论著

文章编号:1000-5404(2012)07-0636-03

434例太田痣患者发病特征回顾性分析

管 青,李 喆,曹 川,魏 红,陈 亮,李世荣 (400038 重庆,第三军医大学西南医院整形美容科)

[摘要] **目的** 描述重庆及周边地区太田痣患者发病特征及变化规律。**方法** 收集第三军医大学西南医院整形美容科2006年1月至2011年1月临床确诊的太田痣患者434例(男性74例,女性360例;平均年龄24岁),对患者性别、年龄、发病年龄、发病时间、皮损颜色、分布及面积等情况进行统计学分析。**结果** 受调查患者男女比例为1:4.86,后天患病者比例约为54.61%。后天患病者中,男性发病高峰出现在儿童早期(3~5岁),女性发病的两个高峰分别是5岁以前、10~14岁。近年来后天患者比例明显升高,病程长的患者黑色皮损比例较高。**结论** 重庆及周边地区近年太田痣的先后天发病比例随患病时间推移出现变化,皮损颜色与病程长短有关。

[关键词] 太田痣;发病特征;临床分析

[中图法分类号] R195.4; R758.54 [文献标志码] A

Clinical features of 434 patients with Ota's nevus: a retrospective analysis

Guan Qing, Li Zhe, Cao Chuan, Wei Hong, Chen Liang, Li Shirong (Department of Plastic Surgery, Southwest Hospital, Third Military Medical University, Chongqing, 400038, China)

[**Abstract**] **Objective** To describe the clinical feature and changing rules of patients with Ota's nevus in Chongqing and its surrounding areas. **Methods** Four hundred and thirty-four patients with Ota's nevus at an average age of 24 (74 males and 360 females) admitted to our hospital from January 2006 to January 2011 were included in this study. Their sex, age, onset age of disease, onset time of disease, color of skin lesion, distribution and size of skin lesions were analyzed. **Results** The male to female ratio was 1:4.86. The incidence of acquired Ota's nevus was about 54.61%. The occurrence of Ota's nevus was peaked at the age of 3 to 5 in males and at the age of < 5 years and 10 to 14 year in females. The percentage of patients with acquired disease and those with black skin lesions was significantly increased in resent years. **Conclusion** The incidence of congenital or acquired Ota's nevus changes with its onset time in Chongqing and its surrounding areas. The color of skin lesion is related with the course of Ota's nevus.

[**Key words**] Ota's nevus; clinical feature; clinical analysis

Corresponding author: Li Shirong, Tel: 86-23-687765851, E-mail: zhengxing@vip.163.com

太田痣(nevus of Ota)是一种亚洲地区较为常见的皮肤、黏膜色素沉着性疾病,1939年日本皮肤科医生太田(Ota)系统的描述了该病并将其命名为眼上腭部褐青色痣[1]。太田痣好发于黄种人及其他有色人种,罕见于白种人,研究证实在日本地区普通人群中太田痣的患病率为0.1%~0.2%[2]。太田痣分布于三叉神经支配区域,单侧发病多见,双侧患病者仅占总患病人数的5%左右。目前已公认,太田痣的发病与遗传因素、雌激素调节紊乱和神经精神因素相关[3]。

太田痣严重影响患者颜面部美观,进而可严重影响患者心理的正常发育[4];已有学者观察到太田痣患者常伴发青光眼、脑膜恶性黑素瘤等严重疾病[5-6]。探明太田痣的发病特征有利于更好的探索太田痣的发病原因,制定合理的防治方案,同时为预测未来太田痣的发病趋势提供参考。分析已有的太田痣流行病学研究报告,可见不同地区的男女比例、发病年龄等发病情况不尽相同[7-8]。不同时期临近地区的发病情况也存在一定的差异[9-10]。目前已有的研究很少涉及太田痣发病特征的变化规律研究,缺乏对未来变化趋势的预测。本研究着重分析太田痣的发病特征随时间变化所产生的变化趋势,为预测未来重庆地区太田痣发病

[通信作者] 李世荣,电话:(023)687765851,E-mail:zhengxing@vip.163.com

情况提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 资料来源

收集 2006 年 1 月到 2011 年 1 月期间就诊于第三军医大学西南医院整形美容科门诊并临床确诊为太田痣的 434 例患者临床资料,其中男性 74 例,女性 360 例;平均年龄 24 岁。详细记录患者的性别、年龄、发病年龄、发病时间、皮损颜色、皮损分布及面积、Tanino 分型、三岛分型、家族患病史等特征。

1.2 太田痣 Tanino 分型与三岛分型标准

Tanino 分型标准:Ⅰa:上睑或下睑、颞部;Ⅰb:颧、鼻唇沟;Ⅰc:前额;Ⅰd:鼻区;Ⅱ:上、下眼睑、颧、颊、颞;Ⅲ:头皮、额、眉、鼻;Ⅳ:双侧。三岛分型标准:Ⅰ型:皮损面积 1 ~ 10 cm^2,皮损分别局限于眼周、颧部、颞部、前额、鼻唇沟或鼻翼区;Ⅱ型:皮损面积 10 ~ 60 cm^2 分布在眼周、颧骨、颞部、鼻翼及面颊部;Ⅲ型:皮损面积 60 ~ 110 cm^2,皮损延至头皮、前额、眉弓、颞部及鼻部;Ⅳ型:皮损面积 110 ~ 220 cm^2 或更大[11]。

1.3 统计学方法

采用 SPSS 13.0 软件包进行数据统计分析,采用 χ^2 检验统计分析分类资料的相关性。经参数估计检验发现后天发病患者年龄分布不符合正态分布,采用秩和检验比较男、女性患者后天发病年龄。

2 结果

2.1 患者基本临床资料

共收集到太田痣患者 434 例,其中 431 例(99.31%)为本科首诊患者。其中来自重庆地区患者 372 例(85.70%)、四川 48 例(11.10%)、贵州 5 例(1.20%)、云南 2 例(0.46%)、新疆 2 例(0.46%)、西藏、江苏、湖北、湖南、海南各 1 例(各占 0.23%)。男性患者 74 例(17.05%),女性 360 例(82.95%),男女比例为 1∶4.86。3 例女性患者其母亲亦罹患太田痣,其中 2 例为后天发病;1 例为先天发病。

2.2 患者发病年龄

男性后天发病患者 40 例(54.05%),女性后天发病患者 197 例(54.72%),二者间无显著差异($P = 0.46$),在后天患者中男性患者发病年龄中位数 5.5,四分位数(3,14),50.00% 患者发病年龄在 5 岁或 5 岁以下。女性后天发病患者发病年龄中位数 12,四分位数(5,17),存在两个高峰期,第 1 个高峰出现与 5 岁以前(29.30%),第 2 个高峰出现于 10 ~ 14 岁(26.30%)。经秩和检验男性发病年龄与女性相比差异较为显著($P < 0.05$),提示后天患病者中男性患病年龄可能较低。

2.3 患者皮损特征

434 例患者中 70 例男性患者皮损为单侧分布,312 例女性患者皮损为单侧分布,男性患者单侧患病(94.59%)比例显著高于女性患者(86.67%)($P < 0.05$)。434 例患者中皮损呈褐色 168 例、蓝紫 121 例、灰色 102 例、黑色 43 例。皮损颜色与患者性别无关($P = 0.61$)。皮损颜色在先后天发病患者中分布略有不同,褐色患者中后天发病比例显著高于先天发病($P < 0.05$),见表 1。病程长短不同的患者皮损颜色不同($P < 0.05$),病程小于 30 年的患者皮损颜色多呈褐色,病程大于 30 年的患者中皮损为黑色的比例明显增加(表 2)。根据 Tanino 分型Ⅰ型患者 158 例,Ⅱ型 211 例,Ⅲ型 13 例,Ⅳ型 52 例。Tanino 分型与性别无相关性($P = 0.29$),与是否先天患病无关($P = 0.18$),而Ⅳ型患者中为褐色的比率明显高于其他($P < 0.01$)。根据三岛分型方法可分为Ⅰ型 115 例,Ⅱ型 232 例,Ⅲ型 68 例,Ⅳ型 19 例。分型与性别无关($P = 0.97$),与是否先天患病无关($P = 0.14$),而Ⅰ型患者中为灰色的比例高于其他($P < 0.05$)。

表 1 先、后天发病的太田痣患者中皮损颜色分布 [例(%)]

发病时间	褐色	灰色	蓝紫色	黑色
先天发病	63(37.50)	50(49.02)	58(47.93)	26(60.47)
后天发病	105(62.50)	52(50.98)	63(52.17)	17(39.53)
合计	168	102	121	43

表 2 不同病程的太田痣患者中皮损颜色的分布 [例(%)]

病程	褐色	灰色	蓝紫色	黑色
小于 30 年	152(40.64)	89(23.80)	101(27.00)	32(8.56)
大于 30 年	16(26.67)	13(21.67)	20(33.33)	11(18.33)
合计	168	102	121	43

2.4 患者发病时间

本研究收集患者中最早发病于 1944 年,最晚于 2009 年。随时间变化,患病者男女比例不受影响($P = 0.12$),但是可以明确后天发病患者在该年发病的患者总数中比例逐渐增多($P < 0.01$),见表 3。

表 3 太田痣患者不同发病年代先、后天发病比例变化 [例(%)]

发病年代	n	后天患者	先天患者
1980 年以前	67	16(23.88)	51(76.12)
1981 – 1990 年	142	54(38.03)[a]	88(61.97)[a]
1991 – 2000 年	162	110(67.90)[ab]	52(32.10)[ab]
2001 年以后	63	57(90.48)[abc]	6(9.52)[abc]

a:$P < 0.01$,与 1980 年以前比较;b:$P < 0.01$,与 1981 – 1990 年比较;c:$P < 0.01$,与 1991 – 2000 年比较

3 讨论

目前大多数学者认为太田痣的发病与雌激素系统调节紊乱和神经精神因素相关。Agero 等[12]的研究证实太田痣是一种由多基因突变引起的常染色体显性遗传病,证实了遗传因素在太田痣发病过程中的重要作用,但目前尚不能确定相应染色体或基因。目前太田痣的发病机制尚不完全清楚,存在以下几种假说[13]:

①胚胎时期黑素细胞凋亡异常;②黑素细胞由真皮向表皮迁移受到阻碍;③真皮内的黑素细胞产生活化的黑色素。

既往的调查研究[9]显示女性太田痣的发病率高于男性,且患者多为先天发病。本研究中男女性别比为1∶4.86,与上述研究相近。先天患者与后天发病患者比为1∶1.20,低于之前本地区报道[14]。在后天发病患者中,男女患者的发病时间峰值有较大差异,提示不同性别其发病机制可能不同。目前公开报道的亲子罹患太田痣的病例十分罕见,母女共患者尤为罕见[12]。本研究中有3例患者其母亲亦罹患太田痣,且均非近亲结婚,1例患者为先天患病,另2例患者为后天患病。提示遗传因素可能增加太田痣的易感性。

在组织病理学上,当黑素细胞分布于真皮浅层,皮损在临床上呈褐色;而黑色皮损多提示黑色细胞分布弥漫且数量较多。本研究发现本地区双侧受累的患者以褐色为主,故尽管可能面积较大但黑素细胞分布较为表浅;而皮损面积1~10 cm^2的患者中蓝紫色的比率明显高于其他,黑色细胞可能多分布于真皮深层。已有的研究证实不同皮损颜色的太田痣患者适用的激光治疗方案不同[15]。本研究提示在激光治疗太田痣时应将皮损面积与皮损颜色进行综合考虑,从而制定个体化的治疗方案提高治疗效果。本研究发现随病程延长皮损为褐色的患者比例下降,而皮损为黑色的患者比例增高。这种皮损颜色的变化提示了黑素细胞可能在皮肤内出现迁移。既往的研究发现在其他皮肤色素沉着性疾病中也出现类似的皮损颜色变化[16]。进而提出了黑素细胞逐步从表皮跌落至真皮内的假说。我们观察到太田痣皮损颜色随病程延长出现变化,提示太田痣的病理机制可能也存在黑素细胞逐渐跌落的现象,这一问题值得进一步研究。

本研究还发现随发病时间的年代推移,后天发病患者比例明显增加。尽管不能明确其具体原因,但是鉴于雌激素调节在太田痣发病过程中具有重要作用,同时有证据显示本地区近年来内分泌干扰物质积聚,其他受雌激素影响的相关疾病发病率增高[17]。因此可以估计本研究中发现随时间变化太田痣后天发病比率增加可能也与本地区内分泌干扰物质的积聚有关,提示未来后天发病的太田痣患者比例可能进一步增加。因此,对太田痣的病因及其机制探讨值得进行进一步研究,为构建合理的太田痣防治方案提供基础。

参考文献:

[1] Ho S G, Chan H H. The Asian dermatologic patient: review of common pigmentary disorders and cutaneous diseases[J]. Am J Clin Dermatol, 2009, 10(3): 153-168.

[2] Sinha S, Cohen P J, Schwartz R A. Nevus of Ota in children[J]. Cutis, 2008, 82(1): 25-29.

[3] Trufant J W, Brenn T, Fletcher C D, *et al*. Melanotic schwannoma arising in association with nevus of Ota: 2 cases suggesting a shared mechanism[J]. Am J Dermatopathol, 2009, 31(8): 808-813.

[4] 钱革, 禹卉千, 李莉娜, 等. 太田痣临床分析及其中青少年患者社交心理调查分析[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2009, 23(10): 677-678.

[5] Swann P G, Kwong E. The naevus of Ota[J]. Clin Exp Optom, 2010, 93(4): 264-267.

[6] Yang Q, Wei W B, Yang W L, *et al*. Choroidal malignant melanoma in patients with oculodermal melanocytosis: report of three cases[J]. Chin Med J (Engl), 2010, 123(1): 111-113.

[7] Pasricha J S, Khaitan B K, Dash S. Pigmentary disorders in India[J]. Dermatol Clin, 2007, 25(3): 343-352, viii.

[8] Jovovic-Dagovic B, Ravic-Nikolic A, Milicic V, *et al*. Bilateral nevus of Ota in a light-skinned woman[J]. Dermatol Online J, 2007, 13(3): 19.

[9] Wang H W, Liu Y H, Zhang G K, *et al*. Analysis of 602 Chinese cases of nevus of Ota and the treatment results treated by Q-switched alexandrite laser[J]. Dermatol Surg, 2007, 33(4): 455-460.

[10] Hann S K, Im S, Chung W S, *et al*. Pigmentary disorders in the South East[J]. Dermatol Clin, 2007, 25(3): 431-438, x.

[11] Sekar S, Kuruvila M, Pai H S. Nevus of Ota: a series of 15 cases [J]. Indian J Dermatol Venereol Leprol, 2008, 74(2): 125-127.

[12] Agero A L, Lahmar J J, Holzborn R M, *et al*. Naevus of Ota presenting in two generations: a mother and daughter[J]. J Eur Acad Dermatol Venereol, 2009, 23(1): 102-104.

[13] Chang C J, Kou C S. Comparing the effectiveness of Q-switched Ruby laser treatment with that of Q-switched Nd: YAG laser for oculodermal melanosis (Nevus of Ota)[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2011, 64(3): 339-345.

[14] 邓军, 程良金, 陈其富, 等. 太田痣952例临床分析[J]. 临床皮肤科杂志, 2003, 32(12): 707-708.

[15] 杨育成, 郭志辉. Q开关翠绿宝石激光治疗不同颜色太田痣220例疗效分析[J]. 中国美容医学, 2010, 19(10): 1519-1520.

[16] Fistarol S K, Itin P H. Disorders of pigmentation[J]. J Dtsch Dermatol Ges, 2010, 8(3): 187-202.

[17] Han X, Zhou N, Cui Z, *et al*. Association between urinary polycyclic aromatic hydrocarbon metabolites and sperm DNA damage: a population study in Chongqing, China[J]. Environ Health Perspect, 2010, 119(5): 652-657.

(**收稿**:2011-11-05;**修回**:2011-12-06)

(编辑 栗 嘉)