
СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

УДК: 616-006.441+616.233]-072.1

ТРУДНОСТИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ MALT-ЛИМФОМЫ С ПОРАЖЕНИЕМ БРОНХИАЛЬНОГО ДЕРЕВА

О.В. Черемисина¹, М.Б. Каракешишева¹, В.М. Перельмутер^{1,2}, Н.С. Родичева¹,
Л.Р. Вильданова³, С.Г. Афанасьев¹, Е.Н. Самцов¹

*ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН, г. Томск¹
ГОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет»
Минздравсоцразвития, г. Томск²
Областное патологоанатомическое бюро, г. Томск³
634028, Россия, г. Томск, ул. Савиных, 12/1,
e-mail: CheremisinaOV@oncology.tomsk.ru¹*

Представлен редкий клинический случай и трудности дифференциальной диагностики первичной MALT-лимфомы с преимущественным поражением бронхолегочной системы.

Ключевые слова: MALT-лимфома легкого.

DIFFICULTIES OF ENDOSCOPIC DIAGNOSIS OF MALT-LYMPHOMA WITH BRONCHIAL TREE LESION

O.V. Cheremisina¹, M.B. Karakeshisheva¹, V.M. Perelmutter^{1,2}, N.S. Rodicheva¹, L.P. Vildanova³, S.G. Afanasyev¹, E.N. Samtsov¹
*Cancer Research Institute, SB RAMS, Tomsk¹
Siberian State Medical University, Tomsk²
Regional Pathologicanatomical Bureau, Tomsk³
12/1, Savinych Street, 634028-Tomsk, Russia,
e-mail: CheremisinaOV@oncology.tomsk.ru¹*

An uncommon clinical case and difficulties of differential diagnosis of primary MALT-lymphoma with principal bronchopulmonary lesion has been represented in the given paper.

Key words: pulmonary MALT-lymphoma.

Неходжкинские лимфомы (НЛ) – гетерогенная группа лимфопролиферативных заболеваний, различающихся по морфологическому строению, клинической картине, характеру и результатам терапии. В большинстве случаев НЛ дебютируют поражением периферических или висцеральных лимфатических узлов (нодальные лимфомы), однако в последние годы увеличилось количество больных экстранодальными НЛ, среди которых наибольшее значение имеют НЛ желудочно-кишечного тракта и центральной нервной системы [1].

Первичные неходжкинские лимфомы желудочно-кишечного тракта – наиболее распространенный экстранодальный вариант НЛ. За последние годы частота этих НЛ достоверно возросла

во всех регионах. Наиболее часто поражается желудок (50–70 %), реже тонкая кишка (20–35 %). MALT-лимфома является наиболее частым вариантом НЛ желудка [2]. Наиболее информативным методом исследования, позволяющим верифицировать диагноз, является фиброгастроскопия с биопсией. Поражение трахео-бронхиального дерева НЛ встречается крайне редко (до 0,4 % от всех видов лимфом и до 3,6 % неходжкинских лимфом), чаще всего оно наблюдается в сочетании с очагами в других органах. Общее количество клинических наблюдений невелико, анализ англоязычных источников за последние 50 лет показал, что в основной массе публикаций сообщается о единичных случаях заболевания (от 1 до 6) [5–8, 13], большее количество наблюдений (от 31 до 70

пациентов) представлено не более чем в 20 статьях, в основном это обзоры, обобщающие мировой опыт [4, 9, 11, 12]. В отечественной литературе подобных сообщений нам не встретилось.

Следует отметить, что чаще всего при первичной лимфоме легких (ПЛЛ) основной локализацией патологического процесса являлась слизистая оболочка нижних отделов трахеи, о тотальном поражении бронхов не упоминается. Клинические и рентгенологические симптомы ПЛЛ крайне не специфичны и не систематизированы, что очень затрудняет правильную и своевременную диагностику. Важное значение в интерпретации данных отводится эндоскопическим методам исследования с забором биопсийного материала и/или бронхиального лаважа [3, 10]. Однако семиотика эндобронхиальных изменений при В-клеточной лимфоме также не описана, в связи с чем существуют определенные трудности в правильной интерпретации эндоскопических данных при НЛ с локализацией в трахее и бронхах, и диагноз в большинстве случаев устанавливается по данным комплексного морфологического исследования.

Мы располагаем опытом диагностики сочетанного поражения НЛ верхних отделов желудочно-кишечного тракта и обширным поражением бронхиального дерева и легких.

Больная П., 60 лет, поступила в торако-абдоминальное отделение ФГБУ «НИИ онкологии» СО РАМН г. Томска 29.02.12. При поступлении предъявляла жалобы на сухой приступообразный кашель, сухость во рту, онемение конечностей, субфебрильную температуру. В 2009 г. выявлена системная склеродермия, ограниченная форма. В ноябре 2011 г. и январе 2012 г. выявлялась правосторонняя пневмония, при рентгенологическом исследовании – инфильтративные изменения в правом легком. Для уточнения диагноза была рекомендована консультация фтизиатра – туберкулез не подтвержден. Контрольные рентгенологические исследования в феврале 2012 г. показали отрицательную динамику. Проведена консультация саркоидолога, которым больная направлена в НИИ онкологии для биопсии лимфатических узлов и исключения онкологического заболевания.

При объективном осмотре: состояние удовлетворительное. Видимые слизистые и кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клет-

ка цилиндрической формы. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. В общем анализе крови отмечается лейкопения и тромбоцитопения.

При СКТ легких объем легких сохранен, легочные поля симметричны. Справа в легочной ткани имеются участки инфильтрации в верхней и средней долях. Манифестирующие участки расположены в средней доле. В обеих долях выраженная инфильтрация и деформация стенок бронхов. Средостение структурно, в объеме не увеличено, дополнительных образований не выявлено. В средостении и корнях легких имеются увеличенные до 16 мм лимфатические узлы. Контрастирование сосудов грудной клетки интенсивное, равномерное. Следует дифференцировать полисегментарную пневмонию и туберкулез легких. В воротах селезенки визуализируются лимфатические узлы до 14–20 мм без выраженной инфильтрации, однородной структуры. Стенки желудка диффузно утолщены, с пониженной плотностью.

При ЭГДС пищевод свободно проходим. Тело желудка деформировано, укорочено, при инсультации расправляется с трудом. Желудок отмыт раствором эспумизана, стенки желудка несколько ригидны, перистальтика в теле не прослеживается. Складки утолщены, неправильной формы. Угол четко не определяется. Слизистая тела желудка с распространением на антральный отдел и переходной зоны гиперемирована, с множеством сливных субэпителиальных кровоизлияний, на этом фоне определяются разнокалиберные язвенные дефекты, щелевидной неправильной формы, преимущественно в своде желудка и переходной зоне, и единичный округлый язвенный дефект, с приподнятыми краями, диаметром до 1,1 см, по задней стенке в нижней трети тела желудка.

При осмотре в узком спектре и с увеличением отмечается полиморфизм ямочного рисунка – округлый мелкий с остроконечными вытянутыми ямками и овальными вытянутыми ямками. На этом фоне выявляются участки с pit pattern V, прицельно из этих участков взят материал на морфологическое исследование. Заключение: язвенно-инфильтративная опухоль проксимального отдела желудка? Лимфома желудка? При эндоскопической ультрасонографии – от кардии до границ с антральным отделом стенки желудка

неравномерно утолщены практически циркулярно до 17 мм, с преимущественным утолщением слизистого слоя до 4 мм и подслизистого слоя до 5 мм. Слоистость стенки желудка сохранена, но граница между слоями нечеткая. Структура подслизистого слоя неоднородная с гипозоженными без четких контуров включениями. Парагастрально визуализируются увеличенные до 16 мм лимфатические узлы. Наружный слой серозной оболочки просматривается на всем протяжении. На уровне среднегрудного отдела, бифуркации визуализируются 3 лимфатических узла от 9 до 12 мм. Заключение: Признаки лимфомы тела желудка, с регионарной парагастральной лимфоаденопатией. Лимфоаденопатия средостения.

При ФБС – трахея свободно проходима, кариона по средней линии, острая. Слева бронхиальное дерево визуализируется до субсегментов. Справа: четко контурируется одно кольцо главного бронха, далее рисунок еще двух колец стерт. Слизистая нижней трети главного бронха преимущественно по передней и латеральной стенкам, с вовлечением шпоры верхнедолевого, сегментарных бронхов верхней доли и слизистая промежуточного бронха равномерно мелкобугристая, розовая, с патологически извитыми сосудами. При биопсии ткань мягкая, эластичная, умеренно кровотоцит. Слизистая среднедолевого и нижнедолевого бронхов не изменена. Заключение: Лимфома правого бронхиального дерева? Саркоидоз правого бронхиального дерева?

Гистологическое заключение по биопсийному материалу из желудка: в слизистом слое густая инфильтрация мелкими лимфоидными элементами с округлыми ядрами. Местами часть желез не определяется за счет густого инфильтрата, в части желез выражена лимфоидная инфильтрация (лимфоэпителиальное поражение). Редко встречаются митозы. Лимфома, вероятнее MALT-лимфома, для уточнения необходимо ИГХ.

Заключение гистологического исследования биоптатов из бронхиального дерева: слизистая бронха густо инфильтрирована малыми лимфоцитами в сочетании с сегментоядерными лейкоцитами. Митозы крайне редкие. Отмечена очаговая базальноклеточная гиперплазия бронхиального эпителия. Лимфома.

Иммуногистохимическое исследование: в исследованных фрагментах желудка, преимущественно в подслизистом слое, плотный инфильтрат из

CD 20+ преимущественно мелких и среднего размера клеток, небольшого количества крупных клеток, с умеренной пролиферативной активностью – около 25 % Ki67+ клеток. Инфильтрат распространяется в слизистый слой, инфильтрируя и вытесняя железы. Среди опухолевых клеток довольно много реактивных T-лимфоцитов, гистиоцитов, единичных плазматических клеток и эозинофилов. Аналогичная картина в слизистой пищевода и бронхов. Заключение: С учетом клинических данных имеет место CD20+ MALT-лимфома с поражением пищевода, желудка, бронхов.

Таким образом, данное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что комплексное применение современных методов эндоскопической и морфологической диагностики позволяет осуществить дифференциальную диагностику сложного клинического случая.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов А.Н., Максимов А.Г., Саржевский В.О., Аносов Е.А. Особые формы неходжкинских лимфом // Практическая онкология. 2004. Т. 5, № 3. С. 216–221.
2. Гончарова О.В., Лунатов О.Н. Анализ клинико-морфологических вариантов неходжкинских лимфом // Сибирский онкологический журнал. 2009. № 5 (35). С. 30–36.
3. Bellotti M., Elsnor B., Esteve H. et al. Fiberoptic bronchoscopy in the diagnosis of pulmonary lymphomas // Respiration. 1987. Vol. 52 (3). P. 201–204.
4. Cordier J.F., Chailleux E., Lauque D. et al. Primary pulmonary lymphomas. A clinical study of 70 cases in nonimmunocompromised patients // Chest. 1993. Vol. 103. P. 201–208.
5. Depew Z.S., Vassallo R. Pulmonary mantle cell lymphoma: a rare manifestation of an uncommon condition // Rare Tumors. 2012. Vol. 4 (1). E. 11.
6. Gao J., Huang X., Wang R. et al. Primary pulmonary lymphoma: analysis of cases and review of the literature // Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2002. Vol. 25 (8). P. 485–487.
7. Gill M.T., Cotelingam J.D., Lowery-Nordberg M., Nathan C.O. Tracheal non-Hodgkin's lymphoma masquerading as benign granulation tissue: a report of two cases // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 2010. Vol. 119 (7). P. 431–435.
8. Khodadad K., Karimi S., Arab M., Esfahani-Monfared Z. Primary anaplastic large cell lymphoma of trachea with subcutaneous emphysema and progressive dyspnea // Hematol. Oncol. Stem. Cell Ther. 2011. Vol. 4 (4). P. 188–191.
9. Lewis E.R., Caskey C.I., Fishman E.K. Lymphoma of the lung: CT findings in 31 patients // Am. J. Roentgenol. 1991. Vol. 156 (4). P. 711–714.
10. Oka M., Kawano K., Kanda T., Hara K. Bronchoalveolar lavage in primary pulmonary lymphoma with monoclonal gammopathy // Am. Rev. Respir. Dis. 1988. Vol. 137 (4). P. 957–959.
11. Parissis H. Forty years literature review of primary lung lymphoma // J. Cardiothorac. Surg. 2011. Vol. 3. P. 6–23.
12. Tian X.L., Feng R.E., Shi J.H. et al. Primary pulmonary lymphoma: analysis of 18 cases // Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2008. Vol. 31 (6). P. 401–405.
13. Varona J.F., Guerra J.M., Grande C. et al. Primary pulmonary lymphoma: diagnosis and follow-up of 6 cases and review of an uncommon entity // Tumori. 2005. Vol. 91 (1). P. 24–29.

Поступила 5.02.12