

刺激致伤口内肉芽增生而影响手术效果;术后3个月时,吻合口已完全愈合,瘢痕稳定,拔管后不会因瘢痕挛缩使泪小管狭窄或闭塞。为了巩固疗效,拔管后仍然需要必要的巩固治疗,因为留置管拔除后吻合处仍有可能发生粘连,拔管2周内隔1~2日用地塞米松、生理盐水液冲洗,每一次冲洗术毕泪道内可留置典必殊眼膏或眼用黏弹剂,可促进泪小管粘膜恢复,减轻水肿,减少粘连及狭窄,提高和巩固泪小管吻合术的治疗效果。

参考文献

- 1 Dortzbach RK, Angrist RA. Silicone intubation for lacerated lacrimal canaliculi. *Ophthalmic Surg*, 1999,16:639-642.
- 2 Drnovsek-Olup B, Beltran M. Trauma of the lacrimal drainage system: retrospective study of 32 patients. *Croat Med J*, 2004,45(3): 292-294.
- 3 潘晓晶, 祝海, 赵桂秋. 泪小管断裂吻合术后三种硅管留置方式的比较. *中国实用眼科杂志*, 2005,23(12)1302-1303.
- 4 毛俊峰, 许雪亮, 刘双珍等. 泪小管吻合术中植入泪道义管的临床分析. *国际眼科杂志*, 2006,6(4)929-930.
- 5 贾卉, 马灵军, 刘静等. 222例泪小管断裂吻合术临床分析. *中国实用眼科杂志*, 2003,21(6)460-461.

(收稿时间 2007-01)

• 病例报告 •

虹膜恶性黑色素瘤一例

张萌 管永清

恶性黑色素瘤(malignant melanoma)是一种恶性程度极高的黑色素细胞肿瘤。19世纪初由Carrswell首先命名。1951年国内首次报道。恶性黑色素瘤大多发生在皮肤,如躯干、头颈、手背、下肢等部位,也可发生于皮肤以外的粘膜、脑膜、脉络膜、腮腺、呼吸道、胃肠道等。多见于中老年人,其好发年龄为50岁~90岁,亦可见于儿童。恶性黑色素瘤在眼部最常发生于脉络膜(85%),9%发生于睫状体,只有大约6%发生于虹膜^[1]。本院曾遇1例虹膜恶性黑色素瘤,现报告如下。

患者男60岁,主因左眼间断红、疼1周就诊。患者1周前左眼出现红、疼,视力无明显下降,曾用抗生素眼水,未见好转。8月前患者曾患右肺小细胞肺癌,纵隔淋巴结转移,行放射治疗。入院查体:体温36.2℃,呼吸21次/分,脉搏88次/分;浅表淋巴结无肿大;心界不大,听诊无异常;右上肺扣浊实音,呼吸音低,右中下肺及左肺呼吸音清,均未闻及明显干湿啰音。CT示右肺放疗后改变,伴右肺放射性肺炎;肝、脾无增大;全身骨显像未见明显异常,头颅平扫未见异常。右眼视力0.8,左眼0.6。左眼结膜充血,角膜清,虹膜7点~11点处可见一圆形褐色肿物,大小约0.8cm×0.5cm×0.5cm,向前生长并突向前房,鼻侧前房变浅,瞳孔不圆,呈“D”形,对光反射存在。前房可见浮游物,晶体稍向后移位,眼底未见异常。右眼外观及眼底未见异常。眼压:右眼16.7mmHg,左眼14.0mmHg。左眼A超B超示:左眼环完整,虹膜近中央部密度较高,晶体后囊波可见。初步诊断:左眼虹膜肿物(转移癌?)。于2007年4月14日局麻下行左眼虹膜肿物切除术,术中发现肿物未侵及晶体。肿物切除后肉眼检查见肿物呈黑色,大小为8mm×6mm×6mm,表面光滑,质实,中等硬度,表面无新生血管。术后病理回报:虹膜恶性黑色素瘤。建议行左眼摘除术,家属拒绝,要求保守治疗。术后左眼视力0.3,瞳孔不圆,鼻侧虹膜扇形缺损。术后患者一般情况良好,术后7天出院,门诊观察。

讨论 恶性黑色素瘤的病因不明,发病危险因素包括遗传、环境、外伤以及年龄等。外伤包括创伤、不当手术、烧灼、腐蚀、激光、摩擦等。长时间紫外线过度照射被认为是最重要原因。年龄越大,发病率越高。黑色素瘤起源于神经外胚叶,常伴有p16基因缺失或突变。虹膜恶性黑色素瘤早期在基膜内生长,症状隐蔽,不易诊断。随着病程进展,肿瘤向眼外扩散并全身转移^[2]。诊断应详问病史。并借助虹膜荧光血管造影、B超等辅助检查,虹膜恶性黑色素瘤的最终确诊有赖术后病理检查。本病在临床上主要分为局灶性和

弥漫性。局灶性者肿瘤境界清楚,周围可有卫星灶,若伴发睫状体黑色素瘤,早期即形成环状黑色素瘤。弥漫性者由于色素瘤细胞广泛性和进行性地侵犯虹膜间质,虹膜不规则增厚,早期诊断较难。按细胞分类分4类:①梭形细胞型,②上皮样细胞型,③混合型,为前述2种混合,④坏死型,以坏死为主。病理均为恶性黑色素瘤细胞组成,黑色素分布不均,可局限结节状和不规则弥漫性生长。虹膜恶性黑色素瘤应与虹膜囊肿、平滑肌瘤、血管瘤、转移癌、结核等鉴别。虹膜恶性黑色素瘤应用虹膜荧光血管造影早期可见异常肿瘤血管网,肿瘤内及其周围的强荧光,甚至在远离肿物部位出现异常染料渗漏,尤其是瞳孔缘^[3-4],对本病的治疗常用包括肿瘤在内的虹膜或虹膜睫状体的局部切除。1/3以上的睫状体和房角受累者,是局部切除术的禁忌证。当肿瘤不断增长累及虹膜至少1/4范围且有药物无法控制的青光眼时,可选择眼球摘除术^[5]。眼球摘除术目前仍然是国内最常选择的治疗恶性黑色素瘤的方法。当肿瘤已侵犯巩膜致眶内蔓延者,则考虑眶内容物切除术。术后亦应密切观察,定期进行全身检查和眼部检查,除外眼部复发和全身转移。该病预后一般较葡萄膜其它部位的恶性黑色素瘤为好。有学者报道虹膜黑色素瘤患者的病死率为4%。决定预后的主要因素是病理分型及有无并发症。梭形细胞型预后较好,细胞分化程度低的上皮样细胞型易全身转移,预后较差。此外肿瘤大小、肿瘤位置、切缘是否有肿瘤细胞残留等因素也影响着预后。Shields等^[6]报道累及<1/3象限的睫状体黑色素瘤伴虹膜侵犯者中,40%术后最终视力≥0.6,16%~19%的睫状体黑色素瘤伴脉络膜侵犯者,最终视力≥0.6。对于发现恶性黑色素瘤时已有全身转移者,即使眼球摘除后也不一定能减少转移机率。

参考文献

- 1 Tong KA, Osborn AG, Mamalis N, et al. Ocular melanoma. *AJNR*, 1993,14:1359.
- 2 兰宝森. 中华影像医学(头颈部卷). 北京:人民卫生出版社, 2002,62-65.
- 3 Brancato R, Bandello F, Lattanzio R. Iris fluorescein angiography in clinical practice. *Surv Ophthalmol*, 1997,42:41-70.
- 4 Bandello F, Brancato R, Lattanzio R, et al. Biomicroscopy and fluorescein angiography of pigmented iris tumors. A retrospective study on 44 cases. *Int Ophthalmol*, 1994,18:61-70.
- 5 严晓利. 虹膜恶性黑色素瘤继发生血管性青光眼一例. *眼科研究*, 1998,16(2),95.
- 6 Shields JA, Shields CJ, Shan P, et al. Partial lamellar sclerouvectomy for ciliary body and choroidal tumors. *Ophthalmology*, 1991, 98: 971-983.

(收稿时间 2007-05)