

# Периферическая Т-клеточная лимфома тонкой кишки (лимфома, ассоциированная с энтеропатией). Клиническое наблюдение

Альмяшев А.З.

ФГБУ ВО «Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»  
ГБУЗ РМ «Республиканский онкологический диспансер», г. Саранск

Б-ная Ф.Н.Г., 1948 г.р. (63 лет). Обратилась в ГБУЗ РМ РОД 27.06.2011 г. с жалобами на умеренные боли в животе. Была обследована в плановом порядке ЛДЦ г. Пенза, где 22.06.2011 г. было выполнено ЯМРТ брюшной полости и малого таза с контрастированием. Справа и выше матки, в пузырно-маточном пространстве выявлена солидно-кистозная опухоль. Диагноз: опухоль правого яичника. Операция 01.07.2011 г. в ГБУЗ РМ РОД в гинекологическом отделении в плановом порядке.

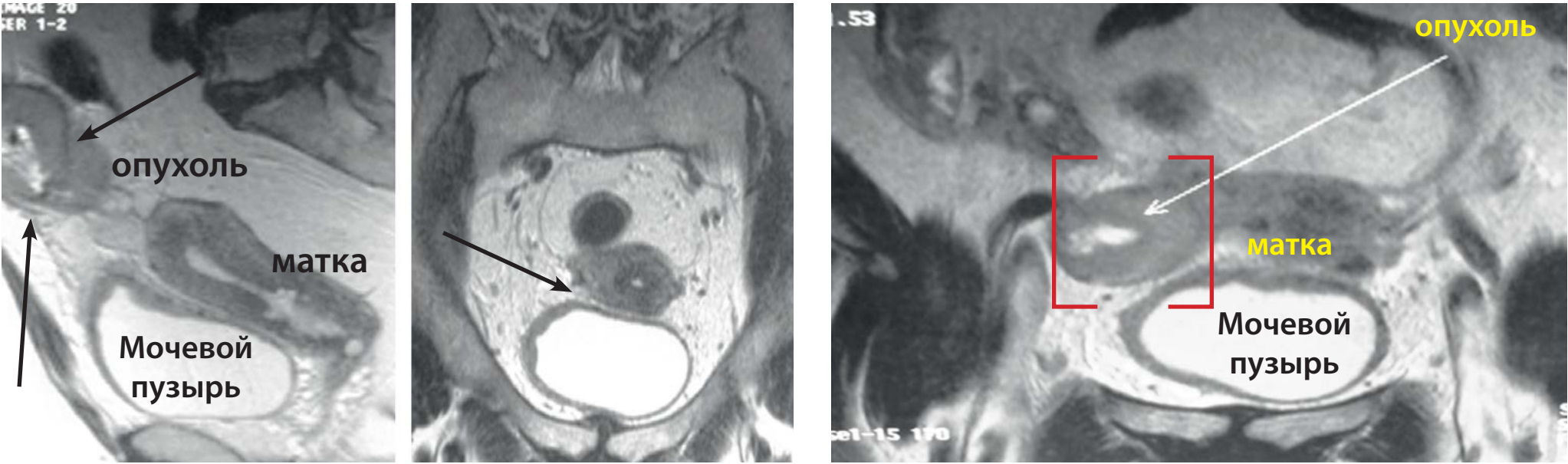


Рис. 1. Рис. 2. Рис. 3.

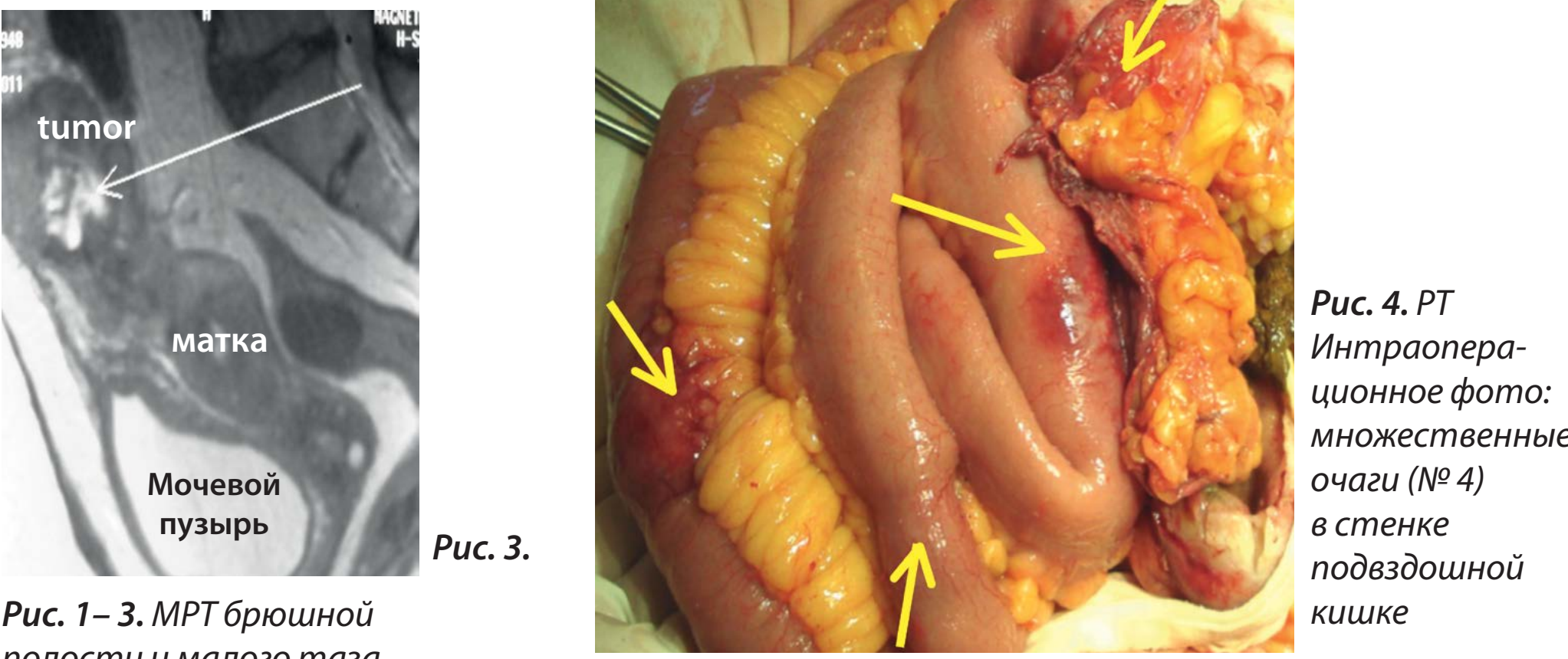


Рис. 1–3. МРТ брюшной полости и малого таза

При ревизии брюшной полости выявлены множественные очаги (4): мягкотканые опухоли подвздошной кишки (дистальная в 10–15 см от баугиниевой заслонки). Проксимальная опухоль (на 70 см выше) с распадом, прикрытой перфорацией и образованием околокишечного абсцесса, фиксированного к верхушке и задней стенке мочевого пузыря.

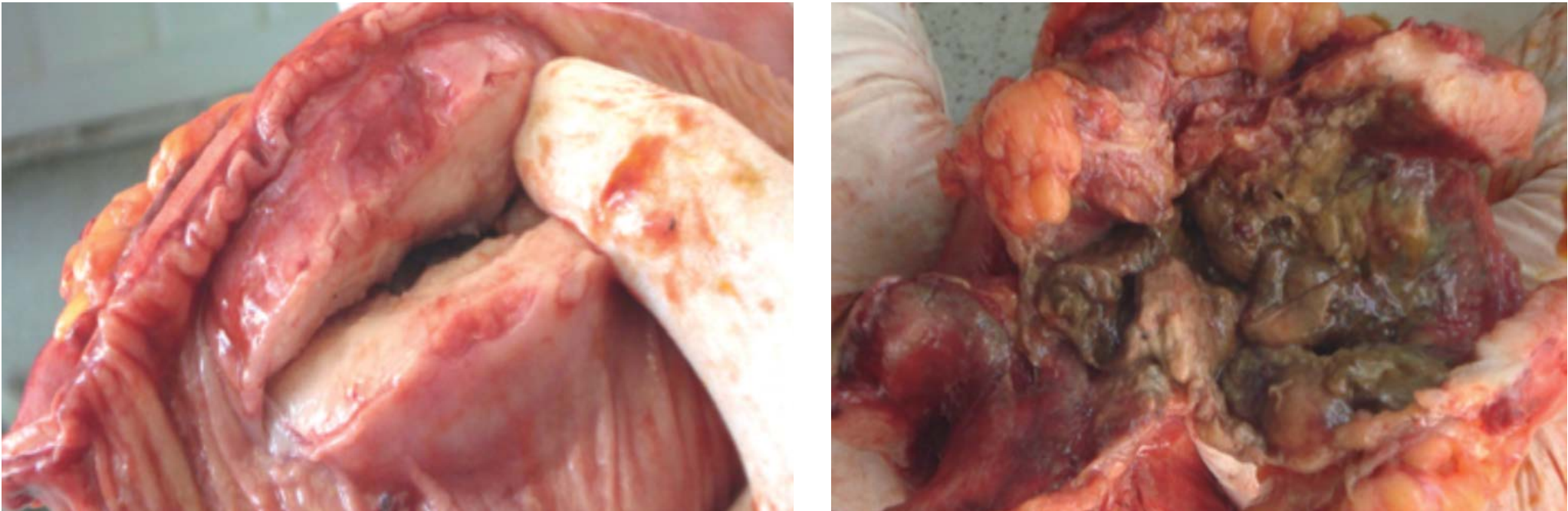


Рис. 5. Рис. 6.

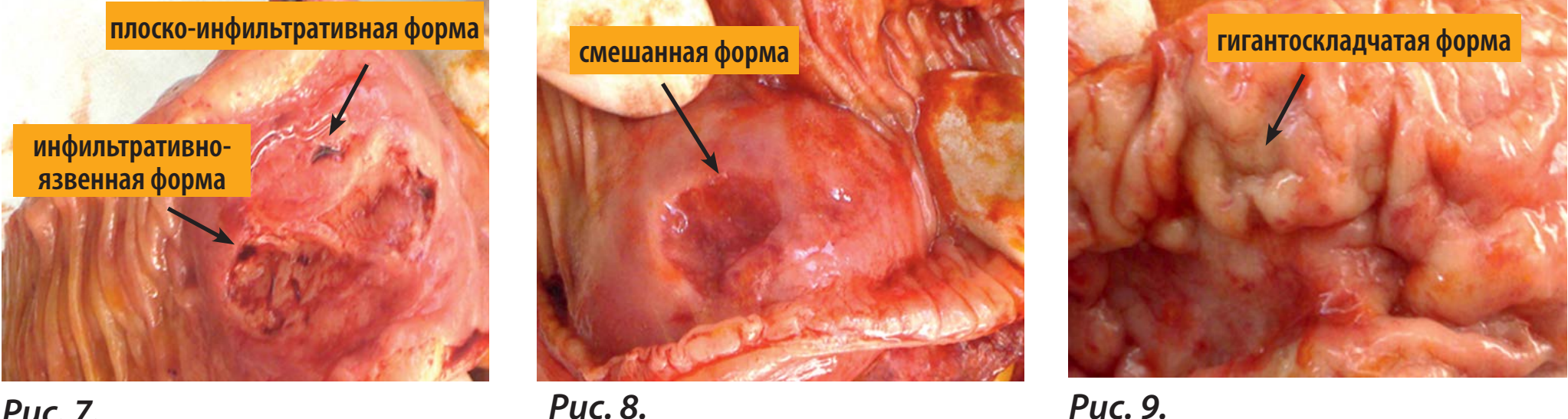


Рис. 7. Рис. 8. Рис. 9.

Рис. 5–8. Макропрепарат резецированной кишки

При плановом морфологическом исследовании больше данных за В-ККЗНХЛ. Блоки направлены на ИГХ.

Клинический диагноз: ЗНХЛ (В-ККЛ) II ER ст. II кл.г.

Произведена резекция 80–90 см подвздошной кишки, дистальный (отводящий) конец ее «заглушен», сформирован ИТА «конец в бок», биопсия мезентериального лимфоузла, смыв с брюшной полости, полости мочевого пузыря на цитологию, лаваж и дренирование брюшной полости.

В августе 2011 г. в ГБУЗ РМ РОД пассаж бария по кишечнику: патологии не выявлено.

Гистология № 9166 – 79 на светомикроскопическом уровне больше данных за диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому тонкой кишки.

В лимфоузлах – явления реактивной гиперплазии;

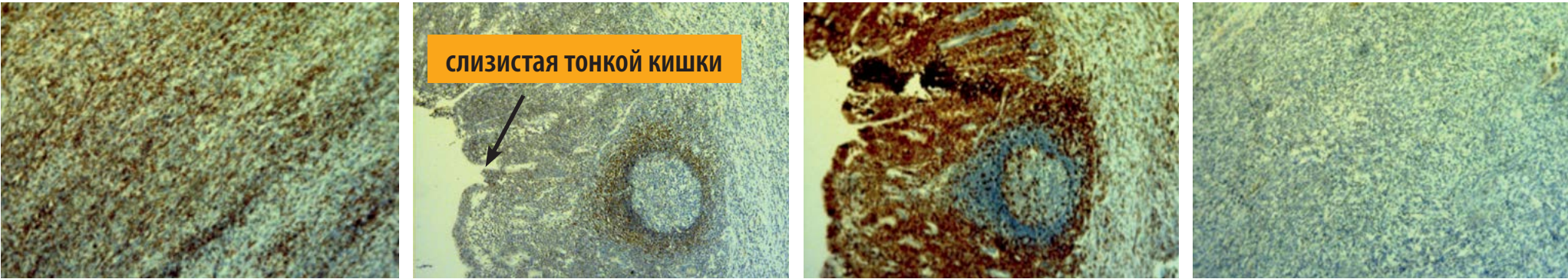
При ИГХ-исследовании в ООД г. Пенза: «в стенке кишки выявлена диффузная инфильтрация (в большей степени выраженная в слизистой оболочке) клетками среднего и крупного размера с округлым ядром и довольно обильной светлой цитоплазмой, опухолевые клетки проникают в эпителий крипт, на фоне клеток воспаления встречаются единичные фолликулярные структуры.

В клетках видна диффузная экспрессия CD3, в большей части клеток – экспрессия CD43, в незначительной части – экспрессия bcl2, в единичных клетках – CD30, экспрессия цитокератинов в эпителии желез.

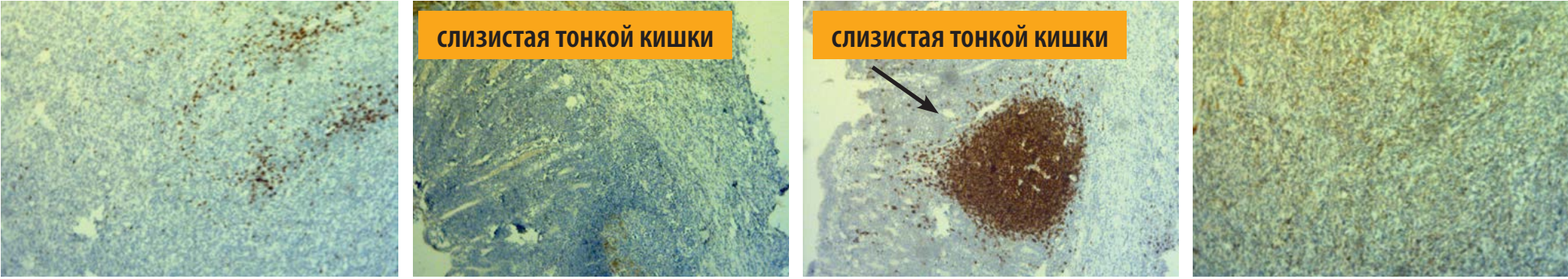
Экспрессия Ki67 – 30 %».

Периферическая Т-клеточная ЗНХЛ энтеропатического типа (ассоциированного с энтеропатией) тонкой кишки.

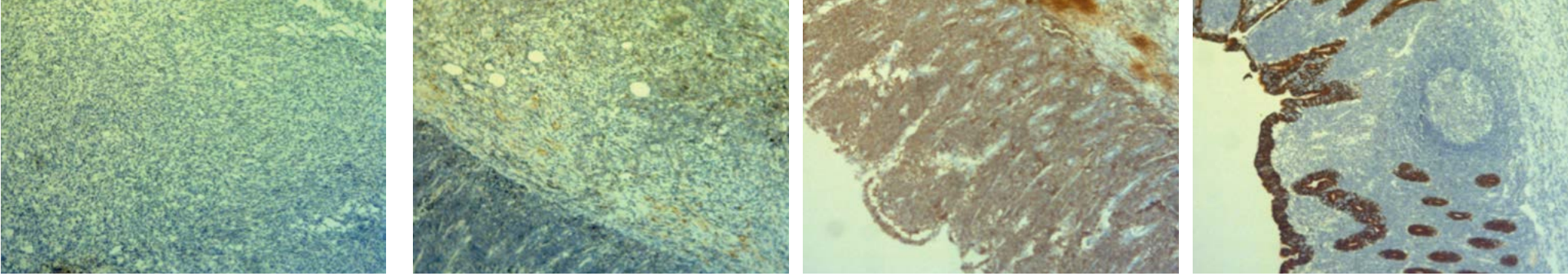
Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичное.



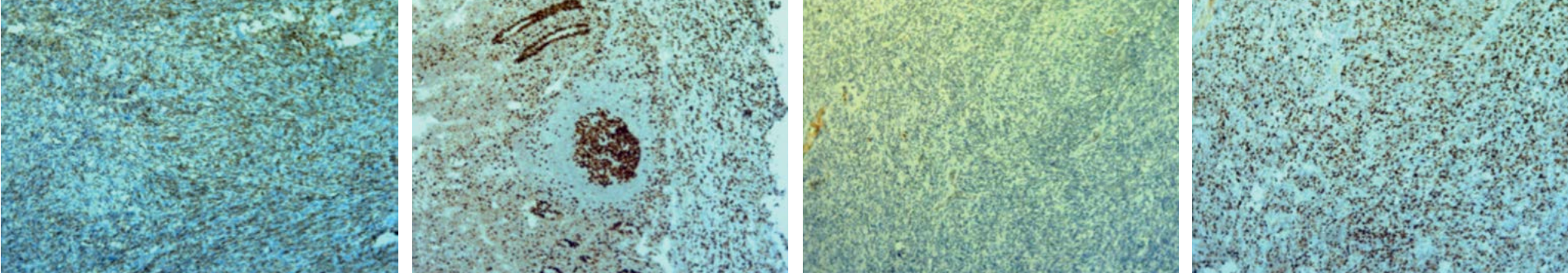
CD3 «+», ув. X 10 bcl2, слабая экспрессия, ув. X 10 CD3 «+», ув. X10. Инфильтрация слизистой подвздошной кишки Т-лимфоцитами. В центре препарата лимфоидный фолликул bcl2, ув. X 10, единичные клетки экспрессируют маркер



CD 20 – слабая экспрессия, ув. x 10 CD 23 «-», ув. x 10 CD 20 «-» в слизистой оболочке, в центре лимфоидный фолликул CD 30 «-», ув. x 10, незначительная часть клеток «+»



CD 23 «-», ув. x 10 CD 30 «-», ув. x 10, незначительная часть клеток «+» CD 43 экспрессия в большей части клеток, ув. X 20 Экспрессия цитокератина в эпителии тонкокишечных желез, ув. x 10



CD 43 экспрессия в большей части клеток, ув. X 10 Ki 67 – 30 %, ув. x 10 Панцитокератины «-», ув. X 10 Ki 67 – 30 %, ув. x 10

Первый курс ПХТ по схеме СНОР (СНОР-подобный режим) б-ная получила 19.08.2011 г. – через 8 нед. после операции!

Циклофосфан – 1 гр., доксорубин – 80 мг, винкристин – 2 мг.

Второй – 12.09.2011 г. – циклофосфан 1,2 гр., доксорубин – 80 мг, винбластин – 10 мг.

Третий – 05.10.2011 г. – циклофосфан – 1,2 гр., доксорубин – 80 мг, винбластин – 10 мг.

Четвертый – 01.11.2011 г. – циклофосфан – 1,2 гр., доксорубин – 80 мг.

Умерла – 07.02.12 г. (через 6 мес. после операции, через 3 мес. после окончания ПХТ).