

食管癌眼内转移 1 例

李云云, 张敏, 张达清

作者单位: (442700) 中国湖北省丹江口市第一医院五官科
作者简介: 李云云, 女, 学士, 主治医师, 研究方向: 斜弱视、视光学。
通讯作者: 张敏, 女, 副主任医师, 研究方向: 白内障、青光眼。
xueyou1978@163. com
收稿日期: 2010-07-20 修回日期: 2010-11-11

李云云, 张敏, 张达清. 食管癌眼内转移 1 例. 国际眼科杂志 2010;10(12):2409-2410

0 引言

食管癌是我国恶性肿瘤发病率高、死亡率高的疾病之一, 常经淋巴结转移至肝、肺, 眼内转移较少见。恶性肿瘤转移至眼部的常见部位是葡萄膜, 尤其是脉络膜, 虹膜转移癌更少见。我院诊治 1 例食管癌虹膜转移患者, 现报告如下。

1 病例报告

患者, 男, 61 岁, 因“进行性吞咽困难 1mo, 右眼胀痛, 视物模糊 1wk”入院。体格检查: 一般情况好, 营养良好, 胸腹未见明显异常。查食管吞钡示食管中段癌, 胃镜检查示食管中段癌, 慢性糜烂性胃炎(Ⅱ级), 病理活检示鳞状细胞癌。入院请眼科急会诊检查: 远视力, 右眼: 指数/10cm, 左眼 0.8, 眼压: 右眼 41mmHg, 左眼 14mmHg, 右眼球结膜混合充血(+), 角膜雾状水肿, 前房深浅正常, 7:00~11:00 位虹膜表面见灰白色肿物, 上有血管, 边界尚清, 余虹膜纹理不清, 瞳孔欠圆居中, 全周后粘连, 晶状体混浊, 眼底窥不进(图 1, 2)。左眼球未见明显异常, 眼球运动不受限。诊断为: 食管中段鳞状细胞癌; 右眼虹膜新生物待查, 转移灶可能性大; 右眼继发性青光眼、白内障。速给予甘露醇, 噻吗心安, 沐欣, 派立明降眼压后, 症状缓解。2wk 后查远视力, 右眼 0.5, 左眼 1.0, 眼压右眼 13mmHg, 左眼 19mmHg。眼眶 CT 平扫未见明显异常, 眼 B 超示晶状体回声正常, 无脱位, 玻璃体中后段大量混浊, 视网膜未见明显占位病变, 未见视网膜脱离, 未见肿块。眼前节照相如图 1。UBM 检查如图 2。经积极术前准备, 于全身麻醉下行食管癌根治术, 联合右眼虹膜新生物切除术。术中见虹膜肿块直径约 5mm, 表面不光滑, 呈颗粒状, 无明显包膜, 质脆, 易出血, 肿块与虹膜紧密相贴, 给予完整切除肿块, 送快速病理组织学检查, 示右眼虹膜上皮源性恶性肿瘤。经患者家属同意行右眼球摘除术, 术中剪断右眼球视神经约 4mm, 术后再送病检示右虹膜黏液表皮样癌Ⅱ级(图 3), 视神经断端及眼球内未见癌浸润现象。食管切除物病检见图 4。

2 讨论

眼转移性肿瘤的原发部位比较广泛, 几乎所有部位的恶性肿瘤都有转移至眼部的可能, 乳腺癌、肺癌和消化道癌是常见的原发肿瘤部位。眼眶和眼球内组织缺乏淋巴管, 体内其他部位或器官的恶性肿瘤往往经血行扩散转移至眶内软组织和葡萄膜。但恶性肿瘤向眼内转移较少, 因

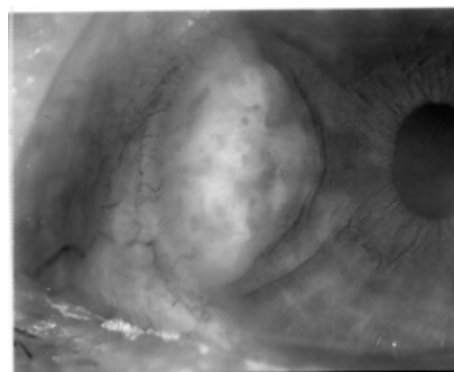


图 1 眼前节照相见右眼颞侧虹膜肿瘤。

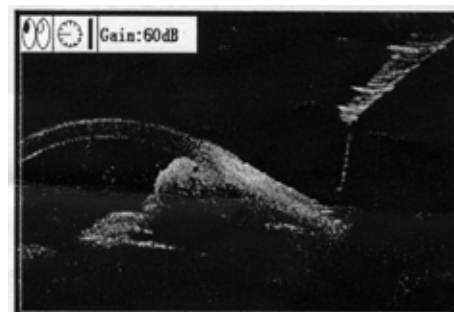


图 2 超声生物显微镜(UBM)检查示颞侧前房角变钝, 可见占位病变。

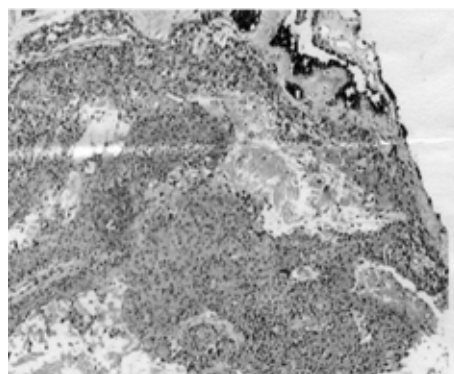


图 3 常规病检示(右)虹膜黏液表皮样癌Ⅱ级。

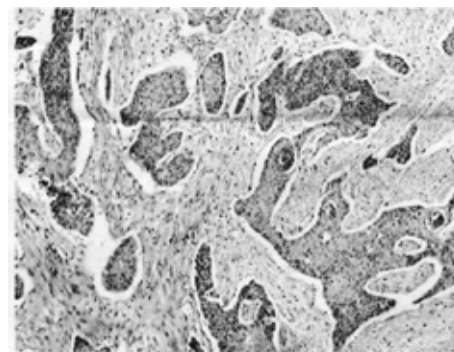


图 4 常规病检示(食管中下段)高-中分化鳞状细胞癌并侵及食管壁深肌层。

为眼动脉从颈内动脉分出时成直角, 减少了血流中的肿瘤细胞进入眼内的机会。肿瘤细胞进入眼内的途径, 通常是沿着睫状后动脉到达脉络膜^[1], 脉络膜主要由睫状后短动脉 20 多支供应, 虹膜睫状体主要由睫状后长动脉的 2 支和睫状前动脉的 5 支供应, 后短睫状动脉的管腔亦大于后

长睫状动脉及睫状前动脉,所以转移癌绝大多数位于脉络膜,虹膜睫状体罕有发生,两者之比为9:1。又因左侧颈总动脉直接和主动脉连接,右侧颈总动脉由无名动脉分支而来,癌细胞栓子进入左眼的机会较多,故左眼发生率高于右眼,约80%的病例单眼受累^[2]。当虹膜肿物内血管较多时为肉红色,当肿物内血管较少时为白色。虹膜转移癌的临床表现多种多样,常表现为视力下降、眼痛、眼胀、复视、眼球突出、眶周肿胀和(或)肿块。查体见虹膜或前房角表面有灰白色结节状的胶状病变,前房积血,前房积脓,虹膜萎缩,前葡萄膜炎,继发性青光眼,视乳头水肿等,往往病情发展迅速,肿瘤生长快,疾病较明显。本例系肿瘤组织阻塞前房角,引起房水排出受阻,导致继发性青光眼,出现右眼发红、胀痛、畏光、流泪、视力下降才到医院就

诊。其肿瘤大,且食管癌转移至虹膜者临床罕见,提示我们临床医师在临床工作中发现眼部肿块要引起注意,全面认真地检查专科及全身病变,避免误诊,漏诊。临床诊治手段也在日益前进中,摘除眼球将不再是治疗眼部恶性肿瘤的唯一方法,甚至未必是首选方法。各种保留眼球的治疗方法(激光、光动力学、冷冻、温热、放射性同位素巩膜板局部敷贴、脉络膜肿物局部切除等)已广泛应用于临床^[1]。这不仅保存生命,而且保存了眼球与视力,提高了生存质量,显示了令人鼓舞的前景。

参考文献

- 1 葛坚,崔浩. 眼科学. 北京:人民卫生出版社 2004:271-278
- 2 黄叔仁,张晓锋,魏文斌. 眼底病诊断与治疗. 北京:人民卫生出版社 2003:291-293