

• 經驗交流 •

39例面部基底細胞癌手術切緣分析

黃海山^{1*} 曾婉君¹ 古杰鳴²

【摘要】目的 探索面部基底細胞癌手術切緣距腫瘤邊界5mm的可靠性。**方法** 39例面部基底細胞癌患者，以肉眼及三倍放大鏡觀察邊界，在腫瘤邊界向外擴大5mm行手術切除，標本切緣標記3、6、9、12時鐘方向後進行病理檢查，了解腫瘤殘留狀況。**結果** 39例病理檢查切緣均未見腫瘤。**結論** 以肉眼及三倍放大鏡確定腫瘤邊界後向外擴展5mm能乾淨切除腫瘤。

【關鍵詞】 皮膚基底細胞癌；手術治療；手術切緣

Analysis of 39 patients' surgical margin in facial basal cell carcinoma

WONG Hoi Shan^{1*}, CHANG Un Kuan¹, KU Kit Meng²

1.Department of Dermatology, Kiang Wu Hospital, Macau

2.Department of Pathology, Kiang Wu Hospital, Macau

【Abstract】 Objective To investigate the reliability of 5mm surgical margin for the complete excising of facial basal cell carcinoma. **Methods** The surgical border of 39 patients with facial basal cell carcinoma were determined by naked eyes or triple magnifying glass, and the tumor was excised with 5mm margin of normal appearing skin. Marking 3, 6, 9 and 12 clock directions of the specimens were studied to locate residual tumor noted microscopically. **Results** The surgical margins are clear in all 39 cases. **Conclusion** Tumor can be eradicated if tumor excised with a 5mm margin of normal appearing skin by visible clinical border.

【Key Words】 Skin basal cell carcinoma; Surgical treatment; Surgical margin

基底細胞癌(basal cell carcinoma, BCC)又稱基底細胞上皮瘤，是一種起源於表皮及皮膚附屬器基底細胞的腫瘤，是皮膚科常見的惡性腫瘤；發病率全球有逐年上升趨勢^[1]，在澳門發病率也逐年增加，多見於老年人，好發於面部，光暴露部位^[2]。目前雖然有多種治療方法，但手術治療仍是首選，對於基底細胞癌的手術切除範圍暫時未有共識，手術切緣距離腫物邊緣從2mm至10mm都有醫生應用及研究^[3,4]。不同醫生對基底細胞癌手術切緣有各自的觀點，切除範圍差異較大。如何徹底切除腫瘤又最大限度保留正常組織，減少對容貌及修復的影響，減少復發是本病治療的難點。本文對澳門鏡湖醫院皮膚科診治的2014年1月1日~2018年12月31日共39例面部基底細胞癌，手術切緣距腫物邊緣5mm為標準的病例作總結。探討基底細胞癌手術切除的安全範圍。

資料與方法

一、臨床資料

作者單位：1.澳門鏡湖醫院皮膚科 2.病理科

*通訊作者 E-mail:macauderm@yahoo.com

收集2014年1月1日~2018年12月31日鏡湖醫院皮膚科診治的39例面部基底細胞癌患者，男性16例，女性23例，男性佔41%，女性佔59%，男女比例為1:1.44；年齡最小19歲，最大97歲，平均年齡67.64歲，中位年齡為71歲，男性平均年齡71.5歲，女性平均年齡71.19歲。病灶面積：最小2mm×2mm，最大21mm×20mm。排除標準：1.多病灶基底細胞癌。2.術前未做病理檢查的基底細胞癌患者。3.復發的基底細胞癌。所有患者術前均簽署知情同意書。

二、術前設計

對所有患者照相存檔，用70%酒精清潔腫瘤邊界，光線充足下用手指拉伸腫瘤周圍皮膚，用肉眼及3倍放大鏡觀察腫瘤邊界，若邊界不清，以腫瘤邊緣紅暈為界，以邊界為基礎向外擴大5mm標記劃線。

三、手術方法

手術區域消毒鋪巾，利多卡因局部麻醉，沿標記線完整切除腫瘤組織，深達脂肪層或淺筋膜層，標本以縫線標記3、6、9、12點時鐘方向送病理檢查併確定病理分型，觀察周邊及腫瘤殘留情況，確保腫瘤完全切除。

結果

用肉眼及3倍放大鏡確定腫瘤邊界併向外擴展5mm為手術邊界。患者39例，共156個切緣，病理檢查切緣均為陰性；邊界距離腫物<1mm，共17個切緣，佔10.9%；邊界距離腫物1.0mm~1.9mm，共24個切緣，佔15.4%；邊界距離腫物2.0mm~2.9mm，共31個切緣，佔19.9%；邊界距離腫物3.0mm~3.9mm，共36個切緣，佔23.1%；邊界距離腫物4.0mm~4.9mm，共16個切緣，佔10.3%；邊界距離腫物≥5mm，共32個切緣，佔20.5%。病理分型：結節潰瘍型25例、色素型9例、其他型5例(角化型1例、基底鱗狀細胞型4例)；術後隨訪採用門診和電話兩種方式進行，術後第1年要求患者每3至4個月隨訪1次，第2年起每年至少隨訪2次，39例無復發，另有6例死亡，年齡介符84歲至97歲，死因分別為心力衰竭、結腸癌、膀胱直腸癌、肺癌等，均與基底細胞癌無關。

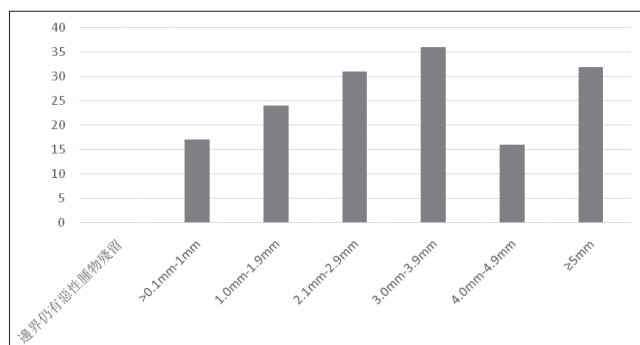


圖1. 手術切緣與腫瘤邊緣的距離

討論

BCC是皮膚常見惡性腫瘤，以頭面部等曝光部位最為多見，提示其發病可能與日曬有關，尤其是紫外線為其重要誘因。BBC生長緩慢，惡性程度不高，極少轉移，預後良好，BCC全球地區男女發病率不一，女性患者比男性患者多，澳門有老年化趨勢^[5]，手術切除是最有效的治療方式，手術目標是完全切除腫瘤。但切緣太靠近腫瘤，腫物有肉眼無法發現的亞臨床病灶，導致腫物殘留，存在復發風險。如果切除範圍太大，則切除過多正常皮膚，特別頭面部較大的缺損給患者帶來外形損毀及相應功能喪失，也增加缺損修復的困難。莫氏顯微手術(Moh's Micrographic Surgery, MMS)是一種專門的手術技術，是目前對BCC切緣精確控制的方法，已証實有高治癒率和低復發率。它通過術中冰凍切片的切緣檢查，確保完全切除而又盡可能多地保留未受累的皮膚^[6]。Walker, Hill等研究報導腫瘤以MMS技術治療117例BCC，探討切緣寬度結果顯示：直徑小於

20mm的BCC，切緣4mm的腫瘤完全清除率為95%^[7]；雖然MMS手術確保腫瘤完全切除，亦能最大程度保留正常組織，效果極佳，但其手術花費昂貴，並且需要反覆操作；手術切除腫物，冰凍病理檢查切緣，如果切緣陽性，再擴大切除範圍，直至切緣陰性，腫瘤切除乾淨。該手術時間大幅延長、耗費大量人力物力，故MMS手術方式未能在臨床普及應用。Gulleth Y等的Meta分析，通過89篇文章，包含16066個病灶，分析BCC的最佳手術切緣。手術切緣寬度為5mm、4mm、3mm、2mm的復發率分別為0.39%、1.62%、2.56%、3.96%^[8-10]。Kimyai-Asadi等報導134例BCC在手術切緣寬度為1、2、3mm的陽性率分別為24%、16%、13%^[11]。

目前除病理組織學檢查外，仍沒有無創的方法準確檢測BCC侵犯的範圍，腫瘤越大，存在時間越長，侵犯範圍越大。而硬斑病樣型、微小結節型、浸潤型侵犯範圍亦較大。理論上，手術切緣離腫瘤越遠，腫瘤完全切除可能性越大，復發機會越小。手術要求完整切除腫瘤，避免殘留，同時亦應盡量保留正常組織，減少影響重要器官的功能，減少畸形、疤痕，特別在面部，更應注重修復後的外觀。我們以美國國家綜合癌症網和英國皮膚科醫生協會推薦的BCC切緣至少4mm為基礎^[12,13]。考慮到畫線筆的粗細，測量時皮膚張力大小等人為誤差因素選擇5mm為手術邊界。本科對39例面部基底細胞癌手術治療。用肉眼及3倍放大鏡確定腫瘤邊界，併向外擴展5mm為手術切除範圍，共156個切緣，手術切緣均為陰性。如果選取4mm為標準，通過病理結果分析，則有17個切緣陽性，佔10.9%，此17個切緣，來自6例，分型為結節潰瘍型5例、色素型1例，病灶面積：最小3mm×3mm，最大13mm×8mm。術後隨訪未見復發，隨訪期間分別有6位患者死亡，年齡84歲~97歲，平均年齡89.5歲，該6位患者死亡原因與BCC無關，其餘33位患者無復發，仍在隨訪中。

參考文獻

- [1] Albert MR, Weinstock MA. Keratinocyte carcinoma. CA Cancer Clin, 2003; 53:292.
- [2] Gualdi, Monari P, Crotti S, et al. Matter of margins. JEADV, 2015; 29(2):255-261.
- [3] Hoorens I, Batteuw A, Van Maele G, et al. Mohs micrographic surgery for basal cell carcinoma: evaluation of the indication criteria and predictive factors for extensive subclinical spread. The British journal of dermatology, 2016; 174(4):847-852.
- [4] Bath-Hextall F, Perkins W, Bong J, et al. Interventions for basal cell carcinoma of the skin. Cochrane Database Syst Rev, 2007; 24(1):3412-3416.
- [5] 2018年人口統計. <https://www.dsec.gov.mo/Statistic.aspx?NodeGuid=7bb8808e-8fd3-4d6b-904a-34fe4b302883#Pfbfede0f-bc10-40fb-9a18-634443b39bdc>.
- [6] Williford PM, Feldman SR. Surgery for basal-cell carcinoma of the face. Lancet, 2004; 364:1732-1733.
- [7] Hennig TB. Surgical margins for basal cell carcinoma. J Oral Maxillofac Surg, (下轉42頁)

D>42mm、主動脈壁增厚（前壁>16mm、後壁>10mm）、主動脈壁分離為兩層，形成夾層即假腔者^[8]，若臨床超聲檢查發現上述表現，則需高度懷疑存在主動脈夾層。主動脈夾層診斷與治療規範中國專家共識已提出推薦使用經胸心臟超聲檢查作為急性主動脈綜合症影像學檢查的影像學評估手段之一，在緊急情況下可對不穩定患者實施床旁檢查^[5]。D-二聚體檢驗方面，回顧分析的AD病例中D-Dimer總體敏感性94.7%。與國內文獻資料D-二聚體的敏感性中位值93.5%相若，但此指標特异性低（僅有54.0%），故此僅作為AAD的篩查指標之一，但D-二聚體陰性亦不能除外壁間血腫和穿透性主動脈潰瘍的可能^[2]。

急性主動脈綜合症初步治療原則主要是有效鎮痛、控制心率和血壓，減低主動脈剪切力，降低主動脈破裂風險，2014年ESC指南指出藥物治療目標為控制收縮壓至100~120mmHg、心率60~80次/min^[1]。回顧分析本院35例AAS患者中，主要使用Morphine、Fentanyl作鎮痛，使用Labetalol控制心率和血壓，避免病情進一步惡化。但對於急性AD患者來說，雖然藥物可控制病情加重，但死亡率仍然很高，未經手術治療的急性Stanford A型AD發病24h內病死率每小時增加1%~2%，發病1週內病死率超過70%。死亡主要原因是主動脈破裂、急性心包壓塞、急性心肌梗死、卒中、腹腔臟器缺血、肢體缺血等^[5]。國外IRAD研究資料亦顯示AD患者即使接受開胸手術治療，住院期間死亡率亦達到26%^[7]，與本院Stanford A型AD手術治療住院期間死亡率29.4%相若。所以在臨床中一經確診急性Stanford A型主動脈夾層患者，均應向患者及家人詳細解釋其危害性和預後，積極建議手術治療。主動脈夾層診斷與治療規範中國專家共識及國外權威對於急性Stanford A型AD應進行緊急外科手術治療已經達成共識。長期的

隨訪結果表明，Stanford A型夾層外科手術的效果明顯優於內科保守治療^[5]。

總結，急性主動脈綜合症AAS是一種嚴重威脅生命健康的危重症心血管疾病，其特點是起病急、進展迅速、病情凶險、臨床表現多樣，是一種死亡率極高的疾病。所以對於有突發劇烈胸背痛且伴高危病史及體征者均應高度懷疑AAS可能。近年來隨着急診科醫生對主動脈疾病的認識加深和臨床警惕，加上本院先進影像診斷設備，以及24小時候命的專業心血管外科手術團隊配合，對於澳門絕大部份急性主動脈綜合症病例，均能做到早期診斷和積極治療。

參考文獻

- [1] Corvera JS. Acute aortic syndrome. *Ann Cardiothorac Surg*, 2016; 5(3):188-193.
- [2] Erbel R, Aboyans V, Boileau C, et al. 2014 ESC guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2014; 35(41):2873-2926.
- [3] Thrumurthy SG, Karthikesalingam A, Patterson BO, et al. The diagnosis and management of aortic dissection. *BMJ*, 2011; 344:d8290.
- [4] Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA*, 2000; 283(7):897-903.
- [5] 中國醫師協會心血管外科分會大血管外科專業委員會. 主動脈夾層診斷與治療規範中國專家共識. *中華胸心血管外科雜誌*, 2017; 33(11):641-654.
- [6] Golledge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. *Lancet*, 2008; 372(9632):55-66.
- [7] Mussa FF, Horton JD, Moridzadeh R, et al. Acute Aortic Dissection and Intramural Hematoma A Systematic Review. *JAMA*, 2016; 316(7):754-763.
- [8] Nienaber CA, Eagle KA. Aortic Dissection. *Curr Probl Cardiol*, 1989; 14:231-256.

(本文編輯：盧正烽)

(上接44頁)

- 1987; 45(11):991.
- [8] Walker P, Hill D. Surgical treatment of basal cell carcinomas using standard postoperative histological assessment. *Australas J Dermatol*, 2006; 47:1-12.
 - [9] Griffiths RW, Suvama SK, Stone J. Do basal cell carcinomas recur after complete conventional surgical excision? *Br J Plast Surg*, 2005; 58:795-805.
 - [10] Silverman MK, Kopf AW, Bart RS, et al. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part 3: Surgical excision. *J Dermatol Surg Oncol*, 1992; 18:471-476.
 - [11] Kimyai-Asadi A, Alam M, Goldberg LH, et al. Efficacy of narrow-margin resection

of well-demarcated primary facial basal cell carcinomas. *J Am Acad Dermatol*, 2005; 53(3):464-468.

- [12] Telfer NR, Colver GB, Morton CA. Guidelines for the management of basal cell carcinoma. *Br J Dermatol*, 2008; 15(1):35-48.
- [13] Sebaratnam DF, Choy B, Lee M, et al. Direct Cost-Analysis of Mohs Micrographic Surgery and Traditional Excision for Basal Cell Carcinoma at Initial Margin Clearance. *Dermatol Surg*, 2016; 42(5):633-638.

(本文編輯：尚剛)