

# 皮肤恶性黑色素瘤的疗效观察

蒲远学

(绵阳市中心医院 四川绵阳 621000)

**【摘要】**目的:观察52例黑色素瘤患者的临床治疗效果。方法:纳入我院自2010年6月至2018年9月,共收治的52例黑色素瘤患者为对象,施予手术治疗、放射治疗及化疗,观察患者的治疗疗效。结果:52例患者CR21例,PR14例,NC11例,PD6例,总有效率67%;随访3月至8年,中位生存期18个月。结论:对黑色素瘤患者手术治疗的同时积极采用放射治疗及化疗,可获得较为满意的疗效,同时还能延长患者的生存期,值得推广使用。

**【关键词】**皮肤;黑色素瘤;放射治疗;化疗;临床疗效

恶性黑色素瘤是源于皮肤黏膜上皮基底细胞恶变而形成的恶性肿瘤,大多是由痣或色素斑发展而形成,具资料统计[1]其占全身恶性肿瘤的比例为1%~3%。现目前也是发病率升高最快的恶性肿瘤之一,年增长率为3%~5%。恶性黑色素瘤的发病原因很多,可能与家族史、多发临床不典型色素斑、发育异常的痣有关联,日照中的紫外线可以破坏细胞内的DNA修复基因而诱发发病,已证实[2]位于9号染色体短臂的P16或CDKN2A的基因突变是恶性黑色素瘤高遗传易感性的主要原因。黑色素瘤可发生于身体的任何部位,最常见于女性的四肢和男性的躯干,多发生于皮肤和邻近皮肤的黏膜,故而也常称为皮肤恶性黑色素瘤。恶性黑色素瘤的发病具有种族差异性,其中高加索人种以浅表播散型最为常见约占65%~70%,而我国是以肢端雀斑样黑色素瘤多见。该病起病隐袭、高度恶性、预后差。本文主要是对我院52例恶性黑色素瘤的治疗回顾性分析。

## 1、资料与方法

1.1 入选标准。按照中国黑色素瘤诊治指南(2011版)的标准[3]。我院自2010年6月至2018年9月,总共收治52例黑色素瘤其中包括局部晚期和转移性恶性黑色素瘤。所有患者均是经过病理切片诊断证实的恶性黑色素瘤。其中男性32例、女性20例,年龄24岁~82岁,中位年龄51岁。部位位于头颈部的26例、躯干14例、四肢12例。术后复发的14例、病变广泛者12例、有淋巴结转移者9例。

1.2 治疗方法;1.2.1 手术治疗,活检手术将病灶连同周围0.5mm~1.0cm的正常皮肤及皮下脂肪整块切除后作病理检查。原发灶切除范围是根据病理报告中的肿瘤浸润深度(Breslow厚度)来决定的;①病灶厚度 $\leq 1.0\text{mm}$ 时,安全切缘为1cm;②病灶厚度1.01mm~2mm时,安全切缘为1~2cm;③病灶厚度 $> 2\text{mm}$ 时,安全切缘为2cm;病灶厚度 $> 4\text{mm}$ 时,安全切缘为2cm。前哨淋巴结活检和淋巴结清扫,前哨淋巴结活检阳性者或体检或影像学检查和病理学确诊的3期患者要进行淋巴结清扫,要求受累淋巴结基部完整切除,腹股沟淋巴结清扫至少应在10个以上,颈部及腋窝淋巴结至少清扫15个,一般不作预防性淋巴结清扫术。

1.2.2 放射治疗 采用6MV X线或者6MeV电子线及9MeV电子线。每次肿瘤放射治疗治疗量为200~300cGy

每天一次,每周5次。总剂量4500~6600cGy/15~25次/15~28天。

1.2.3 化疗 常用药物有达卡巴嗪 200mg~400mg/m<sup>2</sup>连用5~10天、替莫唑胺口服75mg/m<sup>2</sup>每天,一共42天、氮烯咪胺 每次剂量350mg/m<sup>2</sup>,连用6天,28天为一疗程。福莫斯汀、紫杉醇、顺铂、卡铂等。分子靶向治疗如维莫非尼常规用法为960mg,口服、每天2次。干扰素的应用等。

1.3 疗效评定标准 完全缓解(CR):由三次至少间隔4周的观察证实病灶完全消失,没有淋巴结转移和残留。部分缓解(PR):由三次至少间隔4周的观察证实病灶缩小50%以上,同时没有任何病灶进展或新的病灶出现。无改变(NC):由三次至少间隔4周的观

察证实病灶缩小不到50%,或病灶增大不到25%或淋巴结残留。恶化(PD):肿瘤增大25%以上或出现新的病灶或广泛扩散。

## 2、结果

本组病例CR21例,PR14例,NC11例,PD6例。总有效率67%。随访3月至8年。中位生存期18个月。35例生存期满1年,21例生存期满2年,12例生存期满3年。1年生率为67%,2年生率为40.3%,3年生率为23%。到2018年9月已有42例死亡,其中死于远处转移的24例,死于局部病灶未控制或进展的12例,其他6例。其中手术28例,放疗15例,化疗9例。

## 3、讨论

早期的恶性黑色素瘤经过外科扩大手术切除后90%~100%可以治愈。本次52例患者中有28例进行了手术治疗。其中14例是属于二期及以前的患者。1期和2期恶性黑色素瘤的手术切除几率大,预后好,手术治疗是以治愈为目的。因此早发现,早诊断,早治疗是治疗恶性黑色素瘤非常关键的。关于恶性黑色素瘤手术切缘的认定,Garbe[4]认为肿瘤厚度 $< 2\text{mm}$ 时,手术切缘为1cm,肿瘤厚度 $> 2\text{mm}$ 时,手术切缘为2cm是安全的。国内认为恶性黑色素瘤原发病灶切除边界是以0.5cm~2.0cm为宜,切除深度应超过深筋膜。恶性黑色素瘤大多会出现淋巴结转移,对于有区域淋巴结转移的患者应行区域淋巴结清扫术。有资料研究[5]显示当临床腹股沟淋巴结肿大时,超过37%的病例已有深部髂血管旁淋巴结阳性改变。恶性黑色素瘤的放射治疗以前使用大分割方案较多,这与过去曾经认为恶性黑色素瘤为放射性抗拒肿瘤有密切关系在1976年Habermalz等[6]采用每次大于6Gy大分割放射治疗恶性黑色素瘤。大分割治疗会增加正常组织的损伤并且限制总剂量的提高。近年来有证据[7]表示出恶性黑色素瘤与大部分的肿瘤没有特殊的差异。Fening[8]等在65例姑息放疗与辅助放疗的病员中使用小于3Gy/次的有效率为52%,而大分割者中有效率为35%。局部控制率分别为87%与82%。大分割放疗没有明显的优势。因此选择临床上推荐采用与常规分割剂量的基础上的小分割放疗恶性黑色素瘤。恶性黑色素瘤的化疗单药有氮烯咪胺,可单用也可联合化疗,联合化疗的有效率效果稍高于单药。目前与达卡巴嗪的联合化疗任然是一线化疗治疗恶性黑色素瘤的首选治疗方案。对于有脑转移的患者应使用替莫唑胺,其能够通过血脑屏障,治疗脑转移的患者,延长患者的生存期。联合化疗的常用方案有顺铂+达卡巴嗪+卡莫司汀+他莫昔芬或者顺铂+长春新碱+达卡巴嗪。晚期患者恶性黑色素瘤的患者多采用化疗。以上是恶性黑色素瘤常用的治疗手段。通过上文我们发现恶性黑色素瘤的治疗效果与早发现、早诊断、早治疗密切相关。

## 参考文献:

[1]Jemal A,Siegel R,Ward E,et al .cancen statistics ,2009[J].CA Cancer J Clin,2009,59 (4): 225-249

[2]High WH,Robinson WA. Genetic mutations involved in melanoma: a summary of our current understanding[J].Adv Dermatol.

(下转第页)

(上接第 12 页)  
2007,23: 61-79

[3]CSCO 黑色素瘤专家委员会.中国黑色素诊治指南(2011 版)  
[J].临床肿瘤学杂志.2012,17(2): 159-171

[4]Garbe C ,Hauschild A,Volkenandt M,et al .Evidenece and  
interdisciplinary consensus-based German guidelines: surgical treatment  
and radiotherapy of melanoma[J].Melanoma Res,2008,18 (1): 61-67

[5]Rager EL,Bridgeford EP,Ollila DW.Cutaneous melanoma update  
on prevention,screening,diagnosis,and treatment[J].American Family  
physician,2005,72(2): 269-276

[6]Habermalz HJ ,fischer JJ,Radiation therapy of malignant

melanoma : experience with high Individual ,cancen,1976,38 :  
2258-2262

[7]唐启信.恶性黑色素瘤的放射生物学特点与放射治疗方案选  
择.中华放射肿瘤学杂志,2001,10: 231

[8]Fening E,Eidelevich E ,Njuguna E ,et al .role of radiation  
therapy in the management of cutaneous malignant melanoma ,Am J  
Clin Oncol ,1999,22: 184-186

作者简介:

姓名:蒲远学; 性别:男; 籍贯:四川绵阳; 出生年月:1986 年 2  
月 21 日; 学历:本科; 研究方向:肿瘤学