

# 疣状斑块型汗管角化症特点分析

方 红, 沈奇范, 芦莲治

(浙江大学医学院附属第一医院, 浙江 杭州 310003)

[摘要] 目的:探讨疣状斑块型汗管角化症的诊治特点。方法:对 10 例疣状斑块型汗管角化症的临床表现、组织病理学特征,以及治疗方法进行分析。结果:本病的特点为:①好发于臀部等易受压及摩擦部位。②皮损呈疣状增生性丘疹或斑块。③组织病理为纵形排列的巨大角化不全柱(鸡眼样板层)或数个板层相互融合。④无遗传史,大多于青壮年发病。⑤CO<sub>2</sub> 激光治疗或与维甲酸联合治疗有效。结论:本病可能为汗管角化症的一种特殊类型。

[关键词] 汗管角化症; 疣状斑块型

[中图分类号] R 758.4 [文献标识码] A [文章编号] 1008-9292(2003)03-0264-03

疣状斑块型汗管角化症是一种慢性进行性角化性疾病,临床上较为少见,容易误诊。笔者从 1985 年开始至 2000 年共诊治 10 例,所有病例均经组织病理学检查确诊,结合文献对其临床表现、组织病理学特征、病因及治疗方法进行分析。

## 1 临床资料

10 例患者中男 6 例,女 4 例;发病年龄 2~34 岁,平均 20 岁;病程 1.5~61.0 年,平均 11 年。所有患者均无家族史,也无伴发其他疾病。8 例皮损发生于臀部。8 例中 4 例仅累及臀部,1 例两侧分布,2 例右臀部,1 例左臀部;其余 4 例为臀部皮损合并大、小阴唇或同侧大腿或同侧大、小腿及足跟受累。另 2 例臀部无皮损,其中 1 例位于右手背,1 例为右侧上、下肢点状及小斑块状损害。所有病例皮损均表现为疣状增生性丘疹、斑块,直径 0.5~15.0 cm 不等,呈环状、地图状,条带状或融合成不规则状,质较硬,高出皮面约 0.2~0.6 cm,暗红色或灰褐色,表面角化粗糙或浸渍湿润,覆较固着灰褐色痂屑,境界清楚。有 4 例皮损周边为明显堤环状有沟槽的角质性隆起,中心轻度萎缩凹陷,呈典型的斑块型汗管角化症表现。其余病例皮损中心肥厚,无明显萎缩,周边堤状隆起不明显,或仅部分皮损有断续堤状隆起。2 例皮损泛发,右臀部、右足跟为不规则疣状增生性斑块,而右大、小腿则呈点状或条带状褐色斑片、斑丘疹,似表

皮损样改变。自觉症状除 2 例无明显痒感外,其余病例均有不同程度的瘙痒。10 例中初次就诊拟诊为汗管角化症的仅 4 例。其余曾被诊断为增殖性皮炎、疣状表皮痣、疣状扁平苔藓、疣状皮肤结核或湿疹。

## 2 组织病理学

所有患者均予以皮损边缘活检病理诊断。7 例取自臀部,1 例左手背,1 例左大腿,1 例右大腿。常规 HE 染色。组织病理均可见到典型的纵形排列的巨大角化不全柱(即鸡眼样板层)成一定角度嵌入表皮凹陷处,其下方颗粒层消失,两侧表皮呈堤状隆起(图 1)。有些病例可见数个角化不全柱融合在一起(图 2)。表皮棘层肥厚,皮突下延,呈疣状增生或乳头瘤样增生。表皮特别是角化不全柱的下方可见散在成簇的角化不良细胞,胞浆红染。并可见散在空泡状细胞。真皮浅层血管周可见较多慢性炎症细胞浸润。

## 3 治疗

5 例皮损局限的患者予以分批 CO<sub>2</sub> 激光聚焦烧灼治疗,疗效满意,经 3~5 年随访,治疗处皮损未见复发。其中 1 例治疗 5 年后在对侧臀部出现同样皮损,也予以 CO<sub>2</sub> 激光治疗,随访

收稿日期:2001-06-08 修回日期:2002-11-20

作者简介:方 红(1958-),女,硕士,主任医师,主要从事皮肤病与性病临床及研究工作。

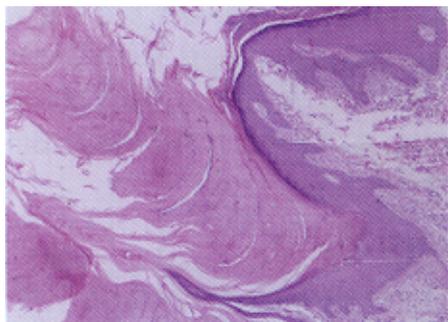


图1 表皮层可见纵行排列的角化不全柱(鸡眼样板层),其下方颗粒层消失,两侧表皮呈堤状隆起 (HE×50)

Fig. 1 Photomicrograph of biopsy specimen from left buttock lesion shows a giant cornoid lamella (HE×50)

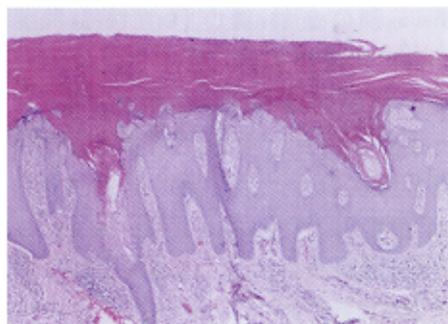


图2 角质层可见数个角化不全柱融合在一起 (HE×50)

Fig. 2 Photomicrograph shows parakeratosis plaque composed of a few of cornoid lamella (HE×50)

半年未见复发。3例皮损范围较大,予以5%水杨酸软膏外用及口服维生素A治疗,效果不佳,患者失去信心,复诊1~2次后失随访。2例予以综合治疗,臀部增殖明显的皮损予以CO<sub>2</sub>激光治疗,其余皮损外涂维甲酸软膏,疗效较为明显,大部分皮损变平,目前仍在继续治疗。

#### 4 讨论

汗管角化症是1893年Mibelli首先报道的<sup>[1]</sup>,又称Mibelli汗管角化症。其典型皮损为中央轻度萎缩,边缘嵴状隆起的角化性损害。组织病理特征,嵴状隆起处取材可见表皮凹入处形成角化不全柱,即鸡眼样板层,其顶端偏离中心。该角化不全柱虽可见于汗管口,但常见于毛

囊口或表皮其他部位。因此,汗管角化症这一术语用于本病并不确切。自Mibelli以后,人们陆续报道了许多病例,其临床表现多样,但有共同的组织病理学特征,人们称之为汗管角化症的异型。Schamroth<sup>[1]</sup>等人复习了100多篇文献,将本病分为局限型,播散型及免疫抑制引起的汗管角化症。局限型又分Mibelli经典型或斑块型(PM),Mibelli线状型(LPM),Mibelli点状型(PPM);播散型又分浅表播散型(DSP),播散性浅表日光型(DSAP),掌跖播散型(PPPD)。本组病例特点:①皮损主要位于臀部,双侧或单侧分布,可合并外阴及下肢皮损;②皮损呈疣状增殖,为较硬的角化性斑块,暗红色或灰褐色,表面粗糙或浸渍,境界清楚,周边有或无堤状隆起,中心萎缩凹陷或肥厚浸润;③无遗传史;④发病年龄较晚,除1例2岁发病外,其余均为青壮年发病;⑤患者大多有不同程度的瘙痒;⑥组织病理特征,表皮凹陷处形成巨大角化不全柱(鸡眼样板层),或数个板层融合在一起,真皮浅层血管周慢性炎症细胞浸润明显。本组病例与应作霖<sup>[2]</sup>等人报道的病例相类似,应称之为斑块型的特殊类型即疣状斑块型汗管角化症。有2例臀部增生性斑块合并大、小腿点状及条带状斑片、斑丘疹,为疣状斑块型与线状型的混合型。疣状斑块型汗管角化症的上述特点使其有别于汗管角化症的其他类型,也可与其他易与本病相混淆的增生性疾病相鉴别。本病的一个显著病理特征,即角质层形成巨大的鸡眼样板层或数个板层相互融合,后者在以往的文献中尚未提及。

汗管角化症的病因至今仍不十分明确。一般认为是一种遗传性皮肤病,临床上常见一个家族中几代成员发病,呈常染色体显性遗传,发病年龄较早,推测是由于有细胞遗传学异常的细胞株受到某些诱发因素的激发而异常增殖所致<sup>[1]</sup>。但文献报道也有一些无遗传家族史的,特别是呈显著疣状增生的病例。本组病例无1例有家族史,与文献报道相类似<sup>[2]</sup>。本病诱发因素包括日光照射、感染、免疫抑制药物、外伤等等。日光照射激发的皮损往往位于暴露部位,患者日晒后皮损加重,主要见于播散性浅表性光线型。感染因素如病毒感染和细菌感染,但迄今为

止,动物实验、电镜技术及组织培养均不能得以证实。免疫抑制药物引起的文献报道较多<sup>[3]</sup>,特别是见于器官移植、慢性肝脏疾病、血液病、结缔组织疾病、疮病以及蕈样肉芽肿,患者长期使用皮质类固醇激素或免疫抑制剂常并发本病。本组患者均无使用免疫抑制药物,也不伴发其他疾病。我们曾对其中 5 例患者进行免疫球蛋白、C3、C4 及 T 淋巴细胞亚群等免疫学检测均无异常。由于汗管角化症患者往往有同形反应,且文献报道烧伤患者可出现本病,推测是由于真皮损伤而激发所致。疣状斑块型患者,皮损主要见于臀部,患者大都有不同程度的瘙痒,因此,我们认为这一型的发病机制,可能是由于局部经常受压、多汗潮湿或搔抓摩擦等慢性刺激,使真皮损伤而促发本病的。

汗管角化症的治疗尚无特效方法。局部外用润滑剂、角质松解剂、5-FU 等只能减轻部分症状;局部注射或外用皮质激素疗效也不甚满意;手术切除适用于范围较小的皮损;近年来有

报道采用液氮冷冻、CO<sub>2</sub> 激光及维甲酸类药物治疗取得较好疗效。我们认为对于皮损范围局限的可单用 CO<sub>2</sub> 激光治疗,范围广泛的可采用综合疗法,如 CO<sub>2</sub> 激光与局部或系统维甲酸类药物联合治疗。

#### References:

- [1] Schamroth J M, Zlotogorski A, Giload L. Porokeratosis of Mibelli [J]. Acta Derm Venereol, 1997, 77(3): 207-213.
- [2] YING Zuo-lin, SUN Jian-fang, ZENG Xue-si(应作霖, 孙建方, 曾学思). Clinicpathologic analysis of 16 patients with verrucous porokeratosis [J]. Journal of Clinic dermatology(临床皮肤科杂志), 1999, 28(5): 291-292. (in Chinese)
- [3] Bencini P L, Tarantino A, Grimalt R, et al. Porokeratosis and immunosuppression [J]. Br J Dermatol, 1995, 132(1): 74-78.

[责任编辑 张荣连]