

*Consensus on surgical treatment for cutaneous and
acral melanoma - Chinese Experiences*

皮肤及肢端恶性黑色素瘤外科诊治 中国专家共识

● 陈 勇 李 涛 杨吉龙 主编



● 復旦大學 出版社

Consensus of Experts on the Management of Cutaneous and Limb End Melanoma
Consensus of Experts on the Management of Cutaneous and Limb End Melanoma

皮肤及肢端恶性黑色素瘤外科诊治 中国专家共识

— 编 委 委 员 席 立 编 —



中国医药出版社

图书在版编目(CIP)数据

皮肤及肢端恶性黑色素瘤外科诊治中国专家共识/陈勇,李涛,杨吉龙主编. —上海:
复旦大学出版社, 2019. 10
ISBN 978-7-309-14619-6

I. ①皮… II. ①陈…②李…③杨… III. ①黑色素瘤-外科学-诊疗 IV. ①R739.5

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2019)第 229567 号

皮肤及肢端恶性黑色素瘤外科诊治中国专家共识

陈 勇 李 涛 杨吉龙 主编

责任编辑/贺 琦

复旦大学出版社有限公司出版发行

上海市国权路 579 号 邮编: 200433

网址: fupnet@fudanpress.com <http://www.fudanpress.com>

门市零售: 86-21-65642857 团体订购: 86-21-65118853

外埠邮购: 86-21-65109143

上海丽佳制版印刷有限公司

开本 850 × 1168 1/32 印张 3.375 字数 72 千

2019 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

印数 1—4 100

ISBN 978-7-309-14619-6/R · 1762

定价: 32.00 元

如有印装质量问题, 请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。

版权所有 侵权必究

编委名单

顾问

杨 蕴	教授	天津市肿瘤医院骨软科
宋建民	教授	甘肃省人民医院骨软科
师英强	教授	复旦大学附属肿瘤医院骨软组织外科
朱惠燕	教授	复旦大学附属肿瘤医院骨软组织外科

主编

陈 勇	教授	复旦大学附属肿瘤医院骨软组织外科
李 涛	教授	浙江省肿瘤医院骨软科
杨吉龙	教授	天津市肿瘤医院骨软科

副主编

徐 宇	教授	复旦大学附属肿瘤医院骨软组织外科
张晓晶	教授	辽宁省肿瘤医院骨软科
刘佳勇	教授	北京大学肿瘤医院骨软科

编委

王玉学	教授	黑龙江省肿瘤医院骨软科
蔡启卿	教授	河南省肿瘤医院骨软科
陆维祺	教授	复旦大学附属中山医院普外科
付来华	教授	甘肃省肿瘤医院骨软科
李 晶	教授	甘肃省肿瘤医院骨软科
池晓峰	教授	吉林省肿瘤医院骨软科

豆重印	教授	河北邢台市第一医院骨科
房永宏	教授	山西省肿瘤医院骨软科
樊征夫	教授	北京大学肿瘤医院骨软科
冯建刚	教授	河北省肿瘤医院骨软科
李先安	教授	湖南省肿瘤医院骨软科
李长江	教授	唐山市肿瘤医院骨软科
孙保勇	教授	山东省肿瘤医院骨软科
王 全	教授	重庆市肿瘤医院骨软科
袁 涛	教授	云南省肿瘤医院骨软科
赵 军	教授	天津市肿瘤医院骨软科
张 兵	教授	江西省中医院骨肿瘤科
江仁兵	教授	新疆自治区肿瘤医院骨软科
王春萌	教授	复旦大学附属肿瘤医院骨软组织外科
赵锡江	教授	江苏省无锡市肿瘤医院
严望军	教授	复旦大学附属肿瘤医院骨软组织外科
王 东	教授	贵州省肿瘤医院骨科
邵立人	教授	浙江大学医学院附属第二医院整形科
邢汝维	教授	天津医科大学附属肿瘤医院骨软科
肖砚斌	教授	云南省肿瘤医院骨科
赵 爽	教授	湘雅医院皮肤科
袁振超	教授	广西省肿瘤医院骨软科
游原瑜	教授	福建省肿瘤医院
王华斌	教授	湖北省肿瘤医院骨科
刘巍峰	副教授	北京积水潭医院骨肿瘤科
金 谷	教授	浙江省肿瘤医院骨软科

序

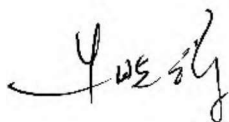
皮肤恶性黑色素瘤是一类严重危及人民群众生命安全的高度恶性肿瘤,既往外科治疗以截肢等损毁性手术为主,晚期治疗更是缺乏有效的治疗方法。近年来随着外科技术的发展和药物治疗的进步,尤其是靶向治疗和免疫治疗在恶性黑色素瘤的治疗中取得了突破性进展,外科治疗的理念及实践进入了新的时代。保肢治疗已成为主流,切缘变得更精细,预防性淋巴结清扫发展为前哨淋巴结活检基础上的选择性淋巴结清扫。此外,在不可切除或晚期患者中,通过药物治疗使其变成可切除的可能性及比例越来越高,使得外科与综合治疗都有了新的定义和模式。循证医学证据更新很快,而我国的皮肤及肢端恶性黑色素瘤又具有典型的中国特色,因此,需要提出我们在新时代的外科诊疗规范。

恶性黑色素瘤发病率低,病例相对分散,以前国内的诊疗一直在参考美国国立综合癌症联盟(NCCN)指南。近几年随着人们对疾病的认识,以及治疗手段的进步,外科及综合治疗相对集中到省、市级医院或肿瘤中心,使我们有可能集中较大数据进行分析,开展独立自主的临床研究,并进而提出适合我国疾病特点的诊疗模式。在此基础上的中国临床肿瘤学会(CSCO)恶性黑色素瘤指南提供了很好的指导。但规范化的外科治疗在恶性黑

色素瘤的治疗全程中都非常重要,对早中期患者可能实现治愈,对中晚期患者与药物的联合可能实现最大限度地延长生存。由于目前仍缺乏外科诊疗具体的技术规范和操作细节,中国抗癌协会肉瘤专业委员会组织了全国范围内该领域的各位专家同道,由软组织肉瘤及恶性黑色素瘤学组牵头,一起讨论并编撰本共识,旨在全国范围内推广应用适合我国病例特点的规范的外科诊疗,减少恶性黑色素瘤的误诊、误治,并尽可能提高治愈率。

我愿为作序,希望本书的出版能进一步推进我国恶性黑色素瘤的诊疗水平,尤其是规范化的外科诊疗,愿与各位同道一起努力,践行规范并创新引领,在多学科综合治疗模式下,勇攀高峰,保障人民群众的生命安全。

北京积水潭医院骨肿瘤科

 教授

2019年9月

前言

我们一直想写一本关于恶性黑色素瘤外科治疗的书,一方面在于从事临床近40年来,除了成功治疗的数千例患者,还看到了太多因误诊、误治失去肢体甚至因延误治疗失去生命的案例;另一方面则是因为我国的恶性黑色素瘤患者病例特征与国外不一样,完全按照国外的指南进行诊治不一定能得到最好的效果,外科治疗也是如此。但既往由于病例分散,药物和综合治疗乏善可陈,难以总结出适合我国病例特点的外科及序贯综合治疗模式,因此一直未能书就。近年来随着对疾病认识的深入,包括靶向治疗和免疫治疗在恶性黑色素瘤的突破性发展,恶性黑色素瘤的诊治得以引领实体瘤的治疗模式。早中期的恶性黑色素瘤更多地考虑保肢和功能,中晚期的通过药物治疗转化为可切除的则有了根治的可能。因此,顺应时势,我们组织了活跃在国内临床和科研一线的中青年外科专家编写了本书。

皮肤及肢端恶性黑色素瘤规范的外科治疗包括5个部分:①活检;②原发病灶的处理;③区域淋巴结的处理;④局部复发和移行转移的处理;⑤转移灶的外科治疗。原则性的内容仍然参考了国外相关皮肤恶性黑色素瘤的指南和中国临床肿瘤学会(CSCO)指南,具体技术细节和案例则结合我国学者的实践,并由骨软组织肿瘤外科、肿瘤内科、皮肤科、整形科、病理科和影像

科等共同完成。既采用了国外的高级别循证医学证据,也兼顾了国内的多中心临床数据,具有较高的应用价值。

我们深知恶性黑色素瘤的外科治疗技术不是障碍,规范治疗的理念和序贯综合治疗模式的应用才是提高疗效的关键。因此希望本书的出版能推动我国皮肤及肢端恶性黑色素瘤的规范化外科及综合治疗,与国内同道一起,造福患者,改善预后。

天津市肿瘤医院骨软组织科



教授

甘肃省人民医院骨软组织科



教授

2019年9月

目 录

第一章	皮肤及肢端恶性黑色素瘤的外科治疗原则	1
第二章	活检	3
	一、活检的临床意义	3
	二、皮肤病灶的活检	5
	三、甲床黑线的活检	7
	四、转移性黑色素瘤的活检	9
	五、术中冷冻病理检查对原发灶评估的价值	10
第三章	外科治疗前的临床诊断	11
第四章	原发灶的外科处理	14
	一、广泛切除和切缘的定义	15
	二、切缘选择的循证医学证据	15
	三、广泛切除切缘的选择	16
	四、广泛切除的其他注意点	17
	五、扩大切除后的修复	18

六、截指(趾)与截肢	21
第五章 区域淋巴结的外科处理	23
一、区域淋巴结转移的临床意义	24
二、前哨淋巴结活检	25
三、完整的区域淋巴结清扫	35
四、SN 阳性后完整区域淋巴结清扫的争议	44
第六章 局部复发和转移的外科处理	48
一、可切除的局部复发和转移	49
二、无法切除的移行转移	49
三、隔离肢体热灌注治疗的具体操作	52
第七章 IV 期黑色素瘤的外科处理	57
一、IV 期远处转移的外科治疗	57
二、转移性黑色素瘤的围术期治疗	61
主要参考文献	64
附录一 AJCC 8th 黑色素瘤分期系统	68
附录二 皮肤黑色素瘤病理诊断报告书建议	
格式	72
附录三 手术实录图	74

第一章

皮肤及肢端恶性黑色素瘤的外科治疗原则

外科手术治疗是目前为止皮肤黑色素瘤唯一的根治手段。皮肤黑色素瘤的外科治疗主要包括原发病灶的活检、原发病灶/瘤床的扩大切除、区域淋巴结的评估和清扫、局部复发和转移灶的切除和部分可切除的远处转移病灶的切除 5 部分内容。

皮肤黑色素瘤外科治疗的总原则包括如下。

(1) 外科治疗前须对患者进行详细的临床评估,包括体检、影像学检查、病理检查等,根据患者的临床分期,制订合理的外科及综合治疗方案。

(2) 外科治疗的目的在于彻底清除患者现有的肿瘤病灶,或姑息性地切除破溃感染、出血或疼痛等病灶,以期延长生存或提高生活质量。目前,对于预防性的切除、清扫和灌注等创伤性操作,无循证医学证据支持。

(3) 外科治疗的另一目的是获得足够的组织标本进行病理学及分子遗传学的评估,确认患者的最终分期,并了解其基因突变状况,以作为后续辅助治疗和预后评估的依据。

(4) 随着临床研究的不断深入,新的研究结果可能影响黑色素瘤的治疗规范;考虑到中国恶性黑色素瘤的发病和演进机制的不同,在参考国外人群证据的同时,应该结合中国恶性黑色

素瘤的疾病特色,合理规范中国患者的治疗方法。

(5) 多学科综合治疗是皮肤黑色素瘤治疗的规范模式。外科治疗和其他局部治疗手段以及系统性药物治疗之间是相辅相成的,在内科治疗疗效不断提高的同时,外科治疗的作用也会发生改变;外科治疗同时能够获得肿瘤组织样本,有利于分析并发现新的治疗靶点及预测药物治疗的生物学标志物。

第二章

活 检

共识要点

■ 对皮肤黑色素瘤患者实施根治性外科治疗前,必须通过活检,得到原发灶的恶性证据,并尽量充分地提供临床相关因素,以决定后续的外科治疗方式。

■ 切缘 1~3 mm、深度达皮肤全层至皮下组织的完整切除活检,是最理想的对可疑色素性皮肤病灶的活检方式。

■ 椭圆形、纺锤形切除活检的切口方向要和后续扩大切除的方向一致,要考虑肢体淋巴管的方向。

■ 当受到一定因素限制无法进行完整切除活检时,对病灶最可疑恶性部分的部分活检可替代完整活检,但提供的临床信息有限。

■ 甲床黑线病的活检,不仅要活检指甲上的病灶,还要切除活检甲床根部组织内的色素性病灶。

一、活检的临床意义

对于初治的皮肤黑色素瘤,外科治疗可能涉及原发灶的扩大切除、区域淋巴结的评估及部分转移灶的切除,属于中等创伤的手术操作,通常也涉及切除后的整形修复及重建。合理的外

科手术计划,取决于原发病灶的浸润深度、有无溃疡等临床病理信息。

因此,要求在对皮肤黑色素瘤患者实施根治性外科治疗前,必须通过活检,得到原发灶的恶性证据,并尽量充分提供相关临床病理因素,以决定后续的外科治疗方式(图 2-1)。

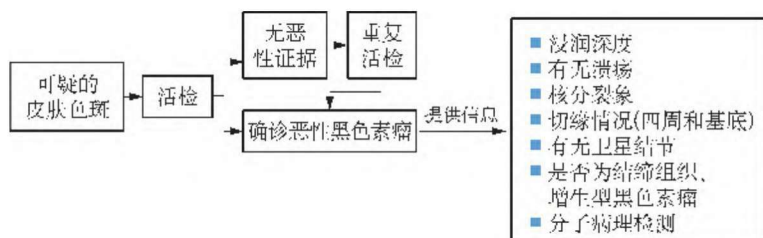


图 2-1 皮肤恶性黑色素瘤的活检要求及目的

其中,原发灶的浸润深度和有无溃疡决定外科切除的切缘以及是否需要行区域淋巴结的外科评估。核分裂象尽管已不再作为 T1 的分期依据,但仍是重要的预后因素,可能影响切缘选择和淋巴结评估方式。活检标本的四周和基底切缘情况,决定扩大切除补充切缘的范围。在美国癌症联合委员会(American Joint Committee on Cancer, AJCC)的第 8 版癌症分期系统(见附录一)中,微卫星结节、大体卫星结节和移行转移的情况,结合不同淋巴结转移的数目(0、1 或者 2 以上),被定义为 N1c、N2c 和 N3c^[4]。研究发现,同样深度的皮肤黑色素瘤患者,有无卫星结节的预后明显不同。促结缔组织增生型的黑色素瘤可选择放射治疗。对于活检时已完整切除的恶性黑色素瘤病灶,应进行分子病理学检测以了解相关基因的突变情况^[5](见附录二)。

二、皮肤病灶的活检

(一) 完整切除活检

最理想的皮肤黑色素瘤的活检是切缘 1~3 mm 的完整切除活检。《美国 NCCN 指南》建议对于可疑病灶的活检切缘不应 >3 mm, 以免影响局部皮肤的正常淋巴回流, 对后续前哨淋巴结的示踪造成干扰(图 2-2)。

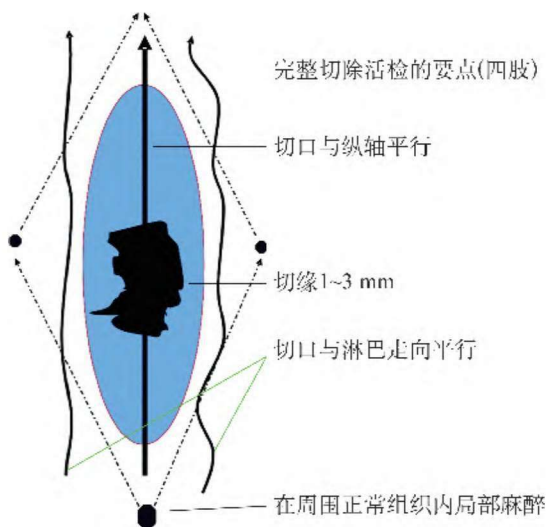


图 2-2 完整切除活检的要点

活检一般采用局部浸润麻醉。局部麻醉给药应在病灶周围正常组织内进行, 避免直接注射在病灶组织中, 压力增大可能导致肿瘤的医源性播散。

活检的切口应与计划扩大切除切口方向一致。一般按照放松状态下的皮纹走向。四肢的病灶应取纵行切口, 缝合张

力小,顺淋巴回流走向。活检的深度应包含皮肤全层至皮下组织,但垂直深度应以不破坏深筋膜为原则,避免导致医源性扩散。

完整切除后创面应采取一期简单缝合,避免采用转移皮瓣、植皮等复杂的修复方式,影响后续手术。

(二) 部分活检

研究证明,部分活检的诊断准确率远低于完整切除活检,但存在特殊临床、技术或其他原因而无法进行完整切除时,可考虑对可疑病灶进行部分切除活检。

相关的临床因素包括:①大病灶,完整切除后肯定涉及修复问题;②完整切除可能影响美观或功能;③完整切除存在临床风险或发生显著并发症可能;④较大的色素性病灶,但恶性程度可能较低。

部分活检时应选择最可疑或存在浸润的区域,例如存在溃疡的区域。可通过皮肤镜检查对确定最可能存在恶变的区域进行活检。活检时应尽量取得皮肤全层组织。存在明显溃疡时,避免只是活检溃疡坏死的部分,而应在溃疡交界区域进行活检。

部分活检的方式如下。

1. 部分切取活检 对较大的病灶,通过手术刀进行全层的切取,是相对活检准确率最高的部分活检的方式。

2. 打孔活检 是指使用皮肤打孔器进行活检。打孔器通常只能获取真皮深度的组织,建议对于较大的病灶进行多点打孔以提高活检准确率。

3. 刮除活检 皮肤科常用的活检方式,通常用于有美观顾虑的部位,深层刮除有留疤的风险。分为浅表刮除和深层刮除,