

DOI: 10.5937/halo31-60919

UDC: 616.341-006.44

PRIKAZ BOLESNIKA

**DIFUZNI B-KRUPNOĆELIJSKI LIMFOM TERMINALNOG ILEUMA
– PRIKAZ SLUČAJA***Miloš TEŠIĆ, Ksenija KOVAČEVIĆ, Tamara VUČINIĆ, Jovan JULOSKI, Tijana MARKOVIĆ – DOBRIJEVIĆ*

Tešić M. & al. Difuzni b-krupnoćelijski limfom terminalnog ileuma. Halo 194. 2025; 31(2): 50-53

Rad primljen: 18.08.2025.

Prihvaćen: 24.09.2025.

Kliničko bolnički centar Zvezdara, Srbija

Korespondencija

Tešić Miloš

KBC Zvezdara, Beograd

Druške Divizije 6/5

11211 Belgrade Serbia

Tel.+381640402300

E-mail: milos.tesic.rs.@gmail.com

SAŽETAK

Difuzni B-krupnoćelijski limfom gastrointestinalnog trakta predstavlja najčešći oblik ektranodalne lokalizacije ove bolesti. Zbog prisustva obilnog limfoidnog tkiva, terminalni ileum je posebno sklon razvoju limfoma. Klinička prezentacija je često nespecifična, a najčešće uključuje gastrointestinalnu hemoragiju ili perforaciju, dok je opstrukcija ređa. U ovom radu prikazujemo slučaj pacijenta starosti 80 godina, kod koga je opstrukcija bila prva prezentacija bolesti. Pacijent je dijagnostikovao putem endoskopije i histopatološke analize, a lečen hirurški i hemioterapijom sa imunoterapijom. Uprkos terapiji, došlo je do komplikacija u vidu neutropenije, urinarne infekcije i smrtnog ishoda.

Ključne reči: difuzni B-krupnoćelijski limfom, terminalni ileum, opstrukcija**UVOD**

Limfomi gastrointestinalnog trakta čine oko 1-4% svih maligniteta digestivnog sistema, pri čemu je želudac najčešća lokalizacija, dok tanko crevo zauzima drugo mesto po učestalosti [1]. Među primarnim limfomima tankog creva, difuzni B-krupnoćelijski limfom (*DLBCL*) ima poseban klinički značaj zbog svoje agresivne biologije i brzog toka bolesti [2].

DLBCL je ujedno i najčešći oblik non-Hodgkin limfoma, čineći 25-30% svih slučajeva [3]. Bolest se obično manifestuje kao brzorastuća masa ili uvećani limfni čvorovi, bilo nodalno ili ektranodalno, a gastrointestinalni trakt je najčešća lokalizacija ektranodalnog *DLBCL* [3]. Terminalni ileum se zbog prisustva bogatog limfoidnog tkiva (Pejerove ploče) smatra jednim od čestih mesta limfomske infiltracije [4].

Klinička prezentacija gastrointestinalnog *DLBCL* je često nespecifična, i može uključivati abdominalni bol, promene u pražnjenju creva, opstruktivne simptome ili krvarenje, što može otežati pravovremeno postavljanje dijagnoze [5, 6].

U ovom radu prikazujemo slučaj *DLBCL* terminalnog ileuma kod muškog bolesnika starosti 80 godina, kod koga se bolest inicijalno manifestovala simptomima ileusa, a uprkos hirurškom lečenju i primeni *R-CHOP* hemioterapijskog protokola, došlo je do smrtnog ishoda usled komplikacija u toku lečenja.

PRIKAZ BOLESNIKA

Muškarac, starosti 80 godina, javio se na hitan prijem zbog bolova u trbuhu, nadutosti i mučnine, uz nekoliko dana neformirane stolice, a u anamnezi navodi

konstipaciju koja je trajala oko nedelju dana. U ličnoj anamnezi beleže se srčana aritmija i benigna hiperplazija prostate. Porodična anamneza je pozitivna - polusestra po ocu preminula je od *non-Hodgkin* limfoma.

Na prijemu pacijent je bio hemodinamski stabilan. Fizikalni pregled abdomena ukazao je na distenziju i difuznu bolnu osetljivost. U laboratorijskim analizama zabeležena je normocitna anemija, dok su ostali parametri bili u granicama referentnih vrednosti.

Nativna radiografija abdomena ukazala je na prisustvo hidroaeričnih nivoa i distendiranih crevnih vijuga, što je nalaz kompatibilan sa ileusom (Figura 1). Ultrazvučni pregled abdomena pokazao je zadebljanje zida terminalnog ileuma i početnog dela cekuma, što je takođe podržavalo sumnju na opstruktivni proces (Figure 2 i 3).

**Figura 1.** Nativna radiografija abdomena



Figure 2 i 3. Ultrazvuk abdomena

Na multislajsnom CT pregledu abdomena opisan je segment terminalnog ileuma dužine oko 7cm sa iregularnim, cirkumferentnim zadebljanjem zida i homogenim postkontrastnim pojačanjem denziteta, uz

značajno suženje lumena, ali bez znakova potpune mehaničke opstrukcije. Takođe je opisana aneurizmatička dilatacija zahvaćenog segmenta, uz izraženu lokoregionalnu limfadenopatiju (Figure 4, 5, 6, 7).

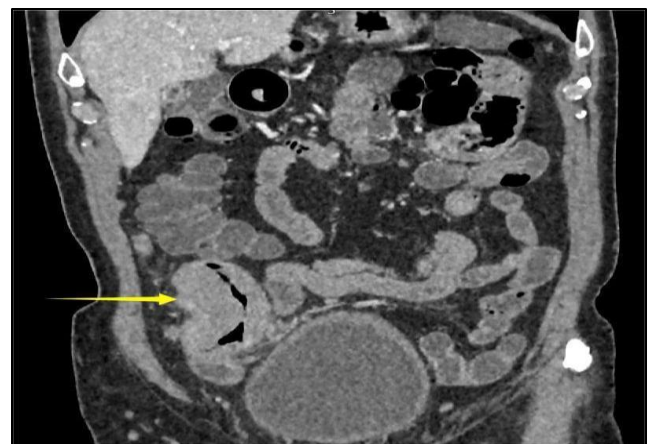
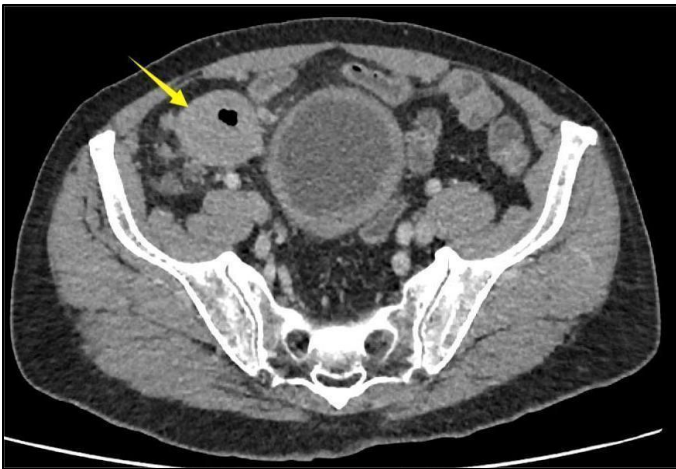


Figure 4 - 7. MSCT abdomena

Kolonoskopijom je vizualizovana lezija u regiji terminalnog ileuma, a patohistološkom analizom biopsiranog uzorka dokazan je morfološki i imunohistohemijski nalaz *DLBCL*, sa koekspresijom *BCL-2* i *c-MYC* proteina (*double expresor* fenotip). Biopsijom koštane srži nisu potvrđeni znaci limfomske infiltracije.

Pacijent je podvrgnut desnostranoj hemikolektomiji sa ileo-kolo anastomozom. Nakon postoperativnog oporavka, primio je četiri ciklusa hemioterapije sa imunoterapijom prema *R-CHOP* protokolu. Prva tri ciklusa su protekla bez komplikacija, nakon čega je postignut kompletan terapijski odgovor. Posle četvrtog ciklusa imunohemioterapije, s obzirom na agresivnost bolesti, starosnu dob i primenu same terapije, kod pacijenta se razvila neutropenija nivoa agranulocitoze, koja je zahtevala primenu faktora stimulacije rasta kolonije granulocita *G-CSF* (filgrastim, pegfilgrastim). Nakon inicijalnog oporavka, došlo je do razvoja multirezistentne urinarne infekcije, a potom i smrtnog ishoda nekoliko nedelja pre planiranog petog ciklusa terapije.

DISKUSIJA

Difuzni B-krupnoćelijski limfom terminalnog ileuma predstavlja retku, ali klinički značajnu dijagnozu zbog svoje sklonosti ka agresivnom rastu i lokalnoj invaziji. Terminalni ileum je anatomski predisponiran za razvoj limfoma zbog obilnog prisustva limfoidnog tkiva. Kod prikazanog pacijenta inicijalni simptomi su ukazivali na ileusni sindrom, što je u skladu sa podacima iz literature. Međutim, specifičnost ovog slučaja ogleda se u tome što su opstrukcija i abdominalni bol bili primarna prezentacija bolesti, dok se u literaturi kao najčešće kliničke manifestacije navode gastrointestinalno krvarenje i perforacija, a ređe mehanička opstrukcija [6].

Radiološki nalazi, naročito CT abdomena sa primenom kontrastnog sredstva, omogućili su postavljanje diferencijalne dijagnoze sa sumnjom na limfomski proces. Histopatološkom analizom potvrđen je *DLBCL* sa *double expresor* fenotipom (*BCL-2* i *c-MYC*), što ima značajne prognostičke implikacije, budući da ovaj podtip limfoma karakteriše lošija prognoza i veća verovatnoća relapse [7].

Standardni terapijski pristup uključuje primenu *R-CHOP* protokola, sa ili bez hirurške resekcije, u zavisnosti od komplikacija poput opstrukcije, perforacije ili krvarenja. U ovom slučaju, hirurška intervencija bila je neophodna zbog opstruktivne prezentacije. Tokom lečenja došlo je do ozbiljnih hematoloških komplikacija u vidu agranulocitoze, što je rezultovalo infekcijom i fatalnim ishodom. Starija životna dob pacijenta, kao i prisutni

komorbiditeti, verovatno su doprineli nepovoljnom ishodu terapije.

ZAKLJUČAK

Prikazani slučaj ukazuje na značaj uključivanja gastrointestinalnog limfoma u diferencijalnu dijagnozu pacijenata sa opstruktivnim simptomima, posebno kod starijih osoba. Uprkos pravovremenoj dijagnostici, hirurškom lečenju i sprovedenoj hemioterapiji sa imunoterapijom, kod pacijenta je došlo do ozbiljnih komplikacija i fatalnog ishoda, što naglašava značaj individualizovanog pristupa u lečenju, naročito kod starijih osoba sa komorbiditetima. *Double expresor DLBCL* fenotip zahteva pažljivo praćenje zbog nepovoljne prognoze. Rano otkrivanje kliničkih i radioloških znakova koji ukazuju na limfom može omogućiti pravovremeno lečenje i potencijalno povoljniji ishod.

LITERATURA

- [1] Iwamuro M, et al. Iwamuro M, Tanaka T, Okada H. Review of lymphoma in the duodenum: An update of diagnosis and management. *World J Gastroenterol.* 2023 Mar 28;29(12):1852-1862. doi: 10.3748/wjg.v29.i12.1852. PMID: 37032723.
- [2] Ghimire P, Wu GY, Zhu L. Primary gastrointestinal lymphoma. *World J Gastroenterol.* 2011 Feb 14;17(6):697-707. doi: 10.3748/wjg.v17.i6.697. PMID: 21390139.
- [3] Padala SA, Kallam A. Diffuse Large B-Cell Lymphoma. 2023 Apr 24. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. PMID: 32491728.
- [4] Moradi A, Mokhtarpour A, Yazdani A, Kianersi K, Bahari Khasraghi L. Algorithmic Approach to Inflammatory Disorders of Ileum. *Iran J Pathol.* 2022 Fall;17(4):381-394. doi: 10.30699/IJP.2022.539357.2736. Epub 2022 Sep 10. PMID: 36532649
- [5] Foukas PG, de Leval L. Recent advances in intestinal lymphomas. *Histopathology.* 2015;66(1):112-136. doi: 10.1111/his.12596. PMID: 25639480.
- [6] Mahony JM, Keogh S, Osman A, Kostka M, Murphy S. AB147.SOH22ABS102. Primary diffuse large B-cell lymphoma of the small bowel in the emergency surgical setting. *Mesentery Peritoneum* 2022;6:AB147. doi: 10.21037/map-22-ab147
- [7] Chen X, Wang J, Liu Y, Lin S, Shen J, Yin Y, Wang Y. Primary intestinal diffuse large B-cell lymphoma: novel insights and clinical perception. *Front Oncol.* 2024 Aug 15;14:1404298. doi: 10.3389/fonc.2024.1404298. PMID: 39211552.

CASE REPORT**DIFFUSE LARGE B-CELL LYMPHOMA OF THE TERMINAL ILEUM – CASE REPORT**

Miloš TEŠIĆ, Ksenija KOVAČEVIĆ, Tamara VUČINIĆ, Jovan JULOSKI, Tijana MARKOVIĆ – DOBRJEVIĆ

Clinical Hospital Centre Zvezdara

ABSTRACT

Diffuse large B-cell lymphoma of the gastrointestinal tract is the most common extranodal form of this disease. Due to the abundance of lymphoid tissue, the terminal ileum is particularly prone to lymphoma development. The clinical presentation is often nonspecific, most commonly involving gastrointestinal haemorrhage or perforation, while obstruction is rare. This paper presents the case of an 80-year-old patient in whom obstruction was the initial manifestation of the disease. The patient was diagnosed by endoscopy and histopathological analysis, and treated surgically and with chemoimmunotherapy. Despite all efforts, complications arose in the form of neutropenia and urinary tract infections, which ultimately resulted in death.

Keywords: diffuse large B-cell lymphoma, terminal ileum, obstruction