

С.В. Антонюк, В.А. Яблунівський, В.І. Пробачай, В.В. Цоцко, О.Г. Суєвалов

Первичная диффузная В-крупноклеточная лимфома кожи, анапластический вариант

Днепропетровский клинический онкологический центр

Ключевые слова: диффузная В-крупноклеточная лимфома кожи, иммуноморфология, клиника, лечение.

Описан случай наблюдения первичной диффузной В-крупноклеточной лимфомы кожи анапластического варианта.

Первинна дифузна В-крупноклітинна лімфома шкіри, анапластичний варіант

С.В. Антонюк, В.О. Яблунівський, В.І. Пробачай, В.В. Цоцко, О.Г. Суєвалов

Описано випадок спостереження первинної дифузної В-крупноклітинної лімфоми шкіри анапластичного варіанту.

Ключові слова: дифузна В-крупноклітинна лімфома шкіри, імуноморфологія, клініка, лікування.

Патологія. – 2012. – №1 (24). – С. 103–104

Primary diffuse cutaneous large B-cell lymphoma, anaplastic type

S.V. Antonyuk, V.A. Yablunovsky, V.I. Probachay, V.V. Tsotsko, O.G. Suevalov

In the article the case of primary diffuse cutaneous large B-cell lymphoma, anaplastic type is described.

Key words: diffuse cutaneous large B-cell lymphoma, immunomorphology, clinical picture, treatment.

Pathologia. 2012; №1 (24): 103–104

В настоящее время во всем мире отмечается рост заболеваемости злокачественными лимфомами [2]. В Украине, по данным национального канцер-регистра, показатель заболеваемости неходжкинскими лимфомами в 2010 г. составил 4,88 на 100 тыс. населения (5,55 у мужчин и 4,32 у женщин) [1].

Особое место среди неходжкинских лимфом занимают первичные лимфопролиферативные заболевания кожи [7,8]. В связи с гетерогенностью состава, их классификация всегда была сопряжена с рядом проблем и в настоящее время остается предметом дебатов. В 2005 году опубликована классификация WHO-EORTC, ставшая результатом совместного обсуждения рабочих групп этих организаций. Согласно этой классификации, выделяют Т- (75–80%) и В-клеточные (20–25%) лимфомы [3–6]. Среди В-клеточных лимфом выделены 2 варианта с индолентным течением: лимфома маргинальной зоны и центрофолликулярная лимфома, при которых основным методом лечения является лучевая терапия с общей 10-летней выживаемостью более 90%; и 2 варианта с промежуточной агрессивностью: диффузная В-крупноклеточная, тип с поражением нижних конечностей и диффузная В-крупноклеточная, другая. Общая 5-летняя выживаемость при этих лимфомах составляет 50%, и основным методом лечения является химиотерапия. Учитывая принципиальные различия в подходах к лечению центрофолликулярной и диффузной крупноклеточной лимфом, большие усилия направлены на разграничение именно этих 2 типов В-клеточных лимфом кожи.

Установлено, что центрофолликулярная лимфома может иметь диффузный характер роста, а диффузная крупноклеточная, тип с поражением нижних конечностей,

– может возникать не только на ногах. Что касается первичной кожной диффузной В-крупноклеточной лимфомы, другой, то к ней авторы классификации WHO-EORTC предложили относить лимфомы, не соответствующие ни центрофолликулярной, ни диффузной В-крупноклеточной лимфоме с поражением нижних конечностей. К этому типу кожных лимфом отнесен вариант, богатый Т-лимфоцитами, анапластический и плазмобластный варианты. Данный тип лимфом встречается исключительно редко, составляя, по данным немецко-австрийской группы по изучению кожных лимфом, всего 0,2% всех кожных лимфом (4 случая из 1905, зарегистрированных с 1986 по 2002 год) [6–8]. В большинстве последующих публикаций этот вариант не упоминается вообще.

В связи с этим, представляем клиническое наблюдение анапластического варианта первичной диффузной В-крупноклеточной лимфомы кожи.

Большая П., 62 лет обратилась в городской онкологический центр с жалобами на наличие опухолевидного образования в области волосистой части головы (рис. 1).

Образование представлено узлом грибовидной формы размерами 3,5×3,8×2,5 см с бугристой поверхностью синюшно-розового цвета с изъязвлением. Опухоль заметно увеличилась за последние полгода, после травмы. При обследовании, в том числе спиральной компьютерной томографии органов грудной и брюшной полостей, других очагов поражения не выявлено.

Для определения гистогенеза опухолевидного образования была произведена биопсия. При гистологическом исследовании в дерме определялся диффузный инфильтрат, состоящий преимущественно из центробластов и единичных иммунобластов с большим количеством митозов (рис. 1б,с).

Отмечен нодулярный характер роста опухоли. Среди опухолевого инфильтрата в небольшом количестве определяли малые лимфоциты. При иммуногистохимическом исследовании выявлен следующий иммунофенотип опухоли: CD3-, CD5-, CD45+, CD20+, CD79a+, CD30+, CD10-, CD23-, EMA-, Cyclin D1- (рис. 1d-g).

Индекс пролиферативной активности составил $\approx 80\%$ (рис. 1h). Количество bcl-2 позитивных клеток составило $\approx 30\%$. На основании гистологического и иммуногистохимического исследования, а также клинических данных выставлен диагноз первичной диффузной В-крупноклеточной лимфомы, анапластического варианта.

В связи с тяжелой сопутствующей патологией (ожирение 4 степени, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь) химиотерапию не проводили. Больная получила дистанционную лучевую терапию в дозе 40 Гр. В результате лечения достигнут полный регресс, причем выраженная положительная динамика наблюдалась уже в первые дни лечения. Однако через 2 месяца после окончания лечения выявлен новый очаг, располагающийся в волосистой части головы в 9 см от предыдущего и представляющий собой узел красноватой окраски размерами 2,0×1,5×0,7 см без изъязвления.

Приведенное клиническое наблюдение демонстрирует редкий случай анапластического варианта первичной диффузной В-крупноклеточной лимфомы кожи. В отличие от диффузной В-крупноклеточной лимфомы с поражением лимфатических узлов, данные лимфомы кожи протекают более благоприятно, имеют рецидивирующий характер течения и высокий процент 5-летней выживаемости. Высокая агрессивность опухоли требует особого подхода при выборе тактики лечебных мероприятий: проведение химиотерапии наряду с другими методами, что позволит избежать возникновение ранних рецидивов.

Развитие диагностических возможностей с введением молекулярных методов исследования расширяет возможности в диагностике редких случаев лимфопролиферативных заболеваний кожи.

Список литературы

1. Федоренко З.П. Рак в Україні, 2011 / З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко, Л.О. Гулак, С.Л. Горох, О.В. Сумкина, А.Ю. Рижов, Л.Б. Куценко // Бюлетень нац. канцер-реестру України. – К., 2011. – 117 с.
2. Armitage J. Lymphomas / Armitage J.; ed by Canellos G., Lister T.A., Sklar J.L., (1sted). – WB Saunders Company, 1998. – P. 439–449.
3. Clinical study of primary cutaneous B-cell lymphoma using both the European Organization for Research and Treatment of Cancer and World Health Organization classifications / L.M. Yap, R. Blum, P. Foley [et al]. // Australas J. Dermatol. – 2003. – Vol.44, №2. – P. 110–115.
4. European Organization for Research and Treatment of Cancer and recommendations for the management of cutaneous B-cell lymphomas International Society for Cutaneous Lymphoma consensus / H. Vermeer, S. Whittaker, R. Willemze [et al.] // Blood. – 2008. – Vol. 112. – P. 1600–1609.
5. TNM classification system for primary cutaneous lymphomas other than mycosis fungoides and Sezary syndrome: a proposal of the International Society for Cutaneous Lymphomas (ISCL) and the Cutaneous Lymphoma Task Force of the European Organization of Research and Treatment of Cancer (EORTC) / Y.H. Kim, R. Willemze, N. Pimpinelli [et al.] // Blood. – 2007. – Vol. 110. – P. 479–484.
6. WHO-EORTC classification for cutaneous lymphomas / R. Willemze, E.S. Jaffe, G. Burg [et al.] // Blood. – 2005. – Vol. 105. – P. 3768–3785.
7. Willemze R. Primary cutaneous lymphomas / Willemze R. – Annals of Oncology. – 2011. – Vol. 22. – P. iv72–iv75.
8. World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Skin Tumours / Edited by P.E. LeBoit, G. Burg, D. Weedon, A. Sarasin // IARC – Press: Lyon, 2006.

Сведения об авторах:

Антонюк С.В., к. мед. н., зав. патологоанатомическим отделением ДКОЦ.

Яблунувский В.А., врач-онколог ДКОЦ.

Пробачай В.И., врач-онкохирург, зам. главного врача ДКОЦ.

Цоцко В.В., врач-патологоанатом ДКОЦ.

Суевалов О.Г., врач-онкохирург ДКОЦ.

Адрес для переписки:

Антонюк Степан Васильевич. 49100, г. Днепропетровск, ул. Космическая, 21.

Тел.: (097) 439 76 16.

E-mail: ant_sv01@mail.ru

Надійшла в редакцію 28.02.2012 р.

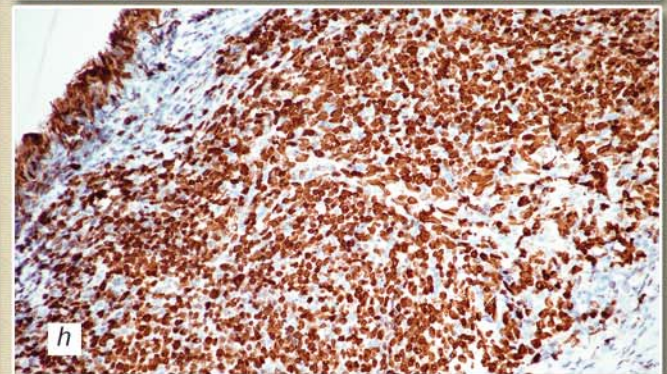
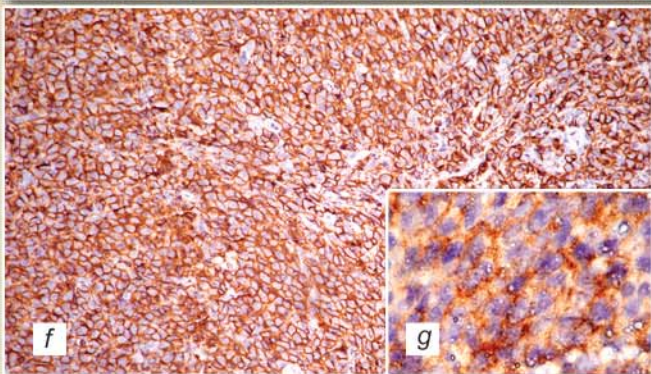
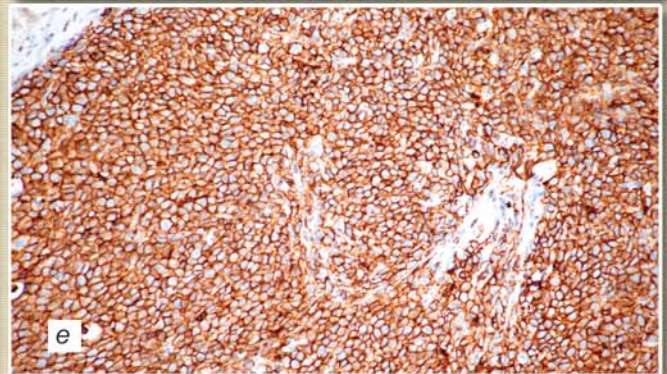
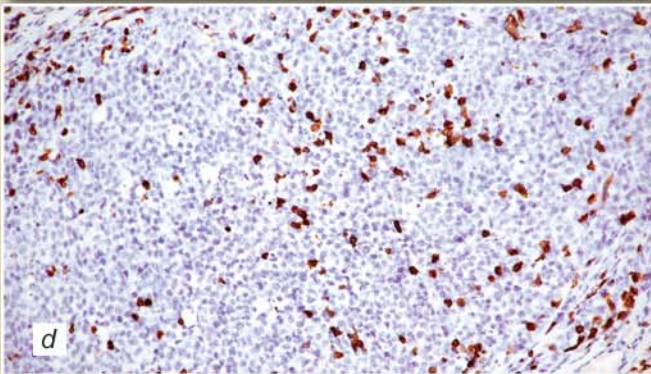
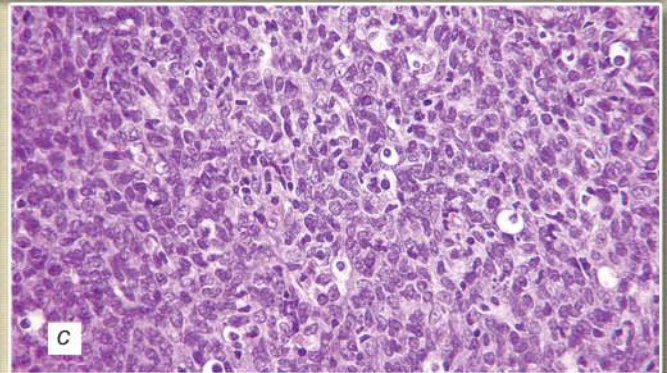
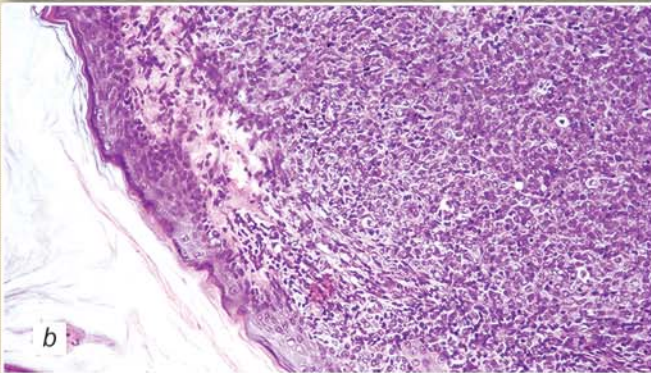


Рис. 1. Первичная диффузная В-крупноклеточная лимфома кожи: а – внешний вид; б,с – окраска гематоксилин-эозином, х200 (б), х400 (с); д – CD3, х200; е – CD45, х200; ф – CD20, х200; г – CD30, х400; h – Ki-67, х200; иммунопероксидазный метод.

(Рис. 1–4 к статье С.В. Антонюка, В.А. Яблуновского, В.И. Пробачай, В.В. Цоцко, О.Г. Суевалова «Первичная диффузная В-крупноклеточная лимфома кожи, анапластический вариант», с. 103–104)