论著

文章编号:1000-5404(2006)19-1992-02

肢端恶性黑素瘤局部切除疗效观察

张宝军[1],叶庆佾[1],邓 军[1],郝 飞[1],郝 进[1],胡嘉念[2] (第三军医大学西南医院:[1]皮肤科,重庆市皮肤性病研究所,[2]全军烧伤研究所,创伤、烧伤与复合伤国家重点实验室,重庆 400038)

提 要:目的 观察21例肢端恶性黑素瘤(acral malignant melanoma, AMM)局部切除后疗效。**方法** 7例切除后直接缝合;13例较大损害,切除后植皮,切除范围距病灶0.5~3 cm;1例甲周损害截趾。**结果** 病理肢端原位黑素瘤8例全部存活;侵袭性黑素瘤13例,存活11例,死亡2例,5~11年存活率84.6%。**结论** 肢端恶性黑素瘤(AMM)依据损害形态,初步确定是原位或侵袭性,再确定切除范围,侵袭性恶性黑素瘤(MM)术后5~11年存活率为84.6%;原位恶性黑素瘤术后存活率100%。

关键词:肢端恶性黑素瘤;手术

中图法分类号:R730.56;R739.5;R739.96 **文献标识码**:A

Therapeutic effect of local resection for acral malignant melanoma

ZHANG Bao-jun[1], YE Qing-yi[1], DENG Jun[1], HAO Fei[1], HAO Jin[1], HU Jia-nian[2] ([1]Department of Dermatology, [2]State Key Laboratory of Trauma, Burns and Combined Injury, Institute of Burns, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing 400038, China)

Abstract: Objective To observe the curative effects of local excision on malignant melanoma arising from foot. Methods In 21 cases of acral malignant melanoma, 7 cases of minor damage were dealt with interrupted suture directly after excision, 13 cases of comparatively large damage were treated with skin grafting after excision, one case underwent toe amputation because of periungual lesions. Results Eight cases of acral malignant melanoma in situ survived. Eleven among 13 cases of invasive acral malignant melanoma survived and 2 died, with a survival rate of 84.6% within 5 to 11 years. Conclusion The nature of melanoma was first decided, then the resection margin was determined. Our practice shows the survival rate within 5 – 11 years from invasive malignant melanoma is 84.6% and the survival rate from malignant melanoma *in situ* is 100%.

Key words: acral malignant melanoma; operation

恶性黑素瘤(malignant melanoma, MM)占皮肤恶性肿瘤的第3位。我国MM多发于下肢特别是足部,以往称肢端雀斑样黑素瘤,现主张采用肢端黑素瘤的命名;由于其恶性程度高,故过去对足部MM处理多主张广泛切除或截肢。我科近10年来对无转移的足部MM采取局部切除,取得了良好效果,现将得到随访的21例患者的临床治疗经过和疗效报告如下。

1 材料与方法

1.1 临床资料

选取本科收治的21例MM患者,其中男性12例,女性9例,男:女为13:1。年龄25~80岁,平均54.8岁。病程8个月至18年,平均4.3年,6例损害有切剜或针挑破病史。部位:足趾2例,足内、外缘6例,足底13例。损害最小为1例足趾甲根处0.3 cm×0.5 cm损害,最大为2.5 cm×5 cm。8例损害为不规则褐黑色斑片;13例为不规则黑色斑块,损害中央部分隆起,其中6例有溃破出血或结痂,仅1例损害溃破、结痂者有腹股沟淋巴结肿大。

1.2 手术方法

切除后直接缝合,7例均为较小损害,且非足部着力点,切除范围为距MM边缘0.5~1 cm,沿损害长轴做梭形切口切除损害后,两侧皮肤向周围剥离约1 cm,对拢缝合,2周后拆线。切除后游离皮片植皮,13例,切除范围为距边缘1~3 cm。其中全厚皮片5例,系损害位于足跟或足跖前部着力点,供皮区为腹股沟;将皮损切除后,再取腹股沟适当大小皮片,尽量剪去皮下脂肪,移植患处,缝合固定,加压包扎,供皮区直接缝合。中厚皮片8例,系损害位于足弓或足内外缘,供皮区为股部;将皮损切除后,用取皮刀切取皮片,修剪成适当大小,移植患处,缝合固定,加压包扎。1例拇趾趾甲内缘损害,表面有溃破,做截趾术。

1.3 术中及术后注意事项

术中尽量防止肿瘤种植转移,切除病损后,另换一套器械作皮片移植。损害切除深度一般达皮下组织。术后卧床,足抬

作者简介:张宝军(1973-),男,天津市人,硕士,主治医师,主要从事临床皮肤病学方面的研究。电话:(023)68772789

通讯作者:叶庆佾,电话:(023)68754991

收稿日期:2005-10-15;修回日期:2006-05-27

高，凡作植皮者，3 周后拆线。下床时植皮处勿着力，以免皮片挤压移动脱落。

2　结果

2.1　伤口愈合情况

直接缝合者，切口均一期愈合，游离皮片移植者，皮片全部存活。

2.2　病理检查

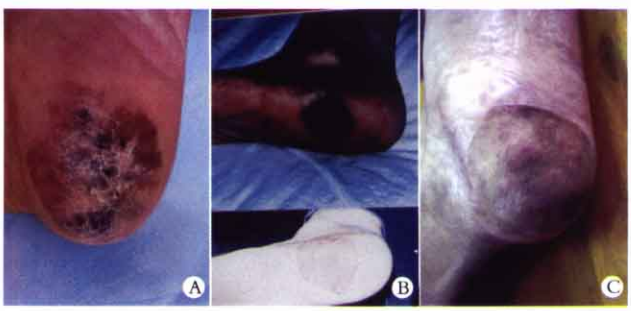
21 例损害中 8 例为肢端原位黑素瘤，属 Clark Ⅰ级（pTis）；13 例为肢端侵袭性黑素瘤，其中Ⅱ级（pT1）6 例，Ⅲ级 2 例（pT2），Ⅳ级（pT3）5 例。

2.3　术后处理

7 例损害明显隆起或有溃破患者术后给予 CCNU ~ 150 mg，每 6 周口服 1 次，共 4 ~ 6 次。4 例术后给予干扰素（重组 α-2b 干扰素）300 万单位肌注，每周 2 ~ 3 次，共 10 ~ 20 次，3 例同时用 CCNU 和干扰素。

2.4　随访

21 例患者经通信或门诊复查，随访时间 2 ~ 12 年，其中随访 2 ~ 4 年半 10 例，死亡 1 例系 54 岁女性，左足跟有 2 cm × 3 cm斑块，中央隆起溃破，距边缘 3 cm 切除，病理Ⅳ期，术后 CCNU 口服 3 次，于术后 4 年半局部复发，2 个月后死亡。随访 5 ~ 12 年 11 例，死亡 1 例，系足底前部 4 cm × 4 cm 黑色结节，表面溃破、结痂，距边缘 3 cm 切除植皮，病理Ⅳ期；术后第 6 年复发，3 个月后死亡。手术效果：病理为肢端原位黑素瘤 8 例全部存活，肢端侵袭性黑素瘤 13 例，死亡 2 例，存活率 84.6%。见图 1。



A：术前；B：术后 3 周；C：术后 2 年

图 1　肢端恶性黑素瘤手术前后比较

3　讨论

MM 发病率及发病部位与种族有明显关系，白种人发病率较高，且好发于面部及躯干。我国 MM 多发于足部，为肢端黑素瘤，由于部位隐蔽，不易早期发现；且有些患者由于误诊切剜过，就诊时往往损害已较大或已有溃破甚至转移，传统的治疗多采用广泛切除（距边缘 5 cm，深度达筋膜层）[1] 或截肢，这势必给患者造成极大精神创伤和功能障碍。本组病例中有 6 例在原诊断医院嘱作截肢，遭到拒绝转来我院。一般认为肢端黑素瘤原位生长的时间较短，很快发生侵袭性生长，故预后较差，但本组有 3 例病程超过 10 年，平均病程 4.3 年。

目前认为 MM 5 年生存率主要与肿瘤厚度有关，对 MM 手术切除范围主张根据损害的厚度来确定，有的学者提出厚度在 2 mm 以内，切除肿瘤边缘 1 cm 即可[2]。Ringborg 等[3] 提出对厚度在 0.8 ~ 2 mm 的皮肤 MM，切除边缘为 2 cm；Balch 等[4] 提出对厚度 1 ~ 4 mm 的 MM，切除边缘为 2 cm。但由于 MM 的恶性程度高，一般不宜先做活检确定损害厚度，再决定手术切除范围，故只能依据临床表现来大致定位为原位或侵袭性黑素瘤，再确定切除范围。我们观察肢端原位黑素瘤表现为边缘不规则淡褐色或褐黑色斑片，表面平坦，颜色深浅不均匀；此种损害厚度在 1 mm 以内，故切除肿瘤边缘 0.5 ~ 1 cm 即可。而肢端侵袭性黑素瘤除损害通常比原位者大，且颜色常为黑褐色，表面有部分隆起，或有溃破、出血、结痂，对此种损害，我们切除范围为 2 ~ 3 cm。切口距离确定后，即可依据损害部位和大小，决定采用病损切除后直接缝合或游离植皮。切除的深度，原位者切除全部真皮以上组织或包括少许皮下脂肪组织；隆起损害及有破溃者，除足底着力部位要保留部分脂肪垫外，均连大部或全部皮下组织切除。

本研究病例术后随访肢端原位黑素瘤 8 例全部存活；肢端侵袭性黑素瘤 13 例，存活 11 例，死亡 2 例，均为损害表面溃破，病理为Ⅳ期。5 ~ 11 年存活率 84.6%，国外报道 Clark Ⅲ级和Ⅳ的侵袭性黑素瘤的存活率为 66% ~ 90%[5]，本研究病例的存活率与国外报道结果相近，至于术后用化疗药物或干扰素对预后有何影响，尚待进一步观察。

参考文献：

[1] FREEBERG I M, EISEN A Z, WOLFF K K, *et al*. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine[M]. 5th ed. New York: Mc Graw-Hill, 1999: 1105 - 1112.

[2] KARAKOUSIS C P. The case for wide local excision and regional node dissection for high-risk cutaneous melanoma[J]. Curr Opin Gen Surg, 1993, 42(3): 303 - 309.

[3] RINGBORG U, ANDERSSON R, ELDH J, *et al*. Resection margins of 2 versus 5 cm for cutaneous malignant melanoma with a tumor thickness of 0.8 to 2.0 mm: randomized study by the Swedish Melanoma Study Group[J]. Cancer, 1996, 77(9): 1809 - 1814.

[4] BALCH C M, URIST M M, KARAKOUSIS C P, *et al*. Efficacy of 2cm surgical margins for intermediate-thickness melanomas (1 to 4 mm). Results of a multi-institutional randomized surgical trial[J]. Ann Surg, 1993, 218(3): 262 - 269.

[5] ODOM R B, JAMES W D, BERGER T G. Andrews' Diseases of the Skin, Clinical Dermatology[M]. 8th ed. Beijing: Science Press, 2001: 881 - 889.

（编辑　薛国文）