

颜面部钙化上皮瘤手术切除范围的研究



许海华 黄 巍 赵 丽 左海亮

【摘要】 目的 探讨颜面部钙化上皮瘤的有效切除范围及缩小手术切口的疗效和临床意义。 **方法** 2012 年 1 月至 12 月我们收治颜面部单发钙化上皮瘤 39 例,手术切除范围包括包膜内肿物切除、肿物连同包膜完整切除、包膜外 1~2 mm 切除、全层皮肤连同肿物挖除(2~4 mm),手术方式为普通切口,设为普通切口组;2013 年 1 月至 12 月收治颜面部单发钙化上皮瘤 45 例,切除范围包括包膜内切除、连同包膜完整切除,手术方式为微小切口,设为微小切口组。比较两组肿物最大直径和切口长度,并从病理特点探讨其有效切除范围的依据。 **结果** 两组 84 例均恢复良好,无一例复发。病理特点:钙化上皮瘤瘤体周境界限清晰,其包膜完全为纤维结缔组织假性包膜,无上皮或内皮结构,包膜周边即正常的皮下组织结构,无增殖的瘤细胞。免疫组化:Ki67(-)。两组肿物直径比较,差异无统计学意义($P > 0.05$);切口长度比较,差异有统计学意义($P < 0.05$)。术后微小切口组瘢痕小,外形美观,患儿及家属满意度高。 **结论** 钙化上皮瘤经临床检查即可诊断,术中无需切除过多的组织,只要将钙化团块完全切除即可,采用微创小切口方法,疗效确切,术后瘢痕不明显,外形美观,患者满意度高。

【关键词】 面部肿瘤;癌;外科手术

Excision range research of pilomatricoma on face. XU Hai-hua, HUANG Wei, ZHAO Li, et al. Tianjin Children's Hospital. XU Hai-hua, HUANG Wei, ZHAO Li, et al. Tianjin Children's Hospital, Tianjin 300000, China

【Abstract】 Objective To explore the effective excision range and curative effect and clinical importance of small-cut operation in pilomatricoma on face. **Methods** 39 cases diagnosed as pilomatricoma on face in our hospital from Jan. 2012 to Dec. 2012 were collected. All these cases were divided into two groups including normal incision group and minus incision group. The maximum diameter of the pilomatricoma and the length of incision were compared and the reasons for resection scope were analyzed. **Results** All the patients recovered very well and no recurrence was found. There was no statistical difference found in diameter ($P > 0.05$), but there was obvious statistical difference in incision length ($P < 0.05$). Patients in minus incision group were satisfied with the incision because the scar was small. **Conclusions** Pilomatricoma excision is a good effect due to the minus incision caused. Such an operation only need to cut the calcified clumps rather than cutting too much tissue.

【Key words】 Facial Neoplasms; Carcinoma; Surgical Procedures, Operative

钙化上皮瘤(calcifying epithelioma)是由表皮毛皮质分化的细胞肿瘤,约占皮肤肿瘤的 1/800~1/1 000^[1]。最常发生于头颈部。手术是根治的唯一方法,临床上常常为了减少复发而扩大切除范围,遗留较大手术瘢痕,困扰患儿及其家属。本研究探讨颜面部钙化上皮瘤的有效切除范围及效果。

材料与方法

一、临床资料

2012 年 1 月至 12 月我们收治颜面部单发钙化上皮瘤患儿 39 例,采取普通切口手术,肿物切除范围包括包膜内肿物切除、肿物连同包膜完整切除、包膜外 1~2 mm 切除、全层皮肤连同肿物挖除(2~4 mm),设为普通切口组;2013 年 1 月至 12 月收治颜面部单发钙化上皮瘤患儿 45 例,采取微小切口手术,肿物切除范围包括包膜内切除、连同包膜完整切除,设为微小切口组(表 1)。所有入选病例均为术前经物理检查初步考虑为“钙化上皮瘤”、术后病理检验证实者。

表 1 两组病例的一般资料(n)

| 组别 | 性别 | | 年龄 (岁) | 部位 | | | | 手术范围 | | | |
|-------|----|----|-----------|----|----|----|----|------|------|-----------|------|
| | 男 | 女 | | 面颊 | 颞区 | 眉弓 | 耳前 | 包膜内 | 完整包膜 | 包膜 1~2 mm | 皮肤全层 |
| 普通切口组 | 18 | 21 | 3.5 | 16 | 8 | 8 | 7 | 12 | 11 | 8 | 8 |
| 微小切口组 | 21 | 24 | 3.3 | 21 | 9 | 9 | 6 | 28 | 17 | 0 | 0 |

二、手术方法

1. 切口设计:根据颜面部皮下肿物的大小及位置设计相应美容切口。对眉弓处肿物采用眉弓上缘切口,面颊部肿物采用沿皮纹走向切口,靠近发际部位肿物采用发际切口。普通手术切口组切口长度略大于肿物最大直径,以便完整切除肿物,微小切口组切口长度小于肿物最大直径并尽量缩短长度。

2. 手术方法:两组均应用整形手术包,采取全身麻醉。切开前皮下注射 1/200 000 的盐酸肾上腺素盐水。普通切口组:分别从不同层面切除钙化上皮瘤,包括包膜内肿物切除、肿物连同包膜完整切除、包膜外 1~2 mm 切除、全层皮肤连同肿物挖除术(2~4 mm)。微小切口组:美兰标记设计切口,逐层切开至肿物,一手固定肿物,另一手以挤压的方式将肿物大部分暴露于切口外,如肿物较大或较深不容易挤压出时,用整形镊将肿物分次取出,刮匙搔刮腔壁至无残留,用 0.3% 的碘伏溶液冲洗创口。

3. 切口缝合:皮下采用 5-0 可吸收丝线逐层修复减张对位缝合,5-0 无创尼龙缝线间断缝合皮肤。

4. 术后处理:适当加压包扎,以压迫止血、消灭死腔。普通切口组视伤口情况选择纱布敷料或创可贴包扎;微小切口组用创可贴覆盖伤口。定期换药,术后 1 周拆除皮内缝合线。

三、统计学处理

所有资料均采用 SPSS 13.0 进行统计学处理。计量资料以均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示,两组间均数的比较采用 *t* 检验。

结 果

两组 84 例均彻底切除肿物,伤口愈合良好,随访半年无一例复发。普通切口组病理检查结果显示钙化上皮瘤的钙化团块中,散在分布影子细胞和嗜碱性细胞,周边界限清晰,包膜完全为纤维结缔组织,无上皮或内皮结构,包膜周边即正常的皮下组织(图 1~2),偶可见少数炎性细胞;免疫组化:Ki67(-)。微小切口组病理检查结果显示大量深染的嗜碱性细胞以及影细胞(图 3),免疫组化:Ki67(-)。两组切口长度与肿物直径的关系见表 2。肿

长直径:普通切口组(1.47 ± 0.60) cm,微小切口组(1.59 ± 0.52) cm,差异无统计学意义($P > 0.05$);切口长度:普通切口组(1.80 ± 0.67) cm,微小切口组(1.25 ± 0.12) cm,差异有统计学意义($P < 0.05$)。微小切口组术后瘢痕不明显,美容效果好,患儿及家属均满意。

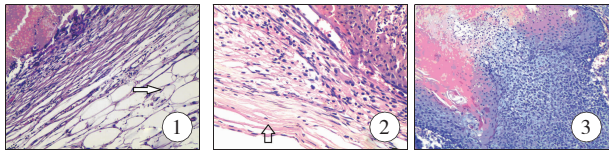


图 1 病理切片显示包膜周边为正常的皮下组织结构(箭头所指);图 2 病理切片显示包膜完全为纤维结缔组织(箭头所指)图 3 病理切片显示成片的影子细胞和嗜碱性细胞

表 2 普通切口组与微小切口组切口长度与肿物直径比较

| 组别 | 例数 | 肿物直径(cm) | 切口长度(cm) |
|------------|----|-----------------|-----------------|
| 普通切口组 | 39 | 1.47 ± 0.60 | 1.80 ± 0.67 |
| 微小切口组 | 45 | 1.59 ± 0.52 | 1.25 ± 0.12 |
| <i>t</i> 值 | | 0.674 | 3.188 |
| <i>P</i> 值 | | 0.504 | 0.003 |

讨 论

钙化上皮瘤来源于毛乳头,而钙化是继发性改变,又称为毛母质瘤^[2]。其最被普遍接受的机制是含表皮成分的杂质进入了异常部位^[3]。最近研究表明,人类毛母质瘤增殖细胞中可以发现基因突变现象,有报道显示,高达 75% 的毛母质瘤患者体内发生 CTNBN1 基因突变^[4]。

国外文献报道其好发年龄呈双峰分布,分别是 <20 岁之前和 >40 岁^[5,6],男女发病比例约 1.2~1.0^[3]。本组大部分病例发病年龄 1~3 岁,就诊年龄 1~5 岁,女童发病率略高。钙化上皮瘤多发生于面部、颈部、上肢及臀背部。临床表现为单发的皮下软骨样硬肿或结节,直径约 0.5~3 cm,呈类圆型,边界清楚,表面皮肤可正常或稍有暗紫红色、淡蓝色,生长缓慢。

钙化上皮瘤的诊断常仅靠临床检查即可。在物

理检查中,最有意义的发现是“帐篷征”和“跷跷板征”^[7]。B 超检查较适合儿童,因为它不需要镇静剂和暴露于辐射线中,且 B 超有近 80% 的准确率^[3]。钙化上皮瘤诊断的金标准是病理切片镜下观见大量特征性影细胞及深染的嗜碱性细胞。本组术前均详细询问患儿病史及家族史,均为单发病灶,物理检查、B 超检查、术后病理检查均证实为钙化上皮瘤。

手术是根治钙化上皮瘤的唯一方法^[8]。因其多发于颜面部,手术治疗后遗留瘢痕对患儿成长、社交形成较大的心理负担。目前关于钙化上皮瘤的切除范围,文献中提及较少,一般强调将肿物完整切除,治疗中为了防止复发往往扩大切除范围,然而较大范围切除后遗留较大瘢痕,不美观,困扰患儿及其家属。我们曾于 2012 年 1 月至 12 月分别从不同层面切除钙化上皮瘤,包括包膜内切除、连同包膜完整切除、包膜外 1~2 mm 切除、全层皮肤连同肿物挖除术(包膜外 2~4 mm),术后病理检查结果显示,钙化上皮瘤的钙化团块中散在分布影子细胞和嗜碱性细胞,瘤体周境界限清晰,包膜完全为纤维结缔组织假性包膜,无上皮或内皮结构,包膜周边即正常皮下组织,无增殖的瘤细胞,偶可见少数炎性细胞,免疫组化:Ki67(-)。随访至今均未见复发。由此我们认为钙化上皮瘤瘤细胞增殖不活跃,生长缓慢而局限,不向周边组织增殖、浸润,且其包膜为纤维结缔组织假性包膜,无上皮或内皮结构,术后不易复发。以此为依据,为解决临床手术瘢痕过于明显的问题,2013 年 1 月至 12 月,我们对收治病例采取缩小手术切除范围,手术切口长度明显小于肿物直径,行包膜内肿物或连同包膜切除术,术后随访无复发。我们体会对于颜面部良性钙化上皮瘤,无需切除过多组织,只要将钙化团块完全取出便可,且术后瘢痕不明显。手术要点:①切口设计应根据肿物所在部位设计相应美容小切口。②切开前皮下注射 1/200 000 的盐酸肾上腺素盐水止血。③术中用眼科剪及整形镊沿肿物四周分离至肿物松动后,一手固定肿物,另一手通过挤压的方式将肿物大部分暴露于切口外,将肿物提起后,用眼科剪将其底部粘连的组织剪开,取下肿物。如肿物较大或较深不容易挤

压出时,可用整形镊将肿物分次取出,刮匙搔刮腔壁至无残留,并用 0.3% 的碘伏溶液冲洗创口。④缝合皮下时要挂上真皮层,使伤口对合紧密、牢靠,注意不要出现阶梯感。⑤术后略加压包扎可止血,防止血肿形成,消灭死腔。⑥术中术后注意伤口清洁,可避免瘢痕过度增生。⑦如面部钙化上皮瘤继发感染与皮肤粘连,为保证治疗效果,需将粘连之皮肤一同切去,则不再适宜选用此类微小切口。⑧因钙化上皮瘤肿块为结缔组织包膜,无上皮或内皮细胞结构,故只要将钙化团块等内容物完全切除,即使分块取出,也不会影响治疗效果。

参考文献

- 1 陈启锋. 口腔正畸活动翼矫治技术—临床案例分析[M]. 福建科学技术出版社,2010:5-14.
- 2 丁少华,邹廷前,蔡萍. 微种植体支抗在双颌前突正畸治疗中的临床研究[J]. 口腔医学研究,2011,27(5):425-427.
- 3 Hassan Saif F, Elizabeth Stephens, Fallon Sara C, et al. Characterizing pilomatricomas in children: a single institution experience[J]. Journal of Pediatric Surgery,2013,48:1551-1556.
- 4 Kizawa K, Toyoda M, Ito M, et al. Aberrantly differentiated cells in benign pilomatricoma reflect the normal hair follicle; immunohistochemical analysis of Combining S100A2, S100A4, S100A6 proteins [J]. Br J Dermatol, 2005, 152(2):314-332.
- 5 Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, et al. Pilomatricoma. Review of 205 cases[J]. Med Oral Patol Oral Cir Bucal, 2011, 16(4):552-555.
- 6 O'Connor N, Patel M, Umar T, et al. Head and neck pilomatricoma:an analysis of 201 cases [J]. Br J Oral Maxillofac Surg, 2011,49(5):354-358.
- 7 Yu-Rong Li, Kai-Jen Lin, Tun-Yen Hsu. Auricle Pilomatricoma[J]. The Journal of pediatrics,2011,158:511.
- 8 Pirouzmanesh A, Reinisch JF, Gonzalez-Gomez I, et al. Pilomatricoma:a review of 346 cases[J]. Plast Reconstr Surg, 2003,112:1784-1789.