

# 嗜伊紅球性脂層炎

—病例報告及文獻回顧—

邱琬婷 游鴻儒 全鳴鐸 吳毅穎\*  
國泰綜合醫院皮膚科 病理科\*

## Eosinophilic Panniculitis

—A Case Report and Literature Review—

Wan-Ting Chiu Hon-Ru Yu Ming-Tuo Chuan Yih-Yiing Wu\*

Eosinophilic panniculitis, characterized by a prominent infiltration of subcutaneous fat with eosinophils, is a rare panniculitis. Atopy, allergy, arthropod assault, *Streptococcus* infection, gnathostomiasis, autoimmune disease, and malignancy may be the associated disorders. We herein present a 22-year-old male with recurrent, itchy and tender erythematous swelling of his chin for 2 years. The histopathology of lesional skin biopsy revealed infiltration of numerous eosinophils in the subcutaneous fat lobules with focal septal extension. Laboratory examinations showed blood eosinophilia and elevated total and specific IgE level. A diagnosis of eosinophilic panniculitis with atopic background was made and the literature was reviewed. (Dermatol Sinica 20 : 229-233, 2002)

*Key words:* Eosinophilic panniculitis

嗜伊紅球性脂層炎是一種罕見的脂層炎，特徵是侵犯皮下脂肪的發炎細胞以嗜伊紅球為主。可能伴隨異位性體質、過敏、蚊蟲咬傷、鏈球菌感染、頰口蟲病、自體免疫性疾病和惡性腫瘤等疾病。我們報告一位22歲男性病人，主訴於下巴反覆出現又癢又痛的紅色腫塊達2年之久。皮膚病理切片呈現在皮下脂肪小葉間有許多嗜伊紅球的侵犯，並且延伸到脂肪中隔之間。實驗室檢查發現血中嗜伊紅球增多及IgE及特異性IgE的數值升高。因此，吾人診斷此病例為嗜伊紅球性脂層炎合併異位性體質，並對文獻稍作回顧。(中華皮誌 20 : 229-233, 2002)

*From the Departments of Dermatology and Pathology\*, Cathay General Hospital*

*Accepted for publication: January 31, 2002*

*Reprint requests: Hon-Ru Yu, M.D., Department of Dermatology, Cathay General Hospital, Taipei, Taiwan, R.O.C.*

*TEL: 02-27082121 ext. 5078 FAX: 02-27074949*

## 前言

嗜伊紅球性脂層炎(eosinophilic panniculitis)最早是在1985年由Burket and Burket提出的<sup>1</sup>，他們報告一位31歲的女性病人在發生鏈球菌咽喉炎的12週後在身上及下肢出現皮下腫塊。皮膚切片病理檢查顯示有小葉型和中隔型脂層炎(lobular and septal panniculitis)伴隨許多嗜伊紅球的侵犯。Winkelmann and Frigas在1986年提出了18位嗜伊紅球性脂層炎的病例<sup>2</sup>，這些病人均合併有韋爾氏徵候群(Wells' syndrome)、血管炎、結節性紅斑(erythema nodosum)等疾病，而且其中有一半的病人有異位性體質或接觸性皮膚炎的病史。在此我們報告一例嗜伊紅球性脂層炎伴隨有異位性體質之案例。

## 病例討論

一位22歲男性病人大約在2年前開始在下巴反覆出現又痛又癢的紅色腫塊(Fig. 1)，除了下巴以外的其它區域未曾出現過相同問題。此皮膚病灶每個月會發生2-3次，每次發作約3天內會自行復原。每次腫塊出現前不會有過喉嚨痛、發燒、關節痛或服用特定藥物的習慣。病人對海鮮會過敏，所以，不吃海鮮類及生冷食物。病人剛開始認為下巴癢只是蚊蟲叮咬，但是，最近下巴腫脹愈來愈嚴重，並且一說話就會痛，因此到本院求診。

病人的健康情況良好，有接觸性皮膚炎的病史，沒有特別的家族史，身體理學檢查發現下巴有一約4x2.5公分界限不明的紅色腫塊，摸起來是硬的且具有壓痛感，沒有表皮變化，臨床上懷疑是韋爾氏徵候群而作皮膚切片檢查。皮膚病理切片顯示皮下脂肪小葉間有許多嗜伊紅球及少數

淋巴球的侵犯(Fig. 2)，局部延伸到脂肪中隔與真皮層下層。表皮及上方的真皮層沒有明顯的變化，也沒有發現火焰圖樣(flame figure)、肉芽腫、淋巴濾泡及血管炎。

實驗室檢查方面：WBC: 6660/mm<sup>3</sup>，Eosinophil: 12.3%，Segment: 49.4%，Lymphocyte: 33%，Hb: 15.9g/dl，ESR: 6 mm/hr(0-20)，GOT: 35 IU/L(8-35)，GPT: 43 IU/L(0-35)，ASLO: 304(0-200)。血清免疫檢查：IgE E: 1807 IU/ml，Anti-HIV: negative，Anti-HCV: negative，Anti-HBs: positive，而C3、C4、rheumatoid factor、ANA、Anti-RNP、Anti-Sm、Anti-SSA、Anti-SSB及Anti-SCI70的數值均正常。過敏原測試結果：屋塵: 3.61 KU/L (<0.35)，粉塵: 3.19 KU/L (<0.35)，德國蟑螂: 1.26 KU/L (<0.35)，白色念珠菌: 0.72 KU/L (<0.35)，家塵: 0.38 KU/L (<0.35)，狗毛: <0.35 KU/L (<0.35)，胸部X光的影像學檢查無明顯病變。

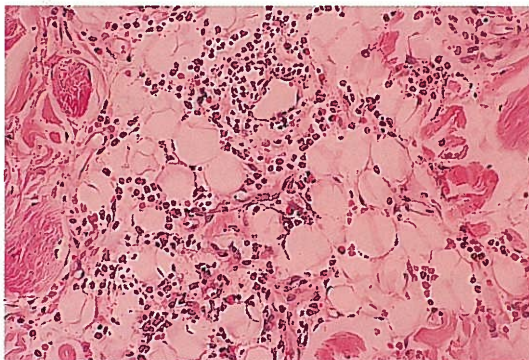
綜合臨床表現及病理組織變化，我們診斷為嗜伊紅球性脂層炎合併有異位性體質。病患經給予病灶內注射0.5毫升triamcinolone 5mg/ml後，在追蹤的一年間，只會在下巴偶而出現微癢的紅斑，大約在一天內會自行消失，發作的次數及嚴重程度已得到相當的緩解。

## 討論

嗜伊紅球性脂層炎是一種罕見的皮膚疾病，臨床特徵不太有特異性，最常以皮下結節來表現，分佈位置以四肢為主。通常需要依據組織病理檢查在皮下脂肪小葉間出現許多嗜伊紅球的侵犯才能正確診斷<sup>3</sup>。嗜伊紅球性脂層炎伴隨的相關疾病



**Fig. 1**  
One ill-defined, indurated and erythematous plaque of chin.



**Fig. 2**  
Infiltration of eosinophils and lymphocytes in the subcutaneous fat lobules. (H & E stain, x100)

很多(表一)，在1986年，Winkelmann和Frigas提出18位嗜伊紅球性脂層炎的病人，其中有4位是結節性紅斑，4位是免疫性血管炎，3位有注射性肉芽腫，3位有淋巴瘤，2位是維爾斯氏徵候群，他們認為嗜伊紅球性脂層炎是伴隨免疫、感染或發炎性皮膚疾病的一種反應狀態。然而，如同維爾斯氏徵候群和結節性紅斑一樣，這兩種疾病也是伴隨多種系統性疾病的反應狀態，但卻表現出獨特的臨床及病理上的

特徵。另外，許多嗜伊紅球性脂層炎的案例只在皮下脂肪小葉間出現多數嗜伊紅球的侵犯，綜合臨床及病理的表現都無法歸類到其它特定的疾病中。如同本病例在臨床上只有下巴反覆出現非特異性的紅色腫塊，持續2年之久，病理上也只見到在皮下脂肪小葉間出現以嗜伊紅球為主的浸潤，無論在臨床或病理上均和其他疾病有所差異。所以，我們認為嗜伊紅球性脂層炎屬於特定的一種疾病。

其它有嗜伊紅球侵犯到皮下脂肪層而要列入鑑別診斷的疾病包括：(1)結節性紅斑<sup>1-4,6</sup> (2) Churg-Strauss徵候群<sup>1,3-6</sup> (3)嗜伊紅球過多徵候群<sup>1,3-6</sup> (hypereosinophilic syndrome) (4)狼瘡脂層炎(lupus panniculitis)<sup>6,7</sup> (5)嗜伊紅性肌膜炎(eosinophilic fasciitis)<sup>6,7</sup> (6)顏口蟲病<sup>3,5,8</sup> (7)弓蛔蟲幼蟲移行症(*Toxocara larva migrans*)<sup>3,4,9</sup> (8)維爾斯氏徵候群<sup>1-6,10</sup>。結節性紅斑臨床上和嗜伊紅球性脂層炎十分類似，會在下肢出現具壓痛感的結節，但結節性紅斑是以淋巴球侵犯皮下脂肪中隔為主，嗜伊紅球只會偶而出

表一、與嗜伊紅球性脂層炎相關的疾病

Arthropod assault	Lupus panniculitis
Atopy and contact dermatitis	Eosinophilic fasciitis
Wells' syndrome	Injection granuloma
Erythema nodosum	Malignancy
Leukocytoclastic vasculitis and polyarteritis nodosum	
Infection: <i>Streptococcus</i> , <i>Toxocara</i> , <i>Gnathostoma</i>	

現。Churg-Strauss徵候群的病灶切片會出現肉芽腫性血管炎並富含嗜伊紅球，有時也會侵犯到皮下脂肪，但本例病人沒有氣喘的病史，胸部X光報告也沒有肺部的病變。另外，此病人的嗜伊紅球數目沒有持續6個月大於 $1500/\text{mm}^3$ ，也沒有其它器官受到影響的症狀，所以，不符合嗜伊紅球過多徵候群的診斷條件。嗜伊紅球性肌膜炎會在四肢突然出現又紅又痛的腫塊，表皮會有橘皮樣的變化，病理最大特徵是肌膜纖維化增厚合併嗜伊紅球及淋巴球的浸潤，但本例無肌膜的變化。狼瘡脂層炎大多出現在紅斑性狼瘡的病人身上，其病理變化有2大重點：(1)透明變性(hyaline degeneration) (2)淋巴性結節(lymphoid nodule)。雖然偶而可見嗜伊紅球，但不具診斷意義，不能稱為嗜伊紅球性脂層炎。感染頷口蟲及弓蛔蟲臨床上可能在皮膚或皮下組織出現又痛又癢的紅色腫塊，而且隨著幼蟲的移動，病灶也會移動。切片下可見幼蟲體及皮下脂肪中會有大量嗜伊紅球。我們的病人沒有接觸寵物及生吃海鮮的病史，腫塊也只侷限在下巴不會移動，病理切片下未發現幼蟲，因此，病人沒有感染頷口蟲及弓蛔蟲。韋爾斯氏徵候群和嗜伊紅球性脂層炎在臨床、病理變化及致病原因上均十分相似。韋爾斯氏徵候群會表現反覆發作的紅色腫塊，接著中央部分會逐漸消退遺留下藍灰色的痕跡。組織病

理學上早期會出現真皮層水腫合併嗜伊紅球的侵犯，但是不會有血管炎的變化。晚期會發生肉芽腫性的侵犯及典型的火焰圖樣。和嗜伊紅球性脂層炎最大的不同是韋爾氏症候群主要變化大多侷限在真皮層，鮮少會影響到皮下脂肪層，而嗜伊紅球性脂層炎則是以皮下脂肪層的變化為主。

嗜伊紅球性脂層炎的致病原因和機轉至今仍不清楚，Burket and Burket認為鏈球菌感染是可能的抗原刺激<sup>1</sup>，Glass *et al.*認為腮腺的感染或發炎會釋放出一些eosinophilic chemotactic factors<sup>4</sup>，例如組織胺(histamine)、eosinophil chemotactic factor of anaphylaxis (ECF-A)、C5、C5a、C567 complex及leukotriene B<sub>4</sub>，來引發嗜伊紅球性脂層炎，因此，感染是可能的原因之一。另外，Winkelmann and Frigas報告的18位病人中有9位有異位性體質或接觸性皮炎的病史<sup>2</sup>，Adame and Cohen提出的5位病人中有3位和蚊蟲咬傷有關<sup>3</sup>，一位是多發性結節性動脈炎(polyarteritis nodosum)，一位是頷口蟲病，可見和嗜伊紅球性脂層炎有關聯的原因眾多。詳細的病史詢問、完整的身體檢查、胸部X光檢查、血液及過敏免疫檢驗和細菌培養必要時都要做。本病例抽血檢查的IgE數值上升，特異性IgE測試發現屋塵、粉塵、德國蟑螂、家塵及白色念珠菌過敏指數均偏高，病人亦有食物過敏及接觸性皮炎的



病史，可見本案例有異位性體質，我們推斷因為長期暴露在過敏原的刺激下，才會引發嗜伊紅球性脂層炎的反覆發作。另外，ASLO力價也上升，表示可能在3個星期內曾有鏈球菌感染，然而病人每次發作前不會有喉嚨痛或上呼吸道感染的症狀，而且病人下巴腫塊已反覆發作了2年之久，因此這次ASLO力價上升無法証實這2年來的發作均和鏈球菌感染有關。但是根據病人描述，最近一次的發作特別厲害，我們認為可能是鏈球菌感染的抗原刺激所造成的加成效果。

嗜伊紅球性脂層炎的治療方式，首先要找出可能的病因來加以治療。Burket and Burket先使用口服抗生素來治療鏈球菌感染<sup>1</sup>，之後再使用口服類固醇，病灶慢慢消失也不再復發。Glass *et al.*使用prednisolone和supersaturated potassium iodide(SSKI)來治療一位合併有慢性腮腺炎的嗜伊紅球性脂層炎病例<sup>4</sup>，病人症狀亦得到緩解。大多數嗜伊紅球性脂層炎的病人，不需要任何治療其病灶也會自動消失，只是會反覆發作。我們認為低劑量口服類固醇對於侵犯範圍廣泛的嗜伊紅球性脂層炎是有效的治療方式，而本病人2年來病灶一直只侷限在下巴，因此我們只給

予局部病灶內類固醇注射，經過一次的治療後，在追蹤的1年中，發作頻率及嚴重度均減輕，病人只會偶而感到下巴出現微癢的紅斑，不再出現紅色腫塊。在此我們提出此病例，如果反覆出現疼痛性結節，亦應將嗜伊紅球性脂層炎列入鑑別診斷。

#### 參考文獻

1. Burket JM, Burket BJ: Eosinophilic panniculitis. *J Am Acad Dermatol* 12: 161-164, 1985.
2. Winkelmann RK, Frigas E: Eosinophilic panniculitis. *J Cutan Pathol* 13: 1-12, 1986.
3. Adame J, Cohen PR: Eosinophilic panniculitis: Diagnostic considerations and evaluation. *J Am Acad Dermatol* 34: 229-234, 1996.
4. Glass LA, Zaghoul AB, Solomon AR: Eosinophilic panniculitis associated with chronic recurrent parotitis. *Am J Dermatopathol* 11: 555-559, 1989.
5. Kato N: Eosinophilic panniculitis. *J Dermatol* 20: 185-187, 1993.
6. Samlaska CP, Lorimier AJ, Heldman LS: Eosinophilic panniculitis. *Pediatr Dermatol* 12: 35-38, 1995.
7. Peters MS, Su WPD: Panniculitis. *Dermatol Clin* 10: 37-57, 1992.
8. Rusnak JM, Lucey DR: Clinical gnathostomiasis: Case report and review of the English-language literature. *Clin Infect Dis* 16: 33-50, 1993.
9. Schantz PM: *Toxocara larva migrans* now. *Am J Trop Med Hyg* 41: 21-34, 1989.
10. Aberer W, Konrad K, Wolff K: Wells' syndrome is a distinctive disease entity and not a histologic diagnosis. *J Am Acad Dermatol* 18: 105-114, 1988.