

· 短篇及病例报道 ·

颌面部汗腺癌 1 例报道及文献复习

张玉奎¹, 冯红超², 闫明²

(贵阳医学院:1. 第二附属医院口腔科 556000;2. 附属医院口腔颌面外科 550004)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.20.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)20-2079-01

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]。发生颌面部组织尤其是颞下颌关节区,更罕见。本院曾诊治 1 例颞下颌关节区汗腺癌患者,现报道如下,并复习文献进行讨论。

1 病例资料

患者,男,32 岁。于 2010 年 3 月 1 日以“左耳屏前疼痛性包块 3 个月”为主诉就诊贵阳医学院第二附属医院。患者 3 个月前自觉吃饭、说话时左耳关节区酸痛,开口时闻及弹响音,于耳屏前发现一约枣子大小包块,开口困难,后包块逐渐增大,弹响音消失,开口困难缓解。就诊于当地医院行腮腺 CT 平扫(封 2 图 1)、增强扫描(封 2 图 2)示:左侧下颌骨髁状突来源肿瘤(倾向恶性),遂于本院病理细胞学检查示:左耳前涎腺慢性炎症可能性大。追问病史无家族遗传史。专科检查:左侧耳屏前皮肤色泽正常,见一 3 cm×4 cm×2 cm 大小包块,质韧,界不清,活动度差,轻压痛,与表面皮肤无粘连,无波动感及搏动感,耳屏前扪及左侧颞下颌关节无活动,右侧活动度正常,患者全身皮肤无破溃、皮下未见结节。临床诊断:左耳屏前骨肉瘤。于 3 月 5 日在全麻下行左颞下颌关节区包块探查切除术。术中进入关节区,见大量烂鱼肉状组织从中溢出,吸除后,探查关节腔,未扪及髁状突存在,后于下颌角上方将下颌升支切除,观察发现髁状突溶解破坏,冰冻活检显示恶性肿瘤,考虑界限不清,难于扩大切除,故关闭创面。术后病理结果回示汗腺癌(封 2 图 3),免疫组化结果 CK+、P63-、S100-、CgA-、Syn-。1 周后拆线,本拟转肿瘤科行放、化疗,但患者放弃治疗。

2 讨论

汗腺肿瘤大多为良性肿瘤,汗腺癌由良性肿瘤的基础发展而来,其组织发生可来自于大汗腺或小汗腺,亦可发生于汗腺导管部或分泌部。文献报道中位年龄为 47 岁^[2],男女差别不大^[3-4],但位于颌面部发病年龄较小,30 岁左右多见。好发部位以头皮、颞部、腋下多见,其次为颌面、外阴及四肢等^[2,5-6],颌面部以面颊部较多^[3],亦可出现在唇、腮腺区^[3]、颌下^[7]、眼睑^[8]等。多数患者汗腺癌的临床症状及体征缺乏特异性,由于多汗腺位于真皮层内,早期多表现为完好皮肤的皮下结节,少数出现皮肤破溃生长,界限不清晰,活动差。由于发病率低,诊断比较困难,容易误诊^[2-7],确诊主要依靠病理诊断。病程多甚

缓慢,多在数年,少数患者病史长达 60 年,少数患者发病较急骤。本例患者发病时间较短,但病变范围较大,术前虽进行了穿刺针吸细胞学检查,仍存在误诊,所查文献中不少病例进行了 2 次以上的手术^[2-3,5],亦有患者进行了穿刺针吸细胞学检查^[6],极少能在术前获得正确诊断,因此,临床医生应提高对汗腺癌的认识。

汗腺癌存在局部易复发,早期多出现淋巴结转移^[3,5-6]。因此,其治疗以广泛切除的手术治疗为主,有可疑淋巴结转移者应作区域淋巴结清扫术,术后辅助放、化疗,早期患者可以获得较好的治疗效果,早期患者 3 年生存率可达 100%^[5-6],患者 5 年生存率为 53.3%~63%^[5],多死于远处骨、脑、肺转移^[2-3,5-6]。在颌面部早期患者多数采用扩大切除或加颈部清除术,但缺乏长期随访资料。本例患者手术由于范围较广未能扩大切除,后期放弃治疗,无法对放、化疗的效果进行观察。

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, 1993:75-142.
- [2] 单毅,邵永孚. 汗腺癌临床病理讨论(附 35 例报道)[J]. 中国肿瘤临床与康复,1995,2(2):35-36.
- [3] 周泉,高东旺,周世英同,等. 颌面部汗腺癌 5 例[J]. 实用口腔医学杂志,2008,24(4):598-599.
- [4] 李连科,周桂芬. 右颊部汗腺癌误诊为纤维肉瘤 1 例报道[J]. 口腔医学,2000,20(3):117-118.
- [5] 彭江南,樊大庆,胡少男. 27 例皮肤汗腺癌的临床分析[J]. 咸宁学院学报:医学版,2008,22(4):333-334.
- [6] 樊大庆. 汗腺癌临床治疗浅析(附 8 例临床报道)[J]. 现代肿瘤医学,1996,26(4):214-215.
- [7] 苏锦云. 警惕汗腺癌的误诊误治[J]. 临床误诊误治, 2009,22(4):16-17.
- [8] 燕洪涛,杨建东. 双眼睑多发性黏液性汗腺癌 1 例[J]. 牡丹江医学院学报,2003,24(5):55-59.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)

(上接第 2035 页)

往往会对患者造成漏诊。在临床工作中,对于一些咳嗽症状明显,同时伴有吞咽异常的患儿,一定要对有无异物吞咽史加以询问,辅助检查时应在胸部正侧位 X 线拍片时加拍颈部正侧位片,明确有无异物存在。在食管镜检查取异物时,对于类似图钉等尖锐异物刺入食管黏膜的病例,可利用在气管异物取出术中常用的 Hopkins 窥镜,监视下将异物取出,减少对食管黏膜的损伤^[2]。

参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:598-640.
- [2] 赵绯,张亚梅. 83 例小儿特殊食管异物及并发症的处理[J]. 重庆医学,2010,39(3):350-351.

(收稿日期:2010-11-26 修回日期:2011-01-24)