

耳廓角化棘皮瘤 2 例

马新军, 朱杭军

(中国人民解放军第 101 医院 耳鼻咽喉科, 江苏 无锡 214044)

中图分类号: R739.6 文献标识码: D 文章编号: 1007-1520(2012)03-0237-03

角化棘皮瘤 (keratoacanthoma, KA) 是一种比较少见的良性表皮肿瘤, 有自愈性^[1]。KA 多发于颌面部, 发生于耳廓的 KA 较罕见。解放军第 101 医院耳鼻咽喉科近期收治 2 例耳廓角化棘皮瘤病例, 并结合相关文献进行复习, 以提高对该病的认识。现报道如下。

1 病例资料

病例 1, 患者, 女, 74 岁, 发现右耳廓肿物 3 年余, 因肿物持续增大, 要求入院手术。专科查体: 右耳廓耳甲腔见 2.5 cm × 1.5 cm 隆起肿物, 灰黑色, 边界清楚, 表面粗糙, 无触痛, 质脆 (图 1)。外耳道无异常。入院各项术前常规检查未见明显异常, 于 2011 年 4 月 10 日在局部麻醉下行右耳廓肿物切除 + 植皮术, 术中发现肿物侵及耳廓软骨, 连部分软骨一并切除, 取右耳后乳突区皮瓣移植覆盖创面 (图 2)。术后病检示: 右耳廓角化棘皮瘤 (图 3)。术后耳廓外形好, 皮瓣成活。随访 6 个月无复发。

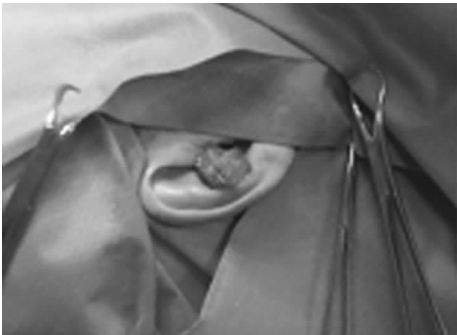


图 1 右耳廓耳甲腔隆起肿块



图 2 右耳廓耳甲腔肿块切除植皮术后

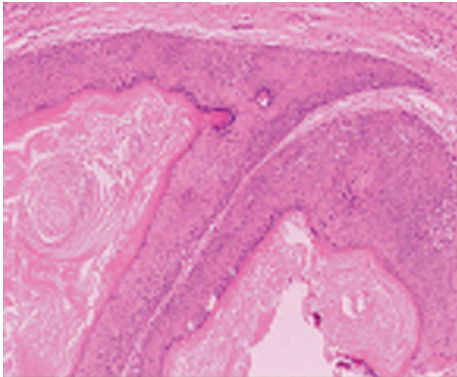


图 3 术后病检示鳞状上皮增生, 略呈乳头状, 上皮异型不明显, 伴过度角化, 形成“火山口”样结构, 间质内炎性细胞浸润 (苏木精-伊红染色 × 100)

病例 2, 患者, 男, 29 岁, 发现右耳廓肿物 2 月余, 自感近期生长加速, 要求入院手术。专科查体: 右耳廓舟状窝见直径约 0.8 cm 色素痣样肿物, 边界清楚, 稍高出皮肤, 表面粗糙, 无触痛, 无破溃。外耳道无异常。入院各项术前常规检查未见明显异常, 于 2011 年 11 月 9 日在局部麻醉下行右耳廓肿物切除 + 植皮术, 术中发现肿物未侵及耳廓软骨, 取右耳后

作者简介: 马新军, 男, 主治医师。
通讯作者: 马新军, Email: diml23@163.com.

乳突区皮瓣移植覆盖创面。术后病检示:右耳廓角化棘皮瘤。术后耳廓外形好,皮瓣成活。

2 讨论

自从第 1 例 KA 在 1889 年被报道以来,关于 KA 是否良性一直有争议,因 KA 组织学上与鳞状细胞癌(squamous cell carcinoma, SCC)类似^[2]。1976 年,Colmors 和 Ackennan 定义 KA 是一种皮肤假恶性肿瘤的原型。也有学者认为 KA 是鳞状细胞癌的亚型,并且近年来有关于 KA 转移的偶发报道。KA 有别于耳廓皮角,耳廓皮角属癌前病变^[3]。

KA 好发于长期暴露于日光照射的白种人身上,比如在澳大利亚人和巴西人^[4],亚洲人、非洲人少见。好发于面部,特别是面部中央、鼻、颊、下唇和眼周,其次为手腕背侧和前臂伸侧。KA 发病原因不明,易感染性基因、紫外线照射、化学诱导物、病毒感染等与本病发生有关。

KA 临床上主要分为单发型、多发型和发疹型,病变表现基本相同。其中单发型 KA 最常见,通常生长迅速,在 6~8 周内达到直径 10~25 mm^[4],在快速增生期后,成熟的 KA 在 4~6 周内衰退,遗留萎缩的低色素瘢痕^[5]。KA 的典型皮损为边界清楚的半球状隆起,中央形成火山口样的溃疡,其中充满角化物质,组织病理特征为损害局部的表皮向真皮内延伸,呈火山口状,其中充满角化物质及炎症细胞碎片,两侧的上皮细胞形成唇缘包绕瘤体^[6]。除了主要的类型,还有几种以缺少自发消退、不断进展的变异存在,如边缘离心性角化棘皮瘤等,本文报道的第 1 例患者,病变生长时间达 3 年,无自然消退的迹象。组织学上这些变异 KA 常常包含渗透行为,不典型的有丝分裂偶尔会被观察到^[7]。根据形态学特点和生长方式,典型的 KA 往往容易诊断,出现自然消退是 KA 临床诊断的金标准,但很少有病例到消退期才被证实^[8]。免疫组化可以帮助区分 KA 和 SCC^[7]。

KA 的治疗选择包括随访观察和提前干预。在典型病例中因为 KA 常常可自愈。Griffiths^[5]提议行观察与等待处理,每次随访拍照纪录。但对免疫系统受损人群必须马上切除。由于临床易将 SCC 误诊为 KA,以及 KA 对外貌的影响,手术治疗常常被首先推荐。综合治疗选择

包括完整切除、放疗、皮损内注射化疗药、口服类视黄醇和光疗等^[2]。放疗是 KA 的一种有效的治疗手段^[9],但它不能用于年轻患者,而且对患者也不方便,因为需要多次就诊。病损处注射化疗药同样证明有效^[10],但可能导致全血细胞减少等严重副反应。Hye Chan Jeon^[11]报道了 4 例应用 5% 咪喹莫特乳膏治疗的 KA 患者,每周涂 3~4 次,4~6 周就有明显改观,9~11 周基本消退。皮损数量较多的 KA 可应用维 A 酸类药物进行系统治疗^[12]。其他几种治疗如注射干扰素和全身应用类视黄醇,被报道在个别病例有效,但目前这些治疗没有可靠的临床研究证据。多数学者认为 KA 的治疗首选仍然是完整切除、病理证实诊断^[13]。本报道 2 例耳廓 KA 患者通过手术切除+植皮术,明确诊断,耳廓外形良好,治疗效果满意。

参考文献:

- [1] 薛飞,王天友. 鼻背部角化棘皮瘤 1 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2005, 11(3): 132-132.
- [2] Karaa A, Khachemoune A. Keratoacanthoma: a tumor in search of a classification[J]. Int J Dermatol, 2007, 46(7): 671-678.
- [3] 李长青,王莹,董淑萍. 耳廓皮角 2 例[J]. 中国耳鼻咽喉颅底外科杂志,2010, 16(3): 234-235.
- [4] Beham A, Regauer S, Soyer HP, et al. Keratoacanthoma: a clinically distinct variant of well differentiated squamous cell carcinoma[J]. Adv Anat Pathol, 1998, 5(5): 269-280.
- [5] Griffiths RW. Keratoacanthoma observed[J]. Br J Plast Surg, 2004, 57(6): 485-501.
- [6] 单葵,李桂. 角化棘皮瘤的临床与病理分析[J]. 重庆医科大学学报,2007, 32(4): 416-418.
- [7] Janecka IP, Wolff M, Crickelair GF, et al. Aggressive histological features of keratoacanthoma [J]. J Cutan Pathol, 1977, 4(6): 342-348.
- [8] 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(3): 208-212.
- [9] Vergara A, Isarria MJ, Domínguez JD, et al. Multiple and relapsing keratoacanthomas developing at the edge of the skin grafts site after surgery and after radiotherapy [J]. Dermatol Surg, 2007, 33(8): 994-996.
- [10] Annett NM, VanBeek MJ, Arpey CJ, et al. Intralesional methotrexate treatment for keratoacanthoma tumors: a retrospective study and review of the literature [J]. J Am Acad Dermatol, 2007, 56(6): 989-993.

(下转第 243 页)