

左侧外阴外毛根鞘癌一例

徐子雪, 马恒

【关键词】 外毛根鞘癌; 外阴肿瘤; 磁共振成像

【中图分类号】 R445.2; R737.35 【文献标志码】 D 【文章编号】 1000-0313(2022)03-0407-02

DOI:10.13609/j.cnki.1000-0313.2022.03.023

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



病例资料 患者,女,61岁,8年前发现左侧大阴唇肿物,直径约2cm,逐年缓慢增大,半个月前于外院行外阴肿物切除术,为求进一步治疗,门诊以“外阴肿物”入院,盆腔增强MR(3T):左侧大阴唇区见斑片状等T₁稍长T₂信号,大小约2.5cm×1.1cm,增强扫描明显较均匀强化(图1~3)。

手术:行外阴病灶扩大清除术。肿物呈不完整组织一块,大部分为脂肪,大小约7cm×4cm×3cm,上附皮肤,皮肤面积约5cm×3cm。切面灰白质硬,向脂肪浸润,大小约2.5cm×2cm×1cm。术后病理所见:

符合外毛根鞘癌,侵及真皮网状层,局灶见脓肿形成,四周水平切缘及基底切缘阴性(图4)。

讨论 外毛根鞘癌,又称增生性外毛根鞘囊肿(proliferating trichilemmal cyst, PTC)或毛发瘤,是一种罕见的向毛囊外根鞘分化,并具有局部侵袭性的低度恶性的皮肤附件肿瘤,可能是起源于创伤或慢性炎症病史之后的毛发囊肿^[1]。它通常是一个孤立病变,最常见于老年妇女,对于发病部位,90%位于毛囊集中的区域,如头皮,10%发生在背部、手腕、外阴、鼻子、耻骨、肘部和胸部^[2-3]。外阴PTC非常罕见,据笔者所知,国内文献报道对于外毛根鞘癌的报道较少,并且对于其影像学表现,以前的文献更只是提供了有限的信息。

作者单位: 261053 山东,潍坊医学院医学影像学院(徐子雪); 264000 山东,烟台毓璜顶医院影像科(徐子雪、马恒)

作者简介: 徐子雪(1995—),女,山东省烟台市人,硕士研究生,住院医师,主要从事心血管影像诊断研究。

通讯作者: 马恒, E-mail: mhyhdy@163.com

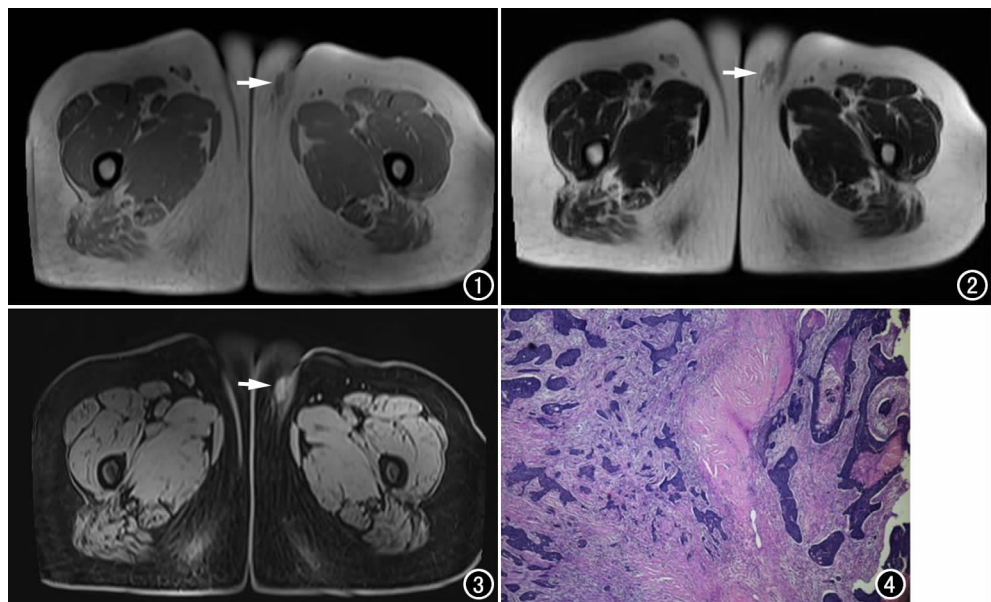


图1 T₁WI横轴面平扫示左侧大阴唇区斑片状等T₁信号(箭),大小约2.5cm×1.1cm。图2 T₂WI横轴面平扫示病灶呈稍长T₂信号(箭)。图3 增强扫描T₁WI横轴面示病灶明显较均匀强化(箭)。图4 镜下见囊肿样结构和肿瘤的实性小叶成分(HE, ×100)。

外毛根鞘癌的典型影像学表现为MR上T₁WI均匀等信号,T₂WI均匀/不均匀高信号,增强扫描明显均匀/不均匀强化。这种特征性MR表现与其病理特征是相吻合的。肿块在T₁WI是等信号,这一特征有助于区分毛膜类肿瘤与其他皮下肿瘤,如表皮样囊肿、皮样囊肿、血管瘤、脂肪瘤、纤维性肿瘤或血管内皮瘤等。另外,T₂WI不均匀强化提示该肿瘤由两部分组成:增强的大部分实性小叶和无强化的小囊肿。本病例的突出特点是肿瘤位于外阴这一罕见位置。外毛根鞘癌应与恶性增殖性外毛根鞘肿瘤、皮肤鳞状细胞癌和皮脂腺癌相鉴别。这几种肿瘤的影像学表现极为相似,但可以从病理学和组织学上进行鉴别。PTC的病理特征应该是大的分叶状结构与间质之间的间隙、缺少透明带、缺少细胞桥以及肿瘤巢中透明细胞数量的减少,这是与恶性增殖性外毛根鞘肿瘤最重要的鉴别点^[4-5]。除了分叶状结构和骤然转换的囊性腔隙外,

高分子角蛋白和原癌基因蛋白在 PTC 与阳性细胞的分布也有别于皮肤鳞癌。前者的阳性细胞主要分布于癌巢中央角化区与周边瘤细胞之间的中间区,其特殊分布提示其外毛根鞘来源,后者的阳性细胞亦主要分布于癌巢的周边区,且随着分化程度的减低而表达增强^[6]。皮脂腺癌的组成成分主要是多泡性泡沫细胞,脂肪染色阳性,也不难与 PTC 鉴别。

总之,影像学表现来说, T_1 WI 均匀等信号可以特征性提示为毛发类肿瘤,包括毛膜囊肿(TC)、增殖性毛膜肿瘤和恶性增殖性毛膜肿瘤,并将这些肿瘤与其他皮下肿瘤区分开来。 T_2 WI 上不均匀稍高信号和增强扫描的无强化区是 TC 的特征。对于后两者,虽然具有相同的影像学特征,但 T_2 WI 不均匀/混合信号、不同厚度的壁和壁结节的显著增强、大尺寸(>5 cm)、快速增大、不规则边缘和对周围结构的侵犯等发现可能指示恶性增殖性毛膜肿瘤。治疗上,外毛根鞘癌属于低度恶性肿瘤。故手术切除是首选的治疗方法。切除时范围应较之肿瘤边缘有所扩大,以免复发。若短

期内肿瘤迅速增大、破溃,表明存在扩散或转移的可能,还应尤其注意检测区域性淋巴结情况。

参考文献:

- [1] Laing V, Knipe RC, Flowers FP, et al. Proliferating trichilemmal tumor: report of a case and review of the literature[J]. J Dermatol Surg Oncol, 1991, 17(3): 295-298.
- [2] Park BS, Yang SG, Cho KH. Malignant proliferating trichilemmal tumor showing distant metastases[J]. Am J Dermatopathol, 1997, 19(5): 536-539.
- [3] Brownstein MH, Arluk DJ. Proliferating trichilemmal cyst: a stimulant squamous cell carcinoma[J]. Cancer, 1981, 48(5): 1207-1214.
- [4] Headington JT. Trichilemmal carcinoma[J]. J Cutan Pathol, 1992, 19(2): 83-84.
- [5] 葛霞, 谢群, 姚敏. P53、增殖细胞核抗原和 Bcl-2 在皮肤外毛根鞘癌中的表达[J]. 中华皮肤科杂志, 2003, 36(4): 195-197.
- [6] 葛霞, 谢群, 姚敏. 细胞角蛋白和 c-erbB-2 在外毛根鞘癌中的表达与意义[J]. 中华皮肤科杂志, 2003, 36(7): 97-99.

(收稿日期: 2021-08-09 修回日期: 2021-10-21)

· 病例报道 ·

左颈部及腋窝淋巴管瘤合并冬眠瘤一例

王慧峥, 张金奎, 孙梦圆, 陈文

【关键词】 磁共振成像; 淋巴管瘤; 冬眠瘤; 棕色脂肪瘤

【中图分类号】 R445.2; R733.4 【文献标识码】 D 【文章编号】 1000-0313(2022)03-0408-02

DOI: 10.13609/j.cnki.1000-0313.2022.03.024

开放科学(资源服务)标识码(OSID):



病例资料 患者,女,27岁。因发现左胸部外侧肿块6月余,左颈部肿块一周余就诊。患者6个月前发现左胸部外侧肿物,未觉增大,无胸痛、胸闷、气促,当时未行特殊诊治。一周前左颈部出现肿块,无多食易饥饿感,无乏力、消瘦。实验室检查及体格检查未见明显异常。专科情况:左侧颈部可触及一5.0 cm×4.0 cm结节,表面光滑,界清,质韧,无压痛,不随吞咽上下移动。颈部MRI检查:左锁骨上下区、左腋窝多发囊性 T_1 WI等、低信号灶(图1),STIR呈高信号(图2),其内信号不均,病灶边界清楚,形态不规则,部分呈蔓状,大小约6.7 cm×2.9 cm×5.0 cm,增强扫描均未

见明显强化(图3~5)。诊断:左锁骨上下区、左腋窝多发囊性病灶,淋巴管囊肿可能性大。术后病理:左腋窝及左颈部为灰黄灰红色软组织,切面实性、质软,另见薄壁囊腔数个,内容灰红清亮液。病理诊断:(左颈部及左腋窝)淋巴管瘤,周围见具多泡状嗜酸性宽大胞浆的脂肪细胞(图6),考虑为合并冬眠瘤。

讨论 冬眠瘤,又称棕色脂肪瘤,是一种罕见的良性脂肪组织肿瘤,起源于胎儿残留的棕色脂肪组织,它是由颗粒状的多发空泡细胞质的棕色脂肪细胞和白色脂肪混合构成^[1],本例病理表现为具多泡状嗜酸性宽大胞浆的脂肪细胞。1906年被Murphey等首次描述并称之为“假脂肪瘤”,1914年由Gery命名为冬眠瘤^[2]。冬眠瘤的发病机制尚未明确^[3],患病人群是以年轻人为主,男性比女性略多见,临床多表现为生长缓慢的无痛性肿块,当肿瘤压迫邻近神经、血管等,可出现明显临床症状,本例为年轻女性,无明显临床症状。病灶常发生于棕色脂肪组织正常分布区域,最常见的

作者单位: 442000 湖北,锦州医科大学十堰市太和医院/湖北医药学院附属医院研究生培养基地(王慧峥、张金奎); 442000 湖北,十堰市太和医院/湖北医药学院附属医院医学影像中心(孙梦圆、陈文)

作者简介: 王慧峥(1995—),女,湖北十堰人,硕士研究生,主要从事头颈部影像诊断工作。

通讯作者: 陈文, E-mail: taiheren007@163.com