

Gruczolak potowy przewodowy (*poroma eccrinale*) – studium kliniczne, histologiczne, histochemiczne i immunohistochemiczne przypadku

Eccrine poroma (*poroma eccrinale*): clinical, histological, histochemical and immunohistochemical study of a case

Aleksandra Budzińska¹, Monika Bowszyc-Dmochowska¹, Daria Strzelecka-Węklar¹, Aldona Woźniak²

¹Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
kierownik Katedry i Kliniki: prof. dr hab. n. med. Wojciech Silny

²Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
kierownik Katedry i Zakładu: prof. dr hab. n. med. Przemysław Majewski

Post Dermatol Alergol 2010; XXVII, 5: 445–448

Streszczenie

Gruczolak potowy przewodowy (*poroma eccrinale*) jest rzadkim, łagodnym rozrostem nowotworowym skóry wywodzącym się z przewodów wyprowadzających gruczołów potowych. Typową lokalizacją nowotworu są miejsca największej koncentracji gruczołów potowych – dłonie i podeszwy stóp. Nieleczony niesie ze sobą ryzyko zezłośliwienia w kierunku *porocarcinoma* i może być powodem zgonu. Autorzy prezentują przypadek 61-letniej pacjentki z gruczolakiem potowym przewodowym bocznej powierzchni nosa.

Słowa kluczowe: gruczolak potowy przewodowy, obraz mikroskopowy, histochemia, antygen karcynoembrionalny.

Abstract

Eccrine poroma is a rare, benign skin tumour derived from sweat gland ducts. Typical distribution of the tumour is on sites where there is the highest concentration of sweat glands, such as palms and soles. If the tumour is untreated it can cause the risk of malignant transformation towards porocarcinoma, and then lead to death. The authors present a case of a 61-year-old patient who suffers from eccrine poroma of the lateral surface of her nose.

Key words: eccrine poroma, histology, histochemistry, carcinoembryonic antigen.

Wprowadzenie

Gruczolak potowy przewodowy (*poroma eccrinale*) to rzadki nowotwór łagodny pochodzący z przewodów wyprowadzających gruczołów potowych [1]. Występuje najczęściej u osób w średnim wieku, choć może pojawiać się również u dzieci [2]. W większości przypadków ma charakter zmiany pojedynczej, mnogie ogniska należą do rzadkości [2–4]. Najczęstsze lokalizacje nowotworu to dłonie i podeszwy stóp, rzadziej jest to tułów, szyja oraz głowa. Wygląd makroskopowy *poroma eccrinale* jest mało charakterystyczny. Najczęściej bywa błędnie diagnozowany jako brodawka łojotokowa oraz rak podstawnoko-

mórkowy [3]. Podstawą rozpoznania nowotworu jest badanie histopatologiczne, a standardem leczenia wycięcie chirurgiczne zmiany [1, 5, 6].

W niniejszej pracy opisano kobietę z *poroma eccrinale* bocznej powierzchni nosa, u której ze względu na nietypową lokalizację zmiany wysunięto podejrzenie raka podstawnokońkowego, a ostateczne rozpoznanie ustalono na podstawie badania mikroskopowego.

Opis przypadku

Kobieta 61-letnia zgłosiła się do ambulatorium Kliniki Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Adres do korespondencji: dr hab. n. med. Monika Bowszyc-Dmochowska, Klinika Dermatologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań, tel. +48 61 869 13 19, e-mail: m.bowdmo@wp.pl

z powodu niebolesnej zmiany o średnicy 1 cm zlokalizowanej na bocznej powierzchni nosa po stronie prawej. Pacjentka obserwowała ognisko chorobowe od kilkunastu lat. W badaniu przedmiotowym w dniu przyjęcia stwierdzono zmianę średnicy 1 cm złożoną z sino-różowobrunatnych, połyskliwych guzków (ryc. 1.). Klinicznie obraz mógł odpowiadać rakowi podstawnokomórkowemu.

Pobrano wycinek do badania histopatologicznego i stwierdzono lite ogniska wyrastające z dolnych warstw naskórka w głąb skóry właściwej szerokimi, dobrze odgraniczonymi od zrębu pasmami (ryc. 2. A). Ogniska zbudowane były z drobnych komórek, mniejszych niż komórki naskórka, o okrągłych zasadochłonnych jądrach, bez palisadowego układu na obwodzie. W centrum jednej z odnóg widoczna była cysta (ryc. 2. B). W brzeżnej części ognisk obserwowano „prześwity” gruczolotowe, wystane kwasochłonnym, PAS-dodatnim, diastazoopornym oskórkiem (ryc. 2. C, D). Nie stwierdzono cech atypii jądrowej. Komórki w obrębie ognisk gruczolaka wykazywały obecność PAS-dodatniego, diastazowrażliwego glikogenu w cytoplazmie (ryc. 2. E). W prześwitach gruczolotowych na obwodach ognisk metodą immunohistochemiczną stwierdzono antygen karcynoembrionalny (CEA) (ryc. 2. F). Na podstawie badania mikroskopowego rozpoznano *poroma eccrinale*. Chorą skierowano do chirurga. Zmianę usunięto w całości w znieczuleniu miejscowym, z marginesem 0,2 cm skóry zdrowej. Zabieg przebiegł bez powikłań. Chora pozostaje pod kontrolą przyklinicznej poradni dermatologicznej.

Omówienie

Pierwsze opisy *poroma eccrinale* pochodzą z 1956 r., zawdzięczamy je Pinkusowi i wsp. Jak już wspomniano, nowotwór ten występuje stosunkowo rzadko i stanowi 10% wszystkich nowotworów wywodzących się z gruczolów potowych. Etiologia gruczolaka potowego przewodowego nie jest jasna, w literaturze opisane są pojedyncze przypadki występowania nowotworu po urazie oraz po



Ryc. 1. Gruczolak potowy przewodowy na bocznej powierzchni nosa

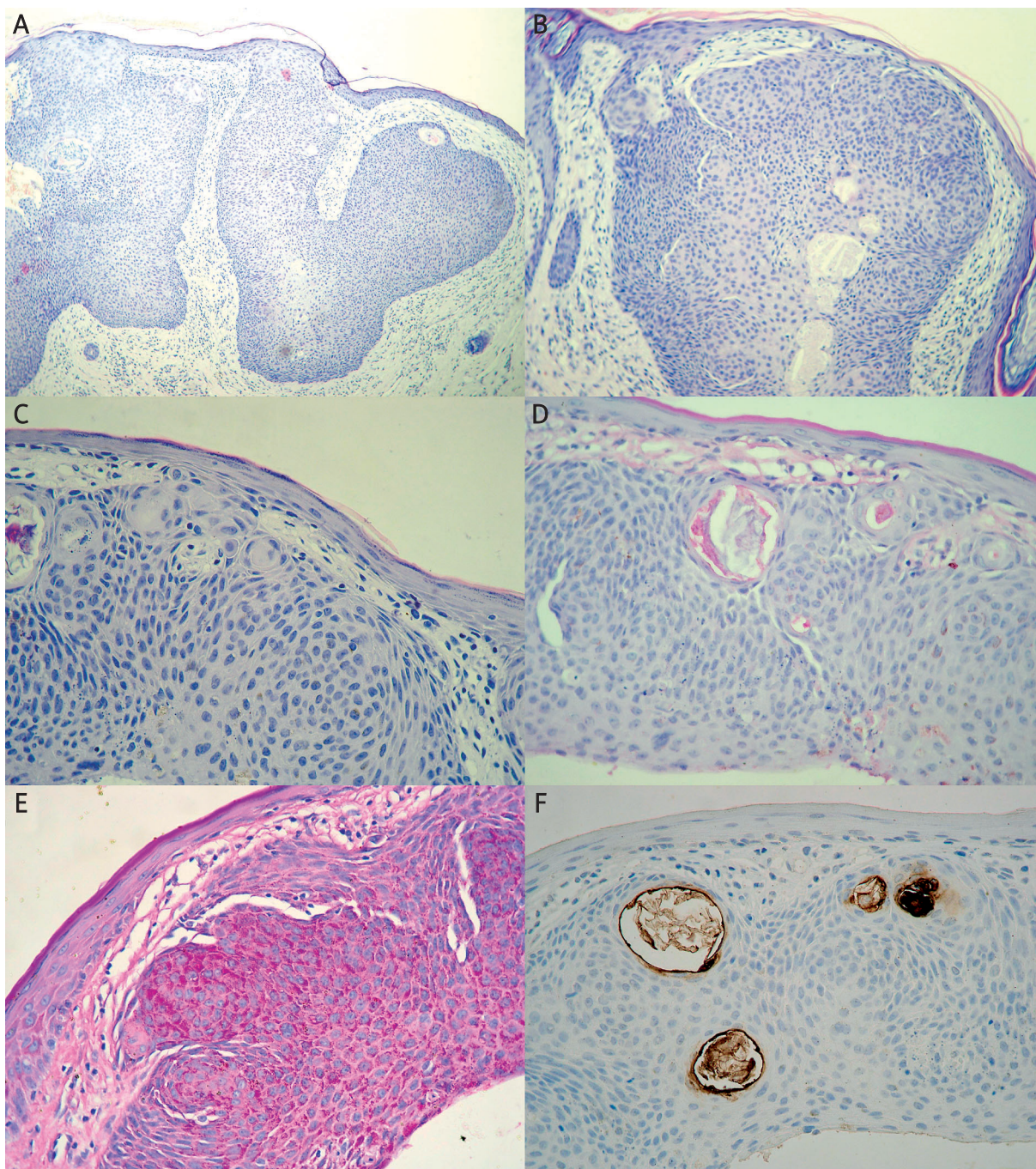
ekspozycji na promieniowanie. Opisywano również przypadki występowania i szybkiego wzrostu gruczolaka u ciężarnych kobiet, dopatrując się w ciąży czynnika spustowego tego i innych nowotworów [7].

Opisywany nowotwór występuje najczęściej w 4. dekadzie życia [2, 7], choć znane są przypadki *poroma eccrinale* u dzieci [2]. Płeć i rasa nie wpływają na częstość pojawiania się *poroma eccrinale*, nie ma również doniesień o przypadkach rodzinnego występowania nowotworu [7].

Klinicznie gruczolak manifestuje się guzkiem wielkości kilkunastu milimetrów, barwy różowej bądź czerwonosinej [1, 6], choć może mieć kolor otaczającej skóry [4]. Zwykle jest kopulasty lub płasko-wyniosły, otoczony pierścieniem zgrubiałego naskórka [1]. Niekiedy na jego powierzchni mogą być widoczne nadżerki lub strup [5]. Typową lokalizacją nowotworu są miejsca obfite w gruczoły potowe – powierzchnie boczne stóp oraz dłonie. Rzadziej *poroma eccrinale* można spotkać na tułowiu, głowie i szyi. W literaturze zagranicznej opisane są pojedyncze przypadki nietypowych lokalizacji gruczolaka, do których należy między innymi nos [7], jak u prezentowanej chorej, oraz przewód słuchowy zewnętrzny [8].

Guzy te prawie zawsze występują jako zmiany pojedyncze, postacie mnogie spotykane są niezwykle rzadko – dotąd odnotowano jedynie 5 takich przypadków [2]. Co więcej, autorzy tych prac sugerują możliwą współzależność rozwoju nowotworów z radioterapią, albowiem w większości przypadków rozwijały się one w obszarze objętym promieniowaniem [2].

W obrazie mikroskopowym *poroma eccrinale* widoczne są lite gniazda komórek nabłonkowych, rozrastające się szerokimi pasmami, rozpychające od naskórka w głąb skóry właściwej, ostro odgraniczone od otoczenia. W ich obrębie widoczne są drobne otworki i torbielki, wyścielone kwasochłonnym, PAS-dodatnim, diastazoopornym oskórkiem, które odpowiadają strukturom przewodowym [9, 10]. Struktury przewodowe wykazują również ekspresję błonowego antygenu naskórkowego [11]. Komórki guza są małe, jednorodne o kształcie sześciennie-wielopłaszczyznowym, z małym, umieszczonym w centrum jądrem i jasną, kwasochłonną cytoplazmą. Zawsze widoczne są w centrum ogniskowe przejaśnienia wewnątrz cytoplazmy, co odpowiada obecności glikogenu, również PAS-dodatniego, ale diastazowrażliwego [9]. Nierzadko spotykane są ogniska martwicy i figury podziału, natomiast zrąb włóknisty ma bogate unaczynienie. Na podstawie obrazu mikroskopowego wyróżnia się dwie odmiany *poroma eccrinale*: wewnątrznaskórkową, *hidroacanthoma simplex*, prezentującą tzw. „zjawisko Borst-Jadassohna” oraz podnaskórkową – *dermal duct tumor* [1, 9, 10, 12]. Uważa się, że nowotwór pochodzi ze śródnaskórkowych części przewodów wyprowadzających gruczolów potowych [9], jednak Watanabe i wsp., na podstawie immunohistochemicznej analizy ekspresji keratyn, wykazali podobieństwo komórek *poroma* do komórek podstawnych skórnych odcinków przewodów wyprowadzających gruczolów ekry-



Ryc. 2. **A** – Ogniska *poroma eccrinale* rozrastające się z dolnych warstw naskórka w głąb skóry właściwej szerokimi, dobrze odgraniczonymi pasmami (H + E, powiększenie 100 ×). **B** – cysta w jednej z odnóg (H + E, powiększenie 200 ×); **C** – ogniska zbudowane z drobnych kuboidalnych komórek o okrągłych, zasadochłonnych jądrach, bez atypii jądrowej, bez palisadowego układu na obwodzie, z widocznymi prześwitami gruczołowymi (H + E, powiększenie 400 ×); **D** – wyścielone PAS-dodatnim, diastazoopornym oskórkiem prześwity gruczołowe (PAS, diastaza, powiększenie 400 ×); **E** – cytoplazma komórek gruczolaka potowego przewodowego bogata w glikogen (PAS, powiększenie 400 ×); **F** – CEA w strukturach przewodowych na obrzeżu ognisk guza (IHC, powiększenie 400 ×)

nowych [13]. Ten skórny nowotwór nabłonkowy wykazuje ekspresję antygenu karcynoembrionalnego. Jest on wykrywany na wewnętrznej powierzchni prześwitów gruczołowych i torbielek [13].

Dyskusyjna jest potencjalna złośliwość *poroma eccrinale*. Nieleczony przez lata ulega transformacji, która prowadzi do rozwoju *malignant eccrine poroma*, czego klinicznym wykładnikiem może być krwawienie, świąd oraz

ból [14]. Walsh [15] w swojej pracy podaje, że proces zezłosiwienia może trwać od 6 tygodni do 50 lat, zwykle jest to 8 lat. Nie zawsze jednak postać złośliwa rozwija się z łagodnej, bowiem *porocarcinoma* może powstać *de novo* [16]. W odróżnieniu od zmiany łagodnej, złośliwa charakteryzuje się agresywnym wzrostem, głębokim naciekaniem skóry, często daje przerzuty do węzłów chłonnych, płuc oraz innych narządów wewnętrznych [17].

Histologicznie *porocarcinoma* zbudowany jest z polimorficznych komórek typu podstawnego z obfitą kwasochłonną cytoplazmą oraz niedojrzałych keratynocytów występujących pojedynczo lub tworzących skupiska. Rzadko spotykana jest postać środnaskórkowa z różnicowaniem w kierunku struktury przewodowych oraz z przejaśnieniem wewnątrz cytoplazmy, które podobnie jak *poroma eccrinale* wykazują ekspresję białkowego antygenu naskórkowego i antygenu karcynoembrionalnego [17, 18]. Nowotwór ten może dawać wznowę nawet u 25% chorych po kilku miesiącach od operacji. U około 1/3 pacjentów mogą występować przerzuty [17, 19], co wymaga pooperacyjnej radio- i chemioterapii (doksorubicyna, winkrystyna, mitomycyna C i 5-fluorouracyl). Cechami źle rokującego *porocarcinoma* są duża liczba nieprawidłowych mitoz, naciekanie naczyń chłonnych oraz głębokość naciekania guza powyżej 7 mm. W przypadku zajęcia regionalnych węzłów śmiertelność przekracza 65% [20].

Na poziomie klinicznym diagnostyka różnicowa *poroma eccrinale* obejmuje raka podstawnkomórkowego, kolczystokomórkowego, brodawkę tojetokową, bezbarwnikowego czerniaka, włókniaka [6], a także wspomnianą powyżej postać złośliwą nowotworu [14]. W opisywanym przypadku wygląd makroskopowy sugerował raka podstawnkomórkowego. Badaniem rozstrzygającym jest ocena mikroskopowa, natomiast metodą terapeutyczną wycięcie chirurgiczne zmiany.

Podsumowując – *poroma eccrinale* jest nadal mało poznaną jednostką chorobową i stanowi dla klinicystów ciągłe wyzwanie zarówno diagnostyczne, jak i lecznicze. Z uwagi na to, że występuje rzadko, w piśmiennictwie nie ma obszerniejszych publikacji na temat diagnostyki i terapii tego nowotworu, a większość prac to opisy przypadków.

Podziękowania

Autorzy pracy dziękują dr. hab. n. med. Marianowi Dmochowskiemu za cenne uwagi merytoryczne oraz pomoc w przygotowaniu ikonografii.

Piśmiennictwo

1. Baran E. Nowotwory skóry. Galaktyka, Łódź 2008.
2. Mahlberg M, McGinnis K, Draft K. Multiple eccrine poromas in the setting of total body irradiation and immunosuppression. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55: 46-9.
3. Altamura D, Piccolo D, Lozzi G, et al. Eccrine poroma in an unusual site: a clinical and dermoscopic simulator of amelanotic melanoma. *J Am Acad Dermatol* 2005; 53: 539-41.
4. Moore T, Orman H, Helm K, et al. Poromas of the head and neck. *J Am Acad Dermatol* 2001; 44: 48-52.
5. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf H, et al. *Dermatologia*. Czelej, Lublin 2004.
6. Jabłońska S, Chorzeński T. *Choroby skóry*. PZWL, Warszawa 1980.
7. Martin-Neda F, Bastinduy M, Carbera A, et al. A rapidly growing eccrine poroma in a pregnant woman. *J Am Acad Dermatol* 2004; 50: 124-6.
8. Harada T, Miyamoto T, Takahashi, et al. Eccrine poroma in the external auditory canal. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128: 439-40.
9. Lever WF, Schaumburg-Lever G. *Histopathology of the skin*. JB Lippincott Company, Philadelphia 1990.
10. Woźniak L, Giryń I. *Atlas histopatologii skóry*. PZWL, Warszawa 1987.
11. McKee PH, Marsden RA. *A concise Atlas of Dermatopathology*. Gower Medical Publishing, London 1993.
12. Champion RH, Burton JL, Eling FJG. *Rook/Wilkinson/Ebling: Textbook of Dermatology*. Blackwell Scientific Publications, Oxford 1992.
13. Watanabe S, Mogi S, Ichikawa E, et al. Immunohistochemical analysis of keratin distribution in eccrine poroma. *Am J Pathol* 1993; 142: 231-9.
14. Jagdeo J, Robinson-Bostom L, Long T, et al. Unusual clinical presentation of benign eccrine poroma. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 733-74.
15. Walsh M. A case of eccrine porocarcinoma. *J R Soc Med* 1990; 83: 529-30.
16. Brown J. Eccrine porocarcinoma. *Dermatol Ther* 2008; 21: 433-88.
17. Bronikowska-Kolasa A, Wdowiak L, Wojnowska D. Rzadko występujące nowotwory złośliwe skóry wywodzące się z gruczołów potowych. *Nowa Medycyna – Dermatologia VI*, 2005; 12: 45-50.
18. O'Toole G, Gateley D. Malignant eccrine poroma of the hand. *J R Soc Med* 1999; 92: 410.
19. Ameen M, Kwan J, Mortimer PS. Metastatic eccrine porocarcinoma presenting with lymphadenoma. *Br J Dermatol* 2004; 150: 607-9.
20. Snow S, Raizner G. Eccrine porocarcinoma of the face. *J Am Acad Dermatol* 1992; 27: 306-11.