Дэлүү давамгай хамрагдсан том В эсийн тархмал лимфом

С.Энхсайхан[1], Ж.Эрдэнэтуяа[1], О. Мөнхбат[1], Б.Дэмбэрэлмаа[1], Т.Эрдэнэчимэг[1], П.Уугантуяа[1], Б.Цэндсүрэн[2], Б.Батдэлгэр[3]

[1]УГТЭ, Эрчимт эмчилгээний нэгдсэн тасаг
[2]УГТЭ, Эмнэлзүйн Лавлагаа Лаборатори,
[3]УГТЭ, Ерөнхий мэс заслын тасаг
Цахим шуудан: Enkh.samdan@gmail.com, Утас: 99072844

Түлхүүр үг:

Том В эсийн тархмал лимфом
Ходжкины бус лимфом
Спленомегали
Тромбоцитопени
Шалтгаан тодорхойгүй халуурал

Товч утга:

Удиртгал: Том В эсийн тархмал лимфом нь В лимфоцитын гаралтай, түргэн даамжрах явцтай Ходжкины бус лимфомын түгээмэл дэд хэлбэр юм. Эмнэлзүйд ихэвчлэн тунгалгийн зангилаа томрол, халууралт, шөнө хөлрөлт, жин бууралт зэрэг “В” хам шинжээр илэрдэг боловч зарим тохиолдолд тунгалгийн зангилаанаас гаднах эрхтэн, тухайлбал дэлүү давамгай хамрагдан өвөрмөц бус шинжээр илэрч оношилгоог хүндрүүлдэг. **Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга:** 36 настай эрэгтэй эмчлүүлэгч шалтгаан тодорхойгүй өндөр халууралт, амьсгаадалт, бие сульдал, хөлрөлт, 1 сарын хугацаанд 7–8 кг жин бууралттайгаар эмнэлэгт хандсан. Үзлэг, шинжилгээнд дэлүү 15×20×20 см хэмжээтэй үлэмж томорсон, давшингуй тромбоцитопени, цус багадалт, CRP болон ЛДГ өндөрсөлт илэрсэн. Энэхүү тохиолдол нь том В эсийн тархмал лимфом өөрөө Ходжкины бус лимфомын түгээмэл хэлбэрт хамаарах боловч дэлүү давамгай хамрагдаж, 15×20×20 см хэмжээний үлэмж спленомегали, эмчилгээнд тэсвэртэй халууралт, давшингуй тромбоцитопени, дэлүүний шигдээс төст дүрс оношилгооны өөрчлөлтөөр илэрсэн нь эмнэлзүйн хувьд ховор, оношилгооны сорилттой тохиолдол юм. **Оношилгоо:** Дэлүүний голомтот өөрчлөлт, дэлүүний шигдээс сэжиглэгдсэн тул дэлүү авах мэс засал хийгдэж, дэлүүний эдийн гистологи болон иммуногистохимийн шинжилгээгээр CD20+, CD79a+, BCL2+, CD3−, CD8−, CD30−, ALK− илэрч үндсэн оношлох том В эсийн тархмал лимфом батлагдсан. **Дүгнэлт:** Шалтгаан тодорхойгүй, эмчилгээнд тэсвэртэй халууралт, үлэмж спленомегали, тромбоцитопени, LDH болон үрэвслийн идэвхийн үзүүлэлтүүдийн өндөрсөлт хавсарсан үед халдварын шалтгаанаас гадна лимфопролифератив эмгэгийг эрт сэжиглэх шаардлагатай. Эдийн гистологи болон иммуногистохимийн шинжилгээ оношийг баталгаажуулахад шийдвэрлэх ач холбогдолтой.

Удиртгал: Том В эсийн тархмал лимфом (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) нь В эсийн гаралтай түргэн даамжрах лимфоид хавдар бөгөөд Ходжкины бус лимфомын хамгийн түгээмэл хэлбэрүүдийн нэг юм. DLBCL нь нийт Ходжкины бус лимфомын ойролцоогоор 25–35%-ийг эзэлдэг. Эмнэлзүйн илрэл нь хавдрын байршил, эрхтэн хамралт, хавдрын биологийн идэвхээс хамааран харилцан адилгүй байдаг. DLBCL-ийн үед тунгалгийн зангилаа хурдан томрох, халуурах, шөнө хөлрөх, жин буурах, ядрах зэрэг “В” шинжүүд илэрч болно. Зарим тохиолдолд өвчин тунгалгийн зангилаанаас гадуур байрлаж, дэлүү, элэг, ясны чөмөг, ходоод гэдэсний зам, төв мэдрэлийн тогтолцоо зэрэг эрхтнийг хамарна. Дэлүү давамгай хамрагдсан үед халууралт, цитопени, үрэвслийн маркерийн ихсэлт зэрэг өвөрмөц бус шинж давамгайлж, үжил, сүрьеэ, аутоиммун эмгэг, дэлүүний шигдээс зэрэг өвчнүүдтэй төстэй илэрдэг.

Бид энэхүү өгүүлэлд шалтгаан тодорхойгүй халууралт, үлэмж хэмжээний дэлүү томрол, давшингуй тромбоцитопени, LDH болон CRP-ийн өндөрсөлтөөр илэрч, дэлүүний эдийн гистологи болон иммуногистохимийн шинжилгээгээр том В эсийн тархмал лимфом батлагдсан эмнэлзүйн ховор тохиолдлыг танилцуулж байна.

Эмнэлзүйн тохиолдлын танилцуулга: Эмчлүүлэгч Г, 36 настай, эрэгтэй. 2026 оны 3 дугаар сарын эхээр

ханиалгах, бие зарайх, 38°C хүртэл халуурах, бие сульдах, хөлрөх зовуурь илэрч, эмнэлэгт уушгины хатгаа оношоор 14-15 хоног эмчлүүлсэн. Гэвч амьсгаадалт нэмэгдэж, халууралт үргэлжилсэн тул онош тодруулахаар шатлал ахиулан ирсэн.

Өвчний түүхээс: 2025 онд чихрийн шижин оношлогдсон боловч тогтмол хяналтгүй, эмийн хэрэглээ тогтворгүй, цусан дахь глюкоз 20 ммоль/л хүртэл ихэсч байсан өгүүлэмжтэй. Мөн 2025 онд уушгины хатгаагаар эмчлүүлж байсан. Нэг жилийн өмнө элэгний B вируст халдвартай гэж оношлогдсон. Сүүлийн 1 сар гаруй хугацаанд 7-8 кг жин буурсан.

Эмнэлэгт ирэх үед биеийн байдал хүнд, халуун бууруулах эмчилгээнд тэсвэртэй, 40°C хүртэл өндөр халууралттай байв. Үжил болон халдварын голомтыг илрүүлэх зорилгоор нян судлал, вирусологи, сүрьеэгийн шинжилгээ, дүрс оношилгоо хийгдсэн боловч дэлүү томролоос өөр тодорхой халдварын голомт илрээгүй. Аутоиммун болон цусны хавдрын шалтгааныг тодруулах нэмэлт шинжилгээнүүд хийгдсэн.

Оношилгоо:
Лабораторийн шинжилгээ: Цусны ерөнхий шинжилгээнд гипохром микроцитын хөнгөн зэргийн цус багадалт, давшингуй гүнзгийрсэн тромбоцитопени, СОЭ уртассан өөрчлөлт ажиглагдсан. Эмчилгээний явцад гемоглобин 10.8 г/дл-ээс 6.7 г/дл хүртэл, тромбоцит 114×10⁹/л-ээс 24×10⁹/л хүртэл буурсан (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1. Цусны ерөнхий шинжилгээний гол үзүүлэлтийн динамик

Үзүүлэлт	IV/02	IV/08	IV/13	IV/19	IV/21	IV/23
WBC	6.09	7.03	18.63	13.24	10.69	7.70
RBC	4.19	3.83	3.65	2.89	2.46	2.87
HGB	10.8	9.7	9.5	7.5	6.7	7.9
HCT	32	28.4	28.9	22.5	19.3	22.7
PLT	114	76	45	31	25	24
СОЭ	57	58	34	41	30	20

Биохимийн шинжилгээнд нийт уураг болон альбумин буурч, CRP тогтвортой өндөр буюу 162.27–261.55 мг/л, LDH 676–1175 U/L хүртэл ихэссэн. ASAT давамгай цитолиз, GGT ихсэлт, гипергликеми ажиглагдсан. Ирэх үед креатинин 155.8 мкмоль/л байсан боловч явцад буурч бөөрний үйл ажиллагаа засарсан (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2. Биохимийн шинжилгээний гол үзүүлэлтийн динамик

Үзүүлэлт	IV/02	IV/08	IV/13	IV/19	IV/21	IV/23
Total protein	55.6	51.1	46.1	44.2	40.6	43
Albumin	24.1	20.2	20.3	18.7	17.6	21.5
ASAT	48.2	103.2	102.6	—	146.6	203.2
Creatinine	155.8	98.7	—	—	59.0	64.1
CRP	198.8	237.8	261.55	190.8	181.01	162.27
LDH	766	1175	875	808	676	—
GGT	224	403	381	480.2	—	—
Glucose	11.2	4.2	7.0	8.1	9.5	11.2

Коагулограммд INR 1.67 хүртэл, APTT 55.9 секунд хүртэл уртасч, D-димер 10,000-аас дээш хэмжээнд ихэссэн нь үрэвсэл, хавдрын идэвх, бүлэгнэлтийн тогтолцооны алдагдал хавсарсныг илтгэж байв.

Аутоиммун шинжилгээ, олон эмэнд тэсвэржсэн бичил биет илрүүлэх ПГУ, Varicella zoster, Herpes simplex 1/2, Cytomegalovirus, Epstein–Barr virus зэрэг вирусийн шинжилгээнд онош батлах өөрчлөлт илрээгүй. Ходоодны угаадас, шээс, цэр, цусны ариун чанарын шинжилгээнд сүрьеэ болон бактерийн идэвхтэй халдвар нотлогдоогүй.

Ясны чөмөгний шинжилгээнд эсжилт багатай, бласт 4 орчим хувь, миелоид эгнээ бага зэрэг цөөрсөн, эритроид эгнээний төлжилт харьцангуй хадгалагдсан, мегакариоцитийг үнэлэх боломж хязгаарлагдмал гэж дүгнэсэн.

Оношилгоо:
Багажийн шинжилгээ: Хэвлийн тодосгогчтой КТ шинжилгээнд дэлүү үлэмж томорсон буюу 15×20×20 см хэмжээтэй тодорхойлогдсон. Дэлүүний паренхимд том нь 78×31 мм хэмжээтэй, зах хязгаар тод, бүх фазад тодосгогч бодисын шингээлтгүй гиподенс голомтууд илэрсэн нь эхний шатанд дэлүүний шигдээсийг сэжиглүүлэх үндэслэл болсон. Мөн элэгний хөнгөн зэргийн өөхжилт, зүүн бөөрний дээд булчирхайн гиперплази сэжигтэй өөрчлөлт ажиглагдсан.

Цээжний тодосгогчтой КТ-д уушгинд идэвхтэй нэвчдэс өөрчлөлтгүй, баруун болон зүүн доод дэлбэнд фиброз өөрчлөлт, баруун дээд дэлбэнд жижиг эмфизем, голтын паратрахеал болон субкаринал байрлалтай 8×12 мм хүртэл хэмжээний тунгалгийн булчирхайн томрол тодорхойлогдсон. Уушгины артерийн бүлэн илрээгүй. Зүрхний ЭХО-д зүүн ховдлын агших чадвар

хэвийн, EF 73%, перикардын шингэнгүй, уушгины артерийн даралт хэвийн, диастолын үйл ажиллагааны I хэлбэрийн алдагдалтай байв. Ходоодны дуранд гарах хэсгийн салстын өнгөц үрэвсэл, хатингаршлын шинж илэрсэн бөгөөд улаан хоолойн венийн өргөсөлтийн хандлага тэмдэглэгдсэн. Ходжкины бус лимфомын оношилгоонд эдийн гистологи болон иммуногистохимийн шинжилгээ шийдвэрлэх ач холбогдолтой. Иммуногистохимийн шинжилгээ нь зөвхөн лимфомын оношийг баталгаажуулахаас гадна хавдрын эсийн гарал, дархлаа-фенотип, дэд хэлбэрийг ялган оношлох боломж олгодог.

Уг тохиолдолд дэлүүнээс авсан эдийн шинжилгээнд хэвийн бүтэц алдагдаж, лимфоид гаралтай хавдрын нэвчдэс тодорхойлогдсон. Иммуногистохимийн шинжилгээгээр хавдрын эсүүд CD20+, CD79a+, BCL2+ эерэг, CD3−, CD8−, CD30−, ALK− сөрөг илэрсэн. Энэхүү дархлаа-фенотип нь В эсийн гаралтай Ходжкины бус лимфомтой нийцэж, гистологи шинжилгээтэй хамтатган том В эсийн тархмал лимфом оношийг баталгаажуулсан.

Үндсэн онош**:** Том В эсийн тархмал лимфом.

Эмчилгээ ба явц: Эмчлүүлэгчид өндөр халууралт, үрэвслийн идэвх, тромбоцитопени, цус багадалт, бүлэгнэлтийн өөрчлөлт, чихрийн шижингийн хяналт зэрэгт чиглэсэн дэмжих болон шинж тэмдгийн эмчилгээ хийгдсэн. Халдварын голомт тодруулах шинжилгээнүүд хийгдэж, шаардлагатай үед халдварын эсрэг эмчилгээ, шингэн сэлбэлт, хүчилтөрөгч эмчилгээ, цусны бүрэлдэхүүн нөхөх эмчилгээний заалтыг үнэлсэн. Дэлүүний голомтот өөрчлөлт, дэлүүний шигдээс сэжигтэй байдлын улмаас дэлүү авах мэс засал хийгдсэн. Мэс заслын дараах эхний 7 хоногт халууралт намдсан боловч цаашид дахин өндөр халууралт илэрсэн. Эдийн шинжилгээний хариу 14 дэх хоногт гарч, Ходжкины бус лимфом батлагдсаны дараа эмчлүүлэгчийг цусны хавдрын нарийн мэргэжлийн тусламж, хими-дархлаа эмчилгээний асуудлыг шийдвэрлүүлэхээр Улсын нэгдүгээр төв эмнэлгийн Цусны эмгэг судлалын тасагт шилжүүлсэн.

Хэлцэмж: Энэхүү тохиолдлын онцлог нь 36 настай харьцангуй залуу эрэгтэйд том В эсийн тархмал лимфом нь тунгалгийн зангилааны илэрхий томролоос илүүтэйгээр шалтгаан тодорхойгүй, эмчилгээнд тэсвэртэй халууралт, үлэмж спленомегали, давшингуй тромбоцитопени, LDH болон CRP-ийн өндөрсөлтөөр илэрсэнд оршино. DLBCL нь түргэн даамжрах явцтай, тунгалгийн зангилаанаас гаднах эрхтнийг хамрах боломжтой тул эмнэлзүйн илрэл олон янз байдаг.[3,8,9] Дэлүү 15×20×20 см хүртэл үлэмж томорсон нь ердийн спленомегалиас илүүтэй массив спленомегалийн шинжтэй бөгөөд халууралт, тромбоцитопени, LDH-ийн өндөрсөлттэй хавсарсан нь лимфопролифератив эмгэгийг сэжиглэх чухал эмнэлзүйн дохио болсон.[6-8] Гэвч өндөр халууралт, CRP-ийн ихсэлт, D-димерийн өндөр түвшин, дэлүүний гиподенс голомтууд нь эхний шатанд үжил, халдвар, сүрьеэ, дэлүүний шигдээс зэрэг оношийг сэжиглүүлэх үндэслэл болж байв. Тромбоцитопени нь дэлүүний хэт үйл ажиллагаа, ясны чөмөгний дарангуйлал, хавдрын системийн нөлөө, үрэвсэл-бүлэгнэлтийн идэвхжил зэрэг олон хүчин зүйлтэй холбоотой байж болно.[3,6,7] Энэхүү тохиолдолд тромбоцитопени давшингуй гүнзгийрсэн, LDH өндөр, гипоальбуминеми, цус багадалт хавсарсан нь системийн идэвхтэй эмгэгийн илэрхийлэл байв.[3,8,9] Дэлүүний эдийн шинжилгээ, ялангуяа иммуногистохимийн CD20 болон CD79a эерэг илрэл нь хавдрын В эсийн гаралтайг нотолж, CD3, CD8 зэрэг Т эсийн маркерууд сөрөг байсан нь ялган оношилгоонд чухал ач холбогдолтой.[4,5,8] CD30 болон ALK сөрөг гарсан нь зарим бусад лимфоид хавдраас ялгахад тусалсан.[4,5,9] Иймд шалтгаан тодорхойгүй халууралт, спленомегали, тромбоцитопени хавсарсан үед эдийн оношилгоог эрт төлөвлөх нь оношилгооны хугацааг богиносгоход ач холбогдолтой.[1,2,6]

Дүгнэлт: Шалтгаан тодорхойгүй, эмчилгээнд тэсвэртэй халууралт, дэлүү томрол, тромбоцитопени, LDH болон CRP өндөрсөлт хавсарсан үед халдварын шалтгаанаас гадна лимфопролифератив эмгэгийг эрт сэжиглэх шаардлагатай. Дэлүү давамгай хамрагдсан том В эсийн тархмал лимфом нь дэлүүний шигдээс, үжил, сүрьеэ, аутоиммун эмгэгтэй төстэй илэрч болдог тул ялган оношилгоог өргөн хүрээнд хийх нь зүйтэй. Гистологи болон иммуногистохимийн шинжилгээ нь оношийг баталгаажуулах үндсэн арга бөгөөд CD20+, CD79a+ илрэл нь В эсийн гаралтай лимфомыг нотлоход чухал ач холбогдолтой. Олон мэргэжлийн багийн хамтарсан үнэлгээ, цусны хавдрын нарийн мэргэжлийн тусламжид эрт шилжүүлэх нь оношилгоо, эмчилгээний үр дүнд нөлөөлнө.

Ном зүй:

1. *Gagnier JJ, Kienle G, Altman DG, Moher D, Sox H, Riley D, CARE Group. The CARE guidelines: consensus-based clinical case report guideline development. J Clin Epidemiol. 2014;67(1):46-51. doi:10.1016/j.jclinepi.2013.08.003.*
2. *CARE Case Report Guidelines. CARE Checklist. CARE Statement. Available from: https://www.care-statement.org/checklist. Accessed April 29, 2026.*
3. *Padala SA, Kallam A. Diffuse Large B-Cell Lymphoma. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Available from: NCBI Bookshelf.*
4. *Taybi M, Bouguenouch L, Berrada N, Rais F, Benjelloun A, Ait El Cadi M, et al. Diffuse Large B Cell Lymphoma: Immunohistochemical Classification According to Hans Algorithm and Association With Outcome in a Moroccan Institution. Clinical Pathology. 2024;17:2632010X241289778. doi:10.1177/2632010X241289778.*
5. *Szumera-Ciećkiewicz A, Rymkiewicz G, Grygalewicz B, Jesionek-Kupnicka D, Gruchała A, Ziarkiewicz-Wróblewska B, et al. Comprehensive histopathological diagnostics of aggressive B-cell lymphomas based on the updated criteria of the World Health Organisation's 2017 classification. Pol J Pathol. 2018;69(1):1-19. doi:10.5114/pjp.2018.75332.*
6. *Ingle SB, Hinge Ingle CR. Primary splenic lymphoma: Current diagnostic trends. World J Clin Cases. 2016;4(12):385-389. doi:10.12998/wjcc.v4.i12.385. Khalid S, Daw H, Daw H. Primary splenic diffuse large B-cell lymphoma: a rare case of massive splenomegaly and thrombocytopenia. Case Rep Oncol Med. 2018;2018:1-4. doi:10.1155/2018/4303975.*
7. *Neves NM, Afonso R, Pereira C, Ferreira M, Ribeiro J. Primary Splenic Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Case Report. Cureus. 2023;15(7):e41977. doi:10.7759/cureus.41977.*

8. Kurz KS, Ott G, Rosenwald A. Large B-cell lymphomas in the 5th edition of the WHO-classification of haematolymphoid neoplasms—updated classification and new concepts. Cancers (Basel). 2023;15(8):2285. doi:10.3390/cancers15082285.

9. National Comprehensive Cancer Network. NCCN Guidelines for Patients: Diffuse Large B-Cell Lymphomas. Version 2025. Plymouth Meeting, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2025. Available from: NCCN.

Splenic Predominant Diffuse Large B-Cell Lymphoma: A Rare Case Report

Enkhsaikhan S[1], Erdenetuya J[1], Demberelmaa B[1], Erdenechimeg T[1], Uugantuya P[1], Tsendsuren B[2], Batdelger B[3]

[1]Department of Integrated Intensive Care, Third State Central Hospital, Mongolia
[2]Clinical Reference Laboratory, Third State Central Hospital, Mongolia
[3]Department of General Surgery, Third State Central Hospital, Mongolia
E-mail: Enkh.samdan@gmail.com, Tel: +976-99072844

Abstract:

Background: Diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) is a common subtype of non-Hodgkin lymphoma of B-lymphocyte origin, characterized by an aggressive clinical course. Clinically, it most often presents with lymphadenopathy and "B symptoms," including fever, night sweats, and weight loss. However, in some cases, the disease predominantly involves extranodal organs, such as the spleen, and may present with nonspecific manifestations, thereby posing a diagnostic challenge.

Case presentation: A 36-year-old male patient presented with high-grade fever of unknown origin, dyspnea, generalized weakness, sweating, and a 7–8 kg weight loss over one month. Clinical evaluation and laboratory investigations revealed massive splenomegaly measuring 15 × 20 × 20 cm, progressive thrombocytopenia, anemia, and elevated C-reactive protein and lactate dehydrogenase levels. Diagnostic workup for infection, tuberculosis, viral infection, and autoimmune disease did not reveal findings sufficient to establish an alternative diagnosis. Because focal splenic lesions and suspected splenic infarction were identified, splenectomy was performed. Histopathological and immunohistochemical examination of the splenic tissue demonstrated CD20+, CD79a+, BCL2+, CD3−, CD8−, CD30−, and ALK− expression, confirming the final diagnosis of diffuse large B-cell lymphoma. Although DLBCL itself is a common form of non-Hodgkin lymphoma, this case is clinically rare and diagnostically challenging because it presented with predominant splenic involvement, massive splenomegaly measuring 15×20×20 cm, treatment-resistant fever, progressive thrombocytopenia, and imaging findings mimicking splenic infarction.

Conclusion: In patients presenting with fever of unknown origin that is resistant to treatment, massive splenomegaly, thrombocytopenia, elevated LDH, and increased inflammatory markers, lymphoproliferative disorders should be considered early in the differential diagnosis in addition to infectious causes. Histopathological and immunohistochemical examination play a crucial role in confirming the diagnosis.

Keywords: Diffuse large B-cell lymphoma, Non-Hodgkin lymphoma, Splenomegaly, Thrombocytopenia, Fever of unknown origin.