

# 对口腔扁平苔藓的一些组织学变异的探讨

李汝瑶<sup>1,①</sup> BG Radden<sup>2</sup>

(1 中山医科大学口腔系病理教研室; 广州, 510089 2 墨尔本大学牙医系)

**提 要** 对267例口腔扁平苔藓等病例作光镜下病理变化观察,结合运用免疫荧光检查,对一些与WHO口腔扁平苔藓诊断标准不完全相符的病理表现作了分析,结果表明上皮下出现炎症细胞灶状,血管周或弥漫性浸润等改变的病例中部分是口腔扁平苔藓,提示不能仅根据这些改变就排除口腔扁平苔藓的诊断,应结合免疫荧光检查作进一步确诊。

**主题词** 扁平苔藓/病理学; 荧光抗体技术; 扁平苔藓/诊断

**中图分类号** R 780.2

口腔扁平苔藓的病理学表现一直被认为已成定论,其中有些病理改变被认为是特征性的,乃至在病理诊断中不可缺少的,如基底细胞液化变性和固有层淋巴细胞带状浸润等<sup>[1]</sup>。但是,亦有这样一些病例,其主要病理变化与传统的扁平苔藓的诊断标准相符,而粘膜下炎症细胞浸润的情况与慢性盘状红斑狼疮等口腔粘膜病变非常相似,即所谓病理变化的重叠现象<sup>[2~4]</sup>,这类病变是否应排除口腔扁平苔藓,或继续考虑扁平苔藓,有一定的困难。本研究通过对267例口腔扁平苔藓等病变的光镜下病理改变的观察分析,结合直接免疫荧光观察的结果,对扁平苔藓的这些不典型的组织学变化作了探讨。

## 1 材料和方法

### 1.1 标本来源及制备

本项研究的267个病例,临床资料均由墨尔本大学牙科系病理科提供。每个病例的活检标本取一半组织用福尔马林固定,石蜡包埋后切片,常规HE染色后光镜观察。每个标本剩余的一半组织作冰冻切片后作直接免疫荧光技术处理。采用羊抗人IgG, IgA, IgM抗体, C<sub>3</sub>和抗纤维蛋白的抗体Meloy,基本上按照Deniels等介绍的方法<sup>[5]</sup>。然后,用荧光显微镜观察。扁平苔藓直接免疫荧光检查的诊断是根据基底膜处纤维素沉积的形态,此点被确定为口腔扁平苔藓的免疫学诊断标准<sup>[5,6]</sup>。

### 1.2 病理镜下分组

光镜下,根据上皮皮下淋巴细胞的浸润情况,将其

分为3个组。第1组:淋巴细胞除见于固有层外,分布在血管周或呈灶状浸润;第2组:淋巴细胞在固有层或固有层下方弥漫性浸润;第3组:淋巴细胞仅在固有层呈带状浸润。

## 2 结 果

### 2.1 病理变化

将267个病例依病理分为以上3组,每组随机选出10例,各组光镜下病理改变见表1。

表1 各组的光镜下病理变化 n/例

部 位	病理变化	n/例		
		第1组 (n=10)	第2组 (n=10)	第3组 (n=10)
上皮表层	正角化	1	2	0
	不全角化	9	8	10
基底细胞层	液化变性	9	9	10
	固有层炎症细胞	9	0	10
固有层下方	带状浸润	9	0	10
	弥漫性浸润	0	8	0
炎症细胞	血管周浸润	6	0	0
	弥漫性浸润	0	6	0
	灶性浸润	4	0	0

### 2.2 直接免疫荧光检查(DIF)结果

这3组病例的直接免疫荧光检查结果显示,除了第3组有8例DIF证实为扁平苔藓外,第1和第2组分别有8例和5例被证实为扁平苔藓,见表2。本实验所采用的免疫荧光诊断标准主要根据上皮基底膜区免疫荧光复合物的形成及其形态<sup>[5,6]</sup>;扁平苔藓可见上皮基底膜区纤维蛋白原沉积呈连续的免疫荧光带,

① 第一作者,1956年出生,男,讲师

有大量不规则突起朝向固有层(图1),IgG,IgA,IgM抗体无荧光带形成。盘状红斑狼疮则可见上皮基底膜区的纤维蛋白原沉积荧光带呈颗粒状,IgG,IgA,IgM抗体,C',有荧光带形成。

表2 病理与直接免疫荧光检查(DIF)结果 n/例

	第1组		第2组		第3组	
	病理	DIF	病理	DIF	病理	DIF
扁平苔藓	8	8	5	4	9	8
盘状红斑狼疮				1		
苔藓样反应	1		3			
未确诊	1	2	2	5	1	2



图1 DIF示扁平苔藓基底膜

### 3 讨论

本项研究中,第1组和第2组病例的病理改变,除固有层下方的炎症细胞浸润外,基本符合口腔扁平苔藓的病理诊断标准,第1组病例的固有层下方炎症细胞灶状浸润及血管周浸润,以及第2组的固有层及固有层下方炎症细胞弥漫性浸润按严格标准不支持口腔扁平苔藓的诊断,第3组病例的病理变化则完全符合WHO的口腔扁平苔藓的病理诊断标准。

DIF目前被认为是诊断口腔扁平苔藓的重要辅助方法,上皮基底膜区的纤维素沉积形态(连续的免疫荧光带,并有大量不规则突起朝向固有层)是口腔扁平苔藓的特异性改变,完全可作为口腔扁平苔藓的诊断标准<sup>[5,6]</sup>。本研究亦以基底膜区的纤维素沉

积特征作为重要的诊断依据。

第1组和第2组病例中除了有些DIF表现不典型无诊断意义外,分别有8例和4例被DIF证实为口腔扁平苔藓,表明固有层下方有炎症细胞浸润(灶状,血管周或弥漫性浸润)时并不能完全排除口腔扁平苔藓的诊断。病理变化完全符合WHO口腔扁平苔藓诊断标准的第3组,10例中8例被DIF证实为口腔扁平苔藓(2例反应不典型),进一步说明DIF作为诊断口腔扁平苔藓的重要辅助方法是可靠的,至于固有层下方炎症细胞浸润的意义至今未明确,是否说明固有层下方存在某些尚未明了的免疫机制或反映口腔扁平苔藓病变进程中的某个阶段,在这个阶段中病理形态不典型,这些有待进一步研究探讨。

### 参 考 文 献

- 1 WHO Collaborating Center for Oral Precancerous Lesions. Definitions of leukoplakia and related lesions: an aid to studies on oral precancer. *Oral Surg*, 1978, 46:518
- 2 Scully C, El-Kom M. Lichen planus: review and update on pathogenesis. *J Oral Path*, 1985, 14: 431
- 3 Schiodt M. Oral manifestations of lupus erythematosus. *Int J Oral Surg*, 1984, 13:107
- 4 Jamison TH, Cooper NM, Epstein WV. Lichen planus and discoid lupus erythematosus: overlap syndrome associated with cryoglobulinemia and hypocomplementemia. *Arch Dermatol*, 1978, 114: 1039
- 5 Deniels TE, Quadra-White C. Direct immunofluorescence in oral mucosal diseases, a diagnostic analysis of 130 cases. *Oral Surg*, 1981, 51:38
- 6 Kipli AM, Rich AM, Radden BG. Direct immunofluorescence in the diagnosis of oral mucosal diseases. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 1988, 17:6

(1995-05-05收稿 1995-07-05修回)

