

【引文格式】胡竹林,张安平. 泛发性光泽苔藓 1 例[J]. 皮肤性病诊疗学杂志,2020,27(1):40-42. DOI:10.3969/j.issn.1674-8468.2020.01.012.

## · 病例报告 ·

# 泛发性光泽苔藓 1 例

胡竹林, 张安平

(安徽医科大学第一附属医院皮肤科, 安徽 合肥 230022)

【摘要】 报告泛发性光泽苔藓 1 例。患者男,20 岁,双上肢丘疹 5 年、泛发全身 5 个月余。皮肤科检查:躯干、四肢、外阴、阴囊、阴茎等处散布针尖至粟粒大小皮色圆形坚实平顶丘疹,边界清楚、表面光滑,互不融合。左前臂皮损组织病理示:表皮轻度萎缩,真皮乳头变宽,局部淋巴细胞、组织细胞浸润,呈“抱球状”。非偏振光皮肤镜下可见皮损表面升高、纹理消失,中央圆形凹陷,部分凹陷周围呈放射状结构,形似“朝阳外观”。诊断:泛发性光泽苔藓。予原研盐酸西替利嗪片口服,尿素乳膏、维 A 酸乳膏外用,皮疹好转,现随访中。

【关键词】 光泽苔藓; 泛发性; 皮肤镜

【中图分类号】 R758.69 【文献标识码】 B DOI:10.3969/j.issn.1674-8468.2020.01.012

## 1 临床资料

患者男,20 岁,双上肢丘疹 5 年、泛发全身 5 个月余。患者 5 年前无明显诱因下双上肢出现皮色丘疹,无明显瘙痒,期间间断外用维 A 酸软膏、配合自制药膏及口服中药(具体不详)等,皮疹好转,但停药后易复发。5 个月前皮疹泛发至躯干、四肢、外阴、阴囊、阴茎等处,遂于 2019 年 8 月 16 日来我科就诊。患者既往体健,否认结核病史,否认家族类似病史。

皮肤专科查体:躯干、四肢、外阴、阴囊及阴茎等处散布针尖至粟粒大小皮色圆形坚实平顶丘疹,边界清楚、表面光滑,互不融合,质地中等,疹间皮肤正常。部分丘疹中央可见脐状凹陷(图 1A~1D)。

皮肤镜检查:非偏振光下,光泽皮损表面升高,中央圆形凹陷,

部分可见从中央凹陷的边缘放射出来的脊状结构,构成“朝阳外观”(图 2A)。偏振光下显示色

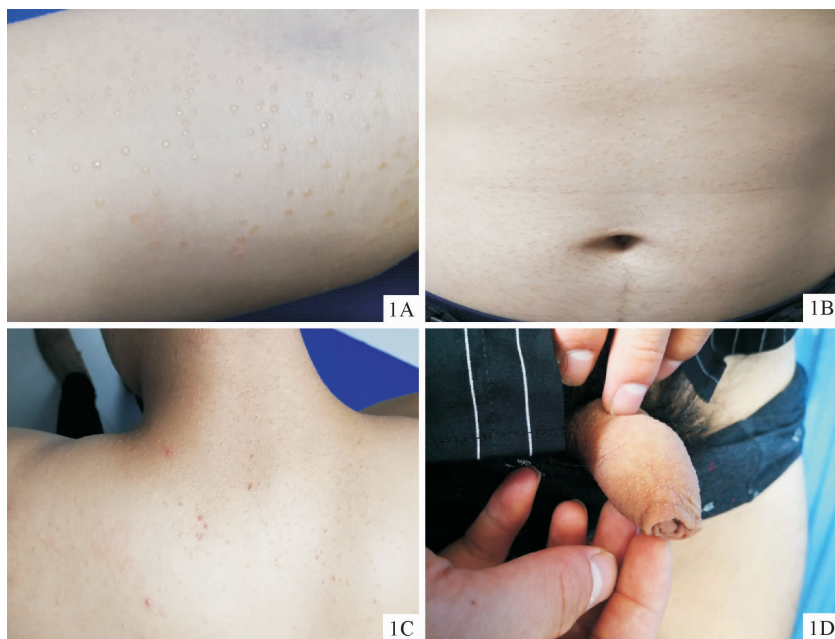


图 1 泛发性光泽苔藓患者临床图片:患者前臂(1A)、腹部(1B)、项背部(1C)、阴茎(1D)多发皮色丘疹,部分可见脐状凹陷

Fig. 1 Clinical pictures of the patient with generalized lichen nitidus: needle-tip to the miliary-sized papules with skin-colored and the round smooth shiny surface on the upper limb (1A), abdomen (1B), neck (1C) and penis (1D).

素减退伴红斑(图2B)。

左前臂皮损组织病理检查示:病灶处表皮萎缩,角化不全,基底细胞液化变性,真皮乳头变宽,局限性球形致密浸润灶,主要由淋巴细胞和组织细胞组成,浸润灶两侧表皮突延伸,环抱着浸润灶而呈“抱球状”(图3A、3B)。

诊断:泛发性光泽苔藓。

治疗:予以原研盐酸西替利嗪片 10 mg 口服,每晚 1 次,1 周后停药,白天外用 15% 尿素乳膏,每晚外涂 0.1% 维 A 酸乳膏。随访 4 个月后,皮疹较前有所好转(图4A、4B),目前仍在随访中。

## 2 讨论

光泽苔藓(lichen nitidus, LN)为一种少见的慢性炎症性丘疹性皮肤病,于 1901 年由 Felix Pinkus 命名<sup>[1]</sup>,迄今为止病因尚未明确,有报道该病可与扁平苔藓、寻常型银屑病、线状苔藓、异位性皮炎、唐氏综合征、克罗恩病等疾病并发<sup>[2-4]</sup>。早期部分学者认为光泽苔藓是扁平苔藓的一种特殊类型,但目前临床表现、组织病理及免疫病理均表明两者是不同的疾病。LN 组织病理有类似结核样结构。有接受异烟肼治疗后皮疹消退的病例报道,认为其可能与结核感染相关,但患者皮损中未找到结核杆菌<sup>[5]</sup>。有报道家族中同卵双胞胎同患 LN,推测其发病可能与遗传因素相关<sup>[6]</sup>。Shan 等<sup>[7]</sup>发现该病可与产后甲状腺炎并发,同时组织免疫病理显示大量的被标记的 CD4<sup>+</sup>T 淋巴细胞,推测免疫机制及激素水平变化可能参与其发病过程。另外,药物、慢性病灶、文身等均可能是该病的诱发因素<sup>[8]</sup>。

本病好发于儿童及青少年,皮疹表现为

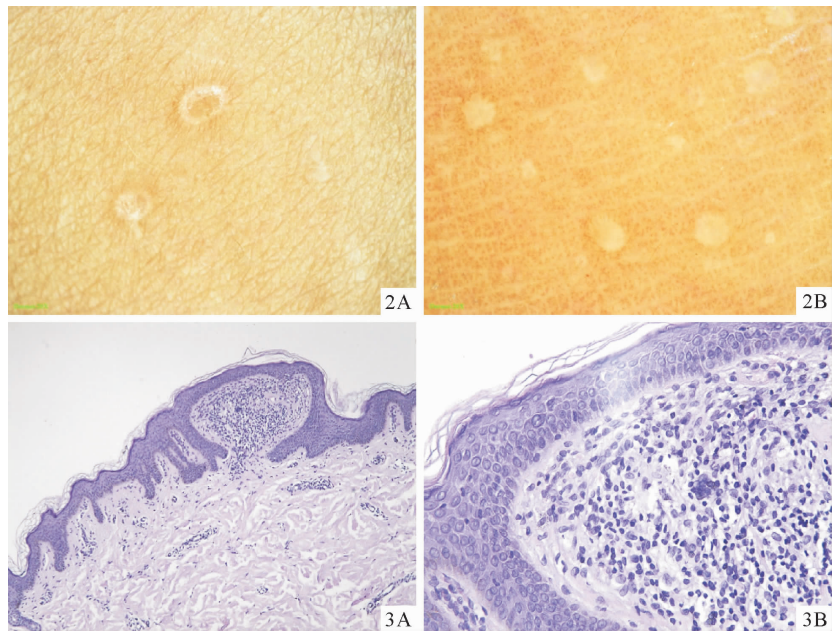


图2 皮肤镜检查 2A:前臂皮损非偏振光下:可见丘疹中央圆形凹陷,周围放射状脊状结构;2B:偏振光下:皮损色素减退,周围可见红斑 图3 左前臂皮损组织病理 3A:表皮萎缩,角化不全,表皮突延伸,真皮乳头变宽,可见局限性球形致密浸润灶(HE,100×);3B:浸润灶内可见淋巴细胞和组织细胞(HE,400×)

Fig.2 Dermoscopy findings. 2A:Nonpolarizing dermoscopy demonstrated elevated surface with absence of dermatoglyphics over the lesions and central depression and radial ridges, presenting “sunburst appearance”; 2B: Polarizing dermoscopy showed hypopigmentation of the skin lesions surrounded by erythema. Fig.3 The histopathological presentation of the rash on the left forearm.

3A:The mild epidermal atrophy, dermal papilla widening and elongation of rete ridges, constituting a “claw clutching a ball” structure( HE,100× ); 3B:Infiltration of lymphocytes and histiocytes in the dermis( HE,400× ).

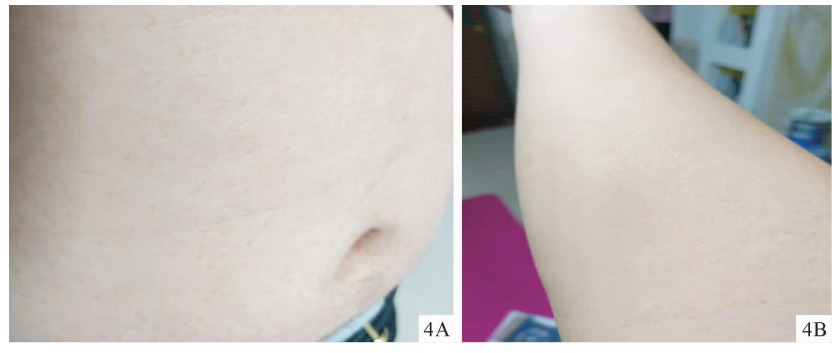


图4 治疗后,患者腹部(4A)、前臂(4B)皮色丘疹较治疗前明显减少 Fig.4 After treatment, the number of papules on abdomen (4A) and forearm (4B) decreased significantly.

1~2 毫米大小圆形或平顶发亮丘疹,呈正常皮色、淡白色、银白色、粉红色或淡黄色,好发于外阴生殖器、胸部、下腹部、肩胛部、前臂、大腿内侧等部位。部分患者可累及掌趾及指甲。有时可见微

小丘疹呈线状排列,即同形反应或 koebner 现象。掌趾可见多发细小的角化过度型丘疹,可融合成弥漫性角化过度性斑块,粗糙增厚及皲裂。部分患者在皮疹发生之前或同时伴有指甲改变,主要表现为甲凹点,纵向或横向凹痕,甲板断裂,甲下基质肿胀、色素沉着等<sup>[9]</sup>。部分患者可累及口腔黏膜<sup>[10]</sup>。泛发性 LN 为一种罕见的疾病亚型。此外还有少见的光化性、角皮病型、水疱型、出血型、紫癜型、小棘状毛囊性型及穿通型等类型<sup>[1]</sup>。

LN 主要依靠病史、体格检查、组织病理等明确诊断。该病需与扁平苔藓、阴茎珍珠状丘疹、银屑病、毛发苔藓、小棘苔藓、扁平疣、瘰疬性苔藓、苔藓样梅毒疹、丘疹性湿疹、苔藓样淀粉样变性等疾病鉴别<sup>[1]</sup>。皮肤镜在诊断皮肤疾病中有着非侵入性、无创性、可重复性高等优势,但较少用于 LN 诊断。Jakhar 等<sup>[11]</sup>分析了 8 例组织病理明确诊断的 LN 患者的皮肤镜改变,发现非偏振光下皮疹全都表现为表面升高、皮纹消失的光泽丘疹,其中 87.5% 有放射脊状结构,75% 有中央圆形凹陷表现;偏振光下显示 75% 病变存在色素减退及弥漫性红斑现象,62.5% 病变内可见线性血管,另外 37.5% 的病例中发现周围鳞屑,认为该病皮肤镜表现与组织病理改变存在密切相关,中央凹陷与组织中炎症细胞球样密集浸润结构、边缘放射状“朝阳外观”与病变周围往下延伸细长的表皮突结构相对应,而皮肤纹理的缺失与表皮萎缩相关。本病例皮肤镜改变较典型,为该病的明确诊断进一步提供依据。

LN 具有自限性,但部分病程可长达数年,一般愈后不遗留疤痕或色素异常,目前治疗上主要是局部外用皮质类固醇激素、钙调神经磷酸酶抑制剂等。皮疹泛发严重可口服抗组胺药或维 A 酸类药物<sup>[1,12]</sup>。近年也有口服糖皮质激素、环孢素、左旋咪唑,应用窄谱 UVB 成功治疗光泽苔藓的报道<sup>[1]</sup>。本病例病程长达 5 年,治疗上予以原研盐酸西替利嗪片口服 1 周后外用尿素乳膏、维 A 酸乳膏。随访中患者诉皮疹有冬天减轻、夏日加重特点。目前尚未有文献指出泛发光泽苔藓有季节性改变特征。本病有一种变异型,称光化性光泽苔藓,系指损害局限于手背、臂桡侧和颈项部等暴露部位的光泽苔藓。本病例皮疹初起于双上肢,后泛发周身,可能与由光化性光泽苔藓病程

进展相关,需进一步随访观察,必要时可口服羟氯喹联合外用类固醇类药物<sup>[13]</sup>。

#### [参考文献]

- [1] 赵辨. 中国临床皮肤病学[M]. 2 版. 南京:江苏凤凰科学技术出版社,2017:1162-1163.
- [2] CHO E B, KIM H Y, PARK E J, et al. Three cases of lichen nitidus associated with various cutaneous diseases [J]. Ann Dermatol, 2014, 26(4):505-509.
- [3] GULIANI A, KUMAR S, AGGARWAL D, et al. Generalized lichen nitidus: a rare cutaneous manifestation of down's syndrome [J]. Skinmed, 2019, 17(2):141-142.
- [4] WANAT K A, ELENITSAS R, CHACHKIN S, et al. Extensive lichen nitidus as a clue to underlying Crohn's disease [J]. J Am Acad Dermatol, 2012, 67(5):e218-e220.
- [5] KUBOTA Y, KIRYU H, NAKAYAMA J. Generalized lichen nitidus successfully treated with an antituberculous agent [J]. Br J Dermatol, 2002, 146(6):1081-1083.
- [6] LEUNG A K, NG J. Generalized lichen nitidus in identical twins [J]. Case Rep Dermatol Med, 2012:982084.
- [7] SHAN S J, CHEN J, ZHANG L, et al. Generalized lichen nitidus associated with postpartum thyroiditis [J]. Eur J Dermatol, 2011, 21(4):614-616.
- [8] SHAN S J, XIA Z, CHEN J, et al. Widespread lichen nitidus associated with tattoo [J]. Eur J Dermatol, 2013, 23(1):123-124.
- [9] TAY E Y, HO M S, CHANDRAN N S, et al. Lichen nitidus presenting with nail changes—case report and review of the literature [J]. Pediatr Dermatol, 2015, 32(3):386-388.
- [10] SYNAKIEWICZ J, POLANSKA A, BOWSZYC-DMOCHOWSKA M, et al. Generalized lichen nitidus: a case report and review of the literature [J]. Postepy Dermatol Alergol, 2016, 33(6):488-490.
- [11] JAKHAR D, GROVER C, KAUR I, et al. Dermatoscopic features of lichen nitidus [J]. Pediatr Dermatol, 2018, 35(6):866-867.
- [12] FARSHI S, MANSOURI P. Letter: generalized lichen nitidus success-fully treated with pimecrolimus 1 percent cream [J]. Dermatol Online J, 2011, 17(7):11.
- [13] BOURAS M, BENCHIKHI H, OUAKKADI A, et al. Facial actinic lichen nitidus successfully treated with hydroxychloroquin: a case report [J]. Dermatol Online J, 2013, 19(11):20406.

[收稿日期] 2019-12-10

[修回日期] 2020-01-29