



Трудности дифференциальной диагностики при массивной лимфаденопатии в брюшной полости

**Врач-гематолог отделения онкогематологии
для взрослых ИНВХ им. В.К. Гусака**

Сидорова Ольга Васильевна

Больная Х., 35 лет, поступила в отделение 21.11.18г.

Жалобы при поступлении:

- выраженная общая слабость
- повышенная потливость
- увеличение шейных, подмышечных, паховых л/узлов
- увеличение в объеме живота, чувство тяжести в левом подреберье
- лихорадка

При объективном осмотре:

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые. Пальпируются шейные л/узлы до 2 см, надключичные до 1,5 см, **подмышечные до 3-4 см, паховые до 10 см в диаметре**, плотные, малоподвижные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены. АД 110/75 мм рт.ст, ЧСС 98 в мин. Живот увеличен в объеме. Печень + 2 см ниже края реберной дуги, **селезенка занимает левую половину брюшной полости, нижним полюсом у гребня подвздошной кости**, плотная, пальпируются **конгломераты л/узлов в околопупочной области.**

Ведущие симптомы

- системная лимфаденопатия
- гепатоспленомегалия
- интоксикационный синдром

Анамнез заболевания

Считает себя больной с мая 2018года, когда отметила увеличение паховых л/узлов.

В связи с чем консультирована гинекологом по м/жительства, выполнено УЗИ органов малого таза. Данных за гинекологическую патологию не выявлено.

Через время пациентка отметила рост подмышечных л/узлов, увеличение живота в объеме. В связи с этим 11.06.18г. обратилась на прием к терапевту.

- При объективном осмотре: пальпируются шейные л/узлы до 2 см, подмышечные до 3 см, паховые до 4 см в диаметре. Печень у края реберной дуги, **селезенка +6 см** ниже края реберной дуги.
- ОАК: Нв 128 г/л, Л 6,6х10⁹, п 3, с 43, э 2, лимф. 45, м 7, СОЭ 15 мм/ч.
- ДЗ: Системная лимфаденопатия. Инфекционный мононуклеоз? Лимфома?
- Рек-но: УЗИ ОБП, Ro-гр. ОГК, АТ к ВИЧ, консультация инфекциониста, гематолога.

- **Рo-графия ОГК 12.06.18г.:** Легкие, сердце и аорта без видимых патологических изменений.
- **УЗИ ОБП 12.06.18г.:** Печень не увеличена, правая доля 133 мм, левая 69 мм. Контуры ровные. **Селезенка 181x71 мм.** В остальном- без особенностей.

Консультация инфекциониста 12.06.18г.

ДЗ: Инфекционный мононуклеоз?

Рек-но: определение уровня билирубина, трансаминаз, исследование Ig М к ЭБВ.

Данные обследований: об.билирубин 10,8 ммоль/л, прямой 2,4. АСТ 0,189, АЛТ 0,102 (N до 0,190).

Ig М к ЭБВ не определялся в виду материальных трудностей.

Заключение: Наличие инфекционного мононуклеоза сомнительно. Рекомендована консультация гематолога.

Консультация гематолога 19.06.18г.

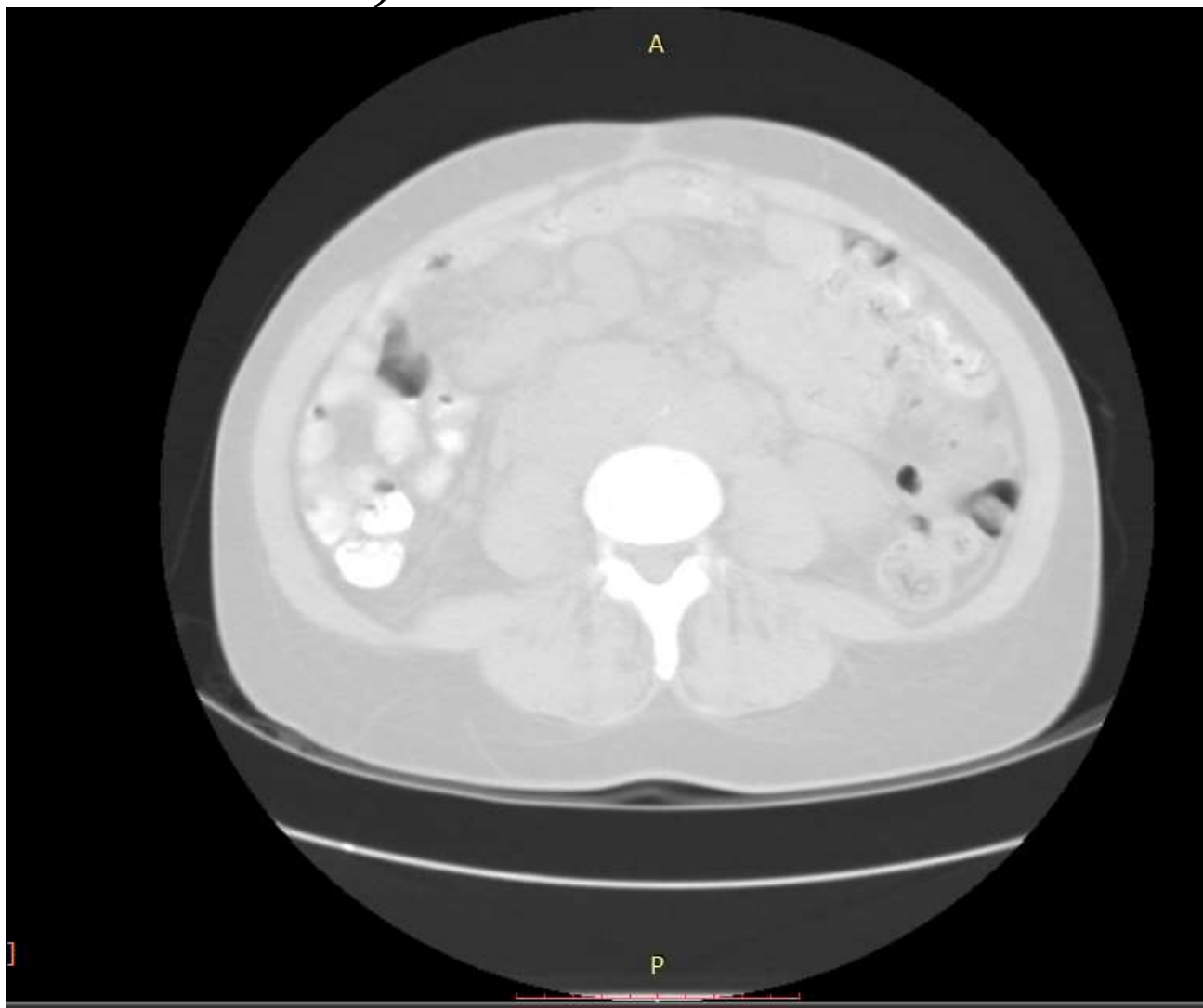
При объективном осмотре : кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые. Пальпируются затылочные л/узлы до 1,5 см, шейные до 2,5-3 см, паховые в виде конгломератов. Живот мягкий, чувствительный в правом и левом подреберье. Печень +2-3см, селезенка + 6-7 см ниже края реберной дуги.

- **ДЗ: Лимфаденопатия неуточненного генеза. Лимфома?**
- Рек-но: исключить вирусные гепатиты, ВИЧ, СКТ ОГП, ОБП, биопсия л/узла.

СКТ ОГП, ОБП и ЗП 10.07.18г.:

- в подмышечных областях группы л/узлов справа от 11 до 31 мм, слева от 10 до 26 мм, в средостении конгломерат бифуркационных л/узлов 37-22-55 мм.
- печень умеренно увеличена в размерах.
- селезенка диффузно увеличена в размерах до 177-85-185 мм
- **в забрюшинном пространстве, парааортально, паракавально определяются группы и конгломераты л/узлов без четких контуров, общими размерами 100-75-222,5 мм!!!**

СКТ ОГП, ОБП и ЗП 10.07.18г.



- **02.07.18г. в х/о ИНВХ выполнена биопсия подмышечного л/узла слева.**
- Гистологическая картина: изменения в л/узле необходимо дифференцировать между хроническим лимфаденитом и мелкоклеточной лимфомой.
- **23.07.18г. ИГХ-исследование. Вывод:** гистологическая картина и иммунофенотипические характеристики распределения иммунокомпетентных клеток соответствуют хроническую лимфадениту.

Повторная консультация гематолога 24.07.18г.

- Согласно ИГХ-исследованию лимфопролиферативное заболевание сомнительно. Имеет место хрон. лимфаденит.**
- Рек-но: исключить вирусные гепатиты, АТ к ВИЧ, консультация гепатолога, контроль ОАК+тром. в динамике, наблюдение терапевта.**

Дообследования:

HBsAg – не обнаружен,

Суммарные АТ к АГ вируса гепатита С – отрицательные,

АТ к ВИЧ не обнаружены, Ig М к ЭБВ отрицательный.

Консультация инфекциониста-гепатолога 22.08.18г.:

На момент осмотра данных в пользу инфекционной патологии нет.

Системная лимфаденопатия, включая внутренние л/узлы, выраженная спленомегалия, отрицательные маркеры ВГ, ВИЧ, инф. мононуклеоза, анемия, лимфоцитоз **требуют консультации республиканского гематолога.**

В связи с нарастающей общей слабостью, увеличением живота в объеме, ростом периферических л/узлов самостоятельно обратилась к гематологу ИНВХ 03.09.18г.:

При объективном осмотре: кожные покровы умеренно бледные. Пальпируются шейные л/узлы до 2 см, подмышечные до 3-4 см, паховые в виде конгломератов до 6-7 см в диаметре. **Печень+3 см, селезенка +12-14 см ниже края реберной дуги.**

В ОАК: **Нв 100 г/л, Л 13,1 тыс, тром. 201 г/л, п 1, с 26, л 70, м 3, СОЭ 12 мм/ч.**

ДЗ: ХЛЛ? Лимфома? Показана стернальная пункция.

От стернальной пункции больная отказалась.

Повторная консультация гематолога ИНВХ 07.11.18г.

В крови: Нв 90 г/л, Л 19,0 тыс, тром. 400 г/л, с 13, э 1, л 80, м 6, СОЭ 27 мм/ч.

Рекомендовано: повторная биопсия л/узла с последующим ИГХ-исследованием, повторное СКТ-исследование ОГП, ОБП и ЗП.

12.11.18г. Биопсия подмышечного л/узла.

16.11.18г. Гистологическая картина соответствует НХЛ, необходимо проведение ИГХ исследования.

19.11.18г. ИГХ-исследование: гистологическая картина и иммунофенотип опухолевых клеток соответствуют нодальной лимфоме маргинальной зоны селезенки.

СКТ ОГП, ОБП 22.11.18г.:

Группы надключичных л/узлов от 10 до 26 мм, в подмышечных областях от 10 до 41 мм, **конгломерат бифуркационных 70х38х60 мм, селезенка диффузно увеличена в размерах 207х93х272 мм, парагастрально л/узлы до 43х29 мм, в забрюшинном пространстве конгломераты увеличенных л/узлов общим размером 117х83х235мм.**

Госпитализирована в отделение онкогематологии для взрослых, проведено 1 курс ПХТ по схеме «R-СНОР» и 4 курса по схеме «R-СНОЕР» с выраженным положительным эффектом в виде уменьшения всех групп л/узлов, селезенка сократилась в размерах, регрессировал интоксикационный синдром, нормализовались показатели периферической крови.

Чем обусловлены сложности в диагностике?

- Выбор лимфатического узла для биопсии.
 - для проведения биопсии предпочтительнее выбирать л/узлы, которые появились самыми первыми или наиболее увеличенные
 - при первичной биопсии при наличии огромного конгломерата лимфатических узлов в брюшной полости и значительного увеличения паховых лимфоузлах в подмышечных лимфоузлах мог действительно иметь место реактивный лимфаденит.
- Длительный промежуток времени между первичной и повторной биопсией
 - в ходе дообследования диагноз оставался не ясным
 - учитывая прогрессирующий рост л/узлов, селезенки, следовало выполнить повторную биопсию л/узла

Спасибо за внимание!

