

НЕХОДЖКИНСКАЯ ЛИМФОМА ЖЕЛУДКА. ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Тимен Л. Я.¹, Ковригина А. М.², Шерцингер А. Г.³, Жигалова С. Б.³, Чикунова Б. З.⁴,
Маркаров А. Э.¹, Федотов Е. В.¹, Назарьев П. И.¹

¹ Городская клиническая больница № 20, Москва

² Российский онкологический научный центр имени Н. Н. Блохина РАМН, Москва

³ Российский научный центр хирургии имени акад. Б. В. Петровского РАМН, Москва

⁴ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

Леонид Яковлевич Тимен

105215, Москва, Сиреневый бульвар, д. 41, кв. 3

Тел.: 8 910-429-8755, 8 499-965-4250, 471-33-62

E-mail: teemen@mail.ru

РЕЗЮМЕ

Представлено клиническое наблюдение диффузной В-крупноклеточной лимфомы желудка у пациента молодого возраста. Трудности дифференциальной диагностики лимфомы были обусловлены макроскопическим полиформизмом. С целью верификации заболевания использованы хромоэндоскопия и иммуногистохимическое исследование.

Ключевые слова: В-лимфома желудка; хромоэндоскопия.

SUMMARY

Clinical supervision diffuse large B-cell lymphoma of the stomach at the patient of young age is presented. Difficulties of the differential diagnostics of lymphom have been caused by macroscopical polyphormism. With the purpose of verification of disease are used the chromoendoscopy and immunohistochemical research.

Keywords: B-lymphoma of the stomach; chromoendoscopy.



Частота поражения желудочно-кишечного тракта, в том числе желудка, экстранодальными неходжкинскими лимфомами составляет 10–25% и 50–75% соответственно. В России подобный тип лимфом встречается в 2,6% случаев среди всех злокачественных опухолей. В желудке возникают различные морфоиммунологические варианты лимфом, но чаще встречаются агрессивная диффузная В-крупноклеточная лимфома, В-клеточная лимфома маргинальной зоны MALT-типа (mucosa associated lymphoid tissue), лимфома Беркитта, а также фолликулярная, мантийноклеточная и крупноклеточная анапластическая лимфомы. В соответствии с визуальными особенностями Б. К. Поддубным предложена макроскопическая эндоскопическая классификация лимфом желудка с выделением экзофитной, инфильтративной, инфильтративно-язвенной, язвенной, гастритоподобной и смешанной форм.

К характерным особенностям лимфом относят:

1) мультицентрический рост,

2) диффузное инфильтративное поражение подслизистого слоя с сохранением функциональных параметров стенок желудка,

3) визуальный макроскопический полиформизм, вызывающий трудности в дифференциальной диагностике с такими заболеваниями желудка, как эрозивный гастрит, гиперпластический гастрит, болезнь Менетрие, лейомиома, лейомиосаркома, рак.

Стандартная эндоскопическая диагностика лимфопрлиферативного поражения по данным морфологического исследования биоптатов достигает 65–75%. Диагностика лимфом с использованием хромоэндоскопии, эндосонографии, эндоскопической резекции слизистой оболочки и подслизистого слоя позволяет в настоящее время добиться 100%-ного результата в верификации диагноза [1–4].

Наблюдение: больная Г., 29 лет, поступила в хирургическое отделение клинической больницы с жалобами на периодически возникающие сильные боли в животе, напоминающие «удар сапогом в живот», стул черного цвета последние несколько

дней. В анамнезе — хламидиоз (в детстве), рецидивы лабиального герпеса; часто употребляет суши. Клинические и биохимические анализы крови и мочи без особенностей. RW, тесты на ВИЧ, гепатиты, иерсиниоз отрицательные. При ЭГДС в субкардии на задней стенке обнаружены сливающиеся изъязвления ($\approx 3,0$ см) с ригидным дном, выполненным фибрином, без видимых признаков перифокального воспаления. Небольшое количество гематина по большой кривизне. На фоне изъязвлений, а также в области свода желудка и по большой кривизне выявлены необычные полиповидные образования, напоминающие «полные» эрозии, а также метастатические фокусы с ригидным плоским плато белесоватого цвета (рис. 1, 2 см. на цветной вклейке). Визуальная атрофия слизистой оболочки свода желудка (рис. 2) и двенадцатиперстной кишки. Предварительный диагноз: язвенные дефекты субкардии, специфический характер поражения (?); рак желудка, инфильтративно-язвенная и полиповидная формы (?). Забор биоптатов. В процессе обследования назначена превентивная ацидкорригирующая терапия (H_2 -блокаторы).

Морфоцитологическое заключение: воспалительно-некротический процесс неясной этиологии, лимфома (?), споры гриба типа *Candida*.

Через трое суток при повторной ЭГДС вначале выполнена рН-хромоскопия собственным методом с красками-индикаторами метаниловым желтым и бромтимоловым синим, позволяющим оценить уровень базальной секреции желудка в зависимости от характера окрашивания слизистой оболочки в 4 диапазонах: гипер-, нормо-, гипо- и ахлоргидрия [5]. При этом на фоне приема H_2 -блокаторов зарегистрирован гиперацидный вариант секреции (рН $\leq 1,5$) — окраска темно-вишневого цвета слизистой оболочки свода желудка (рис. 3 см. на цветной вклейке). Затем с целью изучения характера возможных метапластических изменений произведена хромоскопия с 0,2% раствором метиленового синего и прицельная биопсия с морфологическим и цитологическим исследованием участков с визуальной метаплазией (рис. 4, 5 см. на цветной вклейке). Кроме того, при хромоскопии на задней стенке тела желудка обнаружены множественные мелкие (4–5 мм) узелковые гиперплазии (рис. 5) и отмечена различная степень «зрелости» (прокрашенное и белое плато) полиповидных образований (рис. 6 см. на цветной вклейке).

Заключение ЭГДС: Мультицентрическое поражение желудка неясной этиологии. Визуальные признаки

диффузной метаплазии высокой степени слизистой оболочки желудка. Лимфома (?) (смешанный вариант). Дифференциальный диагноз: Новообразования желудка (рак, саркома). Синдром Золлингера. Болезнь Крона. Вирусное (цитомегаловирусное), паразитарное поражение. Прицельная биопсия.

Результаты биопсии: хроническое активное воспаление слизистой оболочки желудка, атрофия желез, фиброз стромы, очаговая гиперплазия покровно-язвенного эпителия, диффузная крупноклеточная лимфоидная инфильтрация. Диагноз: лимфома? иммунное воспаление?

Произведены повторная прицельная биопсия на фоне хромоскопии и консультация препаратов в РОНЦ имени Н. Н. Блохина (патоморфологическое и иммуногистохимическое исследования). Заключение: диффузная В-крупноклеточная лимфома (рис. 7–11 см. на цветной вклейке).

ОБСУЖДЕНИЕ

Диагноз: Диффузная В-крупноклеточная лимфома желудка был установлен после почти месячного обследования пациента в стационаре. Трудности диагностики прежде всего были обусловлены недостаточным опытом наблюдений данной патологии специалистами многопрофильной клинической больницы, а также макроскопическим полиформизмом лимфомы и отсутствием возможностей использования ряда специальных диагностических методик, в частности иммуногистохимического обследования. На основании одного клинического наблюдения нельзя делать обобщающих выводов относительно специфики проявлений подобного заболевания. Тем не менее некоторые особенности течения диффузной В-крупноклеточной лимфомы желудка у данного пациента заслуживают внимания клиницистов:

- частые сильнейшие боли в животе («удар сапогом в живот»);
- появление в желудке необычных полиповидных гиперплазий, напоминающих «полные эрозии», а также метастатические фокусы;
- рефрактерная к H_2 -блокаторам базальная гиперхлоргидрия.

Мы акцентируем внимание коллег на значимость проведения с целью верификации и уточнения характера метаплазии общедоступного метода хромоскопии с последующей прицельной биопсией участков слизистой оболочки желудка с визуальной метапластической трансформацией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поддубная И. В. Обоснование лечебной тактики при неходжкинских лимфомах // Совр. онкология. — 2002. — Т. 46, № 1. — С. 20–49.
2. Сивкович С. А. Излечение неходжкинских лимфом стало реальным! // Онкология. — 2004. — Т. 5, № 4. — С. 319–320.
3. Coiffier B., Lepage E., Briere J. et al. CHOP chemotherapy plus rituximab compared with CHOP alone in elderly patients with diffuse large-B-cell lymphoma // N. Engl. J. Med. — 2002. — Vol. 346. — P. 235–242.
4. Witzig T. E., White C. A., Gordon L. I. et al. Final results of randomized controlled trial of yttrium-90-labeled ibritumomab tiuxetan radioimmunotherapy versus rituximab immunotherapy for patients with relapsed or refractory low-grade, follicular, or transformed B-cell non-Hodgkin's lymphoma // J. Clin. Oncol. — 2002. — Vol. 20. — P. 2453–2463.
5. Тимен Л. Я. рН-хромоскопия в оценке функционального состояния пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. — 1996. — Т. 6, № 4. — С. 280.