

- [5] 刘德喜,马丽侠,王宏.老年甲亢以剧烈呕吐为主要症状 1 例[J].实用医技杂志,2005,12(5):1310.
- [6] 刘阳,魏畅,刘九惠,等.不典型甲状腺功能亢进的诊治分
- 短篇及病例报道 •

析[J].中国现代药物应用,2009,3(7):72-73.

(收稿日期:2010-09-18 修回日期:2010-10-05)

乳房外 Paget 病 34 例临床分析

李小刚¹,李 昕²

(1.重庆市第一人民医院皮肤科 400011;2.第三军医大学新桥医院皮肤科,重庆 400037)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.09.048

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)09-0935-01

Paget 病(又名湿疹样癌)是一种特殊类型的癌性疾病,好发于女性乳房;而发生于乳房外其他大汗腺分布区域,临床表现甚似湿疹、经久不愈、皮肤组织病理发现 Paget 细胞者称乳房外 Paget 病。为进一步加深对 Paget 病诊治的认识,现对重庆市第一人民医院 2003 年 6 月至 2009 年 6 月收治的 34 例乳房外 Paget 病患者的临床资料进行回顾性分析,以了解其临床特点和病理结果。

1 临床资料

1.1 一般资料 收集 2003~2009 年重庆市第一人民医院门诊经皮肤组织病理确诊的乳房外 Paget 病共 34 例,男 29 例,女 5 例;年龄 46~87 岁,其中 70 岁以上老人 18 例,病程 1~5 年,皮疹分布为阴囊 15 例,股内侧 5 例,会阴 3 例,肛周 3 例,阴茎根部 4 例,阴唇 2 例,小腿 1 例,腋下 1 例。皮损面积直径 1~16 cm,皮损多为单侧分布。

1.2 诊断及鉴别 乳房外 Paget 病临床表现为慢性湿疹,好发于大汗腺分布区域,不对称,多为单发,临床抗过敏治疗经久不愈。病理发现 Paget 细胞即可确诊,临床上需与湿疹(钱币状)、黑素瘤、Bowen 病相鉴别,组织病理可予以区别。

1.3 临床表现及病理结果 34 例多表现为浸润型红斑,有渗出,浆液痂覆盖。分布于大汗腺区域,常见于阴囊(封 3 图 1)、阴茎、股内侧、肛周、腋下、偶见于小腿。皮损不对称分布,多为单发,瘙痒剧烈,临床上均诊断为湿疹。抗过敏治疗多半效果不明显。全部皮损均做组织病理检查,多有角化亢进、角化不全。表皮可见坏死、渗出。表皮全层可见单个或成巢的 Paget 细胞,细胞大,呈圆形或椭圆形。有丰富淡染的细胞质,细胞间无细胞间桥,真皮浅层可见炎症细胞浸润(封 3 图 2)。

2 讨 论

乳房外 Paget 病是一种特殊类型的癌性病变,可能来源大汗腺上皮,向外侵入表皮形成湿疹样皮损。(1)好发部位依次为阴唇、肛周、会阴、腹股沟、耻骨区,偶尔也可发生于腋窝、眼睑、外耳道、头皮和臀部^[1]。病变可单发也可多发,面积范围为 1~15 cm,面积较大的病变往往累及耻骨区、会阴部、股内

• 短篇及病例报道 •

侧皮肤组织,而不仅仅局限于阴囊和阴茎^[2]。总结本组收集的 Paget 病共 37 例,其中仅有 3 例乳房 Paget 病,而乳房外 Paget 病有 34 例,表明湿疹样癌好发于乳房以外部位。(1)阴囊、阴茎、股内侧、肛周是好发部位,且多为单发;(2)乳房外 paget 病常见于老年患者,确诊时平均年龄为 64 岁^[3];(3)皮损呈浸润性红斑有渗出,浆液痂覆盖;本组 34 例早期均诊断为湿疹,最易误诊为“钱币状湿疹”,故对于病程长、经久不愈、抗过敏治疗效果不佳者应尽早做组织病理检查,早发现、早诊断、早治疗。(4)皮肤组织病理发现表皮层单个或成巢的 Paget 细胞可确诊。(5)尽管不少学者认为放疗及化疗对该病的治疗有一定成效,但乳房外 paget 病首选治疗为广泛手术切除^[4]。手术切除病变区域仅用肉眼观察来决定切除的范围是不适当的,而术中再进行冷冻切片检查却可以有效确定手术的切除范围^[2]。(6)对于皮损面积广泛,不宜手术的患者可以采用光动力疗法。

参考文献:

- [1] Chang YT, Liu HN, Wong CK. Extrammary paget's disease: A report of 22 cases in Chinese males[J]. J Dermatol, 1996, 23(5): 320-324
- [2] Ke X, Zujun F, Jie ZH, et al. Intraoperative frozen biopsy in wide surgical excision of Paget's disease of the scrotum[J]. Urol Oncol-Semin Ori, 2009, 27(5): 483-485.
- [3] 王兵. 乳房外湿疹样癌 20 例临床分析[J]. 北华大学学报:自然科学版, 2008, 9(5): 446-447.
- [4] Link RE. Cutaneous diseases of the external genitalia [M]//Wein AJ, Kavoussi LR, Peters CA, et al. Campbell-Walsh Urology. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier, 2007: 430.
- [5] 赵辨. 临床皮肤病学[M]. 2 版. 南京:江苏科学技术出版社, 1989: 996.

(收稿日期:2010-08-29 修回日期:2010-09-22)

超声诊断胎儿颈肩部水囊状淋巴管瘤 2 例

李 斐,陈国新

(玉林市第二人民医院功能科,广西玉林 537000)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.09.049

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)09-0935-02

胎儿颈部淋巴水囊瘤(cystic hygroma of the neck, NCH)是一种以胎儿颈部周围一个或多个囊壁或厚或薄的液性包块

为主要表现的水肿性胎儿畸形,是胎儿淋巴系统发育异常,淋巴回流障碍引起。胎儿颈部 NCH 较为罕见,发病率约

1/6 000^[1]。2010 年 1~5 月本科发现 2 例胎儿颈部 NCH。

1 临床资料

病例 1:40 岁,孕 40 周。彩超检查:单胎,头位,双顶径 89 mm,于胎儿颈胸部围绕多个囊肿,其中 1 个大小约 67 mm×39 mm,壁较厚,内有网状分隔。CDFI:无明显血流信号。其他部位未见明显异常,胎心胎动好,胎盘前壁,羊水最大深度 73 mm,内透声好,胎儿颈肩部被囊肿包裹(封 3 图 1)。超声诊断:(1)宫内晚孕头位单活胎;(2)胎儿颈肩部 NCH。诊断经产后证实,产后婴儿颈、肩、胸等部位可见多个大小不等肿块,见封 3 图 2。

病例 2:28 岁,孕 16 周。彩超检查:单胎,臀位,双顶径 42 mm,于胎儿头皮、颈部至胸壁可见 1 个囊肿,大小约 125 mm×63 mm,壁较厚,内有一光带分隔。CDFI:无明显血流信号。胎心胎动好,胸腔及腹腔可见不规则液性暗区,范围分别约 19 mm×12 mm,21 mm×9 mm,左右肾集合系统分离分别约 7、10 mm。胎盘左侧后壁,羊水最大深度 11 mm,内透声好(封 3 图 3)。超声诊断:(1)宫内中孕臀位单活胎;(2)胎儿头皮、颈部至胸壁 NCH;(3)双肾微量积水;(4)羊水过少。诊断经引产后病理证实。

2 讨论

胎儿 NCH 为先天性淋巴系统疾病,多有染色体异常,其发生率在 8‰以下^[2],可能和胎儿淋巴与血液循环交界部位发育异常有关。在胎儿生长发育过程中,孕 10 周左右淋巴系统开始渐渐发育,由分散的原始淋巴延伸、分支形成淋巴管,至孕 14 周左右淋巴管发育完全,并与颈动脉窦相通。在颈部淋巴管与颈动脉窦相通之前,相当于孕 12~14 周,可有少量淋巴液淤积在颈部皮肤下,出现暂时的回流障碍,形成暂时性的颈部皮肤与其下方结缔组织之间的颈部透明隔增厚^[3],一般在孕 14 周后消失。由于颈部淋巴管、颈动脉窦发育不良等种种原因,使之交通延迟或阻塞,较多淋巴液淤积在颈部皮肤之下,出现淋巴回流障碍,可使透明层进一步增厚,严重者导致淋巴管扩张而形成 NCH,更甚则继发周围组织水肿、全身水肿。

NCH 病理改变主要为淋巴管扩张、增生和结构紊乱。NCH 最常见于颈部,约占 95%,其余肩部、胸背部、肢体、大网膜、肠系膜、纵隔等约占 5%^[4-5]。NCH 根据囊肿内部有无分隔分为有分隔型和无分隔型两种^[6]。NCH 超声声像图特征^[6]:胎儿颈部环绕一囊肿,大小不一,形态不一,圆形、椭圆形、不规则,壁光滑或厚或薄,囊内液体回声均匀,透声好,多数可见光带分隔,呈多房性。少数无分隔,位于肢体多数呈多房性。彩色多普勒在囊肿内一般不能探及彩色血流信号。胎儿常常伴有胸腔积液、腹腔积液等。无分隔型常常位于颈部左右侧,体积多数较小,多数不伴其他畸形。超声检查可以及早发现此病,早诊断、早处理,对于优生优育具有重要的意义。

参考文献:

- [1] 詹姆斯. 高危妊娠:处置的选择[M]. 2 版. 北京:北京科学出版社,2001:506-507.
- [2] Vaknim Z, Reish O, Ben-Ami I, et al. Prenatal diagnosis of sex chromosome abnormalities: the 8-year experience of a single medical center[J]. Fetal Diagn Ther, 2008, 23(1): 76-81.
- [3] 周永昌, 郭万学. 超声医学[M]. 5 版. 北京:科技文献出版社,2006:977-978.
- [4] Goldsteira I, Leibovitz Z, Noi-Nizri M. Prenatal diagnosis of fetal chest lymphangioma[J]. J Ultrasound Med, 2006, 25(11): 1437-1440.
- [5] Teixeira L, Castro M, Leite J, et al. Mesenteric cystic lymphangioma[J]. Prenat Diagn, 2007, 27(5): 479-480.
- [6] Graesslin O, Derniaux E, Alanio E, et al. Characteristics and outcome of fetal cystic hygroma diagnosed in the first trimester[J]. Acta Obstet Gynecol Scand, 2007, 86(12): 1442-1446.

(收稿日期:2010-08-22 修回日期:2010-10-10)

(上接第 917 页)

- early onset neonatal group B streptococcal sepsis: case-control study[J]. BMJ, 2002, 325(7359): 308.
- [9] Schrag SJ, Hadler JL, Arnold KE, et al. Risk factors for invasive, early-onset escherichia coli infections in the era of widespread intrapartum antibiotic Use[J]. Pediatrics, 2006, 118(2): 570-576.
 - [10] Benitz E, Gould JB, Druzin ML. Risk factors for early-onset group B streptococcal sepsis: estimation of odds ratios by critical literature review[J]. Pediatrics, 1999, 103(6): e77.
 - [11] Kerur BM, Vishnu Bhat B, Harish BN. Maternal genital bacteria and surface colonization in early neonatal sepsis[J]. Indian J Pediatr, 2006, 73(1): 29-32.
 - [12] Herbst A, Kallen K. Time between membrane rupture and delivery and septicemia in term neonates[J]. Obstet Gynecol, 2007, 110(3): 612-618.
 - [13] Yancey MK, Duff P, Clark P, et al. Peripartum infection associated with vaginal group B streptococcal colonization[J]. Obstet Gynecol, 1994, 84(5): 816-819.
 - [14] 朱敏, 范建霞, 程利南. 围生期 B 族链球菌感染的研究进展[J]. 中华妇产科杂志, 2005, 40(2): 137-141.
 - [15] 雷志英, 黄海妮, 李卫. 足月妊娠胎膜早破绒毛膜羊膜炎

与新生儿疾病相关性的临床研究[J]. 中国妇产科临床杂志, 2008, 7(9): 4.

- [16] Ben Hamida Nouaili E, Harouni M, Chaouachi S. Early-onset neonatal bacterial infections: a retrospective series of 144 cases[J]. Tunis Med, 2008, 86(2): 136-139.
- [17] Schuchat A, Zywicki SS, Dinsmoor MJ, et al. Risk factors and opportunities for prevention of early-onset neonatal sepsis: a multicenter case-control study[J]. Pediatrics, 2000, 105(1 Pt 1): 21-26.
- [18] Sanker MJ, Agarwal R, Deorari AK. Sepsis in the New-born[J]. Indian J Pediatr, 2008, 75(3): 72-75.
- [19] Shani L, Weitzman D, Melamed R. Risk factors for early sepsis in very low birth weight neonates with respiratory distress syndrome[J]. Acta Padiatr, 2008, 97(1): 12-15.
- [20] Bizzarro MJ, Dembry LM, Baltimore RS, et al. Changing patterns in neonatal Escherichia coli sepsis and ampicillin resistance in the era of intrapartum antibiotic prophylaxis[J]. Pediatrics, 2008, 121(4): 689-696.
- [21] Chacko B, Sohi I. Early onset neonatal sepsis[J]. Indian Pediatr, 2005, 72(1): 23-26.

(收稿日期:2010-09-27 修回日期:2010-10-13)