

УДК616.24-006.444-06:616.155.392.2-02]-091.8

В.С. Тимошенко, О.Г. Полушин, В.И. Колесников

СЛУЧАЙ ДИМОРФНОЙ ЛИМФОИДНО-РЕТИКУЛЯРНОЙ САРКОМЫ ЛЕГКОГО С ТРАНСФОРМАЦИЕЙ В ЛИМФОИДНЫЙ ЛЕЙКОЗ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: диморфные опухоли, гистогенез.

С учетом новых достижений в сфере изучения дифференцировочных потенций стволовых клеток и их пластичности возникает возможность более широкого применения в практике обозначений опухолей диморфного гистогенеза. В контексте этого можно остановиться на обоснованности исключения из классификаций лимфопролиферативных заболеваний такого ранее существовавшего вида, как лимфоретикулосаркома. Сторонники исключения последней из классификаций лимфом указывают на разность клонов лимфоидного и ретикулярного ростков, однако показанная в лабораторных условиях пластичность гемопоэтических стволовых клеток подразумевает нестабильность их линейной дифференцировки. Так, в лабораториях засвидетельствовано наличие макрофагальных и дендритных клеток в колониях, образованных лимфоидными предшественниками. Более того, обнаружено, что стволовые клетки негемопоэтических тканей способны дифференцироваться в клетки крови [2]. Сенсационными явились сообщения о «неортодоксальной» пластичности фибробластов и их трансформации в стволовые клетки крови и негемопоэтических тканей — кардиомиоциты, скелетные мышцы, астроциты и другие клетки.

Ранее лимфоретикулосаркома обозначалась как опухоль лимфоидной ткани, в основном лимфатических узлов, содержащая лимфоидный и стромальный опухолевые ростки [3]. В настоящее время выделяют большое количество Т- и В-клеточных лимфом [5]. Ретикулоцит — понятие собирательное, объединяющее 4 типа клеток: «ординарные» фагоциты, интердигитирующие гистиоциты, дендритические и фибробластические клетки. Злокачественные опухоли из этих клеток относят к гистиоцитарным саркомам, и они очень редки даже в лимфатических узлах [4]. Диморфная лимфоидно-ретикулярная саркома с локализацией первичного опухолевого узла в легком казуистически редка [1]. В связи с этим приводим собственное наблюдение.

У женщины 75 лет жалобы появились за две недели до поступления в стационар, когда произошла кратковременная потеря сознания, появилась заторможенность, боль в грудной клетке справа, сухой кашель, повышение температуры тела до 39°C. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы субиктеричные. Дыхание жесткое, справа

ослабленное, с влажными хрипами. Через несколько часов больная скончалась. Анализ крови в истории болезни отсутствовал. В биохимических анализах при нормальных показателях сахара и билирубина в крови отмечено повышение мочевины до 11 ммоль/л. В моче — белок 1,32 г/л и единичные лейкоциты. Посмертный клинический диагноз: «Правосторонняя пневмония. Токсическая энцефалопатия».

На аутопсии правое легкое плотно-эластичное с морщинистой поверхностью. В висцеральной и париетальной плевре справа множество белесоватых бляшковидных и узелковых утолщений. На разрезе на латеральной поверхности субплеврально в нижней доле расположен плотно-эластический узел белесовато-серого цвета около 3 см в диаметре с нечеткой границей и расходящимися от него белесоватыми узкими тяжами. В плевральной полости 1200 мл мутной желтоватой жидкости с белыми хлопьями. Прикорневые и бифуркационные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, на разрезе сочные, серо-черные. Селезенка размерами 11х8х4,5 см, массой 170 г, на разрезе фиолетово-красного цвета с небольшим кровавым соскобом. Красный костный мозг грудины тускло-красного цвета умеренной сочности. Печень массой 1540 г, тускло-коричневого цвета. Головной мозг мягко-тестоватой консистенции с одиночными очагами серого размягчения до 0,5 см в диаметре. Остальные органы обычного вида с признаками дистрофических изменений.

При гистологическом исследовании основной узел в легком и бляшковидные образования на плевре представлены опухолевыми пролифератами атипичных, довольно крупных клеток с плохо контурируемой цитоплазмой и овальными или веретеновидными гиперхромными ядрами. Встречались клетки с плеоморфными и гигантскими ядрами. В меньшем количестве были видны клетки, соответствующие лимфобластам и лимфоцитам разной зрелости (рис. 1, а). Серебрение микропрепаратов по Фулу показало наличие разветвленного аргирофильного каркаса (рис. 1, б), что позволило определить основу опухоли как ретикулосаркому с лимфосаркоматозным компонентом. В лимфатических узлах, селезенке, красном костном мозге на фоне стертости архитектоники была видна пролиферация атипичных лимфобластов, иммунобластов, ретикулярных клеток. В расширенных сосудах легких среди эритроцитов найдены полиморфные клетки лимфоидного типа с примесью полигональных клеток с «отростчатými» ядрами (рис. 1, в). В оболочках головного мозга, в основном в просвете сосудов, — обилие лимфобластов и атипичных лимфоцитов. В портальных трактах и межбалковой строме печени характерная для лимфолейкоза инфильтрация из полиморфных клеток лимфоидного ряда и иммунобластов (рис. 1, г). В строме почек, напротив, — очажки с преобладанием вытянутых и полигональных ретикулоподобных клеток. Таким образом, был установлен морфологический диагноз, вынесенный в заглавие данной статьи.

Известно, что современные морфологические методики позволяют идентифицировать конкретные клоны и диффероны клеток, однако в данном случае и на светооптическом уровне достаточно четко видны как стромальные, так и лимфоидные опухолевые ростки, сплетающиеся в легком в единый конгломерат, а в органах — разноклоновое метастазирование. Исходя из этого, по поводу правомочности диагноза лимфоретикулосаркомы, перефразируя выражение известного средневекового астронома, можно сказать: «А все-таки она существует». Исключение же этой опухоли из классификаций лимфом, вероятно, обосновано не только диморфностью гистогенеза, но и большой редкостью.

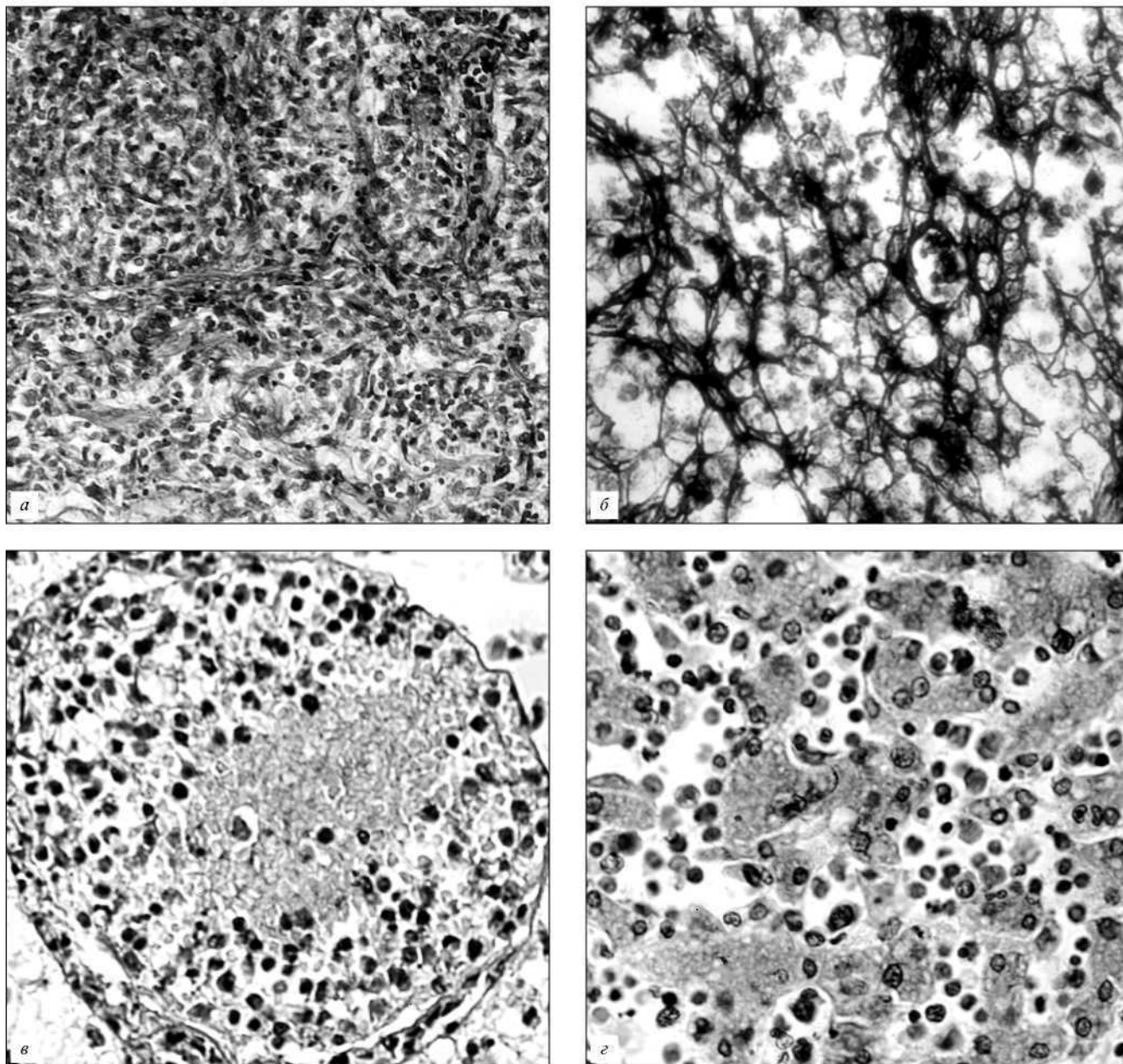


Рис. 1. Диморфная лимфоидно-ретикулярная саркома.

а - очаг в легком, представленный вытянутыми ретикулярными и округлыми лимфоидными клетками, $\times 200$; б - аргирофильный ретикулярный каркас вокруг опухолевых клеток в легком, $\times 400$; в - лимфоидный эмбол с примесью ретикулярных клеток в просвете сосуда, $\times 300$; з - лимфоидные инфильтраты в межбалковой строме печени, $\times 400$. а, в, з — окр. гематоксилином и эозином, б — серебрение по Футу.

Литература

1. Ариэль Б.М., Крутикова М.Ф., Файнберг Г.И., Левен Ж.Л. // Труды ленинградского научного общества патологоанатомов. — Вып. 26. — Л.: Медицина, 1983. — С. 25-27.
2. Владимирская Е.Б., Румянцев А.Г. // Вопросы гематологии, онкологии и иммунологии в педиатрии. — 2002. — Т. 1, № 1. — С. 7-11.
3. Головин Д.И. Ошибки и трудности гистологической диагностики опухолей. — Л.: Медицина, 1982.
4. Павловская А.И., Букаева И.А., Смирнов А.В. // Арх. патол. — 1998. — № 4. — С. 14-19.
5. Пробатова Н.А., Тулицын Н.Н., Флейшман Е.В. // Арх. патол. — 1997. — № 4. — С. 65-77.

Поступила в редакцию 14.03.05.

A CASE OF DIMORPHOUS LYMPHOID RETICULAR PULMONARY SARCOMA TRANSFORMED INTO LYMPHOID LEUCOSIS

V.S. Timoshenko, O.G. Polushin, V.I. Kolesnikov
Vladivostok State Medical University

Summary — The paper provides a medical practice case of the compound lung tumour detected in a woman aged 75. The major node tissue was characterised by atypical lymphoid and reticular cells. Progressive oncological process resulted in its spreading as a chronic lymphatic leukaemia. Tumour infiltrations in various organs were mainly composed of either lymphoid or reticular elements. The authors discuss the relevancy of diagnosing lymphoreticulosarcoma as a rare dimorphous tumour.

Pacific Medical Journal, 2005, No. 2, p. 84-85.