

A N N A L E S
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA

VOL. II, 3.

SECTIO D

1947

Z Zakładu Anatomii Patologicznej Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie

Kierownik: Prof. Dr St. Mahrburg

I z Kliniki Okulistycznej Uniwersytetu M. C. S. w Lublinie

Kierownik: Zast. Prof. Dr M. Jasiński

T a d e u s z K R W A W I C Z

**Przypadek epithelioma intraepitheliale corneae
(Choroba Bowena)**

A case of Bowens disease of the cornea

Ostatnio mieliśmy sposobność zaobserwowania bardziej osobliwego przypadku, który dopiero na podstawie badania histopatologicznego mogliśmy rozpoznać jako epithelioma intraepitheliale corneae.

P. M., kobieta lat około 57. (hist. chor. 1344/VII) zauważyła od roku prawie narośl początkowo na rogówce po stronie skroniowej oka lewego, która po pewnym czasie zaczęła rozprzestrzeniać się na zewnątrz. Oko przez cały ten okres czasu bez większego zadrażnienia, niebolesne, popogorszenia bystrości wzroku nie zauważyła. Przedtym nigdy na oczy nie chorowała jedynie przed około dwoma laty doznała urazu oka lewego od odprysniętego tynku. Wówczas przez około 7 dni oko było zadrażnione po czym wszelkie objawy zadrażnienia ustąpiły samoistnie. Bystrość wzroku na tym oku nie uległa wówczas obniżeniu.

Oko prawe: Bez chorobowych zmian.

V.O.D. = 1.0, Sn. c + 3.0 Dsph. = 0.5.

Oko lewe: Powieki i drogi łzowe bez chorobowych zmian. Na spojówce gałki dołem zewnątrz lekki nastrzyk wycinkowy. Na rogówce w pobliżu rąbka widoczne trzy mięsiste różowe narośla przekraczające rąbek na od 1 do 2.5 mm od godz. 2-jej do 6-jej. Narośla te rozprzestrzeniają się na zewnątrz w postaci guzkowatych zgrupowań na przestrzeni około 10 mm. Masy te są dość elastyczne i lekko przesuwalne. Są one dość obficie unaczynione a niektóre naczyńia rozszerzone mają przebieg wężykowaty. Vide ryc. 1.

Czucie rogówki wyraźnie obniżone. Dalsza część rogówki przejrzysta. Przednia komora prawidłowo głęboka. Tęczówka o utkaniu prawidłowym. Źrenica miernie szeroka reaguje na światło prawidłowo. Dalsze ośrodki łamiące przejrzyste.

Dno oka prześwieca prawidłowo.

V. O. S. = 1.0 Sn. c + 3.0 Dsph. = 0.5

Gruzoł przyuszny i gruczoły szyjne nie macalne

Ogólne badanie fizykalne negatywne.

Badanie krwi na O. W. negatywne.

Rtg klatki piersiowej zmian swoistych w płucach nie wykazuje.

Na skórze nie widać jakichkolwiek objawów zrogowacenia poarsenowego (*keratosis arsenicalis*). Z wywiadu również brak danych do podejrzeń w tym kierunku.



Rys. 1.

Widoczne mięsiste różowe narośla przekraczające rąbek rogówki i rozprzestrzeniające się na zewnątrz.

Powierzchnia rogówki jest pokryta warstwami nieregularnej grubości proliferującego nabłonka. Powierzchnowe komórki wykazują zrogowacenia w wielu miejscach. Komórki warstw głębszych są nieregularne co do rozmiaru, kształtu, układu i barwności. Widoczne liczne podziały jąder. Wakuolizacja w zarodzie czasami całkowita. Komórki wielojądrowe. Obecne komórki olbrzymie (kępkowe Bowena).

Zaznacza się żywy rozrost elementów nabłonkowych od podstawy w kierunku powierzchni. Rozrastające się komórki nabłonka nie przekraczają w żadnym miejscu błony podstawowej. W podścielisku błony podstawowej duża ilość limfocytów, jako wyraz reakcji podrażnieniowej w warstwach podścieliskowych.

Epithelioma intraepitheliale corneae opisał poraz pierwszy Bowen (1912) jako nową jednostkę chorobową dotyczącą rozrostowego bujania nabłonka wielowarstwowego płaskiego w skórze. Jessner w roku 1921

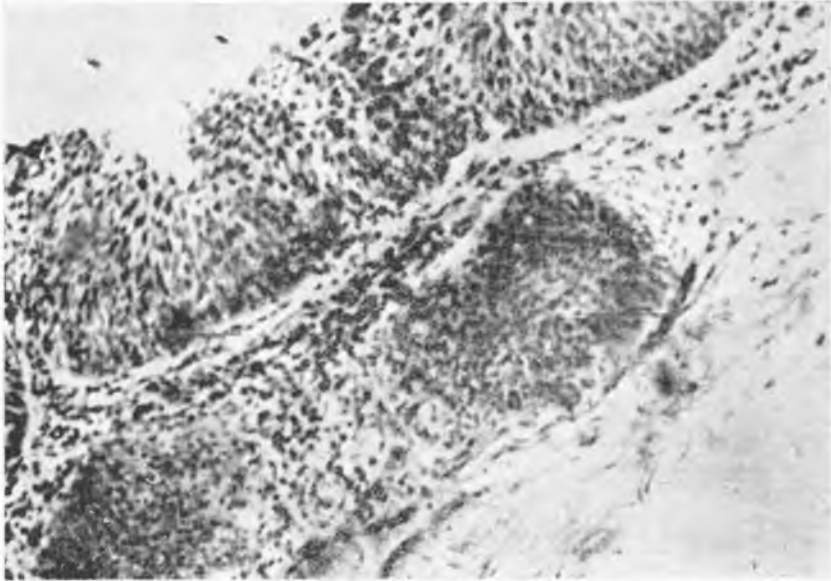
Traktując sprawę jako fibroepithelioma, usunęliśmy guz w znieczuleniu miejscowym z rogówki przy zastosowaniu częściowej keratektomii, jak również i z twardówki pokrywając ubytek przesuniętą spojówką.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Dopiero badanie histopatologiczne naprowadziło nas na właściwe rozpoznanie i upewniło, że w tym przypadku mamy do czynienia z epithelioma intraepitheliale corneae Bowena.

Na preparacie mikroskopowym nawarstwienia nabłonka są wytworzone przez nieregularne komórki, które wykazują pewne dyskeratocyczne odmiany.

opisuje pierwszy przypadek choroby Bowena dotyczący błony śluzowej. Różne postaci tego schorzenia zarówno występujące w skórze jak i w błonach śluzowych, mogą zdaniem powyższych autorów być klinicznie tylko podejrzewane. Dokładne stwierdzenie możliwe jest tylko histopatologicznie.



Rys. 2

Mikroskopowy obraz przypadku choroby Bowena rogówki. Komórki nabłonka wielowarstwowego płaskiego w stanie żywego rozrostu. Brak przekraczania mas przez błonę podstawową. Zaznacza się ostre odgraniczenie od podścieliska w którym widoczne obfite skupienia komórek limfoidalnych.

Sprawa występuje zarówno często u kobiet jak i u mężczyzn przeważnie w starszym wieku. Znany jest zaledwie jeden przypadek u kobiety 25 letniej. Choroba ma charakter wybitnie przewlekły. W niektórych przypadkach rozprzestrzenianie się sprawy rozrostowej było nieznaczne lub nawet zupełnie niewidoczne w przeciągu lat trzydziestu (G. W i s e 1943). Jednakowoż nowotwór zasadniczo dobrotliwy może po pewnym czasie przyjąć charakter złośliwy przez bujanie nowotworowe. Charakterystycznym najbardziej dla epithelioma intraepitheliale jest zupełny brak tendencji do przekraczania błon podstawowych.

W rogówce po raz pierwszy opisał tę jednostkę chorobową Mc. G a v i k (1942). Z pięciu opisanych przypadków w trzech rozwój choroby Bowena poprzedzał uraz lub sprawa zapalna. Mc. G a v i k (l. c.) jest również tego samego zdania co B o w e n (l. c.) i J e s s n e r (l. c.), że klinicznie rozpoznanie możemy tylko podejrzewać, a właściwe rozpoznanie

musi być oparte na badaniu histopatologicznym. Mc. G a v i k (l. c.) zwraca uwagę na konieczność doszczętnego usunięcia miejsca rozrostu nowotworu z oka w granicach jak tylko najbardziej jest to możliwe. G. W i s e (l. c.) opisuje 6-ty przypadek tego schorzenia dotyczący rogówki.

W naszym przypadku możnaby dopatrywać się również pewnego związku między powstaniem choroby B o w e n a a urazem. Przypadek powyższy opisujemy z uwagi na stosunkowo rzadkie spostrzeżenie tej jednostki chorobowej, a szczególnie jej postaci rogówkowej.

PIŚMIENNICTWO

- 1) Bowen J.: Journ. Cutan. Dis. 1912, v 30, May, pp. 241 — 255.
 - 2) Darier J.: Ann. de Dermat. et Syph. 1920, v. pp. 49 — 62;
 - 3) Mc. Gavig J. S.: Amer. Journ. Ophth. 1942, v. 25. pp. 167 — 177.
 - 4) Wise M. D.: Amer. Journ. Ophth. 1943, v. 26. pp. 167 — 170.
-

S U M M A R Y

The author reports a case of Bowen disease of the cornea. Clinically the diagnosis was only suspected. Microscopic section: the superficial cells were cornified, many cells showed vacuolisation of the cytoplasm, single giant cells of Bowen were seen. The basement membrane was not invaded.
