

· 病例报告 ·

Bowen 病误诊一例

王建英 纪文彬 郝士卿 田永国 付兰

患者 女 54 岁 因左眼视物模糊伴眼胀 1 年余, 于 2004 年 2 月 2 日来我院就诊。眼部检查: 右眼视力 0.8, 1.0; 左眼 0.5+4.50DS-7.0DC=0.6, 双眼眼压正常, 左眼内眦部球结膜充血(++), 自 2:30~9:00 以角巩膜缘为中心的粉红色新生物, 向角膜面呈肉性血管翳样匍匐生长约 4mm, 向球结膜面增生约 5mm~6mm, 表面粗糙似桔皮样(图 1)。裂隙灯检查: 角膜面的新生物呈半透明颗粒状, 灰色调, 界限分明, 但不整齐, 角巩膜缘及球结膜上新生物隆起, 凸凹不平, 血管丰富, 边界不清, 压痛阴性, 眼部其它检查及右眼



图 1 左眼巩膜缘为中心粉红色新生物

未见明显异常。初步诊断: 左眼角结膜新生物(性质待查)。于 2004 年 3 月 4 日行左眼新生物切除羊膜移植术。该组织质脆易碎, 似果冻状, 与角膜易分离, 出血很少, 基质清晰不受累。分离越接近角巩膜缘粘连越紧密, 病变处球结膜无光泽, 变硬变厚, 质较脆, 易出血, 与下方巩膜无粘连, 切除时稍行扩大至正常球结膜 2mm~3mm。将制好的羊膜上皮面朝上铺于缺损的创面, 结膜和羊膜创缘用 10-0 的尼龙缝线较宽距离间断固定于巩膜, 然后连续缝合二者创缘, 整理清除角巩膜缘侧多余的羊膜, 使羊膜平整。颞侧球结膜下注射妥布霉素 30mg、地塞米松 3mg, 涂托百士眼膏, 绷带包扎术眼, 隔日换药。4 日后开放点眼, 科恒日 5 次, 海伦日 6 次, 每周各递减一次, 一次持续 2 周停止, 术后 10 日拆线。病理回报: 左眼翼状胬肉, 球结膜增厚, 部分角化。

2004 年 8 月复诊, 左眼视力 0.4, 又见角巩膜缘 3:30~8:30 环行增厚, 增生之新生物分别向角膜结膜表面生长约 2mm~3mm, 其颜色形态基本同前, 患者无其它不适感, 立即给予局部激素、抗生素点眼, 嘱其定期复诊。2001 年 10 月复查, 病变部位稍有扩大, 再次行病变部位新生物切除(手术方法同前), 病理回报: 镜下结膜上皮增生活跃, 层次明显增多, 细胞核大浓染, 胞浆有嗜伊红现象, 染色质细粒状, 基底细胞减少, 排列层次尚清楚, 基底膜尚完整。诊断: 左眼复发性翼状胬肉, 结膜上皮增生活跃。术后用药较前次数增多, 时间延长, 要求患者增加复诊次数, 自觉无不适感, 未来复诊。

2005 年 2 月 27 日复诊, 左眼视力 0.5, 整个球结膜轻度充血, 角膜表面 2:00~8:00 及 10:00~12:00 位均可见半透明状灰色果冻样新生物自角巩膜缘侵入 3mm~4mm, 球结膜上新生物宽约 4mm~5mm, 火焰状新生血管极为丰富, 内眦部球结膜表面光滑, 色正常, 角巩膜缘无增厚, 角膜清。初步诊断:

左眼结膜上皮原位癌? 收入住院。于 2005 年 2 月 29 日在局部麻醉下行左眼肿物切除联合病灶区冷冻、丝裂霉素贴敷、羊膜移植术。术中发现病变侵犯巩膜浅层组织, 巩膜面较多迂曲粗大的血管, 切除病变的球结膜、浅层巩膜和角膜上的新生物, 角巩膜缘间断短时间冷冻, 除角膜创面外均用 0.033% 丝裂霉素棉片贴敷 3min, 生理盐水 200ml 冲洗, 羊膜敷于缺损区, 余方法同前。切除肿物病理回报: 镜下可见上皮细胞层明显增生肥厚, 上皮细胞极性紊乱, 细胞异形性明显, 核深染, 可见上皮细胞空泡样变, 基底膜尚完整(图 2), 上皮细胞层陡然增厚, 厚度达正常上皮层数倍, 与正常细胞层间有分界线, 上皮下有淋巴细胞浸润和新生血管, 表面可见角化不完全细胞(图 3)。诊断: 左眼球结膜 Bowen 病。术后局部用药同前, 于术后 1 周给予 1:1000 噻派点眼液日 6 次点术眼, 每半月复查一次, 术后 3 个月情况良好, 改为 1.5 个月复查一次, 半年情况稳定, 术后 12 个月复查无明显异常, 术后 22 个月复查无复发迹象。

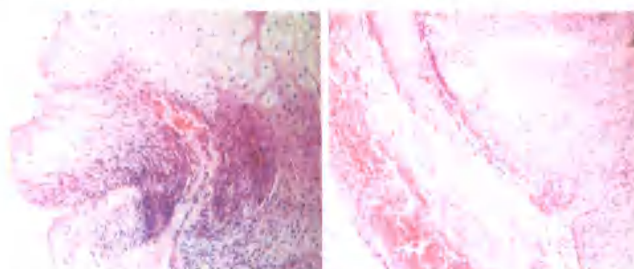


图 2 上皮细胞层明显增厚, 上皮细胞极性紊乱, 细胞异形性明显, 核浓染, 可见上皮细胞颜色变深, 基底膜尚完整。
图 3 上皮细胞层增厚, 是正常上皮层数倍, 上皮下有淋巴细胞浸润和新生血管, 表示见角质不完全变基底细胞膜尚完整。

讨论 Bowen 病又名上皮内上皮癌(intraepithelial neoplasia), 由 Bowen 作为一种癌前期角化不良详加描述而命名^[1]。Bowen 病还称之为结膜上皮原位癌、上皮内上皮细胞癌, 癌变容易发生于上皮细胞组织性质改变之处, 因此角巩膜缘及睑缘处结膜是上皮细胞癌最易发生的部位^[2]。本病例在临床上具有以下特征: 新生物起源于睑裂区角巩膜缘, 缓慢生长, 角巩膜缘半透明或胶冻状新生物, 呈粉红色, 微隆起, 其表面新生血管丰富, 呈松针、火焰状, 肿物与正常组织界限分明^[3]。病理回报亦有重要特征: 细胞核大、浓染、胞浆有嗜伊红现象, 基底膜完整, 肿瘤表面有角化不完全细胞 4~5。由于临床上见的少, 经验不足, 以至于未能及时正确的诊断及更到位的手术措施, 应引以为戒。

参考文献

- 1 李凤鸣. 眼科全书(中册). 人民卫生出版社, 1996: 1439~1441.
- 2 徐锦堂, 孙秉基, 方海州. 眼表疾病的基础理论与临床. 天津科学技术出版社, 2002: 308~301.
- 3 刘家琪, 李凤鸣. 实用眼科学. 人民卫生出版社, 1999: 340.
- 4 孙为荣. 眼科病理学. 人民卫生出版社, 1998: 102~103.
- 5 朱志中. 实用眼表病. 北京科学技术出版社, 2004: 308~309.

(收稿时间: 2007-06)

作者单位: 052360 河北, 河北省辛集复明医院
通讯作者: 王建英, E-mail: fumingyanke@126.com