

[10] Zambrano E, Marsh AS, Jaffe CC, et al. Iso lated non compact ion of the ventricularmyocardium; Cl inical and molecular aspects of a rare cardiomyopathy[J]. Lab Invest, 2002, 82(2): 117-122.

[11] Oechslin EN, ttenhofer-Jost AT, Rojas JR, et al. Long-term follow up of 34 adults with isolated left ventricular non compaction; A distinct cardiomyopathy with poor prognosis[J]. J Am Coll Cardiol, 2000, 36(2): 493-500.

[12] Chan YC, Ting CW, Ho P, et al. Ten-year epidemiological review of in-hospital patients with Marfan syndrome[J]. Ann Vasc Surg, 2008, 22(5): 608-612.

[13] Kobza R, Jenni R, Erne P, et al. Implantable cardioverter-de-fibrillators in patients with left ventricular noncompaction [J]. Pacing Clin Electrophysiol, 2008, 31(4): 461-467.

[14] Murphy RT, Thaman R, Blanes JG, et al. Natural history and familial characteristics of isolated left ventricular non-compaction[J]. Eur Heart J, 2005, 26(2): 187-192.

[15] Tsai SF, Ebenroth ES, Hurwitz RA, et al. Is left ventricu-lar noncompaction in children truly an isolated lesion? [J]. Pediatr Cardiol, 2009, 30(5): 597-602.

(收稿日期: 2011-08-24 修回日期: 2011-12-22)

• 短篇及病例报道 •

小汗腺癌 1 例报道

赵小利¹, 郭 强², 韦 强², 郭云宝², 王宏磊^{2△}
(吉林大学: 1. 第二医院皮肤科, 长春 130031; 2. 第一医院神经外科, 长春 130021)

doi: 10. 3969/j. issn. 1671-8348. 2012. 18. 049 文献标识码: C 文章编号: 1671-8348(2012)18-1894-02

汗腺癌是比较少见的皮肤附件恶性肿瘤, 占皮肤恶性肿瘤的 2. 2%~8. 4%^[1], 其中更为罕见的是小汗腺癌。这种实质性、浸润性的恶性肿瘤, 具有高度转移性, 故应给予高度重视。吉林大学第一医院收治 1 例小汗腺癌, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 62 岁, 工人, 吉林人, 因 2 个月前发现右侧额部有一触痛结节, 遂于 2010 年 8 月入院治疗。体格检查: 一般状态良好, 体温、脉搏、呼吸、血压均在正常范围之内, 全身体表淋巴结无肿大。心、肺、肝、脾及胃肠无阳性体征。右侧额部皮肤有一结节, 正常肤色, 边界清楚, 表面平滑, 约 3. 0 cm×2. 5 cm 大小, 质韧, 与周围组织粘连, 活动度差, 推之不动, 有触痛, 皮温正常, 无明显红肿、溃疡、色素沉着, 见封 3 图 1。既往健康, 无其他病史可查。辅助检查: 胸部 X 线平片、心电图及腹部 B 超(肝、胆、脾、胰、双肾和膀胱)检查均未见异常。头颅 CT 扫描未见异常。实验室检查: 癌胚抗原(-), CA19-9(-), CA72-4(-), 神经元特异性烯醇化酶(-), 细胞角质蛋白 19 片段(-)。病理标本: 头皮下见大小约 3. 0 cm×2. 5 cm×2. 0 cm 的肿块, 与颅骨外膜明显粘连, 颅骨外板完整, 未被破坏; 将肿物剖开后可见其呈紫红色实质性, 无皮脂样物及毛发。HE 染色: 低倍镜下可见肿瘤细胞呈腺管及条索状浸润性生长; 高倍镜下见肿瘤细胞高度异型, 细胞较大, 胞质嗜酸性, 界限欠清, 核大, 空泡状, 核仁明显, 见封 3 图 2。免疫组化: 癌胚抗原(-); 细胞角质蛋白(+); 上皮膜抗原(EMA)(+), 见封 3 图 3; S-100 蛋白(-); Ki-67 阳性表达比例为 55. 0%, 见封 3 图 4。病理诊断报告: 腺癌结节低分化伴坏死, 浸润生长, 侵及神经及颅骨骨膜, 考虑为皮肤小汗腺癌。行肿瘤扩大切除术, 术后 15 d 出院, 随访 8 个月未见复发, 目前仍在随访中。

2 讨 论

2.1 诊断及鉴别诊断 小汗腺癌是发生于体表皮肤的恶性肿瘤^[1], 诊断需结合年龄、发病部位、皮损特点、病理特征、免疫组化等。小汗腺癌大部分发生于头皮、面部、腋下、胸壁等处, 尤

以头皮部为好发部位^[2-3]。多表现为实性肿块, 同周围组织边界不清, 位于表皮下或真皮层, 质地坚硬, 成囊状的肿物可表现为红色或暗褐色结节, 部分病例尚伴有疼痛。该肿瘤多为单发, 晚期可为多发并融合成团^[4]。本例患者为右侧额部单发质韧触痛结节, 推之不动, 无色素沉着、红肿及溃疡, 符合常见部位及皮损特点。诊断小汗腺癌的标准是^[5]: (1) 瘤细胞多形性, 核深染, 核仁明显, 核浆比例增高; (2) 不规则皮下淋巴管神经周围浸润; (3) 无皮肤外腺癌存在; (4) AB-PAS 染色阳性。本例 HE 染色呈腺管及条索状浸润性生长的肿瘤细胞高度异型, 细胞较大, 胞质嗜酸性, 核大, 空泡状, 核仁明显, 神经及骨膜内见癌细胞浸润, 为典型的腺癌镜下表现, 符合上述诊断标准。Eckert 等^[6]针对 4 例汗腺癌患者, 应用免疫组化技术检测细胞角质蛋白, 4 例均为阳性, 从而证实汗腺癌的外分泌特性。本例细胞角质蛋白(+), 支持诊断。WHO 肿瘤分类及诊断标准指出: EMA 可勾画出小汗腺癌导管结构的管腔面, 有助于小汗腺癌的诊断。本例 EMA(+) 支持诊断, 鉴于上述原因本例明确诊断为小汗腺癌。

小汗腺癌尚需同皮肤良性疾病、基底细胞癌、鳞状细胞癌、黑色素瘤、大汗腺癌、皮脂腺癌、转移性癌等进行鉴别诊断。Ki-67 定位于细胞周期 G₁、S、G₂、M 期的细胞之细胞核, 用于判断细胞周期的增殖活性, 同肿瘤恶性程度呈正相关。本例 Ki-67 阳性表达比例 55. 0%, 可认为标本中仅 45. 0% 的细胞在 G₀ 期, 增殖异常活跃, 肿瘤恶性程度很高, 故排除皮肤良性病变。本例 HE 染色为典型的腺癌, 根据皮肤组织学特点, 据此一项即可排除常见的恶性皮肤肿瘤, 再排除其他可能的腺癌(大汗腺癌、皮脂腺癌、转移性癌等)即可确诊。为稳妥起见, 作者逐一分析, (1) 基底细胞癌: 多见于眶周、鼻翼, 多为结节溃疡, 瘤体由基底细胞构成, EMA(-), 故排除。(2) 鳞状细胞癌: 光镜下见由鳞状上皮细胞形成的角化性癌珠和大小不等的癌巢, 同腺癌明显相异, 故排除。(3) 黑色素瘤: 常见于下肢皮损为褐色、黑色斑疹, S-100 蛋白(+), 故排除。(4) 大汗腺癌:

△ 通讯作者, E-mail: 270110006@qq. com.

鉴于大汗腺体表分布的特殊性,大汗腺癌仅可能发生在腋窝、肛周、乳晕、眼睑几个特殊的部位,右侧额部几乎不可能发病;且大汗腺癌光镜下呈囊性结构,常见断头分泌现象,常与 Paget 病伴发,故排除。(5)皮脂腺癌:更为罕见,发生于眼睑,源于睑板腺,眼外少见,为单个黄色或红色结节,光镜下见细胞质内大量空泡形成、泡状核,故排除。(6)转移性腺癌:①腹部 B 超、癌胚抗原、CA19-9、CA72-4 均为(-),排除消化系转移癌;②头颅 CT、S-100 蛋白、神经元特异性烯醇化酶均为(-),排除神经系统转移癌;③胸部 X 线片及细胞角质蛋白 19 片段(-),排除肺部转移癌。

2.2 治疗 小汗腺癌治疗仍是以局部切除为主要治疗手段^[7]。贺占青等^[8]行扩大切除术治疗 1 例小汗腺癌,手术范围:切除至少距肿瘤边缘 3~5 cm,并向两侧潜行分离 2~3 cm,切除此范围内的皮肤、皮下组织、筋膜,对可疑淋巴结转移进行清扫,术后局部放疗 1 个疗程,随访 5 年,未见复发。刘彤云等^[9]报道并治疗国内首例汗管样小汗腺癌,行 Mohs 手术,随访 8 个月未见复发。张战胜等^[10]治疗 3 例小汗腺癌,广泛性切除,深达肿瘤基底部 2.5 cm,边缘 1.5 cm,同时服用维胺脂胶囊 3 周,静脉滴注甲氨蝶呤 10 d,最长随访 8 年无复发。本院术中采取扩大切除术,沿肿物边缘约 1.5 cm 将肿瘤完全切除,同时切除受累的颅骨外膜。未给予放疗或化疗,患者术后 15 d 出院,随访 8 个月未见复发,目前仍在随访中。Miller^[5]和 Smoller 等^[7]认为放疗不足以控制复发和转移,所以应早期手术治疗。作者亦认为,本病对放、化疗不甚敏感,仍依赖手术切除。早期发现并诊断是关键,扩大切除仍是主要的治疗手段。

参考文献:

[1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海:上海医科大学出版社, 2002. 1-5.
• 短篇及病例报道 •

1993;1072.
[2] Kavanagh GM, Rigby HS, Archer CB. Giant primary mucinous sweat gland carcinomas of the scalp[J]. Clin Exp Dermatol, 1993, 18(4):375-377.
[3] 朱蕙燕, 朱慰祺, 刘守业, 等. 汗腺肿瘤 49 例报道[J]. 肿瘤, 1991, 11(1):39-43.
[4] 刘荣华, 李长青. 19 例汗腺癌临床治疗分析[J]. 肿瘤防治研究, 1994, 21(2):119-120.
[5] Miller WL. Sweat-gland carcinoma: A clinicopathologic problem[J]. Am Clinpathol, 1967, 47(1):767-780.
[6] Eckert F, Schmid U, Hardmeier T, et al. Cytokeratin expression mucinous sweat gland carcinomas; an immunohistochemical analysis of four cases[J]. Histopathology, 1992, 21(2):161-165.
[7] Smoller BR, Narurkar V. Mucoepidermoid carcinoma metastatic to the skin. An histologic mimic of a primary sweat gland carcinoma[J]. J Dermatol Surg Oncol, 1992, 18(5):365-368.
[8] 贺占青, 郑永波. 汗腺癌 1 例临床治疗分析并文献复习[J]. 白求恩军医学院学报, 2010, 8(1):77-78.
[9] 刘彤云, 柴燕杰, 李霞, 等. 汗管样小汗腺癌国内首报[J]. 中国皮肤性病杂志, 2011, 25(4):247-249.
[10] 张战胜, 赵颖新. 小汗腺癌 3 例诊治体会[J]. 郑州大学学报:医学版, 2005, 40(6):1191-1192.

(收稿日期:2011-09-21 修回日期:2011-12-22)

右位心并肺炎性假瘤 1 例报道

黄志文, 张红艳, 杨全军, 高雷山[△]

(三峡大学仁和医院呼吸内科, 湖北宜昌 443001)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2012.18.050 文献标识码:C 文章编号:1671-8348(2012)18-1895-02

右位心和肺炎性假瘤(pulmonary inflammatory pseudotumor, PIPT)都是临床上少见的疾病,右位心同时合并 PIPT 更是罕见,查阅相关文献国内外均未见报道。本院于 2011 年 4 月收治右位心并 PIPT 患者 1 例,现报道如下。

1 临床资料

患者,男性,56 岁。因发热、咳嗽 2 周入院。2 周前患者受凉后出现发热、咳嗽,体温多在 38℃ 左右,咳嗽多为干咳,有时咳出黄白色黏痰,院外抗感染治疗 1 周后无发热,但仍有咳嗽,干咳为主,为求进一步诊治来本院就诊。既往无特殊病史,无药敏史,无家族病史。入院时查体:T 36.3℃,P 81 次/分,R 19 次/分,BP 148/86 mm Hg,神志清醒,浅表淋巴结未触及,听诊右下肺呼吸音稍弱,未闻及干、湿性啰音,叩诊心界明显向右移位,心率 81 次/分,律齐,无杂音,心音有力,腹部平软,无

压痛、反跳痛,肝脾肋下未触及,双下肢不肿,四肢肌力、肌张力正常。入院后血常规示:WBC $4.64 \times 10^9/L$,N% 64.6%,Hb 135 g/L,PLT $153 \times 10^9/L$ 。血细胞沉降率 34 mm/h。肺 CT 检查示慢性支气管炎,肺气肿;右下肺团块影,考虑为炎性肿块,建议治疗后复查,排除新生物;内脏反位。心脏彩超检查示心脏位于右侧胸腔,心尖指向右下方,左房稍大,余心脏各房室腔大小正常;心脏各瓣膜柔软不厚,启闭及开放良好,心脏各结构连续完整,心功能无异常。上腹部 B 超检查示内脏反位,肝脏位于左侧,脾脏位于右侧;肝脏及脾脏形态大小正常,实质回声均匀。心电图检查示窦性心律;偶发室早;右位心电图形;不完全性右束支传导阻滞;I、aVL、V₁₋₅导联 T 波倒置。入院初步诊断:(1)右下肺感染;(2)右位心;(3)偶发室早。给予加替沙星及头孢塞钠抗感染治疗 14 d 后患者咳嗽好转,复查

[△] 通讯作者, Tel:13343542095; E-mail:leishan_gao@tom.com。