

## 以色素痣样皮损为表现的基底细胞癌 23 例临床分析

曹 兰, 李晓岚, 赵万润, 朱 微, 李贤光, 李彩霞  
(昆明医科大学附属延安医院皮肤性病科, 云南 昆明 650051)

[关键词] 色素痣样皮损; 基底细胞癌

[中图分类号] R73.95 [文献标识码] A [文章编号] 2095-610X (2014) 11-0156-02

基底细胞癌 (basal cell carcinoma, BCC) 又称基底细胞上皮瘤, 基底细胞瘤, 侵蚀性溃疡, 是最常见的皮肤恶性肿瘤, 约占所有恶性肿瘤的 65%~75%。基底细胞癌由 Kropfecher 于 1903 年首次报道, 病因不清, 与长期日光暴晒有关。近年来发病有增高的趋势, 其临床表现及病理多样性易被误诊及漏诊, 笔者对昆明医科大学附属延安医院皮肤性病科 2013 年 8 月至 2014 年 6 月以色素痣样皮损为表现的经病理诊断为基底细胞癌的 23 例资料进行回顾性分析, 以提高对该疾病的认识。

### 1 临床资料

#### 1.1 一般资料

1.1.1 性别及年龄分布 23 例中女 16 例, 男 7 例, 女: 男为 2.28:1, 女性多于男性。发病年龄 39~79 岁, 平均为 61.08 岁, 其中 31~40 岁 2 例, 41~50 岁 6 例, 51~60 岁 2 例, 61~70 岁 8 例, 71~80 岁 5 例。病程最短 2 个月, 最长 9 a。

1.1.2 发病部位 面部共 22 例, 其中额部 1 例, 下眼睑 3 例, 眼内眦 1 例, 鼻翼 7 例, 颊部 3 例, 颧部 2 例, 上唇 3 例, 下颌部 1 例, 耳前 1 例; 腋下 1 例。面部 (95.65%), 其中排前 3 位的分别是鼻部最多 30.43%, 眶周 (眼内眦、下眼睑) 17.39%, 上唇 13.04% 及颊部 13.04%。

#### 1.2 临床表现

23 例患者皮损均表现为圆形或类圆形丘疹, 均无出血及破溃史, 直径约 0.5~1 cm。皮损呈灰褐色、黑褐色; 表面光滑, 表面均无痂, 境界清楚, 皮损均无珍珠样隆起边缘, 周边皮肤无红肿或破溃; 3 例患者 (13.04%) 皮损表面色素分布不均匀, 1 例 (4.34%) 有外伤后色素皮损史, 3 例

(13.04%) 有色痣激光治疗后治疗区域皮疹复发史。2 例 (8.69%) 主诉患部轻度瘙痒, 1 例 (4.34%) 偶痛, 2 例 (8.69%) 短期内长大就诊, 其余 11 例 (47.82%) 患者因美容需求无自觉不适来就诊。

### 2 结果

#### 2.1 组织病理

HE 染色病理片均见肿瘤团块位于真皮内, 由基底样细胞组成, 周围栅栏状排列, 可见收缩间隙, 部分团块中可见粘液样物质, 瘤细胞团及其周围间质中分布有数量不等的黑素颗粒, 见图 1~4。

#### 2.2 治疗方法

行手术治疗, 2 例随访失联, 3 例 71~80 岁组患者拒绝再次手术, 建议行光动力治疗; 其余病例均再次扩大切除, 对于缝合困难者行皮瓣修补术。

### 3 讨论

基底细胞癌主要发生在老年人, 男女发病数基本相等<sup>[1]</sup>。近年来国内外报道女性发病率有增高的趋势, 本组病例女: 男为 16:7, 女性高于男性, 与报道一致<sup>[2-4]</sup>。本组 95.65% 病例皮损位于头面部, 提示紫外线是 BCC 的重要诱因。鼻部, 眶周最多, 其次是上唇及颊部, 与杨希川等报告一致, 这些不能完全用紫外线照射解释, 是否与这些部位皮肤结构不同有关尚有待进一步证实<sup>[5]</sup>。

对于皮损有破溃、出血、结痂史、出现短期内迅速长大、皮损周围出现卫星状色素沉着的患者就诊时医师警惕性高容易想到排除肿瘤的可能常常能做到常规病理检查明确诊断, 但对于一些患者长

[作者简介] 曹兰 (1965~), 女, 云南昆明市人, 医学学士, 主任医师, 主要从事皮肤科临床工作。

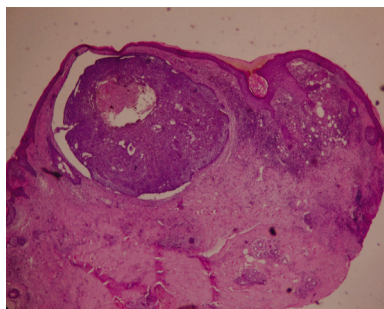


图 1 组织病理 (HE 染色 × 10)

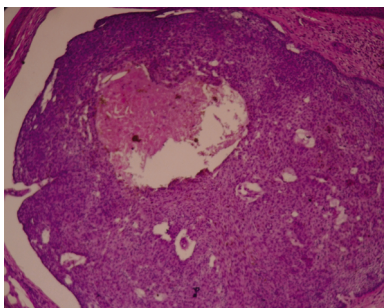


图 2 组织病理 (HE 染色 × 20)

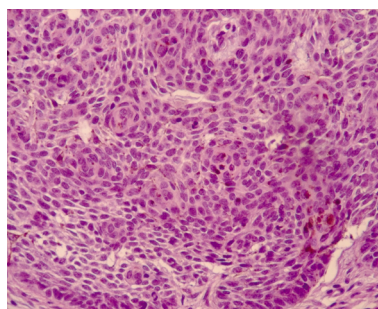


图 3 组织病理 (HE 染色 × 40)

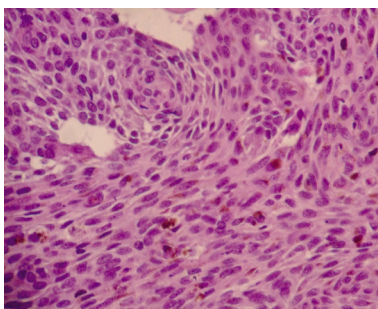


图 4 组织病理 (HE 染色 × 40)

期皮损无变化、无症状、病灶较小的患者,特别是因美容需求来就诊者因患者恐惧手术要求无创或微创治疗;或者减少患者经济负担,而忽视了临床上一些早期 BCC 患者临床表现易与色痣、脂溢性角化病等相混淆并且也忽略了基底细胞癌多数发展缓慢,可在十多年内处于较稳定状态而行如涂药、冷冻、激光等非手术治疗,或皮损虽手术切除但没有常规送病理造成误诊或漏诊。国内外已有报道少数交界痣或混合痣受不良刺激后可发生恶变<sup>[6,7]</sup>;本组 23 例患者皮损均无基底细胞癌典型的珍珠样隆起边缘皮损,仅表现为色素痣样皮损,其中 1 例有外伤后色素皮损史,3 例痣激光治疗后治疗区域皮疹复发;11 例是美容需求无症状来就诊的。故单从皮损的外观凭借一定的临床经验,很难将一些表现为色素痣样外观的皮肤疾病加以鉴别。色素痣的正确诊断必须依靠组织病理检查确诊。

目前外科切除术是治疗 BCC 的首选方法,对于肿瘤直径  $\leq 2$  cm 者切除边缘 0.3 ~ 0.5 cm 即可,对于直径  $> 2$  cm 者(特别是复发、位于前额及颞部的肿瘤),需要切除边缘 0.8 ~ 1.5 cm<sup>[8]</sup>。Mohs 显微外科技术可最大限度地切除肿瘤和保护正常组织,但由于条件限制未能推广应用。对于年纪大不能耐受手术或不愿手术者可采用光动力疗法及放疗。

国外 Kikuchi 等<sup>[9]</sup>认为随着肿瘤增大及复发,其恶性程度不断增高最终引起转移。值得注意的是 Bcc 好发于面部,尤为鼻部、眶周、唇及耳部,由于其解剖位置特殊,修复创面的皮肤量有限,“寸土寸

金”;做到早期诊断及手术治疗对于即能彻底切除病灶的同时又以最少的皮肤修复创面,尽量不破坏眼、耳、鼻、唇的外形及移位尤其重要;对于色素痣样皮损应常规手术切除并做病理检查明确诊断,要避免激光等非手术治疗诱发癌变或延误诊断及治疗。

#### [参考文献]

- [1] 赵辩. 中国临床皮肤病学[M]. 南京:江苏科学技术出版社,2010:1 523.
- [2] 柴灵莺, 汤建国. 头面部基底细胞癌 41 例临床分析[J]. 临床耳鼻咽喉科杂志,2006,20(7):297 - 299.
- [3] RAWASHDEH M A, MATALKA I. Basal cell carcinoma of the maxillofacial region: site distribution and incidence rates in Arab/Jordanians, 1991, to 2000, J Oral Maxillofac Surg, 2004, 62:145 - 149.
- [4] CHENG S Y, IUK N M, CHONG L Y. Special features of non-melanoma skin cancer in Hong Kong Chinese patients: 10-year retrospective study [J]. Hong Kong Med J, 2001, 7:22 - 28.
- [5] 杨希川. 皮肤基底细胞癌 95 例临床病理分析[J]. 第三军医大学学报, 2004, 26(2): 180.
- [6] ISHIHARA K, SAIDA T, OTSUKA F, et al. statistical profiles of malignant melanoma and other skin cancers in Japan: 2007 update [J]. Int J Clin Oncol, 2008, 13(1): 33 - 41.
- [7] 李福伦, 段彦娟, 李斌, 等. 黑素瘤 5 例[J]. 中国皮肤性病学杂志, 2008, 22(9): 576.
- [8] 范团起, 李卫红. 基底细胞癌 36 例临床分析[J]. 山东医药, 2009, (49)23: 70 - 71.
- [9] KIKUCHI M, YANO K, KUBO Y, et al. Giant basal cell carcinoma affecting the lower abdominal genital and bilateral inguinal regions [J]. Br J plast Surg, 2002, 55(5): 445 - 448.

(2014 - 10 - 10 收稿)