

ГИГАНТСКАЯ MALT-ЛИМФОМА С БОЛЕЗНЬЮ МЕНЕТРИЕ, ОСЛОЖНЕННАЯ СТЕНОЗОМ И НЕПРОХОДИМОСТЬЮ ЖЕЛУДКА

У.С. Беслекоев, Ц.С. Хутиев, С.Ц. Хутиев, М.Т. Засеева

*Северо-Осетинская государственная медицинская академия, г. Владикавказ
362019, Республика Северная Осетия-Алания, г. Владикавказ,
ул. Пушкинская, 40, e-mail: irkez76@mail.ru*

Представлен случай успешного хирургического лечения редкого заболевания гигантской MALT-лимфомы в сочетании с болезнью Менетрие, осложненной стенозом желудка.

Ключевые слова: MALT-лимфома желудка, болезнь Менетрие, стеноз желудка.

GIANT MALT-LYMPHOMA WITH MENETRIER'S DISEASE COMPLICATED BY STENOSIS AND OBSTRUCTION OF THE STOMACH

U.S. Beslekoev, Ts.S. Khutiev, S.Ts. Khutiev, M.T. Zaseeva

North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz

40, Pushkinskaya Street, 362019- Vladikavkaz, Republic of North Ossetia-Alania e-mail: irkez76@mail.ru

A rare case of successful surgical treatment of giant MALT-lymphoma with Menetrier's disease complicated by gastric obstruction has been presented.

Key words: MALT-gastric lymphoma, Menetrier's disease, gastric stenosis.

MALT-лимфома (экстранодальная маргинальной зоны В-клеточная лимфома, ассоциированная со слизистыми оболочками) представляет собой особую форму экстранодальных неходжкинских лимфом (НХЛ) низкой степени злокачественности, субстратом которой являются достаточно зрелые злокачественно трансформированные лимфоциты, происходящие из солитарных лимфоидных фолликулов слизистых оболочек [3]. Несмотря на небольшой период времени, прошедший с момента выделения этой нозологии, накоплено значительное количество данных об эпидемиологии, патогенезе, морфологической картине, клиническом течении и факторах прогноза MALT-лимфом [4].

В организме человека НХЛ может поражать любой орган и ткань, экстранодальные поражения составляют 10–15 %, при этом наиболее часто опухоль локализуется в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), 2-е место занимает поражение верхних дыхательных путей и костей. В последнее время наблюдается значительный рост заболеваемости лимфомами ЖКТ, особенно желудка [4, 6, 8]. Лимфомы ЖКТ встречаются довольно редко, составляя 1–3,5 % всех злокачественных новообразований этой локализации. Среди всех НХЛ желудка MALT-лимфома наблюдается в 50 %, среди НХЛ

тонкой кишки – в 27 % случаев. Гендерных различий в заболеваемости MALT-лимфомой не отмечено. Пик заболеваемости приходится на возраст 45–60 лет [4].

Этиология и патогенез MALT-лимфомы изучены мало. Известно, что эта опухоль тесно ассоциирована с хроническими воспалительными процессами, сопровождающимися повышенной пролиферацией экстранодальной ткани. В большинстве случаев фактором, стимулирующим хроническое воспаление, является *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), который выявляется более чем в 90 % биоптатов слизистой оболочки желудка при заболевании MALT-лимфомой. Развитие MALT-лимфом желудка является многостадийным процессом, суть которого состоит в эволюции ассоциированного с *H. Pylori* хронического гастрита в MALT-лимфому низкой степени злокачественности (НСЗ), а затем – MALT-лимфому желудка высокой степени злокачественности (ВСЗ) [1, 2, 4–6]. Обычно заболевание отличается медленным темпом роста, примерно у 70 % больных MALT-лимфома диагностируется на ранних (I–II) стадиях [7].

Несмотря на большое количество сведений о MALT-лимфоме, полученных за два последних десятилетия, оптимального лечебного подхода



Рис. 1. УЗИ органов брюшной полости: гигантская опухоль верхнего этажа брюшной полости

для данной нозологической формы опухоли пока не разработано. Особенно спорными остаются вопросы лечения местнораспространенных форм заболевания [6]. Описания сочетания гигантской MALT-лимфомы, стенозирующей просвет желудка, с болезнью Менетрие (гигантский гипертрофический гастрит), которая также относится к достаточно редким заболеваниям, в доступной литературе мы не встречали. Безусловный интерес в таких ситуациях представляют тактика и объем лечебной помощи.

Приводим наше наблюдение.

Больная Б., 62 года, госпитализирована в хирургическое отделение КБ СОГМА 27.01.2014 с жалобами на общую слабость, утомляемость, снижение трудоспособности, снижение массы тела, постоянную ноющую боль в эпигастриальной области, которая усиливалась после приема пищи, тошноту, рвоту, периодический частый жидкий стул.

Из анамнеза: считает себя больной около 6 мес, за медицинской помощью не обращалась. С течением времени интенсивность болей нарастала, участилась рвота после приема пищи, стала терять в весе. После обращения в поликлинику по месту жительства 10.01.2014 произведена ФЭГДС с биопсией на аппарате EVIS EXERA – OLYMPUS CV – 180, при которой выявлено, что слизистая пищевода в дистальном отделе гиперемирована, отечна. Кардия смыкается полностью. В желудке натощак значительное количество пенистой секреторной жидкости, слизи. Складки слизистой тела желудка резко гипертрофированы,

бугристые, плотные, суживают просвет желудка, при инсуффляции не расправляются. При взятии биопсии № 1 отмечается фрагментация ткани. Слизистая желудка в антральном отделе ярко гиперемирована, отечна, с единичными эрозиями до 0,3 см в диаметре. Привратник смыкается полностью. Луковица ДПК обычной формы, слизистая ярко гиперемирована, резко отечна, контактно кровоточит, с множественными псевдополипами до 0,3 см в диаметре, с эрозированной поверхностью. Биопсия № 2. Складки слизистой ДПК не сглажены, в просвете отсутствует желчь, слизистая розовая. Заключение: незрозивный эзофагит. Заболевание желудка? Болезнь Менетрие. Антральный эрозивный гастрит. Выраженный эрозивный бульбит с псевдополипами. Тест на Hp (+). Результат биопсии: гистологическая картина соответствует лимфобластной лимфоме. Однако по лимфобластам затруднительно дифференцировать с другими лимфопролиферативными заболеваниями. Рентгенография: легкие и сердце в норме. Пищевод свободно проходим, контуры ровные. Желудок расположен обычно, стенки эластичные. Складки слизистой резко утолщены, выраженнее по большой кривизне в теле желудка, просвет сужен. Перистальтика и эвакуация из желудка замедлены. ДПК без особенностей. Заключение: болезнь Менетрие.

Больная направлена в хирургический стационар. При поступлении состояние средней степени тяжести. Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот асимметричен, увеличен в объеме, при пальпации в эпигастриальной области определяется плотная, бугристая, болезненная на ощупь, подвижная опухоль размером около 20×10 см. Печень и селезенка не увеличены. В общем анализе крови – умеренная анемия: Эр – $3,47 \times 10^{12}/л$, Нв – 105 г/л, цветной показатель – 0,9, Лейк. – $0,8 \times 10^9/л$, Тр. – $379 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч, ЭКГ – синусовая тахикардия 105 в мин.

При УЗИ органов брюшной полости: признаки объемного образования брюшной полости гигантских размеров (рис. 1), хронического калькулезного холецистита. В органах малого таза: признаки миомы матки. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Под эндотрахеальным наркозом 29.01.2014 выполнена верхнесрединная лапаротомия. При ревизии выпота нет. Печень нормальной окраски



Рис. 2. Вид операционной раны: опухоль желудка

и размеров, метастазов не содержит. Желчный пузырь обычного цвета, стенка не утолщена, в просвете конкремент до 3 см. Холедох не расширен. По малой кривизне желудка с переходом на переднюю стенку и малый сальник от кардиального и до антрального отдела имеется плотное бугристое образование ячеистой кистозной структуры, местами содержащее желеобразный секрет, умеренно подвижное, размерами 20×10 см (рис. 2). В остальных отделах желудок с выражено утолщенными (до 2–3 см) стенками и гипертрофированными складками. Проприодимость желудка значительно нарушена. Имеется увеличение до 2–5 см лимфоузлов большого сальника, парагастральных лимфоузлов, лимфоузлов вдоль чревного ствола, селезеночной и левой желудочной артерий. Операционный диагноз: Опухоль желудка (злокачественная лимфома? Болезнь Менетрие) со стенозированием просвета. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Выполнена гастрэктомия с эзофагоэнтероанастомозом конец-в-конец, спленэктомия, лимфаденэктомия в объеме D3, холецистэктомия.

Гистологический диагноз (№ 2949–2960): Мелкоклеточная (диффузная) неходжжкинская лимфома. МКБ С83.0. Во всей толще стенки желудка имеется плотный однородный инфильтрат из относительно мономорфных клеток лимфоцитарного ряда, где преобладают клетки типа пролимфоцитов и лимфобластов. Клетка (пролимфоцит) правильной округлой формы, как бы штампованная, с мелкоглыбчатым и тонко-

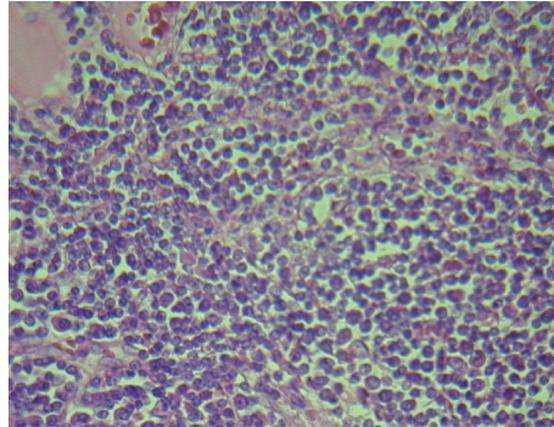


Рис. 3. Микрофото. Мелкоклеточная (диффузная) неходжжкинская лимфома. МКБ С83.0. Окраска гематоксилином и эозином, × 600

гранулярным хроматином. В некоторых клетках наблюдают маленькое центрально расположенное ядрышко. Ободок цитоплазмы узкий, плохо различимый. Эти клетки занимают промежуточное положение между лимфоцитами и лимфобластами. Отсутствуют лимфофолликулы, что говорит об опухолевой природе инфильтрата. Заключение: злокачественная диффузная неходжжкинская лимфома желудка. Метастазы в лимфоузлы, сальник, ворота селезенки (рис. 3).

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписана из стационара 7.02.2014 в удовлетворительном состоянии. Рекомендована адьювантная химиотерапия в специализированном учреждении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гастроэнтерология / Под ред. Е.И. Ткаченко. СПб., 2003. 637 с.
2. Гершанович М.Л., Петров Л.Н., Добрица В.П., Калиновский В.П., Никитина М.В. Способ лечения MALT-лимфомы желудка путем эрадикации *Helicobacter pylori* витофлором // Вопросы онкологии. 2006. Т. 52, № 6. С. 696–698.
3. Гематология / Под ред. О.А. Руковицина. СПб., 2007. 912 с.
4. Кондратьева Т.Б., Сотникова А.В., Сотников В.М., Парвареш М.Р., Бокарев И.Н. Неходжжкинская лимфома MALT-системы // Клиническая медицина. 2008. Т. 86, № 12. С. 61–66.
5. Ледин Е.В., Серяков А.П., Астахов В.Л. MALT-лимфома желудка: клиника, диагностика, лечение // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2011. Т. 21, № 1. С. 69–78.
6. Энциклопедия клинической онкологии / Под ред. М.И. Давыдова. М., 2004. С. 605–630.
7. De Vita V., Hellman S. Cancer. Principles and practice of oncology. 2008. P. 2098–2142.
8. Hayes J., Dunn E. Has the incidence of primary gastric lymphoma increased? // Cancer (Philad.). 1989. Vol. 63 (10). P. 2073–2076.

Поступила 1.07.14

REFERENCES

1. *Gastroenterology* / Ed. E.I. Tkachenko. SPb., 2003. 637 p. [in Russian]
2. *Gershanovich M.L., Petrov L.N., Dobrica V.P., Kalinovskij V.P., Nikitina M.V.* Treatment of MALT-lymphoma with eradication of *Helicobacter pylori* eradication using vitaflor // *Voprosy onkologii*. 2006. Vol. 52 (6). P. 696–698. [in Russian]
3. *Hematology* / Ed. O.A. Rukovicin. SPb., 2007. 912 p. [in Russian]
4. *Kondrat'eva T.B., Sotnikova A.V., Sotnikov V.M., Parvaresh M.R., Bokarev I.N.* Non-Hodgkin lymphoma of MALT-system // *Klinicheskaja medicina*. 2008. Vol. 86 (12). P. 61–66. [in Russian]
5. *Ledin E.V., Serjakov A.P., Astashov V.L.* MALT-lymphoma of the stomach: symptoms, diagnosis, treatment // *Rossijskij zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii*. 2011. Vol. 21 (1). P. 69–78. [in Russian]
6. *Encyclopedia of Clinical Oncology* / Ed. M.I. Davydov. M., 2004. P. 605–630. [in Russian]
7. *De Vita V., Hellman S.* Cancer. Principles and practice of oncology. 2008. P. 2098–2142.
8. *Hayes J., Dunn E.* Has the incidence of primary gastric lymphoma increased? // *Cancer (Philad.)*. 1989. Vol. 63 (10). P. 2073–2076.