

ПЕРВИЧНАЯ ЭКСТРАНОДАЛЬНАЯ ЛИМФОМА: СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА И СЕЛЕЗЕНКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

*Ю.А. Степанова – [ORCID: 0000-0002-5793-5160]

д.м.н., ученый секретарь

Д.А. Ионкин – [ORCID: 0000-0002-4903-529]

к.м.н., с.н.с. отд. хирургии печени и поджелудочной железы

М.З. Алимурзаева – [ORCID: 0000-0002-2901-6386]

аспирант отд. рентгенологии и магнитно-резонансных исследований

Д.В. Калинин – [ORCID: 0000-0001-6247-9481]

к.м.н., зав. отд. патологической анатомии

В.С. Широков – [ORCID: 0000-0001-6247-9481]

врач-рентгенолог отд. рентгенологии и магнитно-резонансных исследований

Д.В. Ручкин – [ORCID: 0000-0001-9068-3922]

д.м.н., профессор, зав. отд. реконструктивной хирургии пищевода и желудка

ФГБУ «Национальный медицинский

исследовательский центр хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России

117997 Российская Федерация, г. Москва, ул. Б. Серпуховская, 27

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

- лимфома желудка
- лимфома селезенки
- диагностика
- мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ)
- магнитно-резонансная томография (МРТ)
- ошибочная интерпретация данных

АННОТАЦИЯ:

Диагностические критерии экстранодальной лимфомы (неходжкинской лимфоме) достаточно хорошо известны и описаны в литературе. Тем не менее, первичные экстранодальные лимфомы встречаются редко и создают проблемы для дифференциальной диагностики с первичными или вторичными поражениями.

В представленном клиническом наблюдении пациентки, 58 лет, с первичной экстранодальной лимфомой желудка и селезенки был поставлен неправильный дооперационный диагноз: опухоль желудка и абсцесс селезенки. Он был, преимущественно, обусловлен наличием более в эпигастриальной области и госпитализации в анамнезе по поводу «острого билиарного панкреатита тяжелой степени». Сходные жалобы и «смазанная» картина проявлений лимфомы не позволили предоперационно ее заподозрить. Опухолевая природа очагового образования желудка не вызвала сомнений, в то время, как недооценка данных магнитно-резонансной томографии (МРТ) в совокупности с анамнезом привела к ошибочному диагнозу «абсцесс селезенки». Пациентке было выполнено оперативное вмешательство: расширенно-комбинированная гастрэктомия, дистальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия «en-bloc», лимфаденэктомия, холецистэктомия, реконструкция на петле тощей кишки по Roux-Y.

Клиническая картина экстранодальной лимфомы зависит от первичной ее локализации и степени ее распространения. Клинические проявления первичной лимфомы желудка и селезенки чаще неспецифичны, поэтому на фоне ранее перенесенных заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны и их остаточных проявлений возможна ошибочная оценка ситуации. При наличии очаговых образований целесообразно более внимательно относиться к результатам лучевых методов обследования, которые могут давать исчерпывающую информацию об их природе.

Для цитирования. Степанова Ю.А., Ионкин Д.А., Алимурзаева М.З., Калинин Д.В., Широков В.С., Ручкин Д.В. «ПЕРВИЧНАЯ ЭКСТРАНОДАЛЬНАЯ ЛИМФОМА: СОЧЕТАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА И СЕЛЕЗЕНКИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)» Ж. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ И ИНТЕРВЕНЦИОННАЯ РАДИОЛОГИЯ, 2020; 14(2):81–90

PRIMARY EXTRANODAL LYMPHOMA: STOMACH AND SPLEEN COMBINED LESION

*Stepanova Yu.A. – [ORCID: 0000-0002-5793-5160]

MD, PhD, professor,

Ionkin D.A. – [ORCID: 0000-0002-4903-529]

MD, PhD

Alimurzaeva M.Z. – [ORCID: 0000-0002-2901-6386]

MD, post-graduate

Kalinin D.V. – [ORCID: 0000-0001-6247-9481]

MD, PhD

Shirokov V.S. – [ORCID: 0000-0001-6247-9481]

MD

Ruchkin D.V. - [ORCID: 0000-0001-9068-3922]

MD, PhD, professor

A.V. Vishnevsky National Medical Research Center of Surgery, Moscow, Russia

27, B. Serpukhovskaya str., Moscow, Russian Federation, 117997

*Адрес для корреспонденции (Correspondence to): Степанова Юлия Александровна (Stepanova Yulia Aleksandrovna) e-mail: stepanovaia@mail.ru

KEY-WORDS:

- stomach lymphoma
- spleen lymphoma
- diagnostics
- multislice computed tomography (MSCT)
- magnetic-resonance imaging (MRI)
- misinterpretation of data

ABSTRACT:

Diagnostic criteria for extranodal lymphoma (non-Hodgkin's lymphoma) are well known and described in the literature. However, primary extranodal lymphomas are rare and pose problems for differential diagnosis with primary or secondary lesions.

In the presented clinical case of a woman, 58 years old, with primary extranodal lymphoma of the stomach and spleen, an incorrect preoperative diagnosis was made: a tumor of the stomach and spleen abscess. It was mainly due to the presence of pain in the epigastric region and hospitalization for "severe acute biliary pancreatitis" in anamnesis. Similar complaints and a "blurry" picture of manifestations of lymphoma did not allow her to be suspected preoperatively. The tumor nature of the focal lesion of the stomach was not in doubt, while the underestimation of MRI data, combined with the anamnesis, led to the erroneous diagnosis of "spleen abscess". Patient underwent surgical operation: extended combined gastrectomy, distal resection of pancreas, splenectomy "en-bloc", lymphadenectomy, cholecystectomy, "Roux-Y" reconstruction.

The clinical picture of extranodal lymphoma depends on its primary localization and the degree of its spread. Clinical manifestations of primary lymphoma of the stomach and spleen are often non-specific, therefore, against the background of previously transferred diseases of the hepatopancreatobiliary zone and their residual manifestations, an erroneous assessment of the situation is possible. In the presence of focal lesions, it is advisable to be more attentive to results of radiology examination, which can provide comprehensive information about their nature.

Введение

Лимфомы - это злокачественные опухоли из зрелых и незрелых В-лимфоцитов, Т-лимфоцитов или NK-клеток (натуральных киллеров) на различных стадиях дифференцировки. Это онкологическое заболевание, характеризуется увеличением лимфатических узлов, также оно может сопровождаться поражением других органов, в которых накапливаются опухолевые клетки лимфоцитарного происхождения [1]. Поражением только лимфатических узлов обычно ограничивается Лимфома Ходжкина. Лимфома, возникающая вне лимфатических узлов - экстранодальная лимфома - называется неходжкинская лимфома (НХЛ) [2].

Экстранодальные лимфомы составляют примерно 40% от всех лимфом. Около 25% случаев НХЛ первично развиваются вне лимфатических узлов, и тогда они классифицируются как первичные экстранодальные лимфомы. Первоисточник опухолевого роста может локализоваться в любых органах и тканях. В различных источниках указывается разная частота их первичного поражения, так по данным W.-K. Lee с соавт. в порядке убывания частоты встречаемости вовлекаются: селезенка, печень, желудочно-кишечный тракт, поджелудочная железа, брюшная стенка, мочеполовой тракт, надпочечники, брюшная полость и желчные пути [3]; по данным ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России чаще наблюдается первичное поражение желудочно-кишечного тракта, кольца Пирогова-Вальдейера, костей, кожи, мягких тканей, орбиты и придаточного аппарата глаза, центральной нервной системы. Наиболее частой зоной вовлечения при НХЛ является костный мозг [4].

Первичная экстранодальная лимфома в желудочно-кишечном тракте встречается у 10–30% всех пациентов с НХЛ [5]. Первичная лимфома желудка является наиболее распространенной формой экстранодальной лимфомы желудка-кишечного тракта (60-75% случаев) [5, 6]. Она представляет собой широкий спектр опухолей от индолентной лимфомы низкой

степени злокачественности маргинальной зоны или лимфомы, связанной с лимфоидной тканью слизистой (MALT), до агрессивной диффузной крупной В-клеточной лимфомы [7, 8].

Селезенка поражается у 20-40% пациентов с лимфомой. Чаще она вовлечена в патологическом процессе, как составная часть мультисистемного злокачественного поражения органов кроветворения, изолированное первичное вовлечение встречается реже. Так, селезенка поражена у 30-40% пациентов с первичной лимфомой Ходжкина и у 10-40% пациентов с НХЛ [9]. Модели вовлечения включают диффузную инфильтрацию со спленомегалией или без нее при лимфоме Ходжкина и очаговое образование при НХЛ [3].

Клиническая картина заболевания зависит от первичной локализации НХЛ и степени ее распространения. Первичный очаг опухолевого роста чаще всего локализуется в периферических (в 40% случаев), медиастинальных и/или забрюшинных лимфатических узлах. По мере распространения опухоли в патологический процесс вовлекаются различные органы и ткани, что определяет разнообразие и специфику клинических проявлений.

Начальные симптомы первичной лимфомы желудка обычно неспецифичны, имитируют гастрит, язвенную болезнь, заболевания поджелудочной железы или функциональные расстройства желудка. Такие неспецифические проявления приводят к задержке в постановке диагноза, которая в некоторых случаях может составлять несколько лет. Наиболее частыми жалобами являются потеря веса, тошнота, рвота и расстройство желудка. Реже встречаются слабость, ночной пот, желтуха, лихорадка и дисфагия. Также, при значительной распространенности патологического процесса, возможны желудочная непроходимость и перфорация, гепато-/спленомегалия и лимфаденопатия, у 20-30% пациентов жалуются на кровавую рвоту и/или мелену, как проявления желудочно-кишечного кровотечения [7].

Клинические проявления первичной лимфомы селезенки чаще неспецифичны: потеря веса, слабость, лихорадка и боль или дискомфорт в левом подреберье в случае увеличенной селезенки. Также возможны проявления специфических симптомов из-за инвазии лимфомы в соседние органы (желудок, поджелудочная железа, диафрагма, толстая кишка или брыжейка) [10]. Таким образом, ввиду расплывчатой клинической картины, диагностировать первичную экстранодальную лимфому селезенки затруднительно.

Ввиду неспецифичности проявлений экстранодальной лимфомы и, вследствие чего, сложности ее диагностики считаем целесообразным представить собственное клиническое наблюдение первичной лимфомы желудка им селезенки.

Клиническое наблюдение пациентки Л., 58 лет.

Жалобы при поступлении: на ноющие боли в эпигастриальной области, отрыжку воздухом.

Анамнез заболевания. Вышеуказанные жалобы появились с середины октября 2019 г. по поводу чего с 28.02.19 по 20.03.19 гг. пациентка находилась на лечении в ГKB им. Спасокукоцкого с диагнозом «острый билиарный панкреатит тяжелой степени». При госпитализации пациентке выполнили эндоскопическую ретроградную холангиографию (ЭРХГ), эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ), литоэкстракцию, стентирование главного панкреатического протока (ГПП); санацию и дренирование сальниковой сумки по поводу оментобурсита, дренирование брюшной полости (левое поддиафрагмальное пространство, подпеченочное пространство, где располагались жидкостные скопления). Планировалась холецистэктомия. При обследовании перед операцией при ЭГДС в ноябре 2019 г. в субкардиальном отделе и нижней трети тела желудка выявили субэпителиальное образование с изъязвлением (выполнена биопсия: дифференциальный ряд между гастроинтестинальной стромальной опухолью и низкодифференцированным раком желудка).

Пациентка обратилась в НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского для определения тактики хирургического лечения, где амбулаторно выполнили магнитно-резонансную томографию (МРТ), гастроскопию и мультиспиральную компьютерную томографию

(МСКТ) органов брюшной полости и грудной клетки. Амбулаторная МРТ (29.11.19). На серии МР-томограмм органов брюшной полости свободной жидкости не определяется.

Желудок спавшийся. В проксимальных отделах желудка визуализируется образование, размерами 23×50 мм, с выраженным ограничением диффузии воды, изоинтенсивное на T2 В.И. (**рис. 1**), гипоинтенсивное на T1 В.И.

Печень увеличена, краниокаудальный размер (ККД) правой доли - 190 мм, форма и положение не изменены. Контуры ее ровные, четкие, паренхима однородная. Очаговых образований печени не выявлено.

Желчный пузырь располагается обычно, контуры ровные, четкие, поперечный размер 12 мм, содержимое однородное. В просвете на уровне дна и тела единичные конкременты, до 5 мм. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. При магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ) внутрипеченочные желчные протоки прослеживаются диаметром: долевые - слева 4,4 мм, справа - 3 мм; сегментарные - до 2 мм. Общий печеночный проток в проксимальных отделах - до 5,8 мм, холедох - до 3,5 мм, на уровне терминального отдела физиологически конусовидно суживается. Пузырный проток - 2,5 мм. В просвете желчных протоков участков выпадения МР-сигнала не отмечается.

Поджелудочная железа правильно расположена, визуализируется размерами: головка - 2,0 см, тело - 0,9 см, хвост - 1,3 см. Сигнал от паренхимы не изменен, патологических очагов не выявлено. Паранкреатическая клетчатка не инфильтрирована. Паранкреатические лимфоузлы не увеличены. В области головки визуализируется парафатеральный дивертикул двенадцатиперстной кишки, размерами 36×31×28 мм. При МРХПГ ГПП не расширен - 2 мм, прослеживается на всем протяжении.

Селезенка обычной формы с ровными, четкими контурами, размеры не увеличены (98×56×41 мм). В области верхнего полюса определяется образование, размерами 31×42×38 мм, слабо гиперинтенсивное на T2 В.И., слабо гипоинтенсивное на T1 В.И., с центральным участком жидкостного сигнала. Образование выражено ограничивает диффузию воды (**рис. 2**).

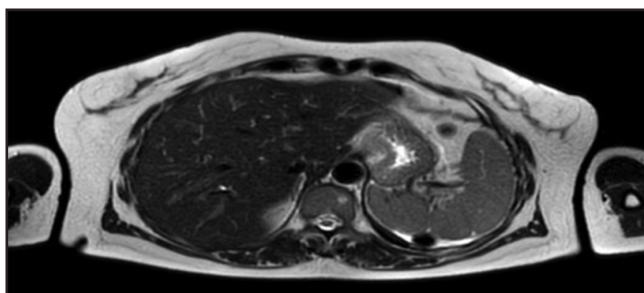


Рис. 1. МР-изображение образования в стенке проксимальных отделов желудка, T2 В.И.

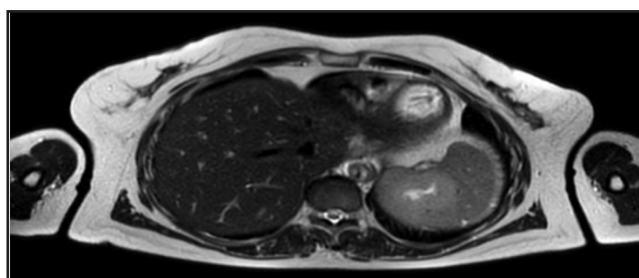


Рис. 2. МР-изображение образования в области верхнего полюса селезенки с центральным участком жидкостного сигнала, T2 В.И.

Надпочечники обычно расположены, не изменены. Почки обычной формы, размеров, расположения, контуры четкие, ровные. ЧЛС, верхние отделы мочеточников не расширены.

Заключение: Образование верхней трети желудка (рекомендована ЭГДС). Парафатеральный дивертикул двенадцатиперстной кишки. Холецистит, конкременты желчного пузыря. МР-картина образования селезенки. **Амбулаторная гастроскопия (2.12.19).** Пищевод свободно проходим, не деформирован, складки и слизистая его не изменены. Кардия смыкается полностью. Желудок не деформирован. Натощак в просвете желудка содержится небольшое количество желудочного сока с примесью слюны и желчи. Складки слизистой невысокие, извиты, хорошо расправляются воздухом. Перистальтика обычной интенсивности, прослеживается во всех отделах. Слизистая желудка гладкая, блестящая, умеренно диффузно гиперемирована, незначительно отечна по вершинам складок в антральном отделе; сосудистый рисунок не усилен. Угол желудка не изменен. При ретроверзии в верхней трети тела желудка, по малой кривизне визуализируется опухолевидное новообразование размерами до 5 см; слизистая вокруг новообразования инфильтрирована, создается впечатление об инфильтрации тканей до уровня пищевода-желудочного перехода, в области образования визуализируется большой язвенный дефект, покрытый некротическим массами размерами до 2 см. Отмечается выраженная контактная кровоточивость опухолевых тканей. Из измененной слизистой в области краев язвенного дефекта взят материал для планового гистологического исследования - 2 кусочка, слизистая при взятии биопсии местами рыхлая, фрагментируется, местами выраженной плотности. Места биопсии орошены раствором аминокaproновой кислоты 50 мл. При контрольном осмотре - кровотечения нет. Привратник не деформирован, свободно проходим аппаратом, округлой формы, смыкается полностью. Луковица двенадцатиперстной кишки и постбульбарные отделы не деформированы, слизистая розовая, бархатистая. На момент осмотра в кишке желчи нет.

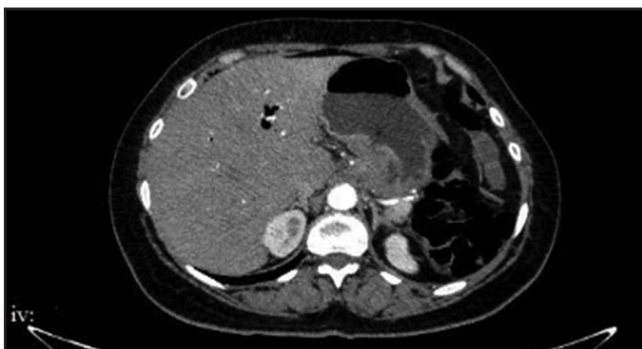


Рис. 3. МСКТ-изображение глубокого язвенного дефекта в стенке желудка, артериальная фаза исследования.

Заключение: Опухоль субкардиального отдела желудка с изъязвлением. Диффузный гастрит.

Амбулаторная МСКТ органов брюшной полости и грудной клетки (2.12.19).

Желудок наполнен водой. От уровня кардиоэзофагального перехода, распространяясь по малой кривизне и задней стенке на протяжении 5 см на верхнюю треть тела желудка, определяется утолщение стенки до 21 мм с наличием глубокого язвенного дефекта (слизистая оболочка, за исключением зоны изъязвления, прослеживается) (**рис. 3**). Клетчатка вдоль хода левой желудочной артерии выражено уплотнена, левая желудочная артерия прослеживается фрагментарно.

Лимфатические узлы в гепатогастральной связке до 9 мм. Визуализируется единичный увеличенный парааортальный лимфатический узел слева до 13 мм, ниже уровня левой почечной ножки. Единичные лимфатические узлы в гепатодуоденальной связке, размером до 8 мм. Образование тесно прилежит к ножкам диафрагмы, телу-хвосту поджелудочной железы без дифференциации жировой прослойки.

Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Печень увеличена, размерами 20×11×18 см. Контур печени ровные, четкие. Сосудистый рисунок дифференцируется. Усредненные показатели плотности паренхимы в нативную фазу 60 ед. Н. Очаговых изменений в паренхиме печени не выявлено. Внутривенные желчные протоки не расширены, в просветах газ. Желчный пузырь располагается обычно, спавшийся. Стенки утолщены, с кистозными включениями в области дна, в области тела желчного пузыря стенки утолщены циркулярно до 7 мм с деформацией просвета. Содержимое желчного пузыря неоднородной плотности. Рентгеноконтрастных конкрементов в просвете не выявлено, наличие мягких камней не исключено. Внепеченочные желчные протоки не расширены, холедох - 7 мм, в просвете его определяется газ.

Поджелудочная железа не увеличена, размерами: головка - 3,0 см, тело - 2,1 см, хвост - 1,7 см, контрастирование диффузно неоднородно. Объемных образований поджелудочной железы не выявлено.



Рис. 4. МСКТ-изображение гиподенное образование в паренхиме селезенки, венозная фаза исследования.

Парапанкреатическая клетчатка уплотнена. ГПП не расширен. Контуры селезеночной артерии в проксимальном отрезке неровные.

Воротная вена – 1,1 см. Селезеночная вена 0,9 см, проходима. Верхняя брыжеечная вена – 0,9 см.

Селезенка не увеличена, определяется размерами 11×6×6 см (СИ 396). В паренхиме селезенки, ближе к медиальному контуру, визуализируется гиподенсное образование размерами 40×32×34 мм, в центральном отделе жидкостные включения малого объема (2-3 мл), подчеркнута гиперденсным ободком и перифокальным валом (**рис. 4**). При ретроспективной оценке электронной версии исследования от 11.05.2019 г. и протоколов МСКТ от мая-апреля 2019 данные изменения не выявляли. Визуализировался абсцесс в левом поддиафрагмальном пространстве. Вероятен частичный прорыв содержимого в паренхиму селезенки. В поддиафрагмальном пространстве слева, по контуру селезенки на уровне образования минимальное ограниченное толстыми стенками скопление жидкости 14×7×13мм.

Надпочечники обычно расположены. Изменений со стороны надпочечников не выявлено.

Почки обычно расположены. Размеры не изменены, плотностные показатели паренхимы в пределах нормы. Толщина паренхиматозного слоя не изменена, контрастирование паренхимы обеих почек и выделительная функция симметричные с обеих сторон. В чашечках обеих почек, больше слева, визуализируются множественные конкременты до 4 мм. Чашечки справа умеренно расширены до 6 мм, лоханка 10 мм, в просвете проксимальный завиток мочеточникового стента. В просвете лоханки конкременты 3,7 и 2 мм. Ширина мочеточника соответствуют диаметру стента. ЧЛС и мочеточник слева не расширены. Паранефральная клетчатка не изменена.

Тонкая и толстая кишка заполнены содержимым, имеют умеренное количество газа. В стенках сигмовидной кишки дивертикулы. Двенадцатиперстная кишка деформирована.

Брюшной отдел аорты – 16 мм, стенка без явных признаков атеросклеротического поражения.

При просмотре в костном окне костно-деструктивных, костно-травматических изменений не выявлено. Дегенеративные изменения позвоночника.

Отхождение артерий целиако-мезентериального бассейна типичное.

Заключение: Образование проксимальных отделов желудка с изъязвлением. Последствия перенесенного деструктивного панкреатита. Образование селезенки более соответствует панкреатогенному абсцессу с крайне малой жидкостной фракцией (учитывая наличие поддиафрагмального абсцесса слева в анамнезе и отсутствие изменений со стороны селезенки в апреле-мае 2019). Увеличение печени. Аэрохолия. Деформация желчного пузыря, аденомиоматоз.

Конкременты в чашечках обеих почек, лоханке справа. Умеренная каликоэктазия справа. Состояние после контактной уретеролитотрипсии, литоэкстракции справа, стентирования правого мочеточника от 25.11.19.

Данные при госпитализации.

Анамнез жизни. ЖКБ: хронический калькулезный холецистит. МКБ, ремиссия. Перенесенные операции:

25.11.19 г. - уретероскопия, контактная уретеролитотрипсия, литоэкстракция, стентирование мочевыводящих путей справа;

15.11.19 г. - эндоскопическая остановка кровотечения, аргонно-плазменная коагуляция (АПК) образования желудка;

24.04.19 г. - внутреннее дренирование сальниковой сумки;

23.04.19 г. - наружное дренирование абсцесса сальниковой сумки;

05.03.19 г. - лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки;

28.02.19 г. - ЭРХГ, ЭПСТ, литоэкстракция, стентирование ГПП.

Данные осмотра. При поступлении состояние пациентки удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание через нос, свободное. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-16/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.

Ультразвуковое исследование (19.12.19): В левом поддиафрагмальном пространстве на фоне не равномерного уплотнения клетчатки по контуру селезенки определяется полоска жидкости толщиной до 8,0 мм. В брюшной полости, забрюшинном пространстве, а также в малом тазу свободной жидкости не выявлено.

Печень увеличена в размерах: переднезадний размер правой доли – 178,3 мм, левой доли – 85,2 мм, контуры четкие ровные, структура паренхимы печени диффузно уплотнена.

Желчный пузырь деформирован, визуализируется размерами 82,1×23,4 мм, в просвете определяется диффузно неоднородное содержимое. Стенки пузыря неравномерно утолщены (6-10 мм). В их структуре видны множественные мелкие анэхогенные включения, сообщающиеся с полостью пузыря (гиперплазированные синусы с неизменённой желчью), а также внутривенечные гиперэхогенные сигналы с ревербе-

рациями по типу «хвоста кометы». Внутренний контур стенки местами зазубренный.

Внутри- и внепечёночные желчные протоки не расширены (внутрипечёночные местами содержат пузырьки газа). Гепатикохоледох визуализируется в воротах печени, диаметр его составляет 5,6 мм, просвет на этом участке свободен.

Поджелудочная железа: головка – 30,7 мм, тело – 19,5 мм, хвост – 19,7 мм, контуры четкие, местами не ровные, структура паренхимы диффузно уплотнена во всех отделах, более значительно в дистальных отделах. ГПП не расширен. Парапанкреатическая клетчатка в дистальном отделе неравномерно уплотнена.

Площадь селезёнки - 40 см², имеет четкие ровные контуры, структура паренхимы неоднородна за счет наличия в верхней трети, ближе к медиальной поверхности очагового образования с четкими контурами, имеющее псевдосolidную структуру. При дуплексном сканировании в структуре данного образования кровотока не лоцируется. Определяется незначительное уплотнение паренхимы вокруг образования в виде валика (рис. 5).

По верхнему контуру селезенки с медиальной стороны определяются единичные лимфатические узлы (размером до 10,0 – 110 мм). Парааортально слева на уровне левой почечной ножки, визуализируются несколько увеличенных лимфатических узлов (максимальным размером до 15,0 мм).

Правая почка визуализируется размерами 105,3×51,2 мм, с четкими ровными контурами, отчетливо прослеживается кортико-медуллярная дифференциация, паренхиматозный слой достаточно выражен – 14,9 мм, ЧЛС не расширена, структуры уплотнены. В лоханке определяется проксимальный конец стента.

Левая почка визуализируется размерами 95,3×39,6мм,

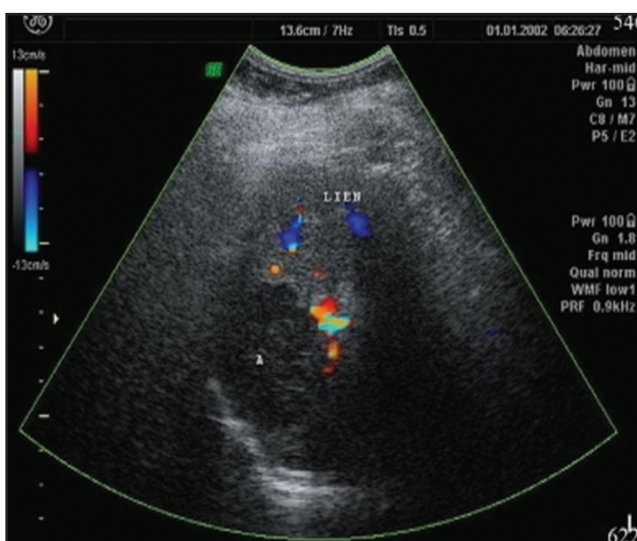


Рис. 5. УЗ-изображение объемного образования (L) верхней трети селезенки (LIEN) в режиме цветного доплеровского картирования.

с четкими ровными контурами, отчетливо прослеживается кортико-медуллярная дифференциация, паренхиматозный слой достаточно выражен – 15,2 мм, ЧЛС не расширена, структуры уплотнены.

В чашечках и лоханках обеих почек, больше слева, визуализируются множественные конкременты до 4 мм.

Заключение: УЗ-признаки последствий перенесенного деструктивного панкреатита. Образование селезенки более соответствует панкреатогенному абсцессу с крайне малой жидкостной фракцией (учитывая наличие поддиафрагмального абсцесса слева в анамнезе и отсутствие изменений со стороны селезенки в апреле-мае 2019 г.). Увеличение печени. Аэрохолия. Аденомиоматоз желчного пузыря. Конкременты в обеих почках. Состояние после контактной уретеролитотрипсии, литоэкстракции справа, стентирования правого мочеточника от 25.11.19 г.

На основании данных предоперационного обследования пациентке был поставлен диагноз: Образование проксимальных отделов желудка с изъязвлением. Образование селезенки более соответствует панкреатогенному абсцессу. Хронический холецистит.

Пациентке было выполнено оперативное вмешательство (23.12.19 г.): расширенно-комбинированная гастрэктомия, дистальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия «en-bloc», лимфаденэктомия (ЛАЭ), холецистэктомия, реконструкция на петле тощей кишки по Roux-Y.

Выполнена верхняя срединная лапаротомия. При ревизии вторичных очагов в печени, по брюшине нет, выпота в брюшной полости нет. В кардиальном отделе желудка, с распространением преимущественно по малой кривизне, определяется плотное бугристое циркулярное образование, пальпаторно плохо смещаемое. Желчный пузырь не увеличен, пальпаторно уплотнен, стенки пузыря утолщены, отёчны. Мобилизована левая доля печени. Пересечена на зажимах печеночно-кардиальная связка. Пересечена мембрана Лаймера-Бертелли. Мобилизован абдоминальный отдел пищевода, выполнена стволовая ваготомия. Вскрыта сальниковая сумка: отмечаются множественные сращения между задней стенкой желудка и поджелудочной железой (в анамнезе – панкреонекроз). Адгезиолизис тупым и острым путем. Поджелудочная железа при пальпации плотно-каменистой консистенции. При дальнейшей ревизии определяется выход образования в кардиальном отделе и своде за пределы серозной оболочки желудка с инвазией в левую ножку диафрагмы и хвост поджелудочной железы (рис. 6а). В опухолевом конгломерате также задействована левая желудочная артерия (дистальные отделы). При попытке дальнейшей мобилизации выполнить плоскостную резекцию поджелудочной железы не представляется возможным ввиду глубины инвазии, а также отечности перипанкреатической клетчатки вследствие ранее

перенесенного оментобурсита на фоне панкреонекроза. Таким образом, принято решение о выполнении гастрэктомии в сочетании с дистальной резекцией поджелудочной железы, спленэктомией, резекцией левой ножки диафрагмы «en-block» (рис. 6б).

Также удалена 8-я группа лимфоузлов (остальные лимфоузлы ввиду выраженной инфильтрации удалить невозможно). С техническими трудностями ввиду наличия перипузырной инфильтрации тканей, выполнена холецистэктомия с отдельной перевязкой пузырной артерии и протока (при вскрытии просвета получена «белая» желчь) – признаки отключенного желчного пузыря). В 30 см от связки Трейтца пересечена петля тощей кишки. На отводящей петле сформирован эзофагоюноанастомоз (на отключенной по Roux-Y петле тощей кишке).

Гистологическое исследование. При микроскопическом исследовании опухоль кардиального отдела желудка представлена инфильтратом из некротических клеток со скудной цитоплазмой и полиморфными ядрами, с наличием многочисленных митозов (около 100 на 10 РПЗ при увеличении 400), в том числе патологических. Опухоль распространяется на все слои стенки желудка и клетчатки по малой кривизне, с обширным глубоким изъязвлением и очагом перфорации серозного покрова в дне, очагами некроза и воспалительной инфильтрацией в строме, подрастает к ткани тела поджелудочной железы с инвазией парапанкреатической жировой клетчатки. Признаков вне- и внутриклеточного слизеобразования, структурообразования не обнаружено. В толще ткани селезенки определяется образование аналогичного строения.

В 1 из 24 лимфатических узлов вдоль малой кривизны очаг опухоли аналогичного строения. В 16 лимфатических узлах по большой кривизне и 1 лимфатическом узле ворот селезенки – гиперплазия вторичных фолликулов.

Заключение. Образование кардиального отдела желудка представлено низкодифференцированной

злокачественной опухолью. Дифференциальный диагноз между недифференцированным раком и лимфомой желудка.

Для уточнения диагноза проведено иммуногистохимическое исследование.

Иммуногистохимическое исследование. При иммуногистохимическом исследовании клетки опухоли обнаруживают следующие реакции: CD45 (клон 2B11 + PD7/26, DAKO) – выраженную мембранную экспрессию; CD20 (клон L26, Cell Marque) – выраженную мембранную экспрессию; bcl2 (клон 124, Cell Marque) – ядерную экспрессию; Vimentin (клон V9, DAKO) – выраженную мембранно-цитоплазматическую экспрессию; Ki67 (клон MIB-1, DAKO) – ядерную экспрессию в 98%. Клетки опухоли негативны к: CD56 (клон 123C3.D5, Cell Marque); PanCytokeratin (клон AE1/AE3, Cell Marque); Cytokeratin 8 and 18 (клон B22.1 & B23.1, Cell Marque); CD117 (клон YR145, Cell Marque); S100 (polyclonal, DAKO).

Заключение. После выполнения иммуногистохимического исследования, принимая во внимание результаты гистологического исследования (сходное строение опухолей селезенки и желудка), а также сходный клеточный иммунофенотип – морфологическая картина соответствует В-клеточной лимфоме с вовлечением селезенки и кардиального отдела желудка. Опухоль распространяется на все слои стенки желудка и клетчатки по малой кривизне, с обширным глубоким изъязвлением и очагом перфорации серозного покрова в дне, очагами некроза и воспалительной инфильтрацией в строме, подрастает к ткани тела поджелудочной железы с инвазией парапанкреатической жировой клетчатки.

В послеоперационном периоде при ультразвуковом исследовании в брюшной полости были выявлены незначительные полоски свободной жидкости, самостоятельно регрессировавших при ультразвуковом мониторинге.

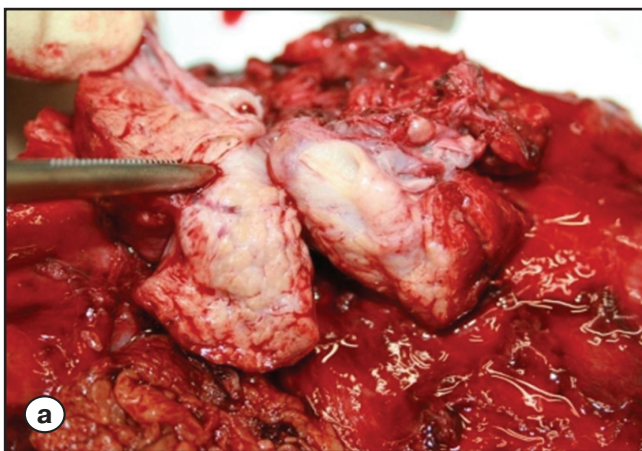


Рис. 6. Макропрепараты:

а – прорастание образования желудка в хвост поджелудочной железы;

б – желудок с дистальной частью поджелудочной железы, селезенкой и левой ножкой диафрагмы «en-block».

При контрольном МСКТ-исследовании на 5-е сутки с пероральным приемом контрастного вещества признаков несостоятельности эзофагоюно-, юноюноанастомозов не получено (свободно проходимы, затеков нет).

На 10-е сутки после оперативного вмешательства пациентка была выписана под наблюдение хирурга по месту жительства.

Обсуждение

Диагностические критерии НХЛ достаточно хорошо известны и описаны в литературе [6, 11-13]. Тем не менее, первичные экстранодальные лимфомы встречаются редко и создают проблемы для дифференциальной диагностики с первичными или вторичными поражениями [14].

В представленном клиническом наблюдении дооперационно пациентке был поставлен неправильный диагноз. При анализе данных предоперационного обследования следует сделать акцент на данных магнитно-резонансной томографии. Заключение звучало как: образование верхней трети желудка (рекомендована ЭГДС), парафатеральный дивертикул двенадцатиперстной кишки, холецистит, конкременты желчного пузыря, МР-картина образования селезенки. В режиме DWI, который также был выполнен, определяется истинное ограничение диффузии как в селезенке (**рис. 7**), так и в желудке (**рис. 8**), что свидетельствует о наличии опухолей в обоих органах, наиболее вероятно, имеющих одну природу. Далее, при выполнении мультиспиральной компьютерной томографии сделали ссылку на перенесенный деструктивный панкреатит с акцентом на наличие абсцесса в левом

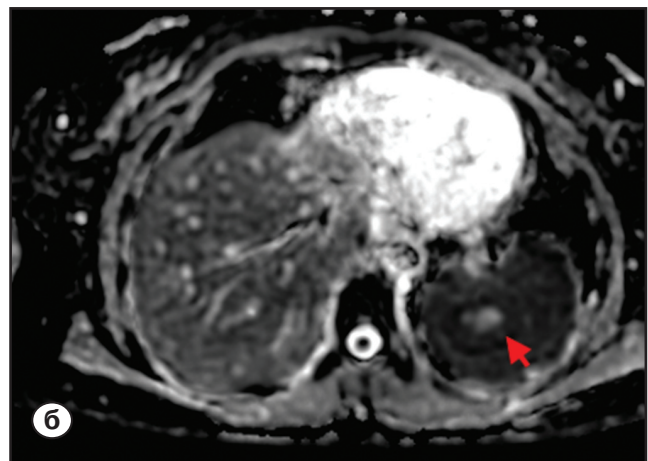
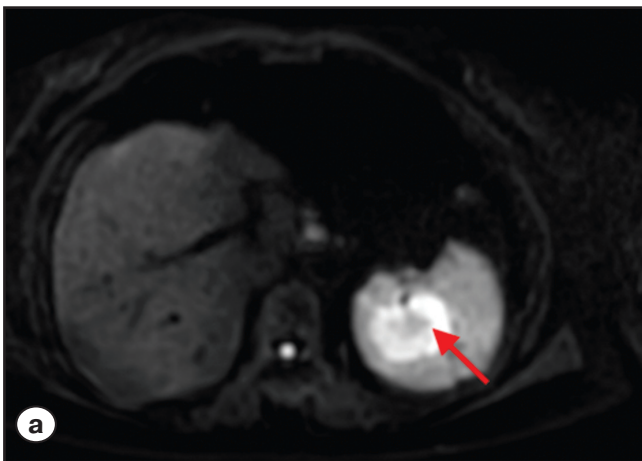


Рис. 7. МРТ-изображения очагового образования в селезенке (указано красными стрелками) в режиме DWI:
а – T2 ВИ;
б – T1 ВИ.

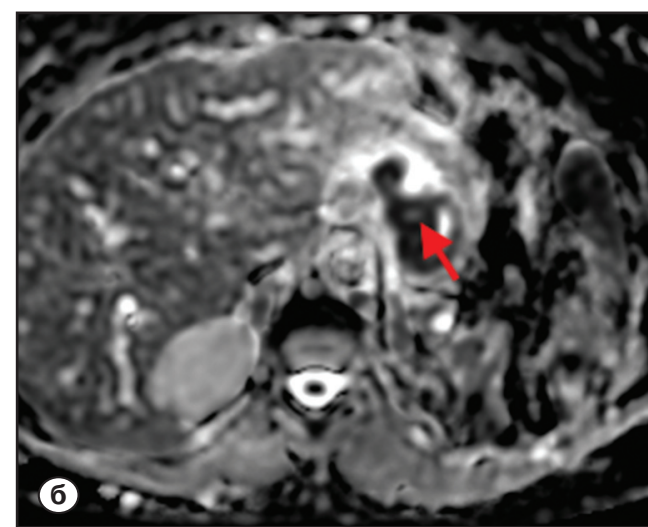
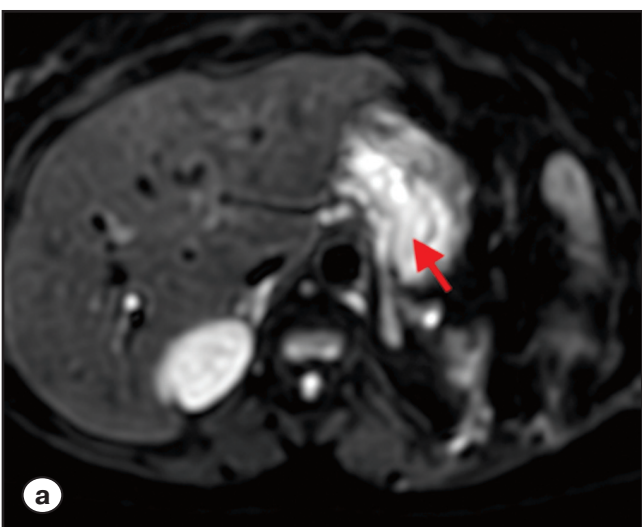


Рис. 8. МРТ-изображения очагового образования в желудке (указано красными стрелками) в режиме DWI:
а – T2 ВИ;
б – T1 ВИ.

поддиафрагмальном пространстве, что, по-видимому, и привело к диагнозу абсцесс селезенки. Этим же объясняли и инфильтративные изменения вокруг хвоста поджелудочной железы. В тоже время, при МСКТ участок в селезенке накапливает контрастное вещество с 30 до 50 ед. Н, что не характерно для абсцесса. Также, было недоучтено то обстоятельство, что образований не было выявлено при госпитализации в начале 2019 г.

Таким образом, неправильный дооперационный диагноз опирался на клинические данные и, преимущественно был обоснован наличием болей в эпигастральной области и госпитализации в анамнезе по поводу «острый билиарный панкреатит тяжелой степени». Сходные жалобы и «смазанная» картина проявлений лимфомы не позволили предоперационно ее заподозрить. Опухолевая природа очагового образования

желудка не вызывала сомнений, в то время, как недооценка данных МРТ в совокупности с анамнезом привела к ошибочному диагнозу «абсцесс селезенки».

Заключение

Клиническая картина экстранодальной лимфомы зависит от первичной ее локализации и степени ее распространения. Клинические проявления первичной лимфомы желудка и селезенки чаще неспецифичны, поэтому на фоне ранее перенесенных заболеваний гепатопанкреатобилиарной зоны и их остаточных проявлений возможна ошибочная оценка ситуации. При наличии очаговых образований целесообразно более внимательно относиться к результатам лучевых методов обследования, которые могут давать исчерпывающую информацию об их природе. ■

Список литературы

1. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Swerdlow S.H., Campo E., Harris N.L., Jaffe E.S., Pileri S.A., Stein H., Thiele J. (Eds). Revised 4th edition. Lyon: IARC Press, 2017; 585.
2. Manzella A., Borba-Filho P., D'Ippolito G., Farias M. Abdominal manifestations of lymphoma: spectrum of imaging features. *ISRN Radiol.* 2013; 2013: 483069. <http://doi.org/10.5402/2013/483069>
3. Lee W.-K., Lau E.W.F., Duddalwar V.A., et al. Abdominal manifestations of extranodal lymphoma: spectrum of imaging findings. *American Journal of Roentgenology.* 2008; 191(1): 198–206. <http://doi.org/10.2214/AJR.07.3146>
4. ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России Диагностика и лечение. Виды заболеваний. Лимфомы. (дата обращения 08.07.20) <https://www.ronc.ru/grown/treatment/diseases/limfomy/>
5. Psyri A., Papageorgiou S., Economopoulos T. Primary extranodal lymphomas of stomach: clinical presentation, diagnostic pitfalls and management. *Annals of Oncology.* 2008; 19(12): 1992–1999. <http://doi.org/10.1093/annonc/mdn525>
6. Ghai S., Pattison J., Ghai S., et al. Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation. *Radiographics.* 2007; 27(5): 1371–1388. <http://doi.org/10.1148/rg.275065151>
7. Juárez-Salcedo L.M., Sokol L., Chavez J.C., Dalia S. Primary Gastric Lymphoma, Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Treatment. *Cancer Control.* 2018; 25(1): 1073274818778256. <http://doi.org/10.1177/1073274818778256>
8. NORD: National Organization for Rare Disorders. Rare Disease Database. Primary Gastric Lymphoma. Luh J.Y., Nabavizadeh N., Thomas C. R., Jr. <https://rarediseases.org/rare-diseases/primary-gastric-lymphoma>. (дата обращения 20.07.2020)
9. De Jong P.A., Van Ufford H.M.Q., Baarslag H.-J. et al. CT and 18F-FDG PET for noninvasive detection of splenic involvement in patients with malignant lymphoma. *American Journal of Roentgenology.* 2009; 192(3): 745–753. <http://doi.org/10.2214/AJR.08.1160>
10. Ingle S.B., Hinge C.R. Primary splenic lymphoma: Current diagnostic trends. *World J Clin Cases.* 2016 December 16; 4(12): 385-389. <http://doi.org/10.12998/wjcc.v4.i12.385>
11. Dobrovolskiene L., Balukeviciute J., Maksimaitiene J. Virskinimo trakto limfomu radiologine diagnostika [Radiographic diagnosis of gastrointestinal lymphoma]. *Medicina (Kaunas).* 2002;38(2):165-71.
12. Chien S.H., Liu C.J., Hu Y.W., et al. Frequency of surveillance computed tomography in non-Hodgkin lymphoma and the risk of secondary primary malignancies: A nationwide population-based study. *Int J Cancer.* 2015 Aug 1; 137(3): 658-665. <http://doi.org/10.1002/ijc.29433>
13. Чернобай Т.Н., Головки Т.С. Променева діагностика екстранодальних лімфом. *Клінічна онкологія.* 2017; 4(28): 73-76. (дата обращения 8.07.2020) <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/19925/luchevaya-diagnostika-ekstranodalnyx-limfom>
14. Frampas E. Lymphomas: Basic points that radiologists should know. *Diagnostic and Interventional Imaging.* February 2013; 94(2): 131-144. <http://doi.org/10.1016/j.diii.2012.11.006>

References

1. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues. Swerdlow S.H., Campo E., Harris N.L., Jaffe E.S., Pileri S.A., Stein H., Thiele J. (Eds). Revised 4th edition. Lyon: IARC Press, 2017; 585.
2. Manzella A, Borba-Filho P, D'Ippolito G, Farias M. Abdominal manifestations of lymphoma: spectrum of imaging features. *ISRN Radiol.* 2013; 2013: 483069. <http://doi.org/10.5402/2013/483069>
3. Lee W-K, Lau EWF, Duddalwar VA, et al. Abdominal manifestations of extranodal lymphoma: spectrum of imaging findings. *American Journal of Roentgenology.* 2008; 191(1): 198–206. <http://doi.org/10.2214/AJR.07.3146>
4. FSBI «National Medical Research Center of Oncology named after N.N. Blokhin» of the Ministry of Health of Russia Diagnostics and treatment. Types of diseases. Lymphomas. (date of access 08.07.20) [In Russ.]. <https://www.ronc.ru/grown/treatment/diseases/limfomy/>
5. Psyrris A, Papageorgiou S, Economopoulos T. Primary extranodal lymphomas of stomach: clinical presentation, diagnostic pitfalls and management. *Annals of Oncology.* 2008; 19(12): 1992–1999. <http://doi.org/10.1093/annonc/mdn525>
6. Ghai S, Pattison J, Ghai S et al. Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation. *Radiographics.* 2007; 27(5): 1371–1388. <http://doi.org/10.1148/rg.275065151>
7. Juárez-Salcedo LM, Sokol L, Chavez JC, Dalia S. Primary Gastric Lymphoma, Epidemiology, Clinical Diagnosis, and Treatment. *Cancer Control.* 2018; 25(1): 1073274818778256. <http://doi.org/10.1177/1073274818778256>
8. NORD: National Organization for Rare Disorders. Rare Disease Database. Primary Gastric Lymphoma. Luh JY, Nabavizadeh N, Thomas CR. Jr. <https://rarediseases.org/rare-diseases/primary-gastric-lymphoma>. (дата обращения 20.07.2020)
9. De Jong PA, Van Ufford HM, Baarslag H-J et al. CT and 18F-FDG PET for noninvasive detection of splenic involvement in patients with malignant lymphoma. *American Journal of Roentgenology.* 2009; 192(3): 745–753. <http://doi.org/10.2214/AJR.08.1160>
10. Ingle SB, Hinge CR. Primary splenic lymphoma: Current diagnostic trends. *World J Clin Cases.* 2016 December 16; 4(12): 385-389. <http://doi.org/10.12998/wjcc.v4.i12.385>
11. Dobrovolskiene L, Balukeviciute J, Maksimaitiene J. Virskinimo trakto limfomu radiologine diagnostika [Radiographic diagnosis of gastrointestinal lymphoma]. *Medicina (Kaunas).* 2002; 38(2):165-171.
12. Chien SH, Liu CJ, Hu YW, et al. Frequency of surveillance computed tomography in non-Hodgkin lymphoma and the risk of secondary primary malignancies: A nationwide population-based study. *Int J Cancer.* 2015 Aug 1; 137(3): 658-665. <http://doi.org/10.1002/ijc.29433>
13. Chernobai TN, Golovko TS. Radiation diagnosis of extranodal lymphomas. *Clinical oncology.* 2017; 4(28): 73-76 (date of access 8.07.2020) [In Ukr.]. <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/19925/luchevaya-diagnostika-ekstranodalnyx-limfom>
14. Frampas E. Lymphomas: Basic points that radiologists should know. *Diagnostic and Interventional Imaging.* February 2013; 94(2): 131-144. <http://doi.org/10.1016/j.diii.2012.11.006>