

足部小汗腺汗管纤维腺瘤 1 例并文献复习

王 帅¹, 郝 峰², 刘国艳^{1*}

(1. 潍坊医学院附属医院, 山东 潍坊 261000; 2. 潍坊医学院, 山东 潍坊 261000)

【摘要】 患者女, 61岁, 左足外侧缘浸润性斑片伴反复渗出结痂5年。皮肤科检查: 左足外侧缘见长约1.0cm×1.3cm类椭圆形红色浸润性斑片, 中央可见暗红色局部糜烂, 触之可出血, 伴角化过度性黏着性鳞屑覆着, 周边呈淡红色, 边界欠清。皮肤镜表现为淡红色不均匀背景, 糜烂处呈乳红色, 中央淡黄色痂样区, 周围白色圈样层状鳞屑, 高倍镜下(70倍)可见聚焦欠佳的多形性血管(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等)。组织病理: 表皮角化过度。棘细胞层增生肥厚, 可见增生的上皮细胞条索向真皮内浸润性生长, 相互交织吻合呈网状, 细胞胞浆嗜伊红, 核大深染, 无明显异形性; 局部向管腔分化。免疫组化: CK7(+), CK8(+), CK19(+), 肿瘤细胞阳性; P40(+), P63(+), 鳞状上皮和肿瘤边缘的肌上皮阳性; AR(-), CEA(-), Bcl-2(-), Ki-67 阳性细胞约占3%。结合组织病理和临床表现, 诊断为小汗腺汗管纤维腺瘤, 给予根治性手术切除治疗。

【关键词】 小汗腺汗管纤维腺瘤; 孤立性; 皮肤镜

中图分类号: R739.5 文献标志码: B doi: 10.3969/j.issn.1002-1310.2021.03.051

1 临床资料

患者女, 61岁, 左足外侧缘浸润性斑片伴反复渗出结痂5年来我科就诊。患者5年前无明显诱因左足外侧缘出现绿豆大小淡红色丘疹, 无明显疼痛瘙痒等不适, 皮疹缓慢增大, 伴反复渗出、结痂。于当地诊所就诊, 间断不规则外用药物(具体不详), 无效, 皮损继续增大。自发病以来, 睡眠饮食可, 二便正常, 近期体重无明显改变, 既往体健, 家族中无类似疾病患者。体检: 一般情况好, 各系统检查无异常。皮肤科检查: 左足外侧缘见单发的1.0cm×1.3cm类椭圆形红色浸润性斑片, 表面粗糙伴角化过度, 中央呈暗红色, 局部糜烂, 触之可出血, 表面覆以黏着性鳞屑, 周边呈淡红色, 边界欠清, 如图1(a)所示。

实验室及辅助检查: 血常规、肝肾功能、电解质等未见明显异常。皮肤镜检测: 淡红色背景, 中央

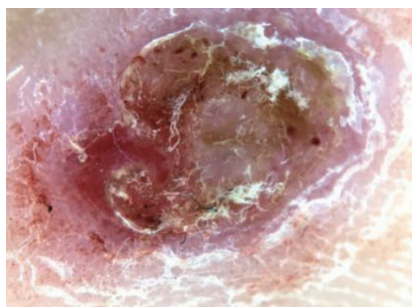
黄痂及乳红色区域, 周边白色圈样脱屑, 可见多血管形态模式(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等, 如图1(b)、图1(c)所示。组织病理: 表皮角化过度。镜下可见与表皮相连的细长上皮细胞条索, 上皮细胞较小, 胞浆嗜酸性, 核深染, 局部可见向导管分化, 细胞无明显异形性, 如图2(a)、图2(b)所示。免疫组化: CK7(+), CK8(+), CK19(+), 肿瘤细胞阳性; P40(+), P63(+), 鳞状上皮和肿瘤边缘的肌上皮阳性; AR(-), CEA(-), Bcl-2(-), Ki-67 阳性细胞约占3%。诊断: 小汗腺汗管纤维腺瘤。治疗: 初次手术切除后组织病理示切缘局部有病变组织残留, 随后进行扩大切除手术, 术中冰冻示切缘净, 患者目前在随访。

2 讨论

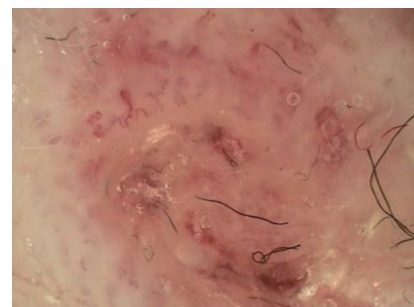
小汗腺汗管纤维腺瘤(Eccrine Syringo Fibroadenoma, ESFA)是起源于小汗腺并向汗腺导管分化的少



(a) 孤立性红色浸润性斑片, 表面粗糙, 周边淡红色, 边界欠清

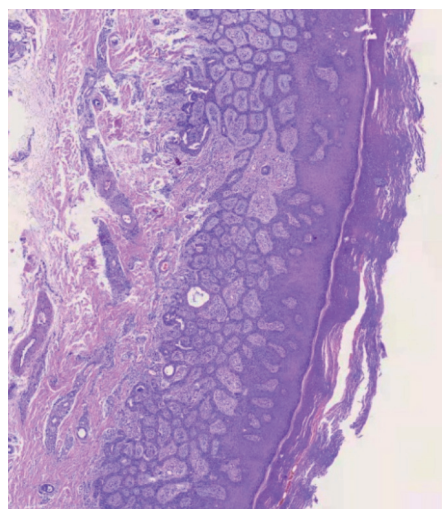


(b) 皮肤镜(20倍)偏振模式图像

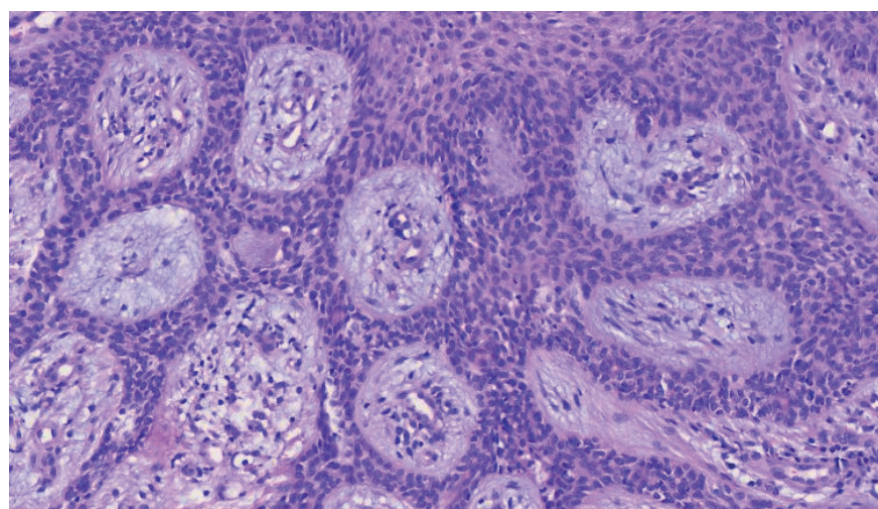


(c) 皮肤镜(70倍)浸润模式, 淡红色背景, 中央黄痂及乳红色区域, 可见多血管形态模式(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等)

图1 临床及皮肤镜图像

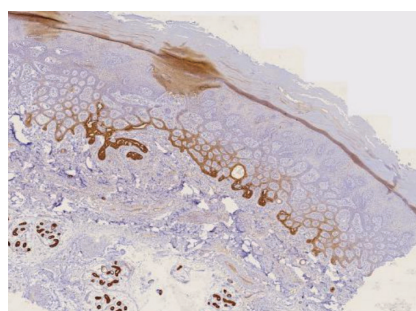


(a) 皮肤组织病理(20×)镜下可见与表皮相连的细长上皮细胞条索,相互交织呈网状,向真皮内浸润性生长

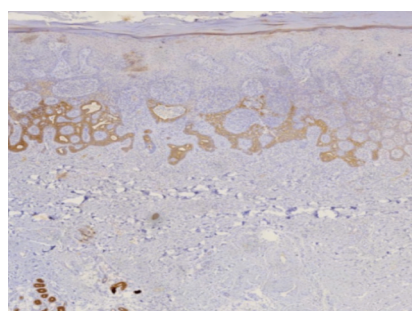


(b) 皮肤组织病理(200×)上皮细胞较小,胞浆嗜酸性,核深染,呈双层结构,局部可见向导管分化,背景较多黏液沉积

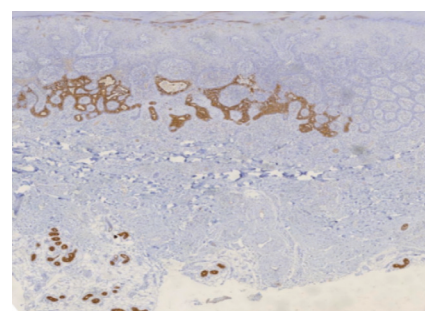
图2 皮肤组织病理



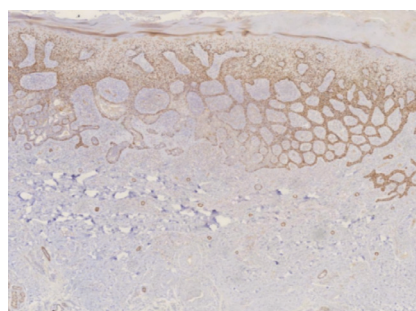
(a) 免疫组化染色(20×) CK7(+)



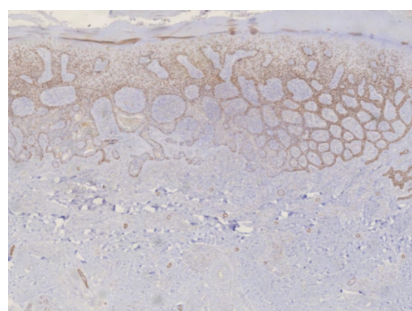
(b) 免疫组化染色(20×) CK8(+)



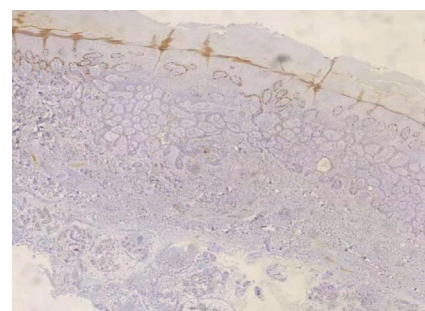
(c) 免疫组化染色(20×) CK19(+)



(d) 免疫组化染色(20×) P40(+)



(e) 免疫组化染色(20×) P63(+)



(f) 免疫组化染色(20×) Ki-67(+) 阳性细胞约占 3%

图3 免疫组化染色

见良性病变,该病于 1963 年由 Mascaro 首次报道^[1]。发病年龄从(16~80)岁不等,大多在(70~80)岁^[2]。本病临床表现多样,共有五种公认的 ESFA 亚型:① 孤立型 ESFA,通常表现为老年人四肢的单个结节;② 不伴皮肤表现的多发性 ESFA,又称 syringofibroadenomatosis,以多发性病灶呈线状对称排列或掌跖分布为特征,不伴皮肤的其他异常;③ 多发性 ESFA 与汗腺外胚层发育不良相关,皮损表现为多发

的红斑性丘疹,四肢多发,以头发、指甲和牙齿的个体和/或家族性异常为特征,青春期发病,可伴有眼睑汗腺囊瘤、少毛、牙发育不全和指趾甲发育不良等外胚层发育不良表现;④ 非家族性单侧线状 ESFA,无家族史,单侧性,常表现为多发的丘疹、斑块呈线性排列,好发于四肢;⑤ 反应性 ESFA 并不少见,约占所有报告病例的 24%^[3],伴炎症性或肿瘤性病变,包括糜烂性扁平苔藓、大疱性天疱疮、麻风、慢性糖尿病足溃疡、烧

伤疤痕、静脉瘀滞、回肠造口、鳞状细胞癌和皮脂腺痣等^[4-6]。ESFA 确诊主要依靠其特征性的组织病理学表现:与表皮相连、形态相对一致的上皮细胞条索,纵横交错,形成网格状结构,常延伸至真皮中层,可见汗腺导管分化,腔缘往往有完整的护膜包绕,上皮条索之间为疏松的纤维血管性间质。也有透明细胞亚型的报道^[7]。

ESFA 表现多样,但通常表现为无症状的孤立或多发粉色或肤色结节、丘疹、斑块,2017年,国外有人报道1例EFA,描述为外观脆皮奶酪蛋糕样外观,在角化过度区边缘,伴或不伴溃疡。本例病人表现为足部单发孤立性丘疹,病史5年,皮损表现为长约1.0cm×1.3cm类椭圆形红色浸润性斑片,表面粗糙伴角化过度,中央呈暗红色,局部糜烂,触之可出血,表面覆以黏着性鳞屑,周边呈淡红色,边界欠清。患者既往皮损处无基础皮肤病,无家族史,查体无其他器官系统的异常,无外胚叶发育不良,且组织病理表现典型,符合孤立型ESFA亚型。本例病人皮损皮肤镜表现为淡红色不均匀背景,糜烂处呈乳红色,中央淡黄色痂样区,周围白色圈样层状鳞屑,高倍镜下(70倍)可见聚焦欠佳的多形性血管(螺旋状血管/不典型弯曲线状血管等),目前未有国内外文献总结ESFA的有意义的皮肤镜下特征。

小汗腺汗管纤维腺瘤需要同以下肿瘤鉴别。

① Pinkus 纤维上皮瘤:同为自表皮向真皮延伸的交错的基底细胞样条索,其条索更加纤细,周边成栅栏状排列,有一定的异型性,但无管腔分化,有时可见原始毛囊胚芽,大多为AR阳性。② 汗孔瘤:皮损典型表现为孤立、无蒂、肤色或红色的结节,好发于足底和足

侧缘。肿瘤虽从表皮下层延伸到真皮,并常见小导管,但多形成宽叶或团块状结构,且由一致的小立方形细胞构成与周围鳞状上皮间的界限清晰。

较少报道的治疗方法是冷冻治疗、刮除、电脱术、激光和放射治疗,患者的预后不同^[8]。切除ESFA是预防恶变的明确治疗方法,考虑到发生恶变的风险,每个病例都应予以跟踪^[9]。本例病人行根治性切除术后正在随访中。

参考文献:

- [1] Mascaro J M.Considerations on fibro-epithelial tumors.Exocrine syringofibroadenoma[J].Ann Dermatol Syphiligr(Paris),1963,90(4):143-153.
- [2] 常建民.毛囊漏斗部肿瘤[J].临床皮肤科杂志,2012(1):65.
- [3] Cho E,Lee J D,Cho S H.A case of reactive eccrine syringofibroadenoma[J].Ann Dermatol,2011,23(1):70-72.
- [4] Mascaro J M.Considerations on fibro-epithelial tumors:exocrine syringofibroadenoma[J].Ann Dermatol Syphiligr.1963(90):143-153.
- [5] Starink T M.Eccrine syringofibroadenoma:multiple lesions representing a new cutaneous marker of the Schöpf syndrome,and solitary nonhereditary tumors[J].J Am Acad Dermatol,1997,36(4):569-576.
- [6] French L E.Reactive eccrine syringofibroadenoma:an emerging subtype[J].Dermatology,1997(195):309-310.
- [7] Hodson J J.An intra-osseous tumour combination of biological importance-invasion of a melanotic schwannoma by an adamantinoma[J].J Pathol Bacteriol,1961(82):257-266.
- [8] Morganti A G,Martone F R,Macchia G,et al.Eccrine syringofibroadenoma radiation treatment of an unusual presentation[J].Dermatol Ther,2010(23):S20-23.
- [9] Katane M,Akiyama M,Ohnishi T,et al.Carcinomatous transformation of eccrine syringofibroadenoma[J].Journal of cutaneous pathology,2003(30):211-214.