DOI: 10.17650/2782-3202-2021-1-1-51-54

ПЕРФОРАЦИЯ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ДИФфуЗНЫЙ Гнойно-ФИБРИНОЗНЫЙ ПЕРИТОНИТ У БОЛЬНОГО С ДИФфуЗНОЙ В-Крупноклеточной ЛИМфомой. Клиническое Наблюдение

М.М. Давыдов, П.А. Зейналова, Е.В. Глухов, Ю.Е. Рябухина, О.Л. Тимофеева, А.А. Филатов, М.С. Шогенов, А.Г. Жуков, В.Е. Груздев, М.А. Анисимов

Клинический госпиталь «Лапино» группы компаний «Мать и дитя»; Россия, 43081 Московская обл., д. Лапино, 1-е Успенское шоссе, 111

Контакты: Евгений Вячеславович Глухов drgluhov@mail.ru

Перфорация полого органа с развитием перитонита является известным осложнением лимфом, которое может возникнуть при диагностике и во время проведения терапии. Частота перфораций у пациентов с лимфомами желудочно-кишечного тракта составляет 9 %. Наличие перфорации осложняет лечение и может ухудшать прогноз течения заболевания.

Представлен клинический случай пациента с диффузной В-крупноклеточной лимфомой, осложненной хирургической патологией и инфекцией: перфорацией поперечно-ободочной кишки, фибринозно-гнойным перитонитом, выявленными при диагностической процедуре (до морфологической верификации диагноза), а также развившейся позднее COVID-пневмонией. Выбранная тактика лечения, несмотря на объем перенесенного оперативного вмешательства и наличие инфекционных осложнений, позволила добиться улучшения состояния пациента.

Ключевые слова: лимфома, диффузная В-крупноклеточная лимфома, перфорация ободочной кишки, гнойно-фибринозный перитонит

Для цитирования: Давыдов М.М., Зейналова П.А., Глухов Е.В. и др. Перфорация ободочной кишки, диффузный гнойно-фибринозный перитонит у больного с диффузной В-крупноклеточной лимфомой. Клиническое наблюдение. MD-Onco 2021;1(1):51–4. DOI: 10.17650/2782-3202-2021-1-1-51-54

PERFORATION OF THE COLON, DIFFUSE SEPTIC FIBRINOUS PERITONITIS IN A PATIENT WITH DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA. CLINICAL OBSERVATION

M.M. Davydov, P.A. Zeynalova, E.V. Glukhov, Yu.E. Ryabukhina, O.L. Timofeeva, A.A. Filatov, M.S. Shogenov, A.G. Zhukov, V.E. Gruzdev, M.A. Anisimov

Clinical Hospital “Lapino” of the “Mother and Child” Group of companies; 111 1st Uspenskoe Shosse, Lapino, Moscow region 143081, Russia;

Contacts: Evgeny Vyacheslavovich Glukhov drgluhov@mail.ru

Perforation of a hollow organ with development of peritonitis is a known complication of lymphomas often occurring during diagnosis or therapy. Frequency of perforations of the gastrointestinal tract in patients with lymphomas is 9 %. Presence of a perforation complicates treatment and can worsen disease prognosis.

A clinical case of a patient with diffuse large B-cell lymphoma complicated by surgical pathology and infection is presented: perforation of the transverse colon, fibrinous septic peritonitis were detected during a diagnostic procedure (prior to morphological verification of the diagnosis), and COVID-associated pneumonia developed later. The selected treatment tactics despite the volume of surgical intervention and presence of infectious complications allowed to achieve improvement of the patient's condition.

Key words: lymphoma, diffuse large B-cell lymphoma, perforation of the colon, diffuse septic fibrinous peritonitis

For citation: Davydov M.M., Zeynalova P.A., Glukhov E.V. et al. Perforation of the colon, diffuse septic fibrinous peritonitis in a patient with diffuse large B-cell lymphoma. Clinical observation. MD-Onco 2021;1(1):51–4. (In Russ.). DOI: 10.17650/2782-3202-2021-1-1-51-54

ВВЕДЕНИЕ

Лимфомы желудочно-кишечного тракта составляют до 10–15 % всех вновь диагностированных неходжкинских лимфом [1–3]. Желудочно-кишечный тракт является наиболее распространенной локализацией при неходжкинских лимфомах [4]. Перфорация полого органа с развитием перитонита – известное осложнение лимфом, которое может возникнуть при диагностике либо во время проведения терапии. Это опасное осложнение, которое приводит к развитию гнойно-септических осложнений, полиорганной недостаточности, длительной госпитализации, задержке химиотерапии и летальному исходу и чаще ассоциируется с агрессивными формами заболевания [5]. В нескольких исследованиях сообщается о неблагоприятном прогнозе течения лимфом желудочно-кишечного тракта, осложненных перфорацией [2, 4, 6].

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациент К., 48 лет, обратился на консультацию в поликлиническое отделение Клинического госпиталя «Лапино» (онкологический центр) в ноябре 2020 г. На момент обращения общее состояние было удовлетворительным, беспокоили боли в левом подреберье и в области спины. При осмотре обращало на себя внимание увеличение живота в размерах, при пальпации отмечалась болезненность в левом подреберье, селезенка была увеличена, выступала из-под края реберной дуги на 6–7 см. По данным представленного обследования (компьютерная томография органов брюшной полости) выявлено увеличение внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов (максимальные размеры – 40–50 мм), а также значительное увеличение селезенки (до 216 × 170 × 90 мм). Заподозрено лимфопролиферативное заболевание.

С целью морфологической и иммуногистохимической верификации диагноза и выбора адекватной программы противоопухолевой терапии пациенту было запланировано проведение лапароскопической биопсии забрюшинных лимфатических узлов. В процессе выполнения процедуры обнаружены прикрытая перфорация поперечно-ободочной кишки, фибринозно-гнойный перитонит (рис. 1, 2).

Произведена левосторонняя гемиколэктомия, спленэктомия (рис. 3, 4).

В послеоперационном периоде пациент получал поддерживающую терапию: антибактериальную терапию препаратами широкого спектра действия, массивную дезинтоксикационную терапию, парентеральное и энтеральное зондовое питание. Тяжесть состояния пациента была обусловлена не только объемом и сроками проведенного оперативного вмешательства, но и локализацией, распространенностью и агрессивным течением опухолевого процесса, что требовало обсуждения на мультидисциплинарных

Рис. 1. Гнойно-фибринозный перитонит

Рис. 1. Septic fibrinous peritonitis

Рис. 2. Перфоративное отверстие поперечно-ободочной кишки

Рис. 2. Perforation orifice in the transverse colon

Рис. 3. Удаленный сегмент ободочной кишки с селезенкой

Рис. 3. Removed segment of the transverse colon with the spleen

Рис. 4. Раневая поверхность брюшной полости после удаления препарата

Рис. 4. Wound surface on the abdominal cavity after removal of the specimen

консилиумах с участием онкохирургов, онкогематологов, реаниматологов.

После получения результатов гистологического исследования (злокачественная опухоль из крупных круглых клеток, диффузного строения: не исключена лимфома), не дожидаясь иммуногистохимического заключения, была начата противоопухолевая терапия в режиме предфазы. В течение 5 дней пациент в монорежиме получал эндоксан (циклофосфан) в суточной дозе 400 мг внутривенно. Суммарная доза составила 2000 мг. Продолжалась поддерживающая терапия. На фоне проводимого лечения состояние пациента улучшилось; пациент был выписан домой на перерыв в лечении.

В межкурсовом интервале у пациента диагностирована COVID-пневмония, в связи с чем проведение следующего курса противоопухолевой терапии было отложено до разрешения инфекционного процесса. После успешного лечения COVID-пневмонии и получения данных иммуногистохимического исследования, на основании которого уточнен вариант лимфопролиферативного заболевания (диффузная В-крупноклеточная лимфома, поп-GCB-тип, с массивным поражением селезенки, внутрибрюшных, забрюшинных лимфатических узлов, вовлечением толстой кишки, поджелудочной железы, IVB стадия), пациенту согласно клиническим рекомендациям была продолжена иммунохимиотерапия с включением ритуксимаба (мабтеры), циклофосфана (эндоксана), доксорубицина, дексаметазона. Пациент

отмечал улучшение самочувствия (стала менее выраженной слабость, повысилась активность).

В представленном клиническом наблюдении продемонстрирован алгоритм подхода к диагностике и лечению осложненной хирургической патологией и инфекцией диффузной В-крупноклеточной лимфомы, которая отличается агрессивным течением, неблагоприятным прогнозом и высокой летальностью. Выбранная тактика лечения молодого пациента, входящего в группу высокого риска, является клинически обоснованной. Несмотря на объем перенесенного оперативного вмешательства и наличие инфекционных осложнений, после установления предварительного диагноза лимфопролиферативного заболевания противоопухолевая терапия была начата в кратчайшие сроки.

ОБСУЖДЕНИЕ

Частота перфораций у пациентов с лимфомами желудочно-кишечного тракта, подтвержденными биопсией, составляет 9 %. Половина случаев диагностированных перфораций – начальное проявление болезни. У 50 % пациентов перфорации отмечаются в 1-й месяц после химиотерапии, у половины больных – на 5-й неделе после химиотерапии [5]. В нашем клиническом наблюдении перфорация поперечно-ободочной кишки возникла до морфологического подтверждения диагноза и начала химиотерапии. Хирургическое вмешательство с последующей адъювантной химиотерапией является стандартным методом лечения, при использовании этого подхода 5-летняя выживаемость варьирует от 27 до 55 %. Однако диссеминированная лимфома при постановке диагноза имеет плохой прогноз [7, 8]. Представленный случай можно рассматривать как агрессивную диссеминированную лимфому с вовлечением толстой кишки, перфорацией и развитием перитонита. Тем не менее после хирургического вмешательства на фоне гнойного перитонита с применением поддерживающей терапии была проведена химиотерапия в режиме предфазы, что позволило добиться желаемых результатов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из нашего клинического опыта, своевременное начало противоопухолевой терапии позволяет в большинстве наблюдений достичь наиболее оптимального результата, что в итоге может способствовать улучшению онкологического прогноза у пациентов из группы высокого риска.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Amore F., Brincker H., Gronbaek K. et al. Non-Hodgkin's lymphoma of the gastrointestinal tract: a population-based analysis of incidence, geographic distribution, clinicopathologic presentation features, and prognosis. Danish Lymphoma Study Group. J Clin Oncol 1994;12(8):1673–84. DOI: 10.1200/JCO.1994.12.8.1673.
2. Amer M.H., el-Akkad S. Gastrointestinal lymphoma in adults: clinical features and management of 300 cases. Gastroenterology 1994;106(4):846–58. DOI: 10.1016/0016-5085(94)90742-0.
3. Otter R., Bieger R., Kluin P.M. et al. Primary gastrointestinal non-Hodgkin's lymphoma in a population-based registry. Br J Cancer 1989;60(5):745–50. DOI: 10.1038/bjc.1989.351.
4. Gou H.F., Zang J., Jiang M. et al. Clinical prognostic analysis of 116 patients with primary intestinal non-Hodgkin lymphoma. Med Oncol 2012;29(1):227–34. DOI: 10.1007/s12032-010-9783-x.
5. Vaidya R., Habermann T.M., Donohue J.H. et al. Bowel perforation in intestinal lymphoma: incidence and clinical features. Ann Oncol 2013;24(9):2439–43. DOI: 10.1093/annonc/mdt188.
6. Kako S., Oshima K., Sato M. et al. Clinical outcome in patients with small-intestinal non-Hodgkin lymphoma. Leuk Lymphoma 2009;50(10):1618–24. DOI: 10.1080/10428190903147629.
7. Doolabh N., Anthony T., Simmang C. et al. Primary colonic lymphoma. J Surg Oncol 2000;74(4):257–62. DOI: 10.1002/1096-9098(200008)74:4<257::aid-jso3>3.0.co;2-u.
8. Bairey O., Ruchlemer R., Shpilberg O. Non-Hodgkin's lymphomas of the colon. Isr Med Assoc J 2006;8(12):832–5. PMID: 17214096.

Вклад авторов

М.М. Давыдов, Груздев В.Е.: организация лечебного процесса и непосредственное участие в лечении больного;
П.А. Зейналова: организация лечебного процесса и непосредственное участие в лечении больного, редактирование статьи;
Е.В. Глухов: оперативное лечение пациента, написание текста статьи;
Ю.Е. Рябухина: выполнение диагностических процедур;
О.Л. Тимофеева, М.А. Анисимов: непосредственное участие в лечении больного;
А.А. Филатов, М.С. Шогенов: ассистирование во время хирургической операции;
А.Г. Жуков: диагностика, экспертная оценка данных, научное консультирование.

Authors' contributions

M.M. Davydov, V.E. Gruzdev: organization of the treatment process and direct participation in the treatment of the patient;
P.A. Zeynalova: organization of the treatment process and direct participation in the treatment of the patient, editing of the article;
E.V. Glukhov: surgical treatment of the patient, writing the text of the article;
Yu.E. Ryabukhina: performing diagnostic procedures;
O.L. Timofeeva, M.A. Anisimov: direct participation in the treatment of the patient;
A.A. Filatov, M.S. Shogenov: assistance during surgical operation;
A.G. Zhukov: diagnostics, expert evaluation of data, scientific consulting.

ORCID авторов / ORCID of authors

М.М. Давыдов / M.M. Davydov: <https://orcid.org/0000-0001-5038-9307>
П.А. Зейналова / P.A. Zeynalova: <https://orcid.org/0000-0003-1564-424X>
Е.В. Глухов / E.V. Glukhov: <https://orcid.org/0000-0003-4108-9956>
Ю.Е. Рябухина / Yu.E. Ryabukhina: <https://orcid.org/0000-0001-8443-8816>
О.Л. Тимофеева / O.L. Timofeeva: <https://orcid.org/0000-0002-6229-7300>
В.Е. Груздев / V.E. Gruzdev: <https://orcid.org/0000-0002-9454-0002>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Работа выполнена без спонсорской поддержки.
Financing. The work was performed without external funding.

Статья поступила: 15.09.2021. **Принята к публикации:** 27.09.2021.
Article submitted: 15.09.2021. Accepted for publication: 27.09.2021.