

鼻部单发型角化棘皮瘤 8 例*

杨奉玲¹ 赵宇¹ 吕丹¹ 黄石¹ 白云丹²

[关键词] 角化棘皮瘤;鼻部肿瘤

[中图分类号] R765.9 [文献标志码] D [文章编号] 1001-1781(2013)23-1337-02

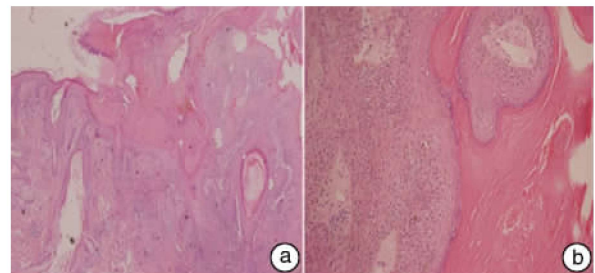
The clinical study of eight cases of nasal solitary keratoacanthoma

Summary: The clinical and pathological data of eight cases of nasal solitary keratoacanthoma were analyzed and relevant literatures were reviewed. All of the cases were verified via pathological examination after local lesion excision, along with reconstruction of tissue defects in external nose. The patients were all primary healed. With a follow up from 8 months up to 7 years, only one case relapsed one year after first surgery, and given another operation, no recurrence happened thereafter. The other seven cases did not recur so far. The nasal solitary keratoacanthoma is a squamous tumor with potential malignancy, which manifests similarly with squamous cell carcinoma, and the correct diagnosis requires comprehensive judgment from both the clinical and histopathological characteristics. The disease shows favorable prognosis and low recurrence rate.

Key words keratoacanthoma; nasal neoplasmas

我院 2005-11—2012-03 共确诊 8 例鼻部单发型角化棘皮瘤(Keratoacanthoma, KA)患者,其中男 6 例,女 2 例;年龄 41~70 岁,中位年龄 55.5 岁;病程 20 d~8 个月,中位病程 30 d,其中 20 d~1 个月的占 7 例。所有患者均以发现局部生长迅速的包块而就诊,其中 3 例伴病损处瘙痒,1 例伴病损处疼痛。皮损发生部位:鼻背部 4 例,鼻尖 3 例,鼻翼 1 例。皮损表现为类圆形隆起于皮肤表面,表面光滑或较粗糙,质较硬,边界清楚,直径 0.8~2.5 cm。所有患者皮损均为单发,其中 2 例皮损中央有角质栓,1 例皮损中央见溃疡。术前有 3 例误诊为鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, SCC),1 例误诊为基底细胞癌(basal cell carcinoma, BCC)。8 例患者均行局部病灶切除,其中 6 例因局部皮损较大,皮肤不易拉拢缝合(3 例行鼻唇沟带蒂皮瓣转移,另 3 例行其他部位游离中厚皮片移植);余 2 例采用皮下游离后直接拉拢缝合。所有患者术后病理检查均确诊为 KA,其中 2 例病损局部见灶性上皮轻-中度不典型增生。典型病例的镜下病理表现见图 1。所有患者术后均一期愈合,鼻部外形及功能未受影响。随访 8 个月~7 年,中位随访时间为 3.5 年。仅 1 例术后 1 年复发,经再次手术后,随访 8 个月未见复发。

讨论 KA 的确切生物学特征目前仍存有争议,有学者认为 KA 可能为 SCC 的一种异型;也有学者认为其为良性反应性增生;但大部分学者更倾



a:局部皮损呈“火山口样”凹陷,中央有嗜伊红角蛋白团块,周围表皮呈“唇样”包绕,大量瘤细胞增生,并呈条索状向真皮下延伸,间质内有炎性细胞浸润;b:表皮中大量胞质红染的瘤细胞增生,细胞有不同程度的角化

图 1 KA 的典型病理检查

向于它是一种具有潜在恶性的鳞状上皮肿瘤^[1]。

KA 目前的病因尚不清楚。其主要有 3 种亚型:单发型、多发型和发疹型。单发型最为常见,多发生于中老年男性,约 90%发生于皮肤曝光部位。临床发展包括增生期、稳定期和消退期。增生期一般持续 2~8 周,肿瘤迅速生长,达极限后经 2~8 周的稳定期后可自行消退。本组患者均为鼻部单发型 KA,病灶生长迅速;因本组患者病程较短,且均积极治疗,故我们未能观察到稳定期和自然消退期;8 例患者中仅 3 例病损中央处有典型的角栓或溃疡,说明早期的单发型 KA 外形并不典型,与其他疾病鉴别难度较大。

单发型 KA 的诊断主要依靠组织病理学检查,临床上多建议行肿瘤切除后送病检。单发型 KA 典型的皮损中央处有角栓和“火山口”样溃疡;镜下呈“火山口”样凹陷,内充角蛋白团块,两侧和底部的表皮中常有较大而淡染的瘤细胞增生,并伴不同程

* 基金项目:国家自然科学基金项目(No:81170898)

¹ 四川大学华西医院耳鼻咽喉头颈外科(成都,610041)

² 成都市第一人民医院耳鼻咽喉头颈外科

通信作者:赵宇, E-mail: yutzhao@gmail.com

度的角化,呈棘皮状。也有部分病例可见局部不典型增生,有学者认为此可能是 KA 向 SCC 转化的表现。据报道,约 25% 的 KA 可发生局部恶变,某些单发型 KA 可发生周围神经及血管浸润,但这种局部浸润转移一般不会导致远处转移和患者死亡。本组有 2 例向 SCC 转变,符合单发型 KA 具有潜在恶性的特点,但未见其向周围组织浸润转移。

单发型 KA 与 SCC 在临床及病理上极为相似,极易误诊。诸多学者研究发现,KA 和 SCC 的遗传变异模式不尽相同^[2],某些基因及分子的表达也存在较大差异^[3-4],有学者对一些常用于 KA 和 SCC 鉴别诊断的组织病理学标准也进行了评估^[5]。这些研究虽然提示 KA 和 SCC 具有不同的生物学及病理学特点,但目前还没有敏感而特异性的指标来鉴别这 2 种疾病。临床上大多结合临床表现和病理特征来共同鉴别诊断,本组疾病的诊断即是如此。

虽然单发型 KA 偶可自行消退^[6],但早期积极干预可获得良好的美容效果,缩短疾病的进程,并有助于和其他疾病相鉴别^[7]。常规手术切除病灶为常用手术治疗方式。近年来 Mohs 显微外科手术也逐渐用于治疗该病,其能有效降低巨大的或侵袭性 KA 患者的复发率,并获得较为满意的美容效果^[8]。本组病例因病灶较小,且未查见组织侵袭,所以均采用了常规手术切除。因鼻部的特殊外形及结构特点,较大的病损切除后常需移植皮肤修复缺损。本组 6 例患者均采用移植皮肤修复缺损,鼻外形恢复良好,功能未受影响。Bernard 等^[5]建议对于某些难诊断或者局部不典型增生的病例,可以按照 SCC 进行治疗,扩大病灶切除范围,以减少复发和恶变。除手术治疗外,物理疗法、化学药物等对单发型 KA 也有一定的疗效。Farias 等^[9]报道采用光动力疗法联合甲基氨基乙酰丙酸治疗单发型 KA,也取得良好疗效。

一般认为单发型 KA 的预后良好,文献报道采用常规手术治疗复发率在 4%~8%^[8]。本组有 1 例患者在术后 1 年复发,再次手术后随访 8 个月未再复发,故对 KA 患者的后续随访要加强。对于复发的患者仍可采用上述方式治疗,并警惕其向 SCC 转变。

参考文献

- [1] JAMES W D, BERGER T G, ELSTON D M. 徐世正,译. 安德鲁斯临床皮肤病学[M]. 北京:科学技术出版社,2007:680-681.
- [2] LI J, WANG K, GAO F, et al. Array comparative genomic hybridization of keratoacanthomas and squamous cell carcinomas; different patterns of genetic aberrations suggest two distinct entities[J]. *J Invest Dermatol*, 2012, 132: 2060-2066.
- [3] SLATER M, BARDEN J A. Differentiating keratoacanthoma from squamous cell carcinoma by the use of apoptotic and cell adhesion markers[J]. *Histopathology*, 2005, 47: 170-178.
- [4] CORBALAN VELEZ R, MARTINEZ BARBA E, LOPEZ POVEDA M J, et al. The value of laminin-322 staining in distinguishing between keratoacanthoma, keratoacanthoma with areas of squamous cell carcinoma, and crateriform squamous cell carcinoma [J]. *Actas Dermosifiliogr*, 2012, 103: 308-316.
- [5] CRIBIER B, ASCH P, GROSSHANS E. Differentiating squamous cell carcinoma from keratoacanthoma using histopathological criteria. Is it possible? A study of 296 cases [J]. *Dermatology*, 1999, 199: 208-212.
- [6] SAITO M, SASAKI Y, YAMAZAKI N, et al. Self-involution of giant keratoacanthoma on the tip of the nose [J]. *Plast Reconstr Surg*, 2003, 111: 1561-1562.
- [7] ENEI GAHONA M L, MACHADO FILHO CD. Spontaneous involution of keratoacanthoma, iconographic documentation and similarity with volcanoes of nature [J]. *An Bras Dermatol*, 2012, 87: 335-336.
- [8] GARCIA-ZUAZAGA J, KE M, LEE P. Giant keratoacanthoma of the upper extremity treated with mohs micrographic surgery: a case report and review of current treatment modalities [J]. *J Clin Aesthet Dermatol*, 2009, 2: 22-25.
- [9] FARIAS M M, HASSON A, NAVARRETE C, et al. Efficacy of topical photodynamic therapy for keratoacanthomas; a case series of four patients [J]. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*, 2012, 78: 172-174.

(收稿日期:2012-11-10)