

## Eyelid Metastasis Originating from Lung Adenocarcinoma

Tavakolli M, MD\*; Seifi MH, MD; Assadi M, MD; Bageri A, MD; Salour H, MD

Ophthalmic Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

\*Corresponding Author: mehditavakolimd@gmail.com

**Purpose:** To report a case of metastatic tumor to the right upper eyelid originating from a lung adenocarcinoma without any systemic signs.

**Case Report:** A 68-year-old man had a two-month history of painless swelling in the right upper eyelid. The tumor slowly grew. Two years before his presentation, he had received chemotherapy for lung cancer for one year. Systemic and ocular examinations were unremarkable. Biopsy of the lesion showed a moderate to poorly discriminated aggressive adenocarcinoma similar to lung adenocarcinoma.

**Conclusion:** Despite eyelid metastases are usually observed in patients with a known malignancy, it can be the first sign of a malignant neoplasm. Therefore, biopsy of suspicious or recurrent lesions should be performed to rule out such lesions.

**Keywords:** Eyelid Metastasis, Eyelid Lesion, Lung Adenocarcinoma

• Bina J Ophthalmol 2015; 20 (3): 294-296.

Received: 20 May 2014

Accepted: 20 August 2014

### متاستاز پلک منشا گرفته از آدنوکارسینوم ریه

دکتر مهدی توکلی<sup>۱</sup>، دکتر محمدحسن سیفی<sup>۲</sup> و دکتر مهسان اسدی<sup>۳</sup>، دکتر عباس باقری<sup>۴</sup> و دکتر حسین سالور<sup>۵</sup>

**هدف:** معرفی یک مورد تومور متاستاتیک پلک فوقانی راست با منشا آدنوکارسینوم ریه که فاقد علایم چشمی، سیستمیک یا متاستاتیک دیگر بود.

**معرفی بیمار:** آقای ۶۸ ساله با توده‌ای بدون درد در پلک فوقانی راست با رشد تدریجی طی دو ماه گذشته مراجعه نمود. وی بدون هیچ سابقه بیماری چشمی قبل از ایجاد توده، از دو سال پیش به علت ابتلا به سرطان ریه به مدت یک سال تحت شیمی‌درمانی بوده است. به دنبال تشخیص سرطان ریه، در بررسی‌های به عمل آمده نتایج دیگر معاینات چشمی و سیستمیک طبیعی بود. توده پلک فوقانی به طور کامل خارج شد. در ارزیابی آسیب‌شناسی از توده، بافت توده مشابه آدنوکارسینوم ریه بود و تشخیص آدنوکارسینوم متاستاتیک پلک با منشا ریه گزارش گردید.

**نتیجه‌گیری:** با وجود این که توده متاستاتیک پلک به طور معمول در بیمار با یک بدخیمی پیش‌رفته شناخته شده مشاهده می‌گردد ولی می‌تواند اولین علامت یک بدخیمی سیستمیک یا اولین نشانه متاستاز یک بدخیمی نیز باشد. بنابراین در هر توده مشکوک و راجعه پلک باید بیوپسی برای رد بدخیمی انجام شود.

• مجله چشم‌پزشکی بینا ۱۳۹۳؛ دوره ۲۰، شماره ۳: ۲۹۴-۲۹۶.

• پاسخ‌گو: دکتر مهدی توکلی (e-mail: mehditavakolimd@gmail.com)

۱- استادیار - چشم‌پزشک - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - تهران - ایران

۲- دستیار چشم‌پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - تهران - ایران

۳- استادیار - چشم‌پزشک - دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی - تهران - ایران

تهران - یاسداران - بوستان نهم - خیابان پایدارفرد (خیابان امیر ابراهیمی) - پلاک ۲۳ - مرکز تحقیقات چشم

www.SID.ir

دریافت مقاله: ۳۰ اردیبهشت ۱۳۹۳

تایید مقاله: ۲۹ مرداد ۱۳۹۳

### مقدمه

تومورهای اولیه پلک نسبتاً شایع هستند اما متاستاز به پلک نادر بوده و کم‌تر از یک درصد ضایعات بدخیم پلک را تشکیل می‌دهد<sup>۱-۳</sup>. شایع‌ترین تومور متاستاتیک پلک، متاستاز از سرطان پستان و بدخیمی‌های پوست است و متاستاز از تومور ریه از نادرترین آن‌ها به شمار می‌رود<sup>۴-۶</sup>. تومورهای متاستاتیک پلک معمولاً در سنین میانسالی و بالاتر دیده می‌شوند، هرچند در هر سنی ممکن است ایجاد شوند و در خانم‌ها شایع‌ترند<sup>۵</sup>. یافته‌های تومورهای متاستاتیک پلک معمولاً غیراختصاصی است، متاستاز می‌تواند به صورت توده منفرد یا متعدد پلک یا به صورت درگیری منتشر پلک تظاهر کند<sup>۴</sup>. همچنین می‌تواند خود را به صورت شالازیون و گرانولوم پیوژنیک نشان دهد که سبب تاخیر در تشخیص می‌شود<sup>۷</sup>. در این مقاله موردی نادر از متاستاز پلک با منشأ آدنوکارسینوم ریه گزارش می‌شود.

### معرفی بیمار

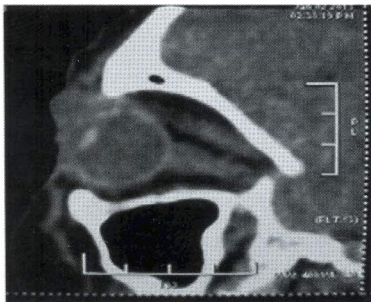
بیمار آقای ۶۸ ساله‌ای است که با توده‌ای بدون درد در پلک فوقانی راست با رشد تدریجی طی ۲ ماه گذشته مراجعه نمود. وی سابقه بیماری چشمی قبل از ایجاد توده را ذکر نمی‌کرد و بیان داشت که از دو سال گذشته به دنبال تشخیص آدنوکارسینوم ریه

تحت شیمی‌درمانی بوده که تا حدود یک سال قبل نیز ادامه داشته داشته است. بیمار پس از اتمام شیمی‌درمانی طی یک سال گذشته مشکلی را ذکر نمی‌کرد.

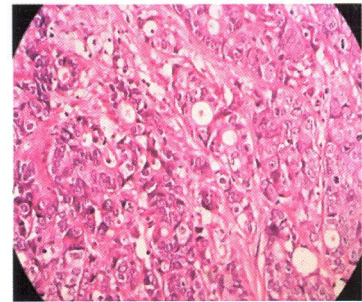
در معاینه چشم‌پزشکی، دید هر دو چشم ۸/۱۰ بود. واکنش مردمک به نور در هر دو چشم طبیعی بود. در معاینه پتوز مکانیکی ناشی از توده در چشم راست مشهود بود، توده در لمس دارای قوام سخت و غیرمتحرک بود ولی اریتم، تندرنس و ارتشاح و یا ضایعه پوستی غیرطبیعی در سطح توده وجود نداشت. حرکات هر دو چشم و فشار چشم‌ها و هم‌چنین معاینه سگمان قدامی و خلفی در هر دو چشم طبیعی بود. تنها نکته قابل مشاهده در معاینه هر دو چشم، وجود آب‌مرورید متوسط در چشم‌ها بود که توجیه‌کننده کاهش دید بیمار نیز بود.

در معاینه اربیت که برای بیمار صورت گرفت هیچ درگیری داخل اربیت و داخل چشمی مشاهده نشد. بیمار با تشخیص تومور در پلک تحت بیوپسی اکسیژنال توده فوقانی اربیت قرار گرفت. حین بیوپسی مشاهده شد که عضله لواتور نیز توسط توده درگیر شده است، بنابراین عضله لواتور نیز به همراه توده برداشته شد.

در ارزیابی آسیب‌شناسی از توده، بافت‌شناسی توده مشابه آدنوکارسینوم ریه و نشان‌دهنده متاستاز با منشأ آدنوکارسینوم ریه به پلک بود.



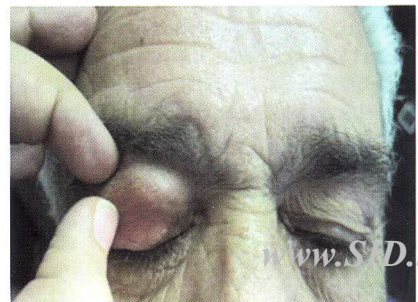
تصویر ۳- MRI توده‌ای یک‌نواخت در قسمت فوقانی اربیت را نشان می‌دهد ولی درگیری داخل چشمی و داخل اربیت دیده نمی‌شود.



تصویر ۱- نمونه پاتولوژی با رنگ آمیزی هماتوکسیلین-ائوزین سلول‌های آتیبیک با الگوی رشد گلندولار و ترابکولار که در استرومای دسموپلاستیک نفوذ کرده بودند (مشخصه آدنوکارسینوم ریه) را نشان می‌دهد.



تصویر ۴- توده خارج شده از پلک فوقانی.



تصویر ۲- یک توده منفرد در پلک فوقانی راست بیمار که باعث ایجاد پتوز مکانیکی در چشم راست شده است.



بحث

معهده (در ۲ مورد) و ملانوم یووه<sup>۱</sup> (SID) گزارش نه‌شود.

Mansour & Hidayat<sup>۶</sup> در ۳۱ بیمار با توده متاستاتیک پلکی، شایع‌ترین منشا اولیه متاستاز را به ترتیب سرطان پستان (۱۱ بیمار)، پوست (۴ بیمار)، دستگاه گوارش (۳ بیمار)، دستگاه تناسلی ادراری (۳ بیمار) و یووه<sup>۲</sup> (۲ بیمار) گزارش کردند. اطلاعات بیش‌تر در متاستاز پلک به عنوان گزارش موردی و چند بررسی کوچک گزارش شده است<sup>۷-۱۱</sup>.

شایع‌ترین منشا اولیه تومور متاستاتیک پلک، کارسینوم پوست و پستان می‌باشد. متاستاز پلک می‌تواند به صورت یک توده بدون درد مانند بیمار گزارش شده یا تورم منتشر پلک و یا یک توده زخمی پلک بروز کنند<sup>۱۲</sup>.

با وجود این که توده متاستاتیک پلک به طور معمول در زمینه بدخیمی پیش‌رفته اولیه مشاهده می‌شود ولی می‌تواند اولین علامت یک بدخیمی سیستمیک یا اولین نشانه متاستاز یک بدخیمی باشد<sup>۴</sup>. بنابراین در هر توده مشکوک و راجعه پلک باید بیوپسی برای رد بدخیمی انجام شود.

نتیجه‌گیری

در تشخیص افتراقی توده‌های پلک، کارسینوم متاستاتیک پلک را نیز باید در نظر داشت، هر چند هیچ یافته بالینی یا سیستمیک به نفع آن موجود نباشد. چنانچه با توده مشکوک در پلک مواجه شدیم باید سایر بررسی‌های سیستمیک برای تشخیص دقیق آن انجام گیرد و در صورتی که تشخیص مسجل نشد باید بیوپسی توده را در نظر داشت.

حدود ۱۰ درصد بدخیمی‌های پوستی در پلک روی می‌دهد. شایع‌ترین تومور بدخیم پلک بازال سل کارسینوما و پس از آن اسکواموس سل کارسینوما، کارسینوم غدد چربی و ملانوما است<sup>۳</sup>. تومورهای متاستاتیک به پلک نسبتاً نادر بوده و ممکن است در ظاهر شبیه ضایعات خوش‌خیم و یا بدخیم بوده و یا بدون وجود یک بدخیمی اولیه شناخته شده، ظاهر شود<sup>۴</sup>. Bianciotto و همکاران<sup>۴</sup> در مطالعه ۲۰ بیمار با متاستاز پلک، منشا تومورهای اولیه متاستاز دهنده به پلک را در ۴ مورد (۲۰ درصد) ملانوم پوست، ۴ مورد (۲۰ درصد) ملانوم یووه<sup>۵</sup>، ۳ مورد (۱۵ درصد) سرطان پستان و ملانوم ملتحمه و ۲ مورد (۱۰ درصد) کارسینوم سلول کلیوی گزارش کردند. هم‌چنین کارسینوم‌های مدولاری تیروئید، پروستات، ریه و غدد بزاقی در ۵ درصد (۱ مورد) گزارش گردید. در سه بیمار متاستاز پلک، اولین نشانه بدخیمی سیستمیک بود.

در گزارش یک مرکز آسیب‌شناسی چشمی از ۸۹۲ توده پلک، ۲۱۴ مورد (۲۴ درصد) بدخیم بودند که از این تعداد، ۱۷۲ مورد (۱۹/۳ درصد) بازال سل کارسینوما، ۱۵ مورد اسکواموس سل کارسینوما، ۱۱ مورد ملانوما و ۷ مورد کارسینوم غدد چربی بودند. فقط در ۳ بیمار (۰/۳ درصد) توده پلک با منشا متاستاز از بدخیمی اولیه بود<sup>۱</sup>.

در یک مطالعه دیگر با ۱۵۰۲ توده پلکی، فقط یک توده با منشا متاستاتیک گزارش شد<sup>۲</sup>. Riley<sup>۵</sup> در ۱۵ بیمار با توده متاستاتیک پلک، شایع‌ترین تومور اولیه را کارسینوم پستان (۶ مورد، ۴۰ درصد) و پس از آن ملانوم پوست (۵ مورد)، کارسینوم

منابع

1. Aurora AL, Blodi FC. Lesions of the eyelids: a clinicopathological study. *Surv Ophthalmol* 1970;15:94-104.
2. Arnold AC, Bullock JD, Foos RY. Metastatic eyelid carcinoma. *Ophthalmology* 1985;92:114-119.
3. Bagheri A, Tavakoli M, Kanaani A, et al. Eyelid masses: a 10-year survey from a tertiary eye hospital in Tehran. *Middle East Afr J Ophthalmol* 2013; 20:187-192.
4. Bianciotto C, Demirci H, Shields CL, et al. Metastatic tumors to the eyelid: report of 20 cases and review of the literature. *Arch Ophthalmol* 2009;127:999-1005.
5. Riley FC. Metastatic tumors of the eyelids. *Am J Ophthalmol* 1970;69:259-264.
6. Mansour AM, Hidayat AA. Metastatic eyelid disease. *Ophthalmology* 1987;94:667-667.
7. Latz C, Huang Q, Kapadia MK, et al. Metastasis to eyelid as initial presentation of non-small cell carcinoma. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 2009;25:406-408.
8. Kaden IH, Shields JA, Shields CL, et al. Occult prostatic carcinoma metastatic to the medial canthal area: diagnosis by immunohistochemistry. *Ophthalm Plast Reconstr Surg* 1987;3:21-24.
9. Kindermann WR, Shields JA, Eiferman RA, et al. Metastatic renal cell carcinoma to the eye and adnexae: a report of three cases and review of the literature. *Ophthalmology* 1981;88:1347-1350.
10. Shields JA, Shields CL, Shakin EP, et al. Metastasis of choroidal melanoma to the contralateral choroid, orbit, and eyelid. *Br J Ophthalmol* 1988;72:456-460.
11. Morgan LW, Linberg JV, Anderson RL. Metastatic disease first presenting as eyelid tumors: a report of two cases and review of the literature. *Ann Ophthalmol* 1987;19:13-18.
12. Anthony CA, John DB, Robert YF. Metastatic eyelid carcinoma. *Ophthalmology* 1985;92:114-119.