изменений с высокой вероятностью указывают на то, что новообразование глазницы является лимфомой.

Диагностика

Подозрение на лимфому глазницы требует тщательного системного обследования с целью диагностики и оценки распространения сопутствующей системной лимфомы. Для диагностики поражения глазницы выполняются КТ и МРТ, выявляется овоидное или удлинненное объемное образование, которое имеет тенденцию к повторению формы прилегающих структур глазницы с умеренным усилением при контрастировании. Обычно опухоль ограничена мягкими тканями. Поражение кости наблюдается редко. Лимфоидная опухоль может развиваться в любой части глазницы, но зачастую ограничена тканью слезной железы. Лимфоидные опухоли слезной железы следует дифференцировать от первичных эпителиальных опухолей слезной железы. Лимфоидные опухоли обычно имеют удлиненную овоидную форму или форму лепешки и повторяют очертания глазного яблока и ко-

стей глазницы, они, как правило, не сопровождаются эрозией кости или формированием костной ямки. В отличие от них для эпителиальных опухолей слезной железы характерна округлая форма, они чаще сдавливают кость и вызывают формирование ямки, а иногда — истинную деструкцию кости.

Патологическая анатомия

Большинство доброкачественных или злокачественных лимфом глазницы относятся в В-клеточному типу и гистологически классифицируются как экстранодальные В-клеточные лимфомы маргинальной зоны лимфоидной ткани слизистых оболочек (8, 10). Существует целый спектр лимфом глазницы — от доброкачественной реактивной лимфоидной гиперплазии до атипичной лимфоидной гиперплазии и чистой лимфомы.

Доброкачественная реактивная лимфоидная гиперплазия характеризуется полиморфным рисунком, сформированным мелкими округлыми лимфоцитами и плазматическими клетками. Часто присутствуют митотически активные герминальные центры. Атипичная лимфоидная гиперплазия — промежуточная форма между доброкачественной реактивной лимфоидной гиперплазией и чистой злокачественной лимфомой — состоит из мономорфных пластов лимфоцитов. В отличие от доброкачественной реактивной лимфоидной гиперплазии, ядра несколько крупнее, могут присутствовать выраженные ядрышки, также могут наблюдаться недоразвитые фолликулы. Злокачественная неходжкинская лимфома характеризуется более анапластическими клетками с более крупными расщепленными ядрами, отмечается более выраженный ядерный плеоморфизм, большое количество выраженных ядрышек. Лимфоидные фолликулы и пролиферация эндотелиальных клеток менее выражены или отсутствуют вовсе (9, 22, 24).

Лечение

Лечение пациентов с подозрением на лимфому глазницы планируется индивидуально в каждом конкретном случае. Обычно рекомендуется выполнение эксцизионной или инцизионной биопсии, оптимальный доступ определяется при лучевых исследованиях. Большое значение имеет предварительная договоренность с патологоанатомом с целью правильной подготовки иссеченной ткани для иммуногистохимического исследования и проточной цитометрии. Хирург должен стараться удалить весь или максимальный возможный объем опухолевых тканей, при этом необходимо избегать повреждения важных структур глазницы.

Для исключения лимфом других отдаленных областей тела проводится системное обследование и лучевые исследования (8). У пациентов с диагностированной системной лимфомой и локализацией новообразования глазницы в передней ее части под кожей постановке диагноза помогает тонкоигольная биопсия, позволяющая избежать открытой биопсии. При диагностике системной лимфомы и назначении химиотерапии новообразование глазницы

можно лишь наблюдать в течение периода проведения химиотерапии, не прибегая к дополнительному лечению. Если системная лимфома не выявлена, показана местная лучевая терапия лимфомы глазницы в дозе от 2000 до 2500 сГр при более доброкачественных новообразованиях и от 3500 до 4000 сГр при злокачественных опухолях (1, 8, 10, 14–17). Другие альтернативные методы лечения включают в себя внутривенную или местную инъекционную иммунотерапию ритуксимабом. В одном анализе десяти пациентов, получавших ритуксимаб внутривенно по поводу лимфомы глазницы при отсутствии системного поражения, полный контроль лимфомы при среднем периоде наблюдения 2,5 года был достигнут в 36%, при развитии рецидива или лишь частичном эффекте проводимого лечения (64% случаев) требовалось проведение дополнительной лучевой терапии (19). Даже если при обследовании не выявлено системной лимфомы, пациент должен ежегодно или дважды в год проходить контрольное обследование.

В результате анализа исходов лечения по классификации лимфомы Американского объединенного комитета по проблемам рака (AJCC) (табл. 39.2) и классификации лимфомы Ann Arbor было установлено, что исход чаще зависел от гистологического строения (табл. 39.1), а не от размеров опухоли или ее конкретной локализации (4). В другом анализе 130 пациентов с использованием классификации лимфом Американского объединенного комитета по проблемам рака (AJCC) седьмого издания (табл. 39.2) лечение проводилось в зависимости от гистологического типа опухоли (табл. 39.1), повышение категории опухоли было связано со снижением пятилетней выживаемости (5). В частности, пятилетняя выживаемость составляла 68% при опухолях категории T1, 59% при T2, 29% при T3 и 33% при T4.

Особого упоминания требует орбитальная экстранодальная В-клеточная лимфома маргинальной зоны, так как в недавних исследованиях была выявлена связь этой опухоли с лимфомой лимфоидной ткани слизистой желудка (MALT-лимфома) и инфекциями *Helicobacter pylori* и *Chlamydia sp.* В настоящее время отмечается интерес к лечению некоторых случаев MALT-лимфомы конъюнктивы антибиотиками, эффективными против этих микроорганизмов.

Избранные ссылки

Обзоры

1. Shields JA, Shields CL, Scartozzi R. Survey of 1264 patients with orbital tumors and simulating lesions: the 2002 Montgomery Lecture, part 1. *Ophthalmology* 2004;111: 997–1008.
2. Coupland SE, Damato B. Lymphomas involving the eye and ocular adnexa. *Curr Opin Ophthalmol* 2006;17:523–531.
3. Jaffe ES. The 2008 WHO classification of lymphomas: implications for clinical practice and translational research. *Hematology* 2009;523–531.
4. Graue GF, Finger PT, Maher E, et al. Ocular adnexal lymphoma staging and treatment: American Joint Committee on Cancer versus Ann Arbor. *Eur J Ophthalmol* 2013;23:344–355.
5. Sniegowshi MC, Roberts D, Bakhoun M, et al. Ocular adnexal lymphoma: validation of American Joint Committee on Cancer seventh edition staging guidelines. *Br J Ophthalmol* 2014;98:1255–1260.

6. Aronow ME, Portell CA, Rybicki LA, et al. Ocular adnexal lymphoma: assessment of a tumor node metastasis staging system. *Ophthalmology* 2013;120:1915–1919.
7. Demirci H, Shields CL, Shields JA, et al. Orbital tumors in the older adult population. *Ophthalmology* 2002;109:243–248.
8. Demirci H, Shields CL, Karatza EC, et al. Orbital lymphoproliferative tumors: Analysis of clinical features and systemic involvement in 160 cases. *Ophthalmology* 2008;115:1626–1631.
9. Cockerham GC, Jakobiec FA. Lymphoproliferative disorders of the ocular adnexa. *Int Ophthalmol Clin* 1997;37:39–59.
10. Coupland SE, Krause L, Delecluse HJ, et al. Lymphoproliferative lesions of the ocular adnexa. Analysis of 112 cases. *Ophthalmology* 1998;105:1430–1441.
11. Lauer SA. Ocular adnexal lymphoid tumors. *Curr Opin Ophthalmol* 2000;11: 361–366.
12. Malek SN, Hatfield AJ, Flinn IW. MALT lymphomas. *Curr Treat Options Oncol* 2003;4:269–279.
13. Tranfa F, Di Matteo G, Strianese D, et al. Primary orbital lymphoma. *Orbit* 2001;20: 119–124.
20. Rath S, Connors JM, Dolman PJ, et al. Comparison of American Joint Committee on Cancer TNM-based staging system (7th edition) and Ann Arbor classification for predicting outcome in ocular adnexal lymphoma. *Orbit* 2014;33:23–28.
21. Rasmussen PK, Coupland SE, Finger PT, et al. Ocular adnexal follicular lymphoma: a multicenter international study. *JAMA Ophthalmol* 2014;132:851–858.

Лечение

14. Yeo JH, Jakobiec FA, Abbott GF, et al. Combined clinical and computed tomographic diagnosis of orbital lymphoid tumors. *Am J Ophthalmol* 1982;94:235–245.
15. Kennerdell JS, Flores NE, Hartsock RJ. Low-dose radiotherapy for lymphoid lesions of the orbit and ocular adnexa. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1999;15:129–133.
16. Bolek TW, Moyses HM, Marcus RB Jr, et al. Radiotherapy in the management of orbital lymphoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1999;44:31–36.
17. Lee SW, Suh CO, Kim GE, et al. Role of radiotherapy for primary orbital lymphoma. *Am J Clin Oncol* 2002;25:261–265.
18. Harada K, Murakami N, Kitaguchi M, et al. Localized ocular adnexal mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma treated with radiation therapy: a long-term outcome in 86 patients with 104 treated eyes. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2014;88: 650–654.
19. Tuncer S, Tanyildiz B, Basaran M, et al. Systemic rituximab immunotherapy in the management of primary ocular adnexal lymphoma: single institution experience. *Curr Eye Res* 2014;23:1–6.
22. Knowles DM II, Jakobiec FA. Ocular adnexal lymphoid neoplasms: clinical, histopathologic, electron microscopic, and immunologic characteristics. *Hum Pathol* 1982;13:148–162.
23. Nicolo M, Truini M, Sertoli M, et al. Follicular large-cell lymphoma of the orbit: a clinicopathologic, immunohistochemical and molecular genetic description of one case. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1999;237:606–610.
24. Medeiros LJ, Harris NL. Lymphoid infiltrates of the orbit and conjunctiva. A morphologic and immunophenotypic study of 99 cases. *Am J Surg Pathol* 1989;13:459–471.

Клинические случаи

25. Adkins JW, Shields JA, Shields CL, et al. Plasmacytoma of the eye and orbit. *Int Ophthalmol* 1996;20:339–343.
26. Park KL, Goins KM. Hodgkin's lymphoma of the orbit associated with acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Ophthalmol* 1993;116:111–112.
27. Font RL, Laucirica R, Patrinely JR. Immunoblastic B-cell malignant lymphoma involving the orbit and maxillary sinus in a patient with acquired immune deficiency syndrome. *Ophthalmology* 1993;100:966–970.
28. Font RL, Shields JA. Large cell lymphoma of the orbit with microvillous projections («porcupine lymphoma»). *Arch Ophthalmol* 1985;103:1715–1719.
29. Douglas RS, Goldstein SM, Katowitz JA, et al. Orbital presentation of posttransplantation lymphoproliferative disorder: a small case series. *Ophthalmology* 2002;109: 2351–2355.

● НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА ГЛАЗНИЦЫ: КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, КТ И МРТ

Лимфома глазницы имеет достаточно характерные клинические и лучевые признаки, с большой вероятностью указывающие на диагноз.

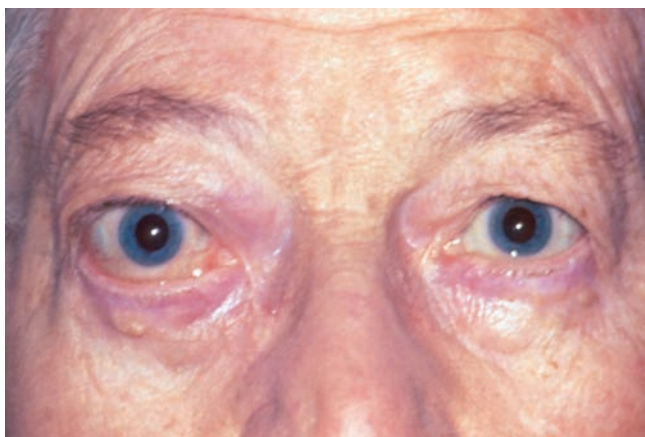


Рисунок 39.1. Небольшой экзофтальм справа у 90-летнего мужчины. Анамнез по лимфоме не отягощен.



Рисунок 39.2. КТ, аксиальная проекция: пациент, представленный на рисунке 39.1; характерное диффузное новообразование глазницы, повторяющее контуры глазного яблока и зрительного нерва. В таких случаях показана инцизионная биопсия.

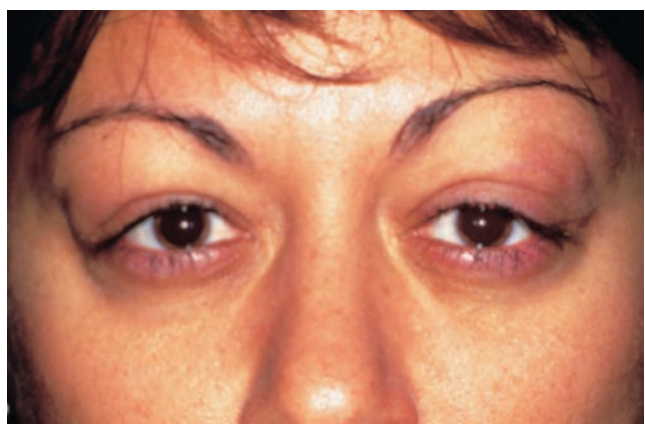


Рисунок 39.3. Двусторонняя лимфома слезных желез у женщины 37 лет. Обратите внимание на припухлость тканей в верхневисочных квадрантах глазниц с обеих сторон.



Рисунок 39.4. КТ, аксиальная проекция: пациент, представленный на рисунке 39.3: определяются новообразования обеих глазниц, поражающие слезные железы и повторяющие контуры глазного яблока и костей глазницы.



Рисунок 39.5. Экзофтальм и блефароптоз справа у мужчины 86 лет.

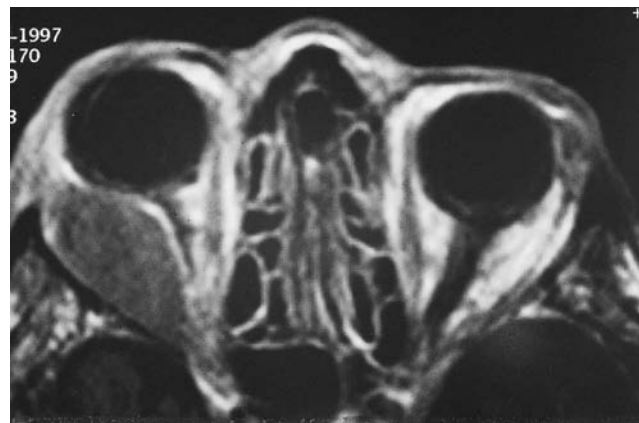


Рисунок 39.6. Аксиальная T1-взвешенная МР-томограмма: пациент, представленный на рисунке 39.5; в височной части правой глазницы определяется диффузное овоидное объемное образование.

● НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА ГЛАЗНИЦЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ И ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Пациенту с подозрением на лимфому глазницы необходимо провести полное офтальмологическое обследование. Выявление типичной лимфомы конъюнктивы или сосудистой оболочки с высокой вероятностью указывает на то, что новообразование глазницы также является лимфомой.



Рисунок 39.7. Небольшой блефароптоз и экзофтальм справа у женщины 68 лет.



Рисунок 39.8. КТ, аксиальная проекция: пациент, представленный на рисунке 39.7; в верхневисочной части глазницы определяется овоидное объемное образование.

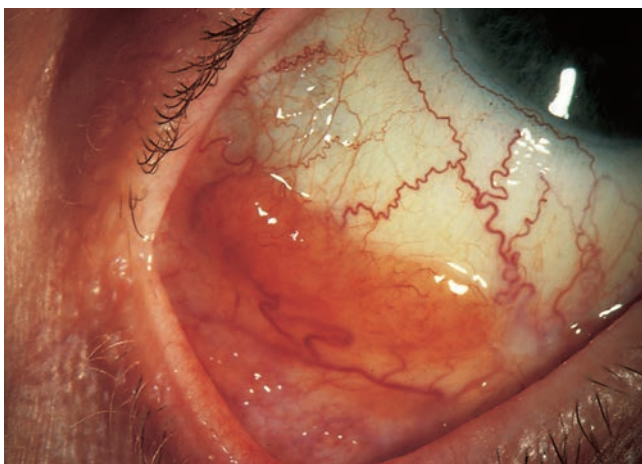


Рисунок 39.9. Мало заметный лимфоидный инфильтрат в верхневисочном квадранте свода конъюнктивы той же пациентки.

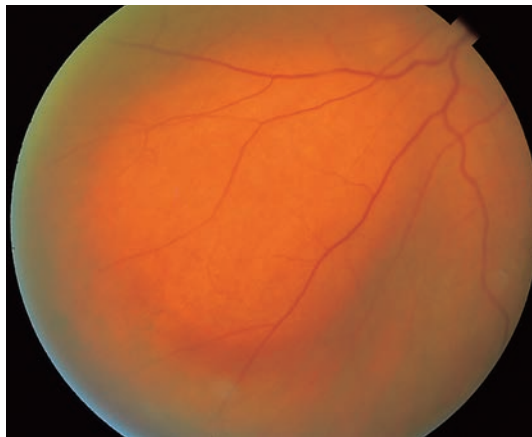


Рисунок 39.10. Та же пациентка. Желто-оранжевый лимфоидный инфильтрат сосудистой оболочки в нижневисочном квадранте. Отказ от лечения привел к медленному увеличению образований глазницы, конъюнктивы и сосудистой оболочки.

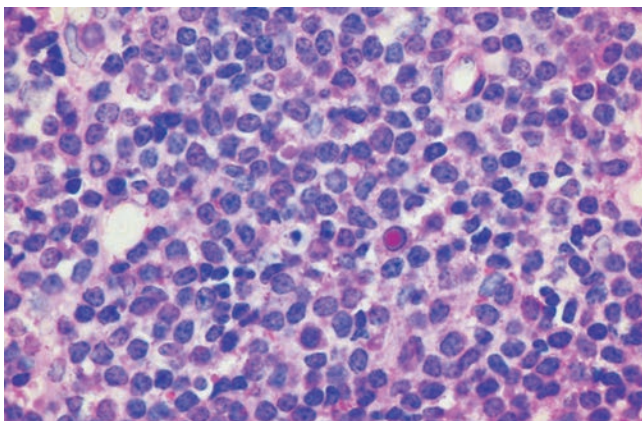


Рисунок 39.11. Высокодифференцированная лимфома глазницы. Обратите внимание на высокодифференцированные лимфоциты и эозинофильное внутриядерное инклюзионное тельце (тельце Dutcher) около центра фотографии (гематоксилин-эозин, $\times 200$).

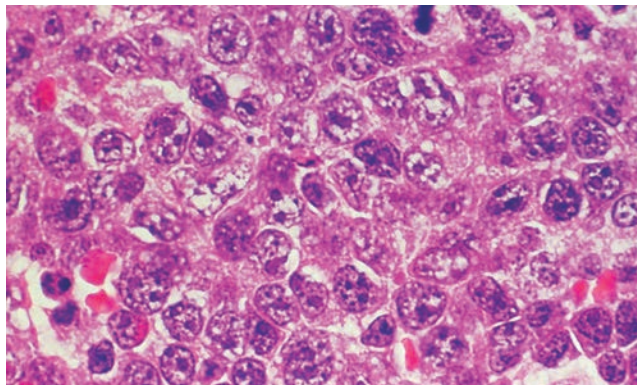


Рисунок 39.12. Гистологический препарат злокачественной лимфомы глазницы. Определяются низкодифференцированные лимфоциты (гематоксилин-эозин, $\times 250$).

● ЛИМФОМА СЛЕЗНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: КОРРЕЛЯЦИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ МРТ

Лимфома может развиваться в любом отделе глазницы, но имеет предрасположенность к слезной железе. Лимфома слезной железы бывает односторонней и двусторонней и может являться изолированным поражением или компонентом системной лимфомы. Обычно она проявляется как безболезненное медленно прогрессирующее объемное образование в передней части глазницы, часто видимое или пальпируемое через кожу. Трудно переоценить значение лучевых исследований, таких как КТ и МРТ, в диагностике и планировании доступа для биопсии. Приведены соответствующие примеры, в каждом случае диагноз был подтвержден гистологически.



Рисунок 39.13. Престарелый мужчина с объемными образованиями обеих слезных желез.



Рисунок 39.14. Аксиальная Т1-взвешенная МРТ с гадолиниевым усилением: тот же пациент, что и на рис. 39.13; умеренное увеличение правой слезной железы и незначительное увеличение — левой.



Рисунок 39.15. Престарелый мужчина с клиническими признаками новообразования левой слезной железы.

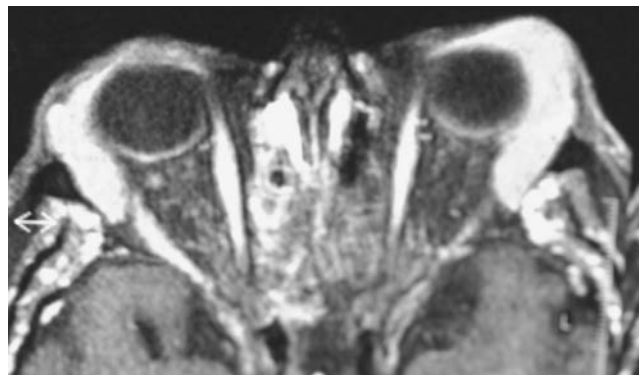


Рисунок 39.16. Аксиальная Т1-взвешенная МРТ с гадолиниевым усилением: тот же пациент, что и на рис. 39.15. Хорошо видно, как новообразование повторяет контуры глазного яблока и глазницы.



Рисунок 39.17. Престарелый мужчина с припухлостью мягких тканей в верхневисочных квадрантах обеих глазниц, боль отсутствовала.



Рисунок 39.18. Аксиальная Т1-взвешенная МРТ с гадолиниевым усилением: тот же пациент, что и на рисунке 39.17; определяются удлиненные объемные образования, простирающиеся из слезных желез вдоль наружных прямых мышц.

● НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА ГЛАЗНИЦЫ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

В большинстве случаев при подозрении на лимфому глазницы показана биопсия. Выполняется открытая биопсия через наиболее удобный доступ, определяемый по аксиальным и корональным томограммам. Мелкие четко отграниченные опухоли передней части глазницы следует удалять полностью, если это возможно. При крупных нерезектабельных опухолях выполняется инцизионная биопсия, при этом удаляют насколько возможно больше опухолевой ткани. Если у пациента ранее уже диагностирована лимфома и определена ее стадия, для подтверждения диагноза поражения глазницы выполняется тонкоигольная биопсия.



Рисунок 39.19. Аксиальная КТ: четко отграниченная лимфома глазницы, прорастающая слезную железу. Поскольку опухоль доступна хирургическому вмешательству, рекомендовано удалить опухоль целиком, а не выполнять инцизионную биопсию.

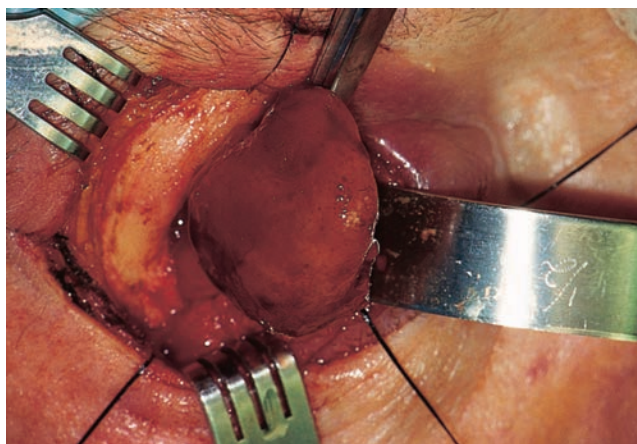


Рисунок 39.20. Удаление опухоли единым блоком через верхневисочную орбитотомию без остеотомии.



Рисунок 39.21. Объемное образование в верхнелобной части глазницы у женщины 71 года, проявляющееся как подкожное новообразование; ранее у больной лимфома не диагностировалась.

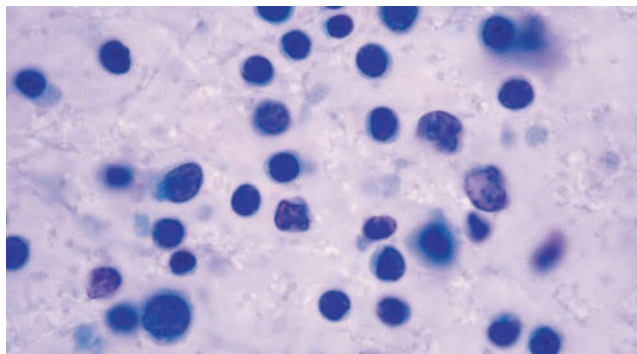


Рисунок 39.22. Цитологическое исследование материала ТПАБ: та же пациентка, что и на рисунке 39.21; наблюдаются крупные и мелкие лимфоциты. Диагностирована высокодифференцированная лимфома (окраска по Папаниколау, $\times 300$).



Рисунок 39.23. Эффект лучевой терапии лимфомы глазницы. Аксиальная КТ 70-летнего мужчины: определяется диффузное объемное образование в височной части правой глазницы.



Рисунок 39.24. Аксиальная компьютерная томограмма пациента, представленного на рисунке 39.23, полученная после проведения лучевой терапии: наблюдается полный регресс опухоли.