*Case Report*

# Presenting a case of primary splenic diffuse large B-cell lymphoma

**Ehsani M[1,2*], Moeeni M[3]**

1- Infectious Diseases Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
2- Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.
3- Student Research Committee, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, I. R. Iran.

Received, June 20, 2015; Accepted, October 19, 2015

## Abstract:

**Background:** Primary splenic lymphoma approximately comprises 2% of all Non-Hodgkin's lymphomas. Diffuse large B cell lymphoma, a rare disease, is responsible for 33% of primary splenic lymphomas. In this study a case of primary splenic diffuse large B-cell lymphoma is reported.

**Case Report:** The case is a 57 years old woman admitted because of weakness, malaise, abdominal fullness, early satiety and weight loss and no lymphadenopathy. Except for huge splenomegaly, no significant finding was found on her physical examination.

No positive finding was found for infections and inflammatory diseases in virology and serology tests. Bone marrow aspiration and biopsy were hypercellular. Except for huge spelenomegaly, central lymphadenopathy was not seen in chest and abdominopelvic CT. The patient had anemia, elevated ESR, CRP, and LDH.

Based on findings, a diagnostic-therapeutic splenectomy was planed. Pathology tests reported a non-hodgkin's diffuse large B cell lymphoma with a positive CD20 in mmunohistochemistry. Following spelenectomy the patient received chemotherapy (R-CHOP) regimen.

**Conclusion:** In classical approach to splenomegaly, after ruling out any common causes, primary splenic lymphoma must be kept in mind. Splenectomy in these patients is considered not only as a diagnostic, but also a therapeutic attempt.

**Keywords:** Splenic lymphoma, Non-hodgkin's lymphoma, Diffuse large B cell lymphoma

* **Corresponding Author.**
**Email:** ehsanimajid21@gmail.com
**Tel:** 0098 912 330 6384
**Fax:** 0098 315 554 8900

Conflict of Interests: ***No***

***Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, April, 2016; Vol. 20, No 1, Pages 96-99***

***Please cite this article as*:** Ehsani M, Moeeni M. Presenting a case of primary splenic diffuse large B-cell lymphoma. ***Feyz*** 2016; 20(1): 96-9.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11 ]

# معرفی یک مورد لنفوم طحالی اولیه از نوع سلول بزرگ منتشر B

مجید احسانی[۱و۲*]، مسعود معینی[۳]

**خلاصه:**

**سابقه و هدف:** لنفوم اولیه طحالی حدود ۲ درصد تمامی فرم‌های غیرهوچکین لنفوم را شامل می‌شود. ۳۳ درصد لنفوم‌های اولیه طحالی (۰/۶۶ درصد کل لنفوم‌های غیرهوچکین) از نوع لنفوم منتشر سلول‌های بزرگ B (Diffuse large B cell lymphomas) می‌باشد که یک بیماری نادر است. در اینجا یک مورد لنفوم طحالی اولیه از نوع سلول بزرگ منتشر B گزارش می‌شود.

**معرفی بیمار:** بیمار خانم ۵۷ ساله‌ایی است که با ضعف و بی‌حالی، احساس پری شکم، سیری زودرس، و کاهش وزن مراجعه کرده و در معاینه لنفادنوپاتی نداشت و به‌جز اسپلنومگالی نکته دیگری مشاهده نشد. در بررسی‌های انجام شده با آزمایشات ویرولوژی و سرولوژی نکته مثبتی به نفع بیماری‌های عفونی و التهابی یافت نشد. آسپیراسیون مغز استخوان پرسلولی را نشان داد و در سی‌تی اسکن قفسه سینه، شکم و لگن لنفادنوپاتی مرکزی یافت نشد و فقط اسپلنومگالی شدید دیده شد. بیمار آنمی لکوپنی، ESR، CRP و LDH افزایش یافته داشت. باتوجه به نتایج بررسی‌ها، بیمار تحت اسپلنکتومی تشخیصی-درمانی قرار گرفت و پاتولوژی لنفوم طحالی غیر-هوچکین از نوع سلول‌های بزرگ منتشر B را گزارش کرد که در بررسی IHC نیز CD20 مثبت داشت. بیمار پس از جراحی با کموتراپی (رژیم R-CHOP) تحت درمان قرار گرفت.

**نتیجه‌گیری:** در بررسی‌های علل اسپلنومگالی پس از رد سایر علل شایع در رویکرد کلاسیک باید لنفوم اولیه طحالی مدنظر باشد. طحالی برداری در این بیماران نه‌تنها یک اقدام تشخیصی بلکه یک اقدام درمانی نیز می‌باشد.

**واژگان کلیدی:** لنفوم طحالی، لنفوم غیرهوچکین، سلول بزرگ منتشر B

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیستم، شماره ۱، فروردین و اردیبهشت ۱۳۹۵، صفحات ۹۹-۹۶

## مقدمه

لنفوم اولیه طحال جزء لنفوم‌های بدخیم طحال می‌باشد که در حدود ۲ درصد از تمامی فرم‌های غیرهوچکین را شامل می-شود. ۳۳ درصد لنفوم‌های اولیه طحالی (۰/۶۶ درصد کل لنفوم‌های غیرهوچکین) از نوع لنفوم منتشر سلول‌های بزرگ B (Diffuse large B cell lymphomas) می‌باشد که یک بیماری نادر است [۳-۱]. در اینجا ما یک مورد لنفوم اولیه طحالی از نوع لنفوم منتشر سلول‌های بزرگ B با اسپلنومگالی شدید را معرفی را می‌نماییم.

## معرفی بیمار

بیمار خانم ۵۷ ساله‌ای بود که با شکایت ضعف و بی-حالی عمومی بدن مراجعه کرد که از ۴۰ روز قبل از مراجعه در وی ایجاد شده بود. بیمار هم‌چنین از پری شکم و سیری زودرس نیز شاکی بود. بیمار در دو ماه قبل از مراجعه حدود ۵ کیلوگرم کاهش وزن را ذکر می‌کرد، ولی علایمی از اسهال و یبوست، درد شکم، و خونریزی گوارشی را ذکر نمی‌نمود. بیمار هم‌چنین از تعریق سرد و تب و لرز شاکی بود. بیمار تاریخچه پزشکی خاصی را قبل از این۴۰ روز ذکر نمی‌کرد و سابقه بستری در بیمارستان را نداشت. در این مدت به پزشک مراجعه نکرده و دارویی نیز مصرف نکرده بود. بیمار هم‌چنین سابقه‌ای از بیماری خون و مشکلات طحالی را در فامیل خود ذکر نمی‌کرد. در معاینه بیمار رنگ پریده بود، ولی ایکتریک نبود. هم‌چنین، لنفادنوپاتی محیطی نداشت. در معاینه قفسه سینه و قلب یافته غیرطبیعی وجود نداشت. در معاینه شکم، نرم بود. تندرنس، ریباند تندرنس، گاردینگ و ریجیدیتی وجود نداشت. هپاتومگالی وجود نداشت. طحال در لمس، تا ۴ سانتی‌متر زیر ناف به‌دست می‌خورد. در معاینه اندام‌ها نیز یافته خاصی وجود نداشت. درآزمایش‌های انجام شده در هنگام ورود نتایج زیر مشاهده شد:

WBC: 2.900 µl, HGB: 8.7 gr/dl, PLT: 167000,
ESR: 22, CRP:+2, LDH: 643 (NL<550)

آزمایشات مربوط به مارکرهای وایرال از جمله EBV و CMV نرمال بود. تست‌های مربوط به بیماری‌های کلاژن واسکولار از قبیل FANA و Anti dsDNA و تست‌های کمپلمان نیز نرمال بود. در سونوگرافی شکم و لگن، کبد و مجاری صفراوی و کلیه‌ها

[۱] استادیار، مرکز تحقیقات بیماری‌های عفونی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۲] استادیار، گروه داخلی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

[۳] دستیار بیماری‌های داخلی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان

*نشانی نویسنده مسئول:

کاشان، کیلومتر ۵ بلوار قطب راوندی، بیمارستان شهید بهشتی

تلفن: ۰۹۱۲ ۳۳۰۶۳۸۴ دورنویس: ۰۳۱ ۵۵۵۴۸۹۰۰

پست الکترونیک: ehsanimajid21@gmail.com

تاریخ دریافت: ۹۴/۳/۳۰ تاریخ پذیرش نهایی: ۹۴/۷/۲۷



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11 ]

و مجاری ادراری طبیعی بودند، ولی طحال دارای اندازه ۱۸۰ میلی‌متر (بزرگ‌تر از حدطبیعی) و دارای پارانشیم طبیعی بود. با-توجه به اینکه در معاینه یافته‌ای به‌جز اسپلنومگالی وجود نداشت و در آزمایشات صورت گرفته برای بیمار یافته‌ای مبنی بر منشا و علت اسپلنومگالی یافت نشد، بیمار تحت آسپیراسیون و بیوپسی مغز استخوان قرار گرفت. در آسپراسیون مغز استخوان هر سه رده بلوغ نسبی داشته و نسبت میلوییید به اریتروییید یک به یک بود. سلولاریته مغز استخوان ۹۰ درصد بود و رنگ آمیزی رتیکولین مغز استخوان + تا ++ (کم تا متوسط) بود و در کل مغز استخوان پر-سلول داشت. در سی‌تی اسکن قفسه سینه با کنتراست ریه‌ها، قلب و عروق بزرگ نرمال بوده و لنفادنوپاتی مدیاستن و افیوژن پلورال دیده نشد. در سی‌تی اسکن شکم با کنتراست اسپلنومگالی ماسیو داشت، لنفادنوپاتی پاراآئورت دیده نشده و از سایر جهات نیز نرمال بود. در بررسی گوارشی یافته‌ایی به‌نفع مشکلات کبدی (سیروز) و اسپلنومگالی احتقانی پیدا نشد. لذا، باتوجه به نتایج بررسی‌های انجام شده بیمار جهت اسپلنکتومی به بخش جراحی ارجاع شد و کاندید لاپاراتومی و اسپلنکتومی تشخیصی-درمانی گردید. در بررسی پاتولوژی، بافت طحال مشهود بود که در آن انفیلتراسیون لنفوییدی نودولار وجود داشت که بعضا دارای ژرمینال منتشر نامشخص بودند که برای بیمار MZBCL (Marginal zone B-cell lymphoma) مطرح شد. در بررسی ایمونوهیستوشیمی مارکر CD20 مثبت گزاش گردید ولی CD30، CD5، CD3 و CD15 در سلول‌های نئوپلاستیک منفی بود. با-توجه به پاتولوژی و بررسی ایمونوهیستوشیمی برای بیمار Diffuse large B-cell lymphoma مطرح شد. پس از اسپلنکتومی بیمار تحت رژیم R-CHOP قرار گرفت. تاکنون شش دوره کموتراپی برای بیمار صورت گرفته است. در حال حاضر حال عمومی بیمار مساعد می‌باشد.

## بحث

Primary splenic lymphoma (PLS) یک بیماری نادر است که شیوعی کمتر از ۱ درصد دارد [۴]. Das Gupta و همکاران لنفوم‌های اولیه طحال را نوعی از لنفوم‌ها تعریف می‌کنند که فقط طحال و غدد لنفاوی ناف طحال را درگیر می‌کنند. تشخیص لنفوم اولیه طحال موقعی گذاشته می‌شود که منحصرا اسپلنومگالی رخ دهد و توموری در ناحیه دیگر به‌خصوص در کبد و یا غدد لنفاوی پاراآئورتیک و مزانتریک دیده نشود [۵]. Skarin و همکاران بیان کرده‌اند درصورتی‌که اسپلنومگالی تظاهر غالب یک لنفومی باشد که طحال را درگیر می‌کند، یکی از تشخیص‌هایی که مطرح می‌باشد لنفوم اولیه طحالی هست [۶]. Kraemer و همکاران تشخیص لنفوم اولیه طحالی را در صورت وجود اسپلنو-مگالی، سیتوپنی حداقل در دو رده سلول خونی و عدم وجود آدنوپاتی محیطی مطرح می‌کنند [۷]. در این گزارش ما یک مورد لنفوم اولیه طحالی از نوع لنفوم منتشر از نوع سلول‌های بزرگ B معرفی نمودیم که با تظاهر اسپلنومگالی وسیع بروز یافته بود. لنفوم منتشر از نوع سلول‌های بزرگ B حدود یک سوم تمام لنفوم‌های اولیه طحال را شامل می‌شود [۸]. در لنفوم منتشر از نوع سلول‌های بزرگ B طیف سنی ابتلا وسیع می‌باشد، ولی بیشتر در دهه‌های شش و هفت زندگی دیده می‌شود. این بیماری مختصر در مردان بیشتر می‌باشد که بیمار مورد گزارش ما یک خانم ۵۷ ساله بود [۹]. هم‌چنین، این تومور بیشتر به‌صورت توده منفرد طحالی که بیش از ۵۰ درصد طحال را درگیر می‌کند، بروز می‌یابد. تظاهرات این بیماران بیشتر به‌صورت تب مختصر، تعریق شبانه و علائمی مثل درد در ناحیه بالای شکم در سمت چپ است که با اسپلنومگالی بیمار مرتبط می‌باشد [۳]. تظاهرات بالینی در بیمار ما نیز پری شکم، کاهش اشتها، کاهش وزن، تعریق شبانه و تب و لرز بود. شایع‌ترین یافته آزمایشگاهی در این بیماران آنمی، افزایش ESR و افزایش سطح LDH می‌باشد که در بیمار گزارش شده توسط ما نیز وجود داشت. لنفوم منتشر از نوع سلول‌های بزرگ B در تصاویر سونوگرافی خود را به‌صورت اسپلنومگالی همراه با یک توده با حاشیه مشخص و هایپواکو نشان می‌دهد، ولی گاهی ممکن است ضایعات اکوژن با اکوژنیسیته روشن ناشی از کلسیفیکاسیون و یا گاز دیده شود [۱۰]. به‌طور کلی سی‌تی اسکن از دقت کافی برای تشخیص بیماری برخوردار نیست؛ به‌طوری‌که دقت آن در بعضی مطالعات حدود ۵۰ درصد گزارش شده است [۱۱]. نمونه برداری از مغز استخوان معمولا در هنگام بروز بیماری نرمال می-باشد که در بیمار ما نیز این‌گونه بود [۸]. هم‌چنین، مثبت شدن مارکر CD20 در سلول‌های نئوپلاستیک یافته‌ای دیگر بود که در مطالعه ما مشاهده شد. اقدام درمانی ارجح در مبتلایان به لنفوم اولیه طحال اسپلنکتومی می‌باشد. از فواید اسپلنکتومی قطعی کردن تشخیص پاتولوژی، جلوگیری از هایپراسپلنیسم، اصلاح اختلالات خونی، بهبود علایم بیمار و جلوگیری از پارگی طحال می‌باشد. بیشتر بیماران بعد عمل تحت کموتراپی قرار می‌گیرند. کموتراپی، شانس زنده ماندن بیمار را افزایش می‌دهد [۱۲]. در کموتراپی برای بیماران با لنفوم منتشر از نوع سلول‌های بزرگ B، عموما از رژیم R-CHOP استفاده می‌شود [۱۳]. بیمار ما نیز تحت رژیم R-CHOP قرار گرفت که در حال حاضر حال عمومی مساعدی دارد. از فاکتورهای پیش‌بینی‌کننده بد برای این بیماران عدم اصلاح



[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11 ]

سیتوپنی می‌باشد که در بیمار ما وجود نداشت [۱۴].

## نتیجه گیری

اسپلنومگالی به‌عنوان یک نشانه برای لنفوم اولیه طحالی می‌باشد. در تشخیص‌های افتراقی اسپلنومگالی باید این تشخیص مدنظر قرار گیرد. هم‌چنین، اسپلنکتومی در بیماران دارای لنفوم‌های اولیه طحالی نه‌تنها یک اقدام تشخیصی بلکه یک اقدام درمانی می‌باشد که می‌تواند علایم و اختلالات خونی بیمار را برطرف نماید.

## تشکر و قدردانی

نویسندگان از حمایت مادی و معنوی واحد حمایت از تحقیقات بالینی تقدیر و تشکر به عمل می‌آورند.

## *References:*

[1] Kashimura M, Noro M, Akikusa B, Okuhara A, Momose S, Miura I, et al. Primary splenicDLBCL manifesting in red pulp. ***Virchows Arch*** 2008; 453(5): 501-9.

[2] Kattepur AK, Rohith S, Shivaswamy BS, Babu R, Santhosh CS. Primary Splenic Lymphoma: A Case Report. ***Indian J Surg Oncol*** 2013; 4(3): 287-90.

[3] Doshi K, Stanciu J, Cervantes J, Rodrigues L, Gintautas J, Alwani A. Splenic Non- Hodgkin's lymphoma presenting as recurrent kidney stones-anincidentaloma. ***Proc West Pharmacol Soc*** 2008; 51: 55–7

[4] Wu CM, Cheng LC, Lo GH, Lai KH, Cheng CL, Pan WC. Malignant lymphoma ofspleen presenting as acute pancreatitis. ***World J Gastroenterol*** 2007; 13(27): 3773-75.

[5] Dasgupta T, Coombes B, Brasfield RD. Primary malignant neoplasms of the spleen. ***Surg Gynecol Obstet*** 1965; 120: 947–60.

[6] Skarin AT, Davey FR, Moloney WC. Lymphosarcoma of the spleen. ***Arch Intern Med*** 1971; 127(2): 259-65.

[7] Kraemer BB, Osborne BM, Butler JJ. Primary splenic presentation of malignant lymphoma and related disorders- a study of 49 cases. ***Cancer*** 1984; 54(8): 1606–19.

[8] Pileri SA, Dirnhofer S, Went P, Ascani S, Sabattini E, Marafioti T, et al. Diffuse large B-cell lymphoma: one or more entities? Present controversies and possible tools for its subclassification. ***Histopathology*** 2002; 41(6): 482-509.

[9] MacGill M. Lymphoma: Causes, Symptoms and Research. 2016.
Available at: http://www.medicalnewstoday.com/articles/146136.php

[10] VanVliet J. Primary DLBCL spleen. ***J Diagnostic Medical Sonography*** 2010; 26(3): 147–9.

[11] Paes F, Kalkanis D, Sideras P, SerafiniA. FDG PET/CT of extra-nodal involvement in Non-Hodgkin lymphoma and Hodgkindisease. ***Radio Graphics*** 2010; 30: 269–91.

[12] Konstantiadou I, Mastoraki A, Papanikolaou I, Sakorafas G, Safioleas M. Surgical approach of primary splenic lymphoma: Report of a case and review of literature. ***Indian J Hematol Blood Transfus*** 2009; 25(3): 120–4.

[13] Iannitto E, Tripodo C. How I diagnose and treat spleniclymphomas. ***Blood*** 2011; 117(9): 2585–95.

[14] Kim JK, Hahn JS, Kim GE, Yang WI. Three cases of diffuselarge B-cell lymphoma presenting as primary splenic lymphoma. ***Yonsei Med J*** 2005; 46(5): 703–9.

[ Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-11 ]