

Первинна неходжкінська лімфома дванадцятипалої кишки

А. В. Скумс, А. А. Скумс

Національний інститут хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова НАМН України, м. Київ

Primary non-Hodgkin's lymphoma of duodenum

A. V. Skums, A. A. Skums

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kyiv

Гастроінтестинальна лімфома є найбільш поширеною екстранодальною лімфомою, вона становить 5 – 20% від усієї кількості лімфом даної локалізації [1]. Первинна гастроінтестинальна лімфома – рідкісна патологія, на неї припадає 1 – 4% у структурі всіх злоякісних новоутворень цієї локалізації. Найчастіше зустрічаються лімфони шлунка (60 – 75%) та клубової кишки (60 – 65%). Частота лімфом тонкої кишки становить 20 – 30%, порожньої кишки – 20–25%, дванадцятипалої кишки (ДПК) – 6 – 8%, інших локалізацій – 8 – 9% [2]. Діагностика захворювання складна, оскільки його клінічні прояви та ендоскопічні ознаки неспецифічні, їх можна спостерігати і за наявності іншої доброякісної та злоякісної патології [3, 4]. Лікувальна тактика при гастроінтестинальних лімфомах недостатньо розроблена. Застосовують хірургічне лікування, хіміо- та радіотерапію, радіоімунну терапію в різних комбінаціях [5, 6]. Наводимо клінічне спостереження успішного комбінованого лікування пацієнтки з дифузною В-великоклітинною лімфомою ДПК.

Пацієнтка Н., 1967 р.н., госпіталізована в клініку 08.02.2017 р. зі скаргами на біль за грудиною та в епігастральній ділянці, що посилювався після їди та в нічний час. Протягом двох тижнів перебувала на обстеженні та лікуванні в хірургічному стаціонарі за місцем проживання з діагнозом: гігантська виразка ДПК. За результатами дворазової ендоскопічної біопсії виразки злоякісного росту не виявлено. У зв'язку з неефективністю консервативного лікування пацієнтка переведена в інститут.

Під час огляду стан пацієнтки задовільний, ознаки метаболічного синдрому (індекс маси тіла 32,6 кг/м²), цукровий діабет 2-го типу у стадії компенсації, артеріальна гіпертензія. Дані езофагогастродуоденоскопії (ЕФГДС): по всій окружності ДПК виразкування з нерівними, горбистими контурами, ампула кишки значно деформована, із зусиллям прохідна для ендоскопа. Дані біопсії – гіпертрофія залоз ДПК, вогнища некрозу, злоякісного росту не виявлено. Рентгенологічне дослідження: вихідний відділ шлунка та цибулина ДПК грубо деформовані, по медіальній стінці цибулини мішкоподібна ніша розмірами 5 × 5 см із затримкою барію. За даними ультразвукового дослідження (УЗД) стінки пілоричного відділу шлунка та ДПК нерівномірно циркулярно потовщені до 1,4 см протяжністю 8 см. Рівні онкомаркерів – альфафетопротеїну, раково-ембріонального антигену, СА 19–9 та СА 125 – в ме-

жах норми. Результати досліджень на специфічні антитіла до *Treponema Pallidum* та полімеразної ланцюгової реакції на *Micobacterium complex* негативні. Дані комп'ютерної томографії: циркулярне потовщення стінок ДПК з розповсюдженням процесу на паренхіму головки підшлункової залози (ПЗ) та стінки жовчного міхура (рис. 1).

Імунологічним дослідженням крові виявлені антитіла до *H. pylori*. Призначена противиразкова терапія в повному об'ємі. При рН-метрії стравоходу та шлунка – блокада інгібіторами протонної помпи адекватна. Дані повторної ЕФГДС через 11 днів після першого дослідження: позитивної динаміки немає, розміри виразкування без змін, з явищами некрозу та тотальним нашаруванням фібрину. Дані повторної біопсії – стінка ДПК з ділянками аденокарциноми та некрозу.

З урахуванням даних гістологічного дослідження прийнято рішення про виконання оперативного втручання.

23.02.2017 р. – операція. При ревізії стінки ДПК пухлинно змінені протяжністю 7 см, від пілоричного відділу шлунка до низхідної частини циркулярно потовщені до 2 – 3 см, кам'янистої щільності, бугристі, з інвазією у жовчний міхур та головку ПЗ. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Віддалених метастазів не виявлено. Виконана панкреатодуоденальна резекція за Whipple з формуванням інвагінаційного панкреатоеюноанастомоза (діаметр

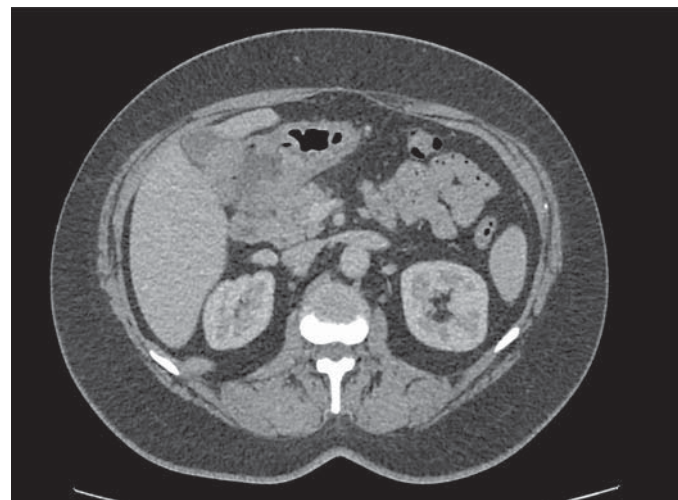


Рис. 1.
 Комп'ютерна томографія.
 Лімфома ДПК з інвазією у жовчний міхур та головку ПЗ.

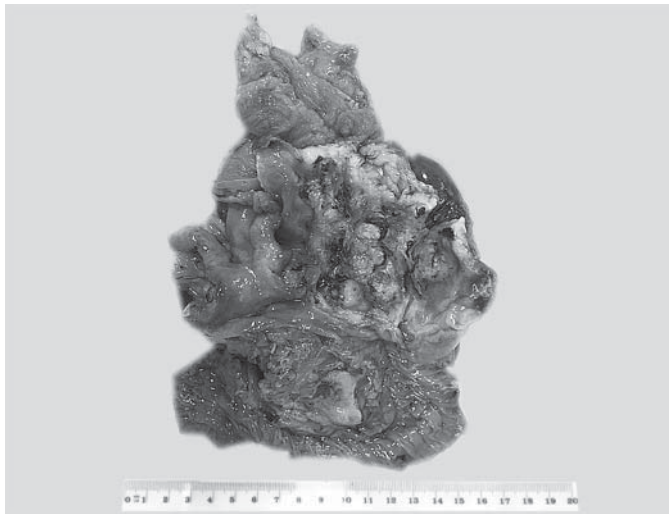


Рис. 2.
Макропрепарат.
Гігантська виразка ДПК.

головної протоки ПЗ менше 1 мм). Макропрепарат: на фоні вираженого потовщення стінок ДПК визначається кратероподібний дефект діаметром 5 см, дном якого є головка ПЗ (рис. 2).

Ентеральне харчування через мікроєюностому розпочате з 1-ї доби після операції, самостійне харчування – на 4-ту добу. Післяопераційний період ускладнився панкреатичною норицею ступеня В з добовим дебітом до 100 мл та серомою післяопераційної рани. Пацієнтка виписана з клініки 27.03.2017 р. у задовільному стані.

За результатами гістологічного та імуногістохімічного досліджень встановлено остаточний діагноз: В-великоклітинна дифузна неходжкінська лімфома герміногенного походження (ГВС) II В стадії, лімфатичні вузли 0/22.

У післяопераційному періоді пацієнтці проведено три курси поліхіміотерапії за схемою R-CHOP (ритуксимаб, циклофосфамід, доксорубіцин, вінкрестин та преднізолон) та п'ять курсів за схемою R-CHOP(+етопозид).

Пацієнтка перебуває під спостереженням протягом 2 років. Скарг немає. Працює за профілем. Під час планового обстеження ознак рецидиву не виявлено.

Згідно з критеріями I. M. Dawson і співавторів дане захворювання є первинною гастроінтестинальною лімфомаю: перше – на час обстеження та операції не було периферичної лімфаденопатії; друге – медіастинальні лімфатичні вузли не були збільшені; третє – нормальні за-

гальний аналіз крові та лейкоцитарна формула; четверте – регіонарні та віддалені лімфатичні вузли не були уражені; п'яте – печінка та селезінка інтактні [7].

Дане спостереження є прикладом рідкісної патології ДПК, складної як для діагностики, так і для лікування.

Підтвердження

Фінансування. Коштами авторів.

Внесок авторів. Внесок всіх авторів в цю роботу однаковий.

Конфлікт інтересів. Автори, які взяли участь в цьому дослідженні, заявили, що у них немає конфлікту інтересів щодо цього рукопису.

Згода на публікацію. Всі автори прочитали і схвалили остаточний варіант рукопису. Всі автори дали згоду на публікацію цього рукопису.

References

1. Cardona DM, Layne A, Lagoo AS. Lymphomas of the gastro-intestinal tract – Pathophysiology, pathology, and differential diagnosis. *Indian J Pathol Microbiol.* 2012;55(1):1–16. doi: 10.4103/0377-4929.94847.
2. Ghimire P, Wu G-Y, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol.* 2011;17(6):697–707. doi: 10.3748/wjg.v17.i6.697.
3. Akamatsu T, Kaneko Y, Ota H, Miyabayashi H, Arakura N, Tanaka E. Usefulness of double balloon enteroscopy and video capsule endoscopy for the diagnosis and management of primary follicular lymphoma of the gastrointestinal tract in its early stages. *Dig Endosc.* 2010;22(1):33–8. doi: 10.1111/j.1443-1661.2009.00915.x.
4. Nakamura M, Ohmiya N, Hirooka Y, Miyahara R, Ando T, Watanabe O, et al. Endoscopic diagnosis of follicular lymphoma with small-bowel involvement using video capsule endoscopy and double-balloon endoscopy: a case series. *Endoscopy.* 2013;45(1):67–70. doi: 10.1055/s-0032-1325867.
5. Aleman BM, Haas RL, van der Maazen RW. Role of radiotherapy in the treatment of lymphomas of the gastrointestinal tract. *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2010;24:27–34. doi: 10.1016/j.bpg.2009.12.002.
6. Iwamura M, Okada H, Takata K, Nose S, Miyatani K, Yoshino T, et al. Diagnostic accuracy of endoscopic biopsies for the diagnosis of gastrointestinal follicular lymphoma: a clinicopathologic study of 48 patients. *Ann Diagn Pathol.* 2014;18(2):99–103. doi: 10.1016/j.anndiagn-path.2013.12.006.
7. Dawson IM, Cornes JS, Morson BC. Primary malignant lymphoid tumours of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factors influencing prognosis. *Br J Surg.* 1961;49:80–9. <https://doi.org/10.1002/bjs.18004921319>.

Надійшла 22.08.2019