

ANDRZEJ PRYSTUPA¹, MARIA KAZUBEK¹, AGNIESZKA WITCZAK¹,
KONRAD KRZYŻANOWSKI², KRZYSZTOF ZINKIEWICZ³,
WITOLD KRUPSKI², JERZY MOSIEWICZ¹

GUZ ŚLEDZIONY JAKO PIERWSZY OBJAW CHŁONIAKA
T- KOMÓRKOWEGO

SPLEEN TUMOUR AS THE FIRST SYMPTOM OF T-CELL LYMPHOMA

*ОПУХОЛЬ СЕЛЕЗЁНКИ, КАК ПЕРВЫЙ СИМПТОМ Т-КЛЕТОЧНОЙ
ЛИМФОМЫ*

*ПУХЛИНА СЕЛЕЗІНКИ, ЯК ПЕРШИЙ СИМПТОМ Т-КЛІТИННОЇ
ЛИМФОМИ*

1Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
2Z Zakładu Radiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
3Z Katedry i Kliniki Chirurgii Ogólnej, Gastroenterologicznej i Nowotworów Układu
Pokarmowego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

W pracy przedstawiono przypadek pacjenta u którego pierwszym objawem chłoniaka T-komórkowego był guz śledziony.

SŁOWA KLUCZOWE: guz śledziony, chłoniak T- komórkowy.

KEY WORDS: spleen tumor, T-cell lymphoma.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: опухоль селезенки, Т-клеточная лимфома.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: пухлина селезінки, Т-клітинна лімфома.

Śledziona jest narządem limfopoetycznym włączonym w krążenie wrotne. Głównymi przyczynami powiększenia śledziony są: marskość wątroby, zakrzep lub ucisk żyły śledzionowej, niewydolność prawokomorowa, zespół hemolityczny, nabyte torbiele, zawały i zatory śledziony, a także nowotwory. Do nowotworów mogących wywoływać splenomegalię należą chłoniaki. W opisywanym przypadku przyczyną splenomegalii okazał się guz śledziony spowodowany chłoniakiem T komórkowym. Obecność nowotworu stwierdzono w badaniu ultrasonograficznym jamy brzusznej, wykonanym z powodu zgłaszanych przez pacjenta wahań ciśnienia tętniczego, w celu diagnostyki wtórnego nadciśnienia tętniczego.

OPIS PRZYPADKU

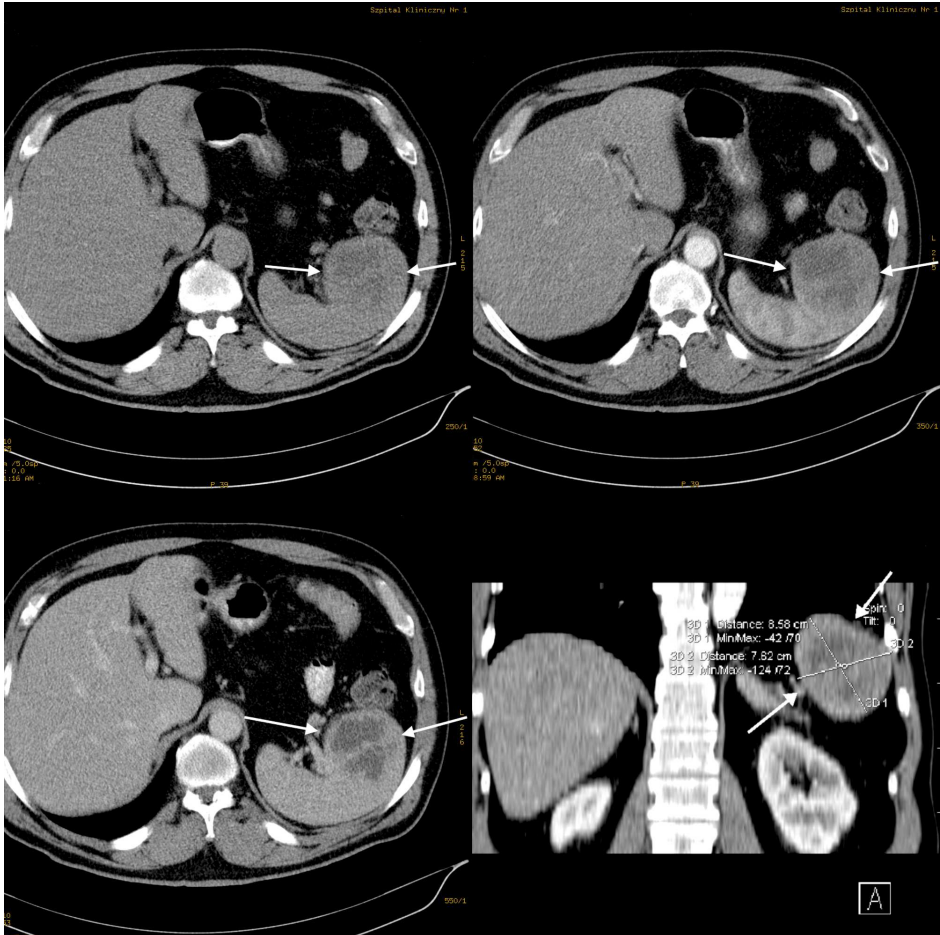
Chory lat 56 przyjęty został do Kliniki Chorób Wewnętrznych do diagnostyki zmiany o charakterze guza śledziony, który został wykryty podczas badania

ultrasonograficznego w warunkach ambulatoryjnych. Pacjent od około trzech miesięcy przed przyjęciem do szpitala, leczony był z powodu zapalenia lewej ślinianki przyusznej i od tego czasu odczuwał drętwienie lewej połowy twarzy i okresowe zawroty głowy. Dodatkowo w wywiadzie chory podawał występowanie także od trzech miesięcy częstych dolegliwości bólowych głowy, nadmiernej potliwości i napadów kołatania serca. Pacjent leczony był z powodu nadciśnienia tętniczego od trzech miesięcy i dny moczanowej od około dziesięciu lat. Przed przyjęciem do szpitala chory nie gorączkował.

W dniu przyjęcia do Kliniki ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 140/95 mmHg. Akcja serca była miarowa o częstości 70/min. BMI pacjenta wynosiło 32 kg/m². Na podstawie badania fizykalnego stwierdzono u chorego powiększenie i bolesność uciskową lewej ślinianki przyusznej. Nie stwierdzono obecności powiększonych obwodowych węzłów chłonnych. Nad polami płucnymi słyszalny był szmer pęcherzykowy. Powłoki jamy brzusznej były miękkie, bez obecności oporów patologicznych. W badaniu palpacyjnym nie stwierdzono powiększenia wątroby i śledziony.

W badaniach laboratoryjnych stwierdzono leukocytozę 13,8 tysięcy/mm³ z granulocytozą 75,5% i nadpłytkowość 455 tysięcy/mm³. Poziom β_2 -mikroglobuliny był podwyższony i wynosił 3,13 mg/l (norma 0,8-2,20 mg/l). Stężenie białka CRP i fibrynogenu było podwyższone i wynosiło odpowiednio 37,7 mg/l (norma 0-10) i 900 mg/dl (norma 200-400). Opadanie krwinek było przyspieszone do 90 mm/godzinę. Rozkład elektroforetyczny wykazał hypergammaglobulinemię 33,2% (norma 9,2-18) i hipoalbuminemię do 34% (norma 54-65%). Dodatkowo stwierdzono podwyższony poziom immunoglobuliny IgG 25,04 g/l (norma 7,00 do 16,00) i IgA 4,89 g/l (norma 0,7 do 4,00). Poziom przeciwciał p/CMV IgG był podwyższony i wynosił 71 UA/ml. Wskaźniki wydolności nerek i wątroby były prawidłowe. Poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH) był podwyższony i wynosił 500 U/l (norma 200-450). Układ krzepnięcia, analiza moczu i hormonalna funkcja tarczycy były prawidłowe. W zapisie elektrokardiograficznym obserwowano rytm zatokowy, miarowy, przyspieszony do 80 uderzeń/minutę.

W badaniu radiologicznym klatki piersiowej nie stwierdzono zmian patologicznych. Badanie tomograficzne jamy brzusznej przed i po dożylnym podaniu kontrastu uwidocznilo niepowiększoną śledzionę, z widocznym w biegunie górnym niejednorodnym hipoechogenicznym obszarem średnicy 74 mm o charakterze guza. W okolicy wnęki śledziony oraz przyaortalnie widoczne były pojedyncze węzły chłonne o wymiarach 13x7 mm, 11 mm i 6 mm. Wątroba, obie nerki, nadnercza i trzustka w obrazie usg były prawidłowe. Aorta brzuszna była niepowiększona.



Ryc. 1. Tomografia komputerowa jamy brzusznej przed i po dożylnym podaniu kontrastu (strzałkami zaznaczono guz śledziony)

Fig. 1. Computed tomography of the abdomen prior to and after intravenous administration of contrast medium (spleen tumour marked with arrows)

Рис. 1. Компьютерная томография брюшной полости до и после введения внутривенного контраста (стрелки указывают на опухоль селезенки)

Мал. 1. Комп'ютерна томографія черевної порожнини перед і після введення внутрішньовенного контрасту (стрілки вказують на пухлину селезінки)

U chorego wykonano badanie ultrasonograficzne ślinianek przyusznych, które uwidocznilo powiększenie lewej ślinianki. Chory był konsultowany przez hematologa, który zalecił wykonanie splenektomii z badaniem histopatologicznym śledziony i węzłów chłonnych.

U chorego wykonano splenektomię w Klinice Chirurgii Ogólnej. W czasie operacji stwierdzono guz wielkości 5,5 x 6 cm w górnym biegunie śledziony, wypełniony częściowo ropną treścią. Wokół śledziony widoczne były liczne

zrosty. Śledzionę wycięto po podwiązaniu naczyń śledzionowych. Przebieg operacji był bez powikłań. Chory został wypisany do domu po 5 dniach hospitalizacji.

Resekowaną śledzionę poddano badaniu histopatologicznemu. Na podstawie tego badania postawiono rozpoznanie chłoniaka złośliwego T-komórkowego (z obwodowych limfocytów T), CD-3 (+), CD-20 (-), DBA-44 (-), CD-34 (-), CD-31 (-). Pacjent został poddany chemioterapii, po której obserwowano poprawę stanu zdrowia chorego. Kontrolne badanie CT jamy brzusznej nie wykazało powiększonych węzłów chłonnych. Chory jest pod ścisłą kontrolą poradni hematologicznej.

OMÓWIENIE

Chłoniaki nieziarnicze (NHL Non-Hodgkin Lymphoma) to grupa chorób nowotworowych charakteryzująca się klonalnym rozrostem komórek limfoidalnych odpowiadających różnym stadiom zróżnicowania prawidłowych limfocytów B, T lub naturalnych komórek cytotoksycznych (NK). U dorosłych osób chłoniaki nieziarnicze zajmują szóste miejsce wśród nowotworów pod względem częstości występowania, a także śmiertelności spowodowanej chorobami nowotworowymi. Większość NHL to rozrost limfocytów B (86%), rzadziej limfocytów T (12%) i komórek NK (2%) [1].

Obraz kliniczny złośliwych chłoniaków nieziarniczych cechuje znaczna różnorodność objawów. Do najczęstszych, a zarazem najwcześniej występujących objawów należą: poty nocne, gorączka, utrata masy ciała, powiększenie węzłów chłonnych, oraz powiększenie śledziony. Tylko u 20% chorych nie stwierdza się na początku choroby jawnych objawów chłoniaka. Powiększenie węzłów chłonnych w chłoniakach nieziarniczych – w przeciwieństwie do ziarnicy złośliwej – spostrzega się u ok. 2/3 chorych, natomiast w 20-35% przypadków mogą one rozwijać się z pozawęzłowym umiejscowieniem. Najczęstszym umiejscowieniem powiększonych węzłów chłonnych jest szyja [2].

W opisywanym przypadku pierwszym objawem chłoniaka był guz śledziony, stwierdzony przypadkowo podczas badania ultrasonograficznego jamy brzusznej. W wywiadzie chory podawał ogólne osłabienie, zawroty głowy i nocne poty. Objawy te mogą występować u pacjentów w początkowym stadium chłoniaka. W badaniu fizykalnym nie stwierdzono powiększonych obwodowych węzłów chłonnych, a także powiększenia śledziony.

Natomiast, podwyższony poziom LDH, β_2 -mikroglobuliny i hypergammaglobulinemia mogły sugerować obecność chłoniaka. Śledziona może być zajęta przez nowotwór w przebiegu chłoniaka nieziarniczego w 20 - 60% przypadków [3].

Najtańszą i najprostszą metodą obrazowego badania śledziony jest ultrasonografia. Wartość badania ultrasonograficznego w detekcji zmian

ogniskowych śledziony została wielokrotnie potwierdzona. Zmiana wielkości 1 cm może być wykryta z czułością większą niż 90% [4]. Natomiast czułość badania ultrasonograficznego w diagnostyce chłoniaka śledziony wynosi tylko 54% [5]. Dla potwierdzenia obecności zmiany guzowatej śledziony wykorzystywane jest zwykle badanie komputerowe jamy brzusznej (CT). W opisanym przypadku badanie komputerowe (CT) jamy brzusznej potwierdziło obecność guza śledziony. Ostateczne rozpoznanie chłoniaka śledziony postawiono na podstawie badania histopatologicznego resektowanej śledziony.

Zasadnicze składowe badania histopatologicznego fragmentu zajętego narządu to ocena morfologiczna komórek chłoniakowych, charakteru ich tkankowego wzrostu (grudkowy lub rozlany), zachowania lub zatarcia prawidłowego utkania chłonnego i charakteru odczynu podścieliska. W przypadku podejrzenia NHL ocenę histologiczną należy rozszerzyć o badania immunofenotypowe, które różnicują chłoniaki. Zastosowanie bardziej swoistych przeciwciał monoklonalnych pozwala na ocenę przynależności liniowej danego klonu chłoniakowego:

1. B-komórkowego – markery: CD19, CD20, CD22, CD79a,
2. T-komórkowego – markery: CD2, CD3, CD7
3. komórek NK – CD16, CD56.

W opisanym przypadku badanie histopatologiczne śledziony wykazało obecność chłoniaka T-komórkowego. Chłoniak T-komórkowy wątrobowo-śledzionowy jest bardzo rzadkim NHL, występującym głównie u mężczyzn. Przebiega z powiększeniem wątroby i śledziony i objawami ogólnymi, ale bez powiększenia węzłów chłonnych.

Chłoniak T-komórkowy jest nowotworem agresywnym ze średnią długością przeżycia poniżej 4 lat. Rokowanie w obwodowym chłoniaku T-komórkowym jest gorsze niż w B- komórkowym [6].

Chłoniaki cechują się różnorodnością objawów. Niejednokrotnie badania przesiewowe osób zdrowych mogą prowadzić do szybkiego rozpoznania i leczenia choroby w stadium początkowym. Takim badaniem jest ultrasonografia, która w rękach doświadczonego lekarza praktyka jest dodatkowym narzędziem w rozpoznawaniu chorób nowotworowych.

A. Prystupa, M. Kazubek, A. Witczak, K. Krzyżanowski, K. Zinkiewicz, W. Krupski, J. Mosiewicz

SPLEEN TUMOUR AS THE FIRST SYMPTOM OF T-CELL LYMPHOMA

Summary

The article describes the case of a patient with a tumor of the spleen found on ultrasound, and diagnosis verified with computed tomography of the abdomen. The patient underwent surgical resection of the spleen. Since histologic evaluation revealed the tumour to be the T-cell lymphoma, the patient was subsequently treated with chemotherapy.

А. Приступа, М. Казубек, А. Витчак, К. Кшижановски, К. Зинкевич, В. Крупски, Е. Мосевич

ОПУХОЛЬ СЕЛЕЗЁНКИ, КАК ПЕРВЫЙ СИМПТОМ Т-КЛЕТОЧНОЙ ЛИМФОМЫ

Аннотация

В работе представлен случай пациента, у которого на основе ультразвукового исследования (УЗИ) и компьютерной томографии брюшной полости подтверждено присутствие опухоли селезенки. У больного выполнена резекция селезенки. На основе патогистологического исследования поставлен диагноз Т-клеточной лимфомы. Пациенту была назначена химиотерапия.

А. Приступа, М. Казубек, А. Вітчак, К. Кшижановські, К. Зінкевіч, В. Крупські, Е. Мосевич

ПУХЛИНА СЕЛЕЗІНКИ, ЯК ПЕРШІЙ СИМПТОМ Т-КЛІТИННОЇ ЛІМФОМИ

Анотація

У роботі представлений випадок пацієнта, у якого на основі ультразвукового дослідження (УЗД) і комп'ютерної томографії черевної порожнини підтверджена присутність пухлини селезінки. У хворого виконана резекція селезінки. На основі патогистологічного дослідження був поставлений діагноз Т-клітинної лімфоми. Пацієнтові була призначена хіміотерапія.

PIŚMIENNICTWO

1. Szczeklik A.: Choroby Wewnętrzne, Wydanie I, Medycyna Praktyczna, Kraków, 2006.
2. Janicki K.: Hematologia kliniczna, PZWL, Warszawa, 1992, 189-228.
3. Kim H, Dorfman RF.: Morphological studies of 84 untreated patients subjected to laparotomy for the staging of non-Hodgkin's lymphomas. Cancer, 1974, 33, 657-574.
4. Schwerk W.B., Lebersonographie. In: Braun B, Gunther R, Schwerk W.B., eds.: Ultraschalldiagnostik-Lehrbuch und Atlas, Landsberg: Ecomed Verlag, 1987, 75-86.
5. Sinilvoto T, Paivansalo M., Alavaikko M.: Ultrasonography of spleen and liver in staging Hodgkin's disease. European Journal of Radiology, 1991, 13, 181-186.
6. Evans L.S., Hancock B.W.: Non-Hodgkin lymphoma. Lancet, 2003, 362, 139-146.

Data otrzymania: 15.04.2009.

Adres Autorów: 20-081, Lublin, ul. Staszica 16, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1.