

# Первичная лимфома селезенки. Клиническое наблюдение

Л.И. Дворецкий<sup>1</sup>, О.Э. Луцевич<sup>2</sup>, В.В. Филиппов<sup>3</sup>, С.С. Голубев<sup>4</sup>, С.Е. Колендо<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия;

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия;

<sup>3</sup> АО «Центр эндоскопии и литотрипсии», Москва, Россия;

<sup>4</sup> ООО «Лаборатуар де Жени», Москва, Россия

*dvoretski@mail.ru*

## Аннотация

Приводится случай первичной лимфомы селезенки, редкой формы неходжкинских лимфом, клинически проявляющейся выраженной спленомегалией. Особенностью заболевания является отсутствие симптоматики в течение длительного времени и наличие абсцесса селезенки, выявленного при спленэктомии.

**Ключевые слова:** первичная лимфома селезенки, неходжкинская лимфома, спленэктомия, абсцесс селезенки.

**Для цитирования:** Дворецкий Л.И., Луцевич О.Э., Филиппов В.В., Голубев С.С., Колендо С.Е. Первичная лимфома селезенки. Клиническое наблюдение. Клинический разбор в общей медицине. 2021; 6: 6–9. DOI: 10.47407/kr2021.2.6.00074

## Primary splenic lymphoma. Case study

Leonid I. Dvoretzky<sup>1</sup>, Oleg E. Lutsevich<sup>2</sup>, Vasilii V. Filippov<sup>3</sup>, Sergei S. Golubev<sup>4</sup>, Svetlana E. Kolendo<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia;

<sup>2</sup> Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia;

<sup>3</sup> Center for Endosurgery and Lithotripsy, Moscow, Russia;

<sup>4</sup> Laboratoires De Genie, Moscow, Russia

*dvoretski@mail.ru*

## Abstract

The case of primary splenic lymphoma, the uncommon type of non-Hodgkin lymphoma presenting with prominent splenomegaly, is reported. The disease is characterized by long asymptomatic stage and splenic abscess found during splenectomy.

**Key words:** primary splenic lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, splenectomy, splenic abscess

**For citation:** Dvoretzky L.I., Lutsevich O.E., Filippov V.V., Golubev S.S., Kolendo S.E. Primary splenic lymphoma. Case study. Clinical review for general practice. 2021; 6: 6–9. DOI: 10.47407/kr2021.2.6.00074

Первичная лимфома селезенки (ПЛС) является редким опухолевым заболеванием, составляющим менее 2% всех лимфом [1, 2] и около 1% неходжкинских лимфом (НХЛ) [3]. НХЛ – гетерогенная группа поликлональных лимфопролиферативных заболеваний, различающихся по гистологической картине, клиническим проявлениям и прогнозу. На долю НХЛ приходится 4–5% ежегодно регистрируемых злокачественных опухолей. В основе развития заболевания лежит нарушение нормальной дифференцировки лимфоидной клетки вследствие изменений ее генома (транслокации и делеции) под влиянием этиологических факторов.

Клинические проявления ПЛС могут быть обусловлены увеличением размеров селезенки, оказывающей давление на соседние органы (желудок, кишечник). Пациенты жалуются на чувство раннего насыщения во время еды, тяжесть в левом подреберье. Описаны случаи спонтанного разрыва селезенки [4], абсцессов [5], асцита [2]. Другие симптомы ПЛС включают похуе-

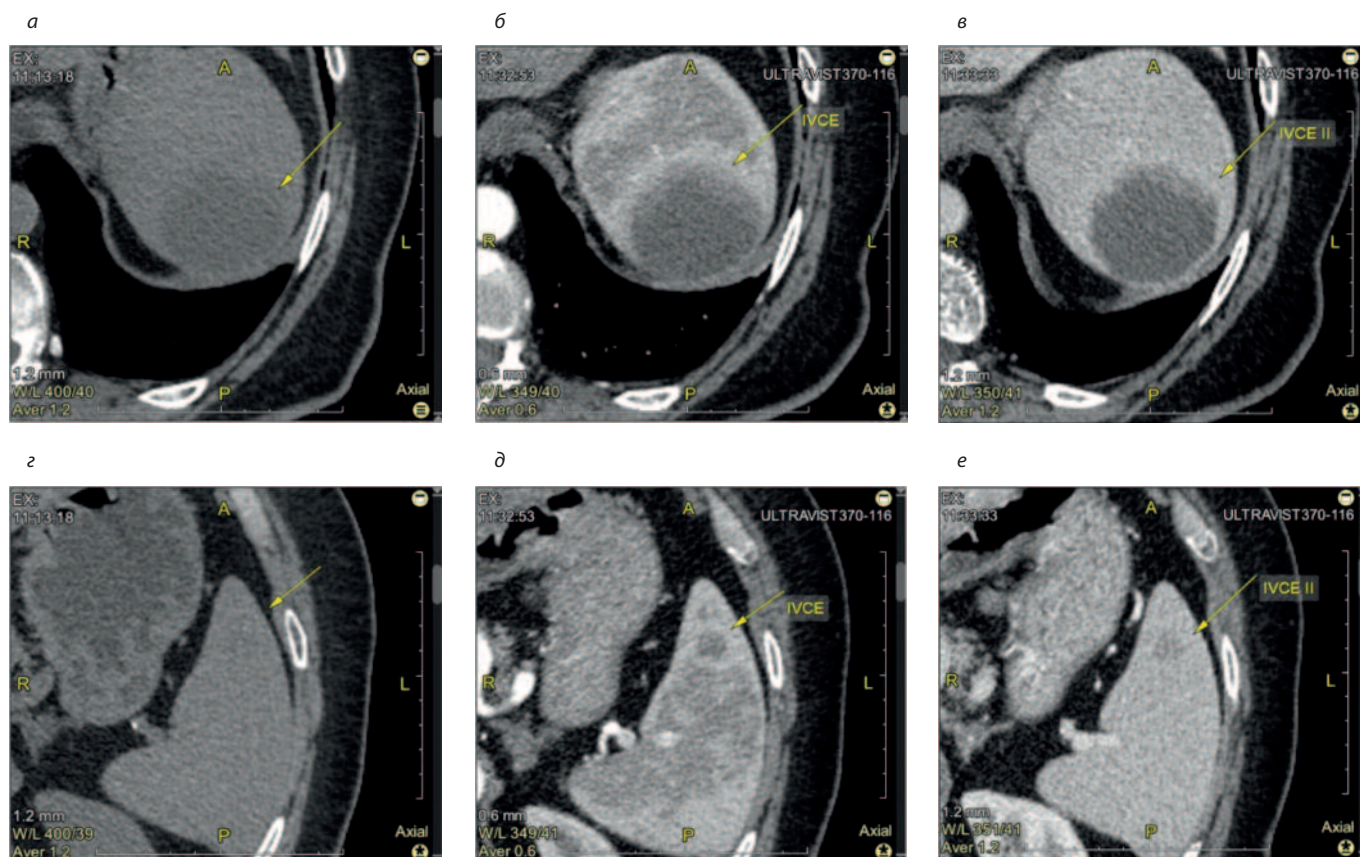
ние, потливость, лихорадку, устойчивую к антибиотикам. Основным методом диагностики ПЛС является спленэктомия с последующим гистологическим и иммуногистохимическим исследованием.

Приводим клиническое наблюдение больной с ПЛС.

Больная М., 63 лет, обратилась с жалобами на боли в левой половине живота, беспокоящие ее на протяжении нескольких дней. Боли не иррадируют, не связаны с приемом пищи, не сопровождаются тошнотой, рвотой. В течение нескольких лет страдает артериальной гипертонией, отмечает приступы суправентрикулярной тахикардии. Принимает гипотензивные препараты (ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, диуретики), Конкор, Алапинин. Гинекологический анамнез: операция по поводу миомы матки. Родов – 3, аборт – 3. Менопауза с 43 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Изменений на коже нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без особенностей. Дыхание везику-

Рис. 1. КТ органов брюшной полости с контрастным усилением.  
Fig. 1. Contrast-enhanced abdominal CT.



лярное, хрипы не прослушиваются. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. Живот не увеличен в объеме. Обе половины симметричны. Пальпация во всех отделах безболезненная. Пальпируется селезенка, безболезненная при пальпации. Печень не увеличена. Пальпация по ходу толстого кишечника безболезненная. Стул и мочеиспускание в норме.

Общий клинический анализ крови: гемоглобин – 138 г/л, эритроциты –  $4,8 \times 10^{12}/л$ , МСН – 28 пг, лейкоциты –  $4,3 \times 10^9/л$ , эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, лимфоциты – 37%, моноциты – 9%, тромбоциты –  $168 \times 10^9/л$ . Биохимический анализ крови: глюкоза – 6,35 ммоль/л, холестерин – 3,77 ммоль/л, билирубин общий – 26,2 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза – 19,1 ЕД/л, аспартатаминотрансфераза – 13,3 ЕД/л. Общий анализ мочи: относительная плотность 1030, белок не обнаружен, нитраты обнаружены, лейкоциты – 35–40, эритроциты – 5–10, бактерии – в значительном количестве, слизь – в умеренном количестве.

Компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости с контрастным усилением (рис. 1). Размеры селезенки: верхне-нижний – 200 мм, латеральный – 60 мм, передне-задний – 110 мм. У висцеральной поверхности селезенки две добавочных доликами размерами 9 и 10 мм. Селезеночная вена не расширена. В селезенке обнаружено 2 образования с ровными, нечеткими грани-

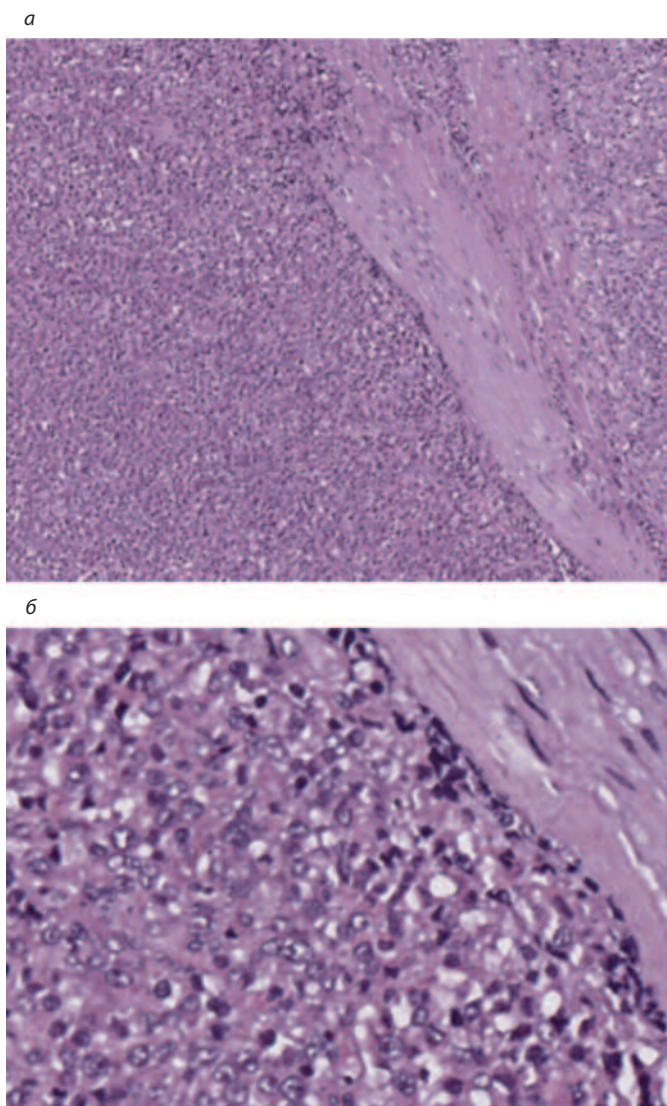
цами. Образование 55 (R-L)×49 (A-P)×36 (S-I) мм с нативной плотностью 10 ед. Н и накоплением контрастного препарата в центральных отделах до 12 ед. Н в артериальной фазе и 19 ед. Н в венозной, и до 30–37 ед. Н – в периферических (рис. 1, а–в). Образование 13 мм с нативной плотностью 42 ед. Н и равномерным накоплением контрастного препарата до 59–83 ед. Н (рис. 1, г–е). Заключение: опухоль селезенки, спленомегалия.

Больной проведена позитронно-эмиссионная компьютерная томография (ПЭТ/КТ), по данным которой поражение периферических, бронхопюльмональных и других лимфоузлов не выявлено.

Произведена спленэктомия лапароскопическим доступом из 4 троакарных проколов (18.03.2021). Обнаружена увеличенная селезенка размером 20×10×6 см, верхним полюсом интимно спаянная с диафрагмой. После мобилизации желудочно-ободочной связки в жировой клетчатке ворот селезенки выделены селезеночная артерия и вена, клипированы, пересечены с коагуляцией аппаратом LigaSure. Селезенка выделена из ложа, при мобилизации верхнего полюса вскрыт абсцесс с жидкостным компонентом и белесоватым детритом, стенка абсцесса интимно сращена с брюшной диафрагмой. Содержимое эвакуировано аспирационным устройством, ложе абсцесса на диафрагме коагулировано. Препарат извлечен из брюшной полости в контейнере фрагментарно. Гемостаз по ходу



Рис. 2. Гистологическое исследование селезенки.  
Fig. 2. Histological examination of the spleen.



операции. Брюшная полость промыта, дренаж к ложу селезенки. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Гистологическое исследование препарата селезенки (рис. 2). Фрагменты селезенки с множественными очагами некроза, нарушенным рисунком строения за счет диффузной пролиферации мнорморфных лимфоцитов с крупным гиперхромным ядром с мелкодисперсным глыбчатым хроматином, с большим количеством патологических митозов. В области пролиферации лимфоидных элементов целостность капсулы нарушена. За-

ключение: морфологическая картина лимфопролиферативного заболевания.

**Результаты иммуногистохимического исследования представлены в таблице.** Заключение: диффузная В-крупноклеточная лимфома, негерминальный тип по Хансу (DLBCL, NOS) ICD-o cod 9680/3.

Больной проведено 5 курсов полихимиотерапии по программе СНОР. При контрольной ПЭТ/КТ поражение лимфоузлов не выявлено.

**Обсуждение**

Наличие у больных выраженной спленомегалии требует проведения диагностического поиска с использованием современных методов исследования, позволяющих в большинстве случаев верифицировать причины спленомегалии (цирроз печени, гемобластозы, инфекции, гемолитические анемии и др.). При проведении КТ органов брюшной полости у данной пациентки выявлены два образования в селезенке (см. рис. 1), что при отсутствии портальной гипертензии, лабораторных признаков поражения печени, гемолитической анемии, инфекционного процесса позволило с высокой долей вероятности заподозрить лимфопролиферативное заболевание (лимфому Ходжкина, НХЛ). Следующим этапом диагностического поиска явилась спленэктомия, поскольку предполагаемый диагноз требовал морфологической верификации. При гистологическом исследовании селезенки выявлена диффузная пролиферация мнорморфных лимфоцитов с крупным гиперхромным ядром и большим количеством патологических митозов, т.е. картина лимфопролиферативного заболевания (см. рис. 2). Обращало внимание наличие в препарате множественных очагов некроза, что является характерным для морфологического варианта диффузной В-крупноклеточной лимфомы [6]. При иммуногистохимическом исследовании, являющимся обязательным для дифференциальной диагностики вариантов лимфом, были выявлены маркеры диффузной В-крупноклеточной лимфомы. Отсутствие поражений периферических, внутригрудных и забрюшинных лимфоузлов (данные ПЭТ/КТ) позволили трактовать заболевание как ПЛС (первичную В-крупноклеточную лимфому селезенки). Данный морфологический вариант является наиболее частым, составляющим 1/3 всех случаев ПЛС [7].

Особенностью данного наблюдения является практически бессимптомное течение заболевания, проявившегося непосредственно перед обращением к врачу незначительными болями в левом подреберье. Согласно

Результаты иммуногистохимического исследования <i>Immunohistochemistry results</i>	
Имунофенотип	Результаты
CD20	Диффузная мембранная экспрессия антитела в опухолевых клетках
CD3	Экспрессия выявлена дискретно в Т-клетках
BCL2	Диффузная экспрессия антител в части опухолевых клеток
BCL6	Отсутствие экспрессии антитела в опухолевых клетках
CD10, CD15, CD21, CD30, Ciclin D1, Tdt, ALK-1	Отсутствие экспрессии антител в опухолевых клетках

клинической классификации Всемирной организации здравоохранения, различают: индолентные НХЛ (постепенное начало, относительно медленное течение); агрессивные НХЛ (относительное быстрое течение с ранним появлением В-симптомов); высокоагрессивные НХЛ (быстрое прогрессирование, приводящее при отсутствии адекватного лечения за короткое время к летальному исходу). НХЛ у описанной пациентки, проявившейся как ПЛС, можно отнести к классу индолентных (малосимптомных) лимфом с относительно медленным течением заболевания, которое длительное время клинически не проявлялось. В подобных случаях заболевание нередко выявляется случайно при обследовании больных по различным поводам. Наряду с отсутствием клинических признаков заболевания, у больной не наблюдалось изменений в периферической крови, среди которых могут быть цитопении в различных сочетаниях [8] или повышение активности лактатдегидрогеназы [9], являющихся поводом для обследования таких пациентов. Возникает вопрос о причинах клинической манифестации заболевания, длительное время протекавшего бессимптомно. Возможно, что это

было обусловлено развитием абсцесса в области верхнего полюса селезенки, который и стал причиной появившейся клинической симптоматики у больной с выраженной спленомегалией. Ранее сообщалось о трех случаях абсцесса селезенки у больных ПЛС, которые авторы считали первым описанием сочетания абсцесса и ПЛС [10]. Однако имеется более раннее описание абсцесса селезенки у больного ПЛС [5]. Особенностью лучевых признаков ПЛС у данной больной было наличие в селезенке двух объемных образований различных размеров, с четкими неровными контурами, накапливающих контрастное вещество.

Что касается прогноза ПЛС, то средняя продолжительность жизни больных после спленэктомии и полихимиотерапии составляет 7,48 года [11], а частота рецидивов заболевания достигает 40% [12]. После завершения курса полихимиотерапии больная в стабильном состоянии, без признаков ближайшего рецидива находится под наблюдением.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

## Литература / References

- Gobbi PG, Grignani GE, Pozzetti U et al. Primary splenic lymphoma: does it exist? *Haematologica* 1994; 79: 286–93.
- Healy NA, Conneely JB, Mahon S et al. Primary splenic lymphoma presenting with ascites. *Rare Tumors* 2011; 3: e25.
- Falk S, Stutte HJ. Primary malignant lymphomas of the spleen. A morphologic and immunohistochemical analysis of 17 cases. *Cancer* 1990; 66: 2612–9.
- Ioannidis O, Papaemmanouil S, Paraskevas G et al. Pathologic Rupture of the Spleen as the Presenting Symptom of Primary Splenic Non-Hodgkin Lymphoma. *JGastrointest Cancer* 2012; 43 (Suppl. 1): S 9–12. DOI: 10.1007/s12029-011-9280-2. PMID: 21519811
- Agrawal SC, Bharucha MA, Deo A, Velling K. Post-surgical diagnosis of primary DLBCL presenting as Splenic abscess. *Austral – Asian J Cancer* 2012; 11: 217–220.
- Li M, Zhang L, Wu N et al. Imaging findings of primary splenic lymphoma: are view of 17 cases in which diagnosis was made at splenectomy. *PLoS One* 2013; 8 (11): e80264.
- Torlakovic E. *Bone Marrow Workshop Prague, 2012.*
- Khalid S, Daw H, Haddad A. Primary Splenic Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Rare Case of Massive Splenomegaly and Thrombocytopenia. *Cureus* 2018; 10 (7): e3026. DOI: 10.7759/cureus.3026
- Bairey O, Shvidel L, Perry C et al. Characteristics of primary splenic diffuse large B-cell lymphoma and role of splenectomy in improving survival. *N Cancer* 2015; 121: 2909–16.
- Abbasi S, Punni E, Fakhoury E et al. Surgical Management of Coexisting Primary Splenic Abscess and Lymphoma: Case Report and Review of Literature. *J Current Surgery* 2016; 6 (3–4): 73–4.
- Brox A, Bishinsky JI, Berry G. Primary non-Hodgkin lymphoma of the spleen. *Am J Hematol* 1991; 38: 95100.
- Chiappella A, Vitolo U. Lenalidomide in diffuse large B-cell lymphomas. *Adv Hematol* 2012; 2012: 498342. DOI: 10.1155/2012/498342. PMID: 22792112; PMCID: PMC3390034.

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Дворецкий Леонид Иванович** – д-р мед. наук, проф. каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: dvoretzki@mail.ru; ORCID: 0000-0003-3186-0102

**Leonid I. Dvoretzkiy** – D. Sci. (Med.), Prof., Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: dvoretzki@mail.ru; ORCID 0000-0003-3186-0102

**Луцевич Олег Эммануилович** – чл.-корр. РАН, д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии №1, ФГБОУ ВО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова». E-mail: oleglutsevich@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8092-0573

**Oleg E. Lutsevich** – Corr. Memb. RAS, D. Sci. (Med.), Full Prof., Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. E-mail: oleglutsevich@gmail.com; ORCID: 0000-0002-8092-0573

**Филлипов Василий Васильевич** – врач-рентгенолог, АО «ЦЭЛТ». E-mail: vvphvph@mail.ru

**Vasilii V. Filippov** – radiologist, Center for Endosurgery and Lithotripsy. E-mail: vvphvph@mail.ru

**Голубев Сергей Степанович** – канд. мед. наук, мед. директор, ООО «Лаборатуар де Жени». E-mail: gs@ldg.su

**Sergei S. Golubev** – Cand. Sci. (Med.), Med. Dir., Laboratoires De Genie. E-mail: gs@ldg.su

**Колендо Светлана Евгеньевна** – канд. мед. наук, доцент каф. госпитальной терапии №2, ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: telets.28.piter@mail.ru

**Svetlana E. Kolendo** – Cand. Sci. (Med.), Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: telets.28.piter@mail.ru

Статья поступила в редакцию / The article received: 16.09.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 23.09.2021