

Клінічний випадок первинної лімфоми клубової кишки

Мета роботи: у статті описано клінічний випадок первинної лімфоми клубової кишки.

Первинна лімфома тонкої кишки – це рідкісне захворювання, яке здебільшого діагностують на етапі розвитку ускладнень, таких як непрохідність і кровотеча. Незважаючи на прогрес у діагностиці і лікуванні екстранодальних лімфопроліферативних захворювань, первинна лімфома тонкої кишки недостатньо вивчена патологія, що ускладнює диференційну діагностику від інших доброякісних і злоякісних захворювань кишечника. Крім того, і нині залишається суперечливим оптимальне лікування. Первинні злоякісні пухлини тонкої кишки зустрічаються дуже рідко і становлять менше 2 % від усіх злоякісних захворювань шлунково-кишкового тракту. Серед злоякісних пухлин тонкої кишки лімфоми діагностують у 15–20 %. Найпоширенішим місцем для ураження лімфомою є клубова кишка (60–65 %), дещо рідше порожня кишка (20–25 %), дванадцятипала кишка (6–8 %) та інші ділянки (8–9 %). Вузлова лімфоїдна гіперплазія – це рідкісне захворювання, яке є фактором ризику лімфоми кишечника і потребує ретельного спостереження. Складність даного випадку полягає в тому, що клінічна картина і радіологічна презентація первинної лімфоми тонкої кишки не мають специфічних ознак. У статті представлено опис літератури і випадок дифузної В-клітинної лімфоми клубової кишки на тлі вузлової лімфоїдної гіперплазії у пацієнтки 68 років, ускладненої кишковою непрохідністю, описано етап діагностики і лікування.

Ключові слова: екстранодальна лімфома; первинна неходжкінська лімфома тонкої кишки; дифузна В-великоклітинна лімфома; вузлова лімфоїдна гіперплазія; поліхіміотерапія R-СНОР.

Шлунково-кишковий тракт (ШКТ) є найбільш частою локалізацією екстранодальних лімфом і складає близько 40 %, серед них переважають неходжкінські лімфоми [1]. Однак первинна лімфома ШКТ зустрічається рідко і становить від 1 до 4 % від усіх злоякісних захворювань ШКТ. Із органів ШКТ у більшості випадків уражається шлунок (94,3–74,4 %), дещо рідше – тонкий кишечник (12,8–45 %) і товстий кишечник (6–22 %) [2]. Первинні злоякісні пухлини тонкої кишки зустрічаються дуже рідко і становлять менше 2 % від усіх злоякісних захворювань шлунково-кишкового тракту. Серед злоякісних пухлин тонкої кишки лімфоми діагностують у 15–20 %. Найпоширенішим місцем для ураження лімфомою є клубова кишка (60–65 %), дещо рідше порожня кишка (20–25 %), дванадцятипала кишка (6–8 %) та інші ділянки (8–9 %). Лімфоми з цією локалізацією частіше уражають чоловіків (співвідношення чоловіків до жінок 2:1). Пік захворюваності припадає на 50–70 років [2, 3].

Серед злоякісних лімфопроліферативних захворювань ШКТ у 90 % випадків діагностують В-клітинні пухлини, які поділяють на індолентні, агресивні і високоагресивні форми. При неходжкінській лімфомі тонкої кишки переважає дифузна В-клітинна лімфома (26–96 %), частота лімфоми Беркіта зросла до 36 %. У 25–50 % випадків діагностують лімфому IPSID-типу, яка характерна лише для тонкої кишки [4].

Проблема діагностики лімфом тонкої кишки полягає в тому, що специфічні симптоми тривало

відсутні і загальний стан хворого залишається задовільним. Перебіг захворювання залежить від локалізації і форми росту пухлини. У міру зростання пухлини у більшості пацієнтів основними симптомами є біль у животі, диспепсичні розлади. Частота "симптомів В" (підвищення температури тіла, втрата ваги, підвищена пітливість) зустрічається від 11,9 до 25 %. На будь-якій стадії захворювання може розвинутихся кровотеча, стеноз і перфорація в зоні пухлинного ураження. У 60–70 % випадків неходжкінські лімфоми ускладнюються кишковою непрохідністю. Дані стани у 12–19 % випадків завершуються летально [5].

Сучасна діагностика неходжкінських лімфом ШКТ включає проведення ендоскопічної біопсії, ендоскопічного ультразвукового дослідження, КТ, МРТ, позитронно-емісійної томографії або застосування гібридної ПЕТ-КТ з використанням нових індикаторів, таких як 18F-фтортимідин [6]. Гістологічний діагноз лімфом шлунково-кишкового тракту верифікується лише за наявності чітких морфологічних ознак захворювання, а також при використанні методів імуногістохімії та даних молекулярно-генетичного дослідження [7].

Впровадження балонної ендоскопії призвело до збільшення кількості пацієнтів із первинною лімфомою тонкого кишечника. Проте відсутність інформації про типові ендоскопічні ознаки цієї патології ускладнює точність діагностики [8, 9].

Для підтвердження діагнозу первинної лімфоми ШКТ, крім гістологічного дослідження, ви-

користують критерії Доусона, які включають відсутність збільшених периферичних лімфатичних вузлів і лімфатичних вузлів середостіння, нормальні гематологічні показники периферичної крові, наявність під час лапаротомії ураження кишечника і регіонарних лімфатичних вузлів, а також відсутність ураження печінки і селезінки [10].

Стратегії лікування лімфоми тонкої кишки встановлені, але дебати щодо них досі тривають. Хіміотерапія є основним методом лікування екстранодальним лімфом, тоді як роль хірургії була менш зрозумілою [11]. Через складність щодо встановлення точного діагнозу і початок хвороби з ускладнень хірургічне видалення є першим етапом лікування лімфоми тонкої кишки у більшості пацієнтів. Більшість вчених заявляє, що поєднання хірургії та хіміотерапії покращує загальне виживання хворих [12–14]. Однак деякі дослідження показали, що комбінація хірургії і хіміотерапії не впливає на загальну виживаність або що її вплив є невизначеним [8, 15].

У дослідженні 2020 року брали участь 20 осіб з агресивною лімфоною тонкої кишки (75 % пацієнтів були з IV стадією), які отримали хірургічне лікування і хіміотерапію. Згідно з результатами дослідження 3-річна загальна виживаність становила 59,6 % [16].

Мета роботи: опис клінічного випадку первинної лімфоми клубової кишки.

Клінічний випадок. Пацієнтка Н., 68 років, госпіталізована у хірургічне відділення з скаргами на спазматичний біль у животі, метеоризм, нудоту, закрепи. Наведені симптоми виникли поступово і з часом їх інтенсивність збільшилась. З анамнезу захворювання – періодичний біль і дискомфорт у животі, з'явилися закрепи, метеоризм відмічає протягом року. З приводу цього періодично зверталась до сімейного лікаря і двічі проводилась УЗД органів черевної порожнини, але без встановлення причини, призначалась симптоматична терапія. З анамнезу життя відомо, що 16 років тому хворій був встановлений діагноз гострої тонкокишкової непрохідності, поліп тонкої кишки, поліпоз жовчного міхура, і проведено резекцію сегмента тонкої кишки з ентероентероанастомозом кінець-у-кінець, холецистектомію. Згідно з гістологічним дослідженням, даних про злоякісну патологію не було. Також не було доказів факторів ризику шлунково-кишкової лімфоми, таких як інфекція *Helicobacter pylori*, целиакія або запальне захворювання кишечника. Онкоанамнез не обтяжений. У день звернення проведено комп'ютерну томографію і діагностовано ознаки пухлинного ураження дистальних відділів клубової кишки зі

стенозом просвіту до 70 %, червну і брижову лімфаденопатію (рис. 1).

Проведено правобічну геміколектомію з ілеотрансверзоанастомозом кінець-у-кінець. При огляді клубової кишки макропрепарат представлений вузловим конгломератом розміром 75×50×45 мм, наявні численні (більше 100) поліпоподібні утворення з найбільшим розміром до 3 мм (лімфоїдні фолікули) (рис. 2). Пухлина проростає всю стінку кишки з порушенням цілісності очеревини. В товщі брижі – збільшені лімфатичні вузли, при мікроскопічному дослідженні 4 із 9-ти лімфовузлів уражені лімфоною. Післяопераційний період проходив без ускладнень. На основі гістологічного дослідження встановлено діагноз лімфома клубової кишки з ураженням брижових лімфовузлів. Для встановлення типу лімфоми виконано імуногісто-

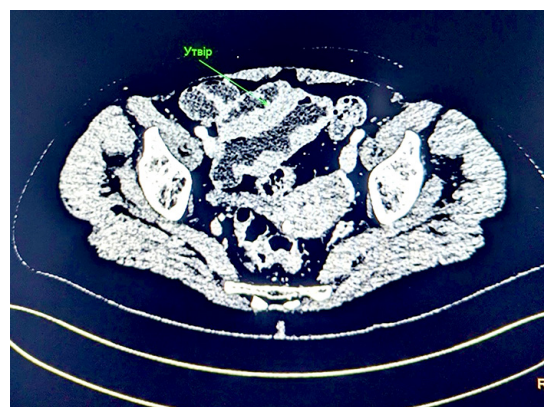


Рис. 1. Комп'ютерна томографія – пухлинне ураження дистальних відділів клубової кишки.

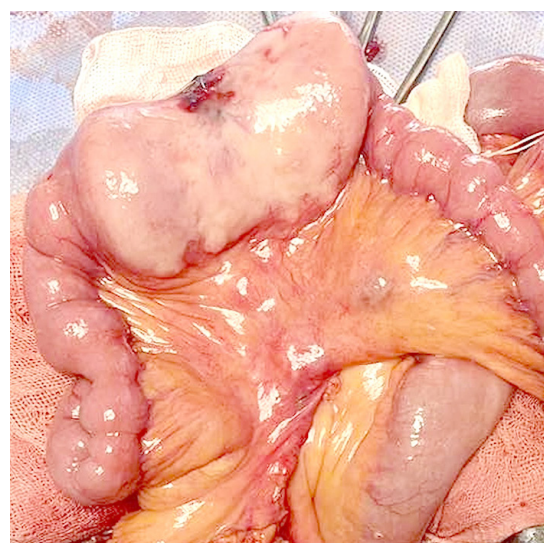


Рис. 2. Інтраопераційне зображення лімфоми клубової кишки.

хімічне дослідження. За результатами встановлено, що клітини пухлини є позитивні на CD20, bcl-2, негативні на CD3, CD30, CD23, c-myc, tdl, D1, SOX-11. Приблизно 90 % пухлинних клітин позитивні на маркер проліферації Ki-67. Клітини пухлини позитивні на CD10 і FoxP1, негативні на bcl-6, що згідно з алгоритмом Visco-Young свідчить про їх походження з гермінативного центру. На основі цих результатів зроблено висновок, що отриманий фенотип пухлини відповідає дифузній В-великоклітинній лімфомі, центробластного варіанту з фенотипом клітин гермінативного центру (GCB-підтип).

При дослідженні кісткового мозку не виявлено ознак інфільтрації лімфоїдними клітинами. При езофагогастродуоденоскопії діагностовано езофагіт I ст., вогнищеву еритематозну гастропатію. При лабораторному дослідженні (загальний аналіз крові і сечі, біохімічний аналіз крові) патологічних змін не виявлено.

Проведено повторне КТ-обстеження з контрастуванням перед початком лікування для визначення поширення пухлинного процесу для можливості оцінки ефективності терапії у подальшому. Було встановлено наявність черевної і брижової лімфаденопатії, коліт, потовщення стінки кишки на рівні анастомозу оцінено як прояв анастомозиту.

На основі результатів обстеження пацієнтці встановлено діагноз дифузної В-великоклітинної лімфоми клубової кишки центробластного варіанту з фенотипом клітин гермінативного центру (GCB-підтип) II АЕ стадії. Міжнародний прогностичний індекс склав 2 бали.

Пацієнтка отримувала хіміотерапію за протоколом R-СНОР: ритуксимаб, доксорубіцин, циклофосамід, вінкрестин, преднізолон. При контрольному КТ після 3-х курсів хіміотерапії констатовано частковий регрес (за критеріями RECIST 1.1). Лікування продовжено за попередньою схемою до 6 курсів. Згідно з результатами контрольного КТ після завершення лікування ознак захворювання не було.

Складність даного випадку полягає в тому, що клінічні симптоми і радіологічна картина первинної лімфоми тонкої кишки не мають специфічних ознак. У нашої пацієнтки був періодичний біль і дискомфорт у животі, закрепи і метеоризм протягом року. Ці симптоми не вказують на неходжкінську лімфому і є проявом можливої патології кишечника. Не було типових проявів чи специфічних уражень (наприклад, селезінки), які могли б наштовхнути на думку про лімфопроліферативне захворювання.

З анамнезу пацієнтки варто звернути увагу на те, що 16 років тому хвора була прооперована з приводу гострої тонкокишкової непрохідності, яка була спричинена поліпом тонкої кишки, а також було діагностовано поліпоз жовчного міхура і проведено холецистектомію. Аналізуючи даний випадок, у зоні лімфатичного дренажу, що й основна пухлина, виявлено численні (більше 100) поліпоподібні утворення з найбільшим розміром до 3 мм, які розцінені патоморфологом як лімфоїдні фолікули, що є проявом вузлової лімфоїдної гіперплазії, на фоні якого і виникла лімфома у пацієнтки.

Вузлова лімфоїдна гіперплазія (ВЛГ) – рідкісний доброякісний стан, який характеризується дифузною гіперплазією лімфоїдних фолікулів ШКТ внаслідок стимуляції їх В-клітинного компоненту. Частота і причини захворювання невідомі і в літературі описані лише поодинокі випадки. Загальноприйнятою теорією є виникнення ВЛГ як місцевої імунної відповіді на хронічне подразнення слизової оболонки ШКТ певними антигенними стимуляторами, що призводить до гіперплазії лімфоїдних фолікулів. Ці антигенні стимулятори ще не ідентифіковані, але це можуть бути інфекції. Інша теорія пов'язана з імунодефіцитними станами, які призводять до дефектів дозрівання В-лімфоцитів, що призводить до накопичення попередників плазматичних клітин у лімфоїдних фолікулах [17, 18].

ВЛГ виникає в основному в тонкій кишці, рідше в товстій кишці і дуже рідко уражає шлунок. Виділяють дифузну та вогнищеві форми. ВЛГ здебільшого перебігає безсимптомно і виявляється під час ендоскопії у вигляді множинних вузликів розміром до кількох міліметрів у діаметрі. Інколи присутні неспецифічні симптоми, такі як біль у животі, метеоризм, хронічна діарея [19].

Ризик лімфоми кишечника при ВЛГ значно зростає [20]. Однак на даний момент немає чітких рекомендацій щодо діагностики та лікування ВЛГ. Для виявлення можливе застосування КТ, ентєрографії, проте ці методи обмежені у можливостях діагностувати ранні ознаки хвороби. Капсульна ендоскопія та подвійна балонна ентєроскопія є найкращим способом для спостереження за ВЛГ. Більшість авторів рекомендує використовувати капсульну ендоскопію і балонну ентєроскопію для спостереження за ВЛГ через високий ризик злоякісної трансформації [19, 20].

Незважаючи на тривалий анамнез захворювання, діагноз первинної лімфоми клубової кишки був встановлений під час розвитку ускладнень, а саме кишкової непрохідності. Цей випадок є показовим і акцентує на потребі онконастороженості для своєчасної діагностики онкологічної патології.

Вузлова лімфоїдна гіперплазія є фактором ризику лімфоми кишечника і потребує ретельного спостереження.

Описаний клінічний випадок показує, що використання хірургічної резекції і хіміотерапії є ефективним способом лікування ускладненої лімфоми тонкої кишки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Gastrointestinal lymphomas: Morphology, immunophenotype and molecular features / M. A. Bautista-Quach, C. D. Ake, M. Chen [et al.] // *J. Gastrointest. Oncol.* – 2012. – Vol. 3 (3). – P. 209–25. DOI: 10.3978/j.issn.2078-6891.2012.024.
2. Peng J. C. Primary lymphomas in the gastrointestinal tract / J. C. Peng, L. Zhong, Z. H. Ran // *J. Dig. Dis.* – 2015. – Vol. 16. – P. 169–176. DOI:10.1111/1751-2980.12234
3. Cardona D. M. Lymphomas of the gastro-intestinal tract-pathophysiology, pathology, and differential diagnosis / D. M. Cardona, A. Layne, A. S. Lagoo // *Indian J. Pathol. Microbiol.* – 2012. – Vol. 55. – P. 1–16.
4. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma of the small and large intestines: a systematic review / A. L. Lightner, E. Shannon, M. M. Gibbon [et al.] // *J. Gastrointest Surg.* – 2016. – Vol. 20. – P. 827–839. DOI:10.1007/s11605-015-3052-4
5. Koch P. Extranodales Marginalzonen-Lymphom / P. Koch, H. T. Eich, M. Bargetzi. – Berlin: (MZO) Stand: Oktober, 2012. – 57 p.
6. FDG avidity and PET/CT patterns in primary gastric lymphoma / L. Radan, D. Fischer, R. Bar-Shalom [et al.] // *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging.* – 2008. – Vol. 35. – P. 1424–30.
7. Raderer M. Role of chemotherapy in gastric MALT lymphoma, diffuse large B-cell lymphoma and other lymphomas / M. Raderer, J. P. de Boer // *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* – 2010. – Vol. 24. – P. 19–26.
8. Clinical outcome of non-surgical treatment for primary small intestinal lymphoma diagnosed with double-balloon endoscopy / H. Kobayashi, T. Nagai, K. Omine [et al.] // *Leuk. Lymphoma.* – 2013. – Vol. 54(4). – P. 731–736. DOI: 10.3109/10428194.2012.725850
9. Clinical and endoscopic features of primary small bowel lymphoma: a single-center experience from mainland China / F.-Y. Tian, J.-X. Wang, G. Huang // *Front. Oncol.* – 2023. – Vol. 13. – 1142133. DOI: 10.3389/fonc.2023.1142133
10. Ghimire P. Primary gastrointestinal lymphoma / P. Ghimire, G.-Y. Wu, L. Zhu // *World J. Gastroenterol.* – 2011. – Vol. 17 (6). – P. 697–707.
11. Nccn Guidelines (R) insights: b-cell lymphomas, version 5. 2023 / A. D. Zelenetz, L. I. Gordon, J. S. Abramson [et al.] // *J. Natl. Compr. Canc. Netw.* – 2023. – Vol. 5.
12. Upfront surgery for small intestinal non-hodgkin's lymphoma / T. Iida, H. Nozawa, H. Sonoda [et al.] // *Anticancer Res.* – 2020. – Vol. 40 (4). – P. 2373–7. DOI: 10.21873/anticancer.14206
13. Comparison of therapeutic outcomes between surgical resection followed by r-chop and r-chop alone for localized primary intestinal diffuse Large b-cell lymphoma / H. S. Lee, L. C. Park, E. M. Lee [et al.] // *Am. J. Clin. Oncol.* – 2014. – Vol. 37(2). – P. 182–187. DOI: 10.1097/COC.0b013e318271b125
14. Khosla D. A retrospective analysis of clinicopathological characteristics, treatment, and outcome of 27 patients of primary intestinal lymphomas / D. Khosla, R. Kumar, R. Kapoor [et al.] // *J. Gastrointest. Cancer.* – 2013. – Vol. 44 (4). – P. 417–421. DOI: 10.1007/s12029-013-9519-1
15. Type i enteropathy-associated T-cell lymphoma: a multicenter analysis from the Asia lymphoma study group / E. Tse, H. Gill, F. Loong [et al.] // *Am. J. Hematol.* – 2012. – Vol. 87 (7). – P. 663–668. DOI: 10.1002/ajh.23213
16. Gastrointestinal Tract Lymphomas: A Review of the Most Commonly Encountered Lymphomas / J. Alvarez-Lesmes, J. Chapman, D. Cassidy [et al.] // *Arch. Pathol. Lab. Med.* – 2021. – Vol. 145 (12). – P. 1585–1596.
17. Albuquerque A. Nodular lymphoid hyperplasia in the gastrointestinal tract in adult patients: A review / A. Albuquerque // *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy.* – 2014. – Vol. 6 (11). – P. 534–540.
18. Baran B. Nodular lymphoid hyperplasia of duodenum caused by giardiasis / B. Baran, M. Gulluoglu, F. Akyuz // *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* – 2013. – Vol. 11 (10). A22. DOI: 10.1016/j.cgh.2012.12.019
19. An unusual cause of diarrhea: diffuse intestinal nodular lymphoid hyperplasia in association with selective immunoglobulin A deficiency (with video) / A. Postgate, E. Despott, I. Talbot [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 2009. – Vol. 70. – P. 168–19.
20. Elkholy S. Nodular lymphoid hyperplasia of the gastrointestinal tract: a comprehensive review / S. Elkholy, S. Mogawer, A. Farag // *Acta Gastroenterol. Belg.* – 2017. – Vol. 80. – P. 405–410.

REFERENCES

1. Bautista-Quach M.A., Ake C.D., Chen M., Wang J. (2012). Gastrointestinal lymphomas: Morphology, immunophenotype and molecular features. *J. Gastrointest. Oncol.*, 3 (3), 209-225. DOI: 10.3978/j.issn.2078-6891.2012.024.
2. Peng J. C, Zhong L., Ran Z.H. (2015). Primary lymphomas in the gastrointestinal tract. *J. Dig. Dis.*, 16, 69-76. DOI:10.1111/1751-2980.12234
3. Cardona D.M., Layne A., Lagoo A.S. (2012). Lymphomas of the gastro-intestinal tract - pathophysiology, pathology, and differential diagnosis. *Indian J. Pathol. Microbiol.*, 55, 1-16.
4. Lightner A. L., Shannon E., Gibbons M. M. (2016). Primary Gastrointestinal Non-Hodgkin's Lymphoma of the Small and Large Intestines: a Systematic Review. *J. Gastrointest. Surg.*, 20, 827-39. DOI:10.1007/s11605-015-3052-4
5. Koch P., Eich H.T., Bargetzi M. (2012). Extranodales Marginalzonen-Lymphom. *Berlin. (MZO) Stand: Oktober*, 57.
6. Radan L., Fischer D., Bar-Shalom R. (2008). FDG avidity and PET/CT patterns in primary gastric lymphoma. *Eur. J. Nucl. Med. Mol. Imaging*, 35, 1424-1430.
7. Raderer M., de Boer J.P. (2010). Role of chemotherapy in gastric MALT lymphoma, diffuse large B-cell lymphoma and other lymphomas. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.*, 24, 19-26.
8. Kobayashi H., Nagai T., Omine K., Sato K., Ozaki K., Suzuki T. (2013). Clinical outcome of non-surgical treatment

- for primary small intestinal lymphoma diagnosed with double-balloon endoscopy. *Leuk. Lymphoma*, 54(4), 731-736. DOI: 10.3109/10428194.2012.725850.
9. Tian F-Y., Wang J-X., Huang G., An W., Ai L-S., Wang S., Wang P-Z., Yu Y-B., Zuo X-L., Li Y-Q. (2023). Clinical and endoscopic features of primary small bowel lymphoma: a single-center experience from mainland China. *Front. Oncol.*, 13, 1142133. DOI: 10.3389/fonc.2023.1142133.
 10. Ghimire P., Wu G.-Y., Zhu L. (2011). Primary gastrointestinal lymphoma. *World J. Gastroenterol.*, 17(6), 697-707.
 11. Zelenetz A. D., Gordon L. I., Abramson J. S. (2023). Nccn Guidelines (R) insights: b-cell lymphomas, version 5. *J. Natl. Compr. Canc. Netw.*, 5.
 12. Iida T., Nozawa H., Sonoda H., Toyama K., Kawai K., Hata K. (2020). Upfront surgery for small intestinal non-hodgkin's lymphoma. *Anticancer Res.*, 40 (4), 2373-2377. DOI: 10.21873/anticancer.14206.
 13. Lee H.S., Park L.C., Lee E.M., Shin S.H., Ye B.J., Oh S.Y. (2014). Comparison of therapeutic outcomes between surgical resection followed by r-chop and r-chop alone for localized primary intestinal diffuse Large b-cell lymphoma. *Am. J. Clin. Oncol.*, 37 (2), 182-187. DOI: 10.1097/COC.0b013e318271b125.
 14. Khosla D., Kumar R., Kapoor R., Kumar N., Bera A., Sharma S. C. (2013). A retrospective analysis of clinicopathological characteristics, treatment, and outcome of 27 patients of primary intestinal lymphomas. *J. Gastrointest. Cancer*, 44(4), 417-421. DOI: 10.1007/s12029-013-9519-1.
 15. Tse E., Gill H., Loong F., Kim S. J., Ng S. B., Tang T. (2012). Type i enteropathy-associated T-cell lymphoma: a multicenter analysis from the Asia lymphoma study group. *Am. J. Hematol.*, 87 (7), 663–8. DOI: 10.1002/ajh.23213.
 16. Alvarez-Lesmes J., Chapman J., Cassidy D., Zhou Yi. (2021). Gastrointestinal Tract Lymphomas: A Review of the Most Commonly Encountered Lymphomas. *Arch. Pathol. Lab. Med.*, 145 (12), 1585-1596.
 17. Albuquerque A. (2014). Nodular lymphoid hyperplasia in the gastrointestinal tract in adult patients: A review. *World Journal of Gastrointestinal Endoscopy*, 6 (11), 534-540.
 18. Baran B., Gulluoglu M., Akyuz F. (2013). Nodular lymphoid hyperplasia of duodenum caused by giardiasis. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.*, 11: A22.
 19. Postgate A., Despott E., Talbot I., Phillips R., Aylwin A., Fraser C. (2009). An unusual cause of diarrhea: diffuse intestinal nodular lymphoid hyperplasia in association with selective immunoglobulin A deficiency (with video). *Gastrointest Endosc.*, 70, 168-119
 20. Elkholy S., Mogawer S., Farag A. (2017). Nodular Lymphoid Hyperplasia of the Gastrointestinal Tract : a comprehensive review. *Acta Gastroenterol Belg.*, 80, 405-410.

Отримано 09.06.2023

Електронна адреса для листування: gotsko_okst@tdmu.edu.ua

O. S. KARASHIVSKA^{1,2}, M. V. PROKOPCHUK²

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University¹
Municipal non-profit enterprise "Ternopil Regional Clinical Oncology Dispensary" of Ternopil Regional Council²

A CLINICAL CASE REPORT OF PRIMARY ILEUM LYMPHOMA

The aim of the work: demonstration of a clinical case of primary lymphoma of the ileum.

Primary small bowel lymphoma is a rare disease, which in most cases is diagnosed at the stage of development of complications, such as obstruction and bleeding. Despite progress in the diagnosis and treatment of extranodal lymphoproliferative diseases, primary small bowel lymphoma remains an understudied pathology, which complicates differential diagnosis from other benign and malignant intestinal diseases. In addition, the optimal treatment is still controversial. In general, primary malignant tumors of the small bowel are very rare and account for less than 2 % of all malignant diseases of the gastrointestinal tract. Among malignant tumors of the small bowel, lymphomas are diagnosed in 15–20 %. The most common site for lymphoma is the ileum (60–65 %), the jejunum (20–25 %), the duodenum (6–8 %) and other sites (8–9 %) less frequently. Nodular lymphoid hyperplasia is a rare disease that is a risk factor for intestinal lymphoma and requires careful monitoring. The complexity of this case is that the clinical picture and radiological presentation of primary lymphoma of the small intestine do not have specific signs. The article presents a description of the literature and a case of diffuse B-cell lymphoma of the ileum on the background of nodular lymphoid hyperplasia in a 68-year-old female patient, complicated by intestinal obstruction, the stage of diagnosis and treatment is described.

Key words: extranodal lymphoma; primary non-Hodgkin's small intestinal lymphoma; diffuse large B-cell lymphoma; nodular lymphoid hyperplasia; R-CHOP-chemotherapy.