

Orbitale Entzündung bei intraokularem malignen Melanom

Orbital Inflammation due to Intraocular Malignant Melanoma

Anamnese

Eine 82-jährige Patientin wurde uns mit einer zweiwöchigen Vorgeschichte von schmerzhaftem rotem Auge und erhöhtem intraokularen Druck zugewiesen. Zuvor erhielt sie in einem externen Spital bei akutem Glaukom eine periphere Iridektomie. Nachdem das klinische Bild sich trotz dieser Maßnahme mit Zeichen einer periorbitalen Entzündung und Proptosis verschlechterte, erhielt sie peroral Breitspektrum-Antibiotika (Ciprofloxacin 500 mg 2 × /Tag für eine Woche).

Klinischer Befund

Die klinische Untersuchung ergab am rechten Auge eine fehlende Lichtperzeption und am linken Auge einen Visus von 1,0 nach Snellen. Am rechten Auge bestanden eine axiale Proptosis von 4 mm, ein periorbitales Ödem sowie eine konjunktivale Injektion und Chemosis. Die Bulbusmotilität war am rechten Auge in alle Blickrichtungen eingeschränkt und der intraokulare Druck betrug 70 mmHg applaniert nach Goldmann. Die Vorderkammer war sehr flach, die Pupille mittelweit fixiert und ein Hornhautödem verwehrte den Einblick auf tiefer liegende Strukturen. Die ophthalmologischen Befunde am linken Auge waren altersentsprechend und unauffällig.

Diagnostik

Die Ultraschalluntersuchung zeigte eine solide Masse im Glaskörperraum mit den Charakteristika eines Aderhautmelanoms sowie eine sekundäre totale und tunnel-förmige Amotio der Netzhaut. Die Sklera war verdickt, jedoch bestanden keine Anzeichen für eine extrasklerale Ausbreitung des Tumors. (● Abb. 1a) Die Computertomografie zeigte eine Proptosis, eine Schwellung der Weichteile der Lider und des orbitalen Gewebes sowie eine intraokulare Masse. (● Abb. 1b)

Therapie und Verlauf

Die Patientin wurde mit der klinischen Diagnose eines nekrotisierenden intraokularen malignen Melanoms mit sekundärem Glaukom, Uveitis, Skleritis und orbitaler Entzündung stationär aufgenommen. Vor dem chirurgischen Eingriff erhielt sie hoch dosiert Steroide. Das rechte Auge wurde enukleiert und der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die makroskopische Untersuchung zeigte einen Bulbus mit einer Achsenlänge von 25 mm, einen im Glaskörperraum inferior temporal gelegenen Tumor von 7 × 10 mm sowie eine totale und tunnel-förmige Amotio retinae. Die histologische Untersuchung bestätigte die klinische Diagnose eines malignen Aderhautmelanoms, welches bis auf wenige vitale Areale mit malignen spindelförmigen Zellen nekrotisiert war. Linse und Iris waren durch die Tumormassen nach vorne verlagert und der Kammerwinkel durch fibrovaskuläre Membranen verschlossen. (● Abb. 2a) Die Sklera war über dem Tumor verdickt und zeigte ne-

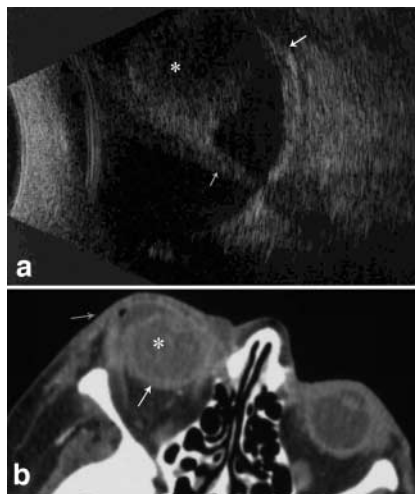


Abb. 1 a) Ultraschall zeigten sich eine verdickte Sklera (weißer Pfeil) über dem Tumor (Stern) und eine totale tunnel-förmige Amotio der Netzhaut (grauer Pfeil). b) In der Computertomografie sichtbare Proptosis und Schwellung der Weichteile der Lider und des orbitalen Gewebes (grauer Pfeil). Ferner sind eine intraokulare Masse (Stern) und eine verdickte Sklera (weißer Pfeil) erkennbar.

ben nekrotisierten Arealen polymorphkernige Infiltrate bis in die äußere Sklera. (● Abb. 2b) Ferner bestanden eine ausgeprägte Konjunktivitis, Episkleritis und perivaskuläre Entzündung.

Diskussion

Eine orbitale Entzündung mit Proptosis und Ophthalmoplegie als Zeichen eines intraokularen malignen Melanoms ohne Anhaltspunkte für eine extrasklerale Tumorausbreitung ist extrem selten [1–6]. Unsere Patientin wurde uns mit der Diagnose „Orbitale Cellulitis und akutes Glaukom“ überwiesen, wobei die Zeichen einer okulären und periokulären Entzündung tatsächlich durch das maligne Aderhautmelanom verursacht wurden. Der hohe intraokulare Druck war nicht nur durch die Uveitis, sondern vor allem durch die Vorverlagerung von Linse und Iris und sekundäre fibrovaskuläre iridokorneale Adhäsionen verursacht. Bhagat und Mitarbeiter haben in Anbetracht der

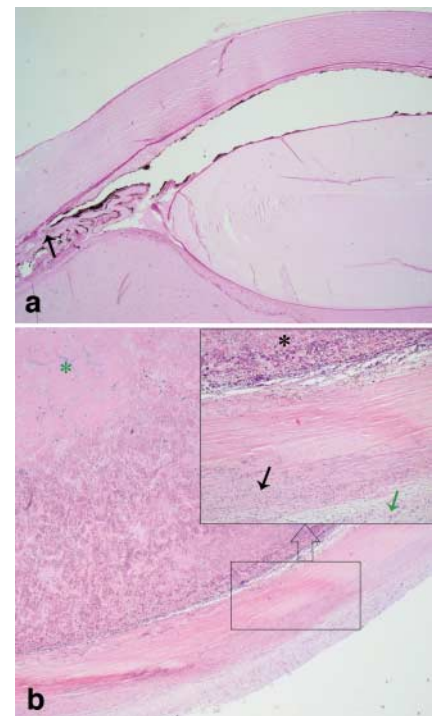


Abb. 2 a) Histologisch zeigten sich eine Vorverlagerung von Linse und Iris durch die Tumormassen sowie den Kammerwinkel verlegende fibrovaskuläre Membranen (Pfeil). (PAS-Färbung [Periodic Acid-Schiff] Vergrößerung 25:1) b) Malignes Melanom der Aderhaut mit nekrotisierten (grüner Stern) und vitalen Anteilen mit malignen Spindelzellen (schwarzer Stern) und polymorphkernigen Infiltraten in der äußeren Sklera (schwarzer Pfeil) und Episklera (grüner Pfeil). (HE-Färbung [Hämatoxylin-Eosin] Vergrößerung 25:1, Inset: 100:1).

pathophysiologischen Vorgänge der durch das maligne Aderhautmelanom verursachten Entzündungsvorgänge postuliert, dass diesen eine Typ-III-Hypersensibilität mit polymorphkernigen Leukozyten zugrunde liegen könnte [7]. Dies könnte die akute Skleritis und Nekrose mit überwiegend polymorphkernigen Infiltraten erklären, welche in ihrem und auch unserem Fall beobachtet wurden. Zudem kann ein nekrotisierender Tumor unter Umständen eine nicht spezifische Entzündungsreaktion mit direktem Zellschaden, Vaskulitis, Thrombosis und Skleritis hervorrufen [8]. Schlussfolgernd sollten maligne intraokulare Aderhautprozesse als sehr seltene, aber mögliche Ursachen einer orbitalen Entzündung mit akutem Glaukom in die differenzialdiagnostische Überlegungen mit einbezogen werden.

Danksagung



Wir danken der SWOO-Stiftung für die finanzielle Unterstützung bei dieser Arbeit.

Interessenkonflikt: Nein

**E. W. Lindstedt¹, F. Hafezi²,
M. A. Veckeneer³, C. M. Mooy⁴,
D. Paridaens⁵**

¹ Department of Ophthalmology, The Rotterdam Eye Hospital

² Institute for Refractive and Ophthalmic Surgery, IROC

³ Department of Medical Retinal Service and Vitreoretinal Surgery, The Rotterdam Eye Hospital

⁴ Department of Pathology and Ophthalmology, Erasmus Medical Centre Rotterdam

⁵ Department of Orbital and Oculoplastic surgery, The Rotterdam Eye Hospital

Literatur

- 1 Brannan S, Browne B, Clark BJ. Massive infarction of ocular tissues complicating a necrotic uveal melanoma. *Eye* 1998; 12 (Pt 2): 324–325
- 2 Bujara K, von Domarus D, Hinzpeter EN. Necrosis of iris and ciliary body – a histopathological study. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol* 1982; 219 (4): 198–203
- 3 Fraser Jr DJ, Font RL. Ocular inflammation and hemorrhage as initial manifestations of uveal malignant melanoma. Incidence and prognosis. *Arch Ophthalmol* 1979; 97 (7): 1311–1314

- 4 Rose GE, Hoh HB, Harrad RA et al. Intraocular malignant melanomas presenting with orbital inflammation. *Eye* 1993; 7 (Pt 4): 539–541
- 5 Tabassian A, Zuravleff JJ. Necrotic choroidal melanoma with orbital inflammation. *Arch Ophthalmol* 1995; 113 (12): 1576–1577
- 6 Thatcher DB. Necrotic choroidal melanoma presenting with severe inflammation. *Surv Ophthalmol* 1967; 12 (3): 247–253
- 7 Bhagat S, Ramaesh K, Wharton SB et al. Spontaneous acute scleritis and scleral necrosis in choroidal malignant melanoma. *Eye* 1999; 13 (Pt 6): 793–795
- 8 Zimmermann LE. Malignant melanomas of the uveal tract. In: Spencer WH. *Ophthalmic pathology: an atlas and textbook*. Philadelphia: Saunders WB, 1986; 2118–2127

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2008-1027719

Klin Monatsbl Augenheilkd 2008; 225: 888–889

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 0939-2661

Korrespondenzadresse

Eric W. Lindstedt

Department of Ophthalmology, The Rotterdam Eye Hospital

Schiedamsevest 180

3011 BH Rotterdam

Tel.: ++31/10/401 77 77

Fax: ++31/10/4 11 17 47

e.lindstedt@eyehospital.nl