

cells via Rac1. Cell Mol Life Sci, 2006,63(23):2871-2879.

25(5):873-883.

[8] Meyer zum Büschenfelde D, Hoshützky H, Tauber R, et al. Molecular mechanisms involved in TFF3 peptide-mediated modulation of the E-cadherin/catenin cell adhesion complex. Peptides, 2004,

(收稿日期:2011-07-13)
(本文编辑:莫愚)

· 病例报告 ·

透明细胞小汗腺癌一例

吕仁荣 吴军成 赵忠芳 林玲玲 霍然

患者女,34岁,因枕部头皮肿块3个多月入院。病史:患者2年前因头皮疣状痣在外院行冷冻治疗,其后头皮出现肿块并局部凸起,诊断为瘢痕疙瘩并行抗瘢痕处理,效果不佳,随后肿块逐渐扩大。转入我院时见枕部头皮有1个2cm×2cm×2cm大小的肿块,高于皮面,质硬,色暗红,与周围组织分界不清,无破溃及移动,轻度压痛(图1a)。予以手术切除,术中切开肿块部位皮肤、皮下组织,切取部分肿块组织送快速冰冻切片检查,提示为透明细胞小汗腺癌。随即扩大切口,自病灶外2cm范围内予以切除达枕肌浅层,清理周围瘢痕组织,创面移植全厚皮。肉眼观察切除物,见切面中心部位色泽明显加深,质地坚韧致密(图1b)。行组织病理学检查示肿物位于真皮层,与表皮相连,呈片状或巢状分布。瘤组织主要由2种瘤细胞组成,其一胞体较小,呈多边形或梭形,胞质嗜碱性,核圆形,染色质细,可见明显核仁;另一型细胞大而透明,多边形或类圆形,胞质透亮,核大,细胞异型性明显。2种类型细胞间可见移行现象,并见管状结构,部分细胞见明显细胞间桥,核分裂现象易见。间质有以淋巴细胞为主的炎症细胞浸润,瘤组织呈分叶状,叶间有多少不定的纤维组织。见图1c。特殊染色:细胞角蛋白表达阳性,波形蛋白表达呈阴性,恶性黑色素瘤特异性标志物S-100、HMB-45均呈阴性表达。术后12d全厚皮成活(图1d)。术后3个月复诊,患者颈部出现淋巴结肿大,怀疑肿瘤转移,患者由于个人原因未再接受手术治疗,半年后死亡。

讨论 汗腺癌有大汗腺癌和小汗腺癌之分,其中小汗腺癌又分为汗管样小汗腺癌、透明细胞小汗腺癌、黏液性小汗

腺癌和小汗腺腺癌4种。透明细胞小汗腺癌又称恶性透明细胞汗腺瘤,临床罕见,迄今为止国内外报道仅十几例。该病起源于皮肤汗腺,目前病因不明,多数学者赞成“基质上皮细胞学说”^[1]。

透明细胞小汗腺癌早期无症状,通常单发,生长缓慢,多见于头皮、面、胸及腹部,其他部位也可发生。皮损为单叶或多叶状结节,直径1~2cm,质坚,表面光滑,中央有破溃倾向,女性较男性多发,往往在外伤后发病,电烧伤、放射性损伤或者其他刺激可促使其增大。透明细胞小汗腺癌主要经淋巴途径和血行播散,肺转移最为多见。其临床诊断主要依靠组织病理学检查,如分叶状结构内见梭形或多边形嗜碱性细胞及大而透明细胞,即可确诊。但该病易误诊为其他类型肿瘤,例如易与含丰富糖原的透明细胞和角化灶的外毛根鞘瘤混淆,但前者常有大囊腔和管状结构,而外毛根鞘瘤瘤巢周边的细胞呈栅状排列,可鉴别。

本例患者为女性,经冷冻刺激后病变发展迅速,确诊时已累及深层组织,虽经手术扩大切除,伤口愈合良好,但仍于术后半年死亡,显示本病恶性程度高,转移快。本类病例较罕见,提示我们在临床工作中一旦发现淡红色或暗红色的无痛性肿物,治疗无效或效果不佳,且近期有明显增大趋势,应考虑有本病的可能,必要时及早手术并行组织病理学检查以辅诊,且在作出明确诊断前最好勿行冷冻等刺激性治疗。

参考文献

[1] Juan Rosai. 阿克曼外科病理学. 回允中,译. 8版. 沈阳:辽宁教育出版社,1999:124-129.



图1 透明细胞小汗腺癌患者的诊治。a. 术前枕部头皮肿块高于皮面,色暗红;b. 术中切开肿块后外观;c. 瘤组织主要由嗜碱性较小细胞和另一类大而透明细胞构成 HE×200;d. 术后12d移植皮片成活

DOI:10.3760/cma.j.issn.1009-2587.2011.05.007

作者单位:250021 济南,山东大学附属省立医院烧伤整形美容外科

(收稿日期:2010-12-02)

(本文编辑:罗勤)