

DOI:10.3724/SP.J.1008.2010.00230

• 短篇报道 •

肿瘤切除合并眼睑重建术治疗睑板腺癌的临床疗效观察

Reconstruction of eyelid after resection of carcinoma of meibomian glands: an observation of clinical outcomes

李 由,程金伟,李亚楠,魏锐利*,蔡季平

第二军医大学长征医院眼科,上海 200003

[关键词] 睑板腺癌;肿瘤切除;眼睑重建;疗效

[中图分类号] R739.71 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2010)02-0230-02

2000年8月至2007年9月我院收治16例(16眼)睑板腺癌患者,采用手术切除肿瘤及I期同侧眼睑滑行组织瓣眼睑重建术,经过随访取得满意的效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料 16例患者,男5例,女11例,年龄52~76岁,平均(62.3±5.2)岁;病变部位位于上睑12例、下睑4例。就诊时病程3~14个月,平均(5.3±3.6)个月。眼睑肿瘤大小为0.8 cm×0.8 cm~2.5 cm×1.5 cm,质硬。术前除检查眼部病变外,进行详细体检及B超、CT、ECT等检查,1例发现耳前淋巴结及腮腺转移。余均未发生远处转移。

1.2 手术方法 I期手术:正常张力下测量眼睑缺损的宽度(图1A)。采取局部麻醉,2%利多卡因与0.75%布比卡因混合加少许肾上腺素,用美蓝距肿瘤边缘正常组织3~5 mm处画标志线,沿标志线切除眼睑肿瘤,范围包括全层眼睑组织。从距睑缘3 mm处,作平行睑缘的全层切口,长度与睑缘缺损的长度一致,在切口的两端各作一全层的垂直切口达睑缘。将眼睑全层组织瓣移行穿过下(或上)睑缘桥状组织,拉向眼睑缺损处,分层缝合桥状组织的下缘创面,根据情况分别于皮肤和睑结膜的创面作间断或连续缝合,桥状组织的切缘暴露,由其自行愈合或用6-0可吸收缝线缝合切缘。上、下缘各置一凡士林纱条,避免包扎时压迫影响血供,7~10 d后拆线(图1B)。

II期手术:于I期手术3个月后进行。局部麻醉,按标志线切开眼睑全层组织,修剪角化的皮肤和肌肉,缝合新形成的睑缘切口。重新切开桥状组织的下缘,并与下睑组织重新分层缝合,术后加压包扎,7~10 d拆线(图1C)。

2 结 果

2.1 病理结果 所有病例经组织病理学检查均证实为睑板腺癌,其中分化型6例,鳞状细胞型4例,基底细胞型4例,腺样型2例。分化好的癌细胞多显示向皮脂腺细胞分化,细胞比较大,呈多边形,胞质丰富,淡染,因含脂滴有细空泡呈泡沫状外观,细胞核为圆形,多不居中,可偏向细胞周边,并

可见核仁(图2A)。分化较差的癌细胞可同基底细胞癌及鳞癌相近,细胞多表现为胞质少,胞核有明显异形性,出现病理核分裂现象,核仁明显可见(图2B)。1例腮腺转移者,术中见肿物位于腮腺浅叶,约1.5 cm×1.0 cm×1.0 cm大小,与周围腺体粘连,剖面为囊性,内含灰白色豆渣样物。术后病理诊断:左腮腺淋巴结转移癌。

图1 睑板腺癌患者右眼手术前后外观照

A:术前外观照;B:眼睑缝合外观照;C:术后外观照

图2 睑板腺癌病理学检查

A:肿瘤细胞巢周基底细胞样细胞,中心为胞质较丰富浅染,空泡状的皮脂腺分化细胞;B:基底样细胞向皮脂腺样细胞过度,细胞核异形性明显,核分裂易见。Original magnification:×200(A),×400(B)

[收稿日期] 2009-08-26 [接受日期] 2009-11-19

[作者简介] 李 由, 博士生, 副教授, 副主任医师. E-mail: liyou88@yahoo.com

* 通讯作者(Corresponding author). Tel: 021-81873451, E-mail: ruiwei@gmail.com

2.2 术后疗效 16例睑板腺癌患者,术后随访6个月~6年,平均随访(2.8±1.5)年,无一例复发。1例耳前淋巴结及腮腺转移者,术后行局部放疗,随访3.5年未见复发和转移。术后眼睑和颜面部瘢痕不明显,除眼睑缺损部位睑再造区睫毛缺失外,所有患者眼睑外形满意,眼睑活动自如,闭合完全,睑裂形态、功能接近正常。

3 讨论

睑板腺癌居眼睑恶性肿瘤第2位,仅次于基底细胞癌,约占眼睑恶性肿瘤的33%,是一种原发于睑板腺的恶性肿瘤;多发于50岁以上女性,上睑发生率大于下睑,这可能与上睑睑板腺较下睑丰富有关^[1]。常为单眼发病,病变早期可表现为位于睑板内、皮下或睑缘部的黄白色小硬结,外观很象霰粒肿。有些病变的结膜面可见黄色肿瘤组织呈不规则分瓣状或菜花状;少数位于睑缘的肿瘤表现为睑缘局部增厚、隆突、溃烂,在临床上酷似睑缘炎或结膜炎,或乳头状瘤等。患者常有异物感和疼痛感。睑板腺癌扩散有3种方式:一是经淋巴及血液转移,这是最常见的转移途径。常转移到耳前淋巴结和颈部淋巴结。远处转移常见于肺、肝和脑组织。虽然肿瘤转移后病死率大增,仍可经腮腺切除、颈部淋巴结清除术、放疗或化疗治愈^[2]。本组资料中有1例耳前淋巴结及腮腺转移患者,接受腮腺切除及颈部淋巴结清除术后治愈。二是直接扩散,肿瘤可直接侵犯、破坏邻近组织(眼眶组织、副鼻窦),甚至可蔓延到颅内。三是表皮内扩散(intraepithelial invasion),散布在眼结膜、角膜及眼睑皮肤,其治疗方法除眼眶内容物剜除术外,也可将结膜或浅层角膜切除、冷冻治疗或二氧化碳激光治疗,并手术切除病灶,这样可以保留眼球,也有不错的效果。Lisman等^[3]报道6例睑板腺癌弥漫扩散患者,拒绝行眶内容剜除术,在局部切除肿瘤后,周围组织行冷冻疗法,半年后切下切缘组织未找到癌细胞,随访12~50个月未见复发。术后虽引起干眼症、睑球粘连、角膜溃疡和角膜血管化等并发症,但患者仍愿意忍受以避免根治性手术。睑板腺癌比基底细胞癌和鳞癌的恶性程度高,如肿瘤组织侵犯表皮内、淋巴管、血管和眼眶者,临床预后差。Song等^[4]认为症状大于6个月、病灶在上眼睑或大于1cm、癌细胞分化不良及表皮内扩散等提示预后不良,病死率增加。

目前治疗方法应首选手术,进行广泛、彻底切除为主^[5],同时还要考虑到患者的美容及眼睑的功能。睑板是眼睑的支架组织,起着保护眼球及维持眼睑形状的作用。术后眼睑缺损修复中眼睑重建睑板的支撑作用极为重要。手术切除超过1/3的眼睑缺损不能直接关闭创口,否则造成双眼不对称。睑板缺损的修补材料多来自自体,包括游离睑板移植^[6]、滑行睑板结膜瓣、旋转睑板结膜瓣,软骨包括鼻中隔软骨、鼻黏膜复合移植片、耳郭软骨、硬腭黏膜等^[7]。这往往造成患者另一处的缺损,甚至有鼻梁塌陷或外耳感染、萎缩的可能,而且术后异物感明显,患者一般不易接受。

本组16例睑板腺癌行肿瘤切除合并同侧眼睑滑行组织瓣,行1/3以上睑缘缺损的眼睑重建术,该手术方法简便易行,并发症少,取得了既完整切除肿瘤且术后外观及功能满

意的良好效果。术中根据肿瘤的发生时间、发展、大小、位置以及累及范围考虑,制定个性化手术方案。手术注意事项如下:(1)Ⅰ期手术时为保留睑缘动脉弓,眼睑水平切口要距睑缘3mm以上,从而保留桥状睑缘足够的血供。(2)患者病变若为上睑,需将提上睑肌小心分离后,预置3对缝线固定于再造的睑板处,以保证术后提睑功能;同时Ⅱ期剪断滑行瓣时,下睑张力不应太大,应在轮匝肌下和下睑缩肌之间平行分离并松解组织,形成皮肤肌肉瓣,一般可达20mm左右,否则术后会发生下睑退缩。(3)Ⅱ期剪断滑行瓣时,结膜要比睑板多留一点,以防睑缘皮肤内卷刺激角膜。(4)患者病变若为下睑,在Ⅱ期手术剪开睑裂时,要在上睑睑板上缘下切断睑板,而不能在睑板上缘上切断,否则,将会剪断提上睑肌,导致上睑下垂。(5)关于肿瘤切除范围,可采用Mohs冷冻切片法即用甲紫标记肿瘤边缘,根据每个患者的不同情况掌握切缘置于距肿瘤缘3~5mm处^[8-9],标记边缘后进行冰冻切片病理检查,若病理报告显示病灶某一边缘阳性,需切除相应部位组织,再送检,直至切缘阴性。这一方法既能达到肿瘤的完全切除,避免复发,又能最大限度地保留眼睑正常组织,以利眼睑成形术,提高了治愈率。本病最初手术治疗的成功与否,密切关系到预后。我们采用该方法取得满意的疗效,同时这一方法也可用于其他疾病所致的眼睑内层缺损的整复。

总之,眼睑恶性肿瘤应早期发现、早期治疗,根据肿瘤的位置和大小,灵活应用各种手术方法,从而达到既彻底切除肿瘤,又保持良好外观的最佳个性化的眼睑整复成形方案。

[参考文献]

- [1] Liu C H, Ma L. The clinical features and surgical results of malignant eyelid tumors[J]. Chang Gung Med J, 2001, 24: 84-90.
- [2] Zürcher M, Hintschich C R, Garner A, Bunce C, Collin J R. Sebaceous carcinoma of the eyelid: a clinicopathological study [J]. Br J Ophthalmol, 1998, 82: 1049-1055.
- [3] Lisman R D, Jakobiec F A, Small P. Sebaceous carcinoma of the eyelids. The role of adjunctive cryotherapy in the management of conjunctival pagetoid spread [J]. Ophthalmology, 1989, 96: 1021-1026.
- [4] Song A, Carter K D, Syed N A, Song J, Nerad J A. Sebaceous cell carcinoma of the ocular adnexa: clinical presentations, histopathology, and outcomes [J]. Ophthal Plast Reconstr Surg, 2008, 24: 194-200.
- [5] Fernandes B F, Martins C M, Heckler L V, Arthurs B, Codere F, Burnier M N Jr. Sebaceous carcinoma of the eyelid [J]. ANZ J Surg, 2009, 79: 306-307.
- [6] Tyers A G, Collin J R. Colour Atlas of Ophthalmic Plastic Surgery [M]. 3rd Edition. Charlotte: Baker & Taylor Books, 2007: 45.
- [7] O'Donnell B. Squamous cell carcinoma of the eyelids and periorbital areas [J]. Clin Experiment Ophthalmol, 2007, 35: 111-112.
- [8] 朱惠敏, 孙英, 徐乃江. 眼睑恶性肿瘤的临床分析 [J]. 中国实用眼科杂志, 2006, 24: 387-388.
- [9] Sigurdsson H, Agnarsson B A. Basal cell carcinoma of the eyelid. Risk of recurrence according to adequacy of surgical margins [J]. Acta Ophthalmol Scand, 1998, 76: 477-480.

[本文编辑] 贾泽军