

A Case Report of Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Gallbladder in the form of a Polyp in a 50-Year-Old Man at Imam Khomeini Hospital, University of Tehran

Alimohammad Moradi¹, Milad Arabi^{1*}, Soroush Kohansal¹

¹ General surgery department, HPB and transplant ward, Emam Khomeini hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

ABSTRACT

Primary gallbladder lymphoma (PGL) is an extremely rare malignancy, with diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) being a common subtype. We report a case of a 50-year-old man presenting with vague right upper quadrant abdominal pain, without a history of fever, sweating, or weight loss. Initially suspected to have gallbladder adenocarcinoma based on imaging findings, the patient underwent extensive diagnostic evaluation and surgery. An extended cholecystectomy was performed. Histopathological examination confirmed diffuse large B-cell lymphoma, not otherwise specified (NOS), of the germinal center B-cell (GCB) subtype, with infiltration up to the serosal layer but no involvement of the liver parenchyma. This case highlights the diagnostic challenges of primary gallbladder lymphoma and the critical role of histopathological evaluation in unusual gallbladder masses.

Keywords: Primary gallbladder lymphoma; Diffuse large B-cell lymphoma; Cholecystectomy

please cite this paper as:

Moradi A, Arabi M, Kohansal S. A Case Report of Primary Diffuse Large B-Cell Lymphoma of the Gallbladder in the form of a Polyp in a 50-Year-Old Man at Imam Khomeini Hospital, University of Tehran. *Govaresh*. 2025; 30: 41-44.

**Corresponding author:*

Milad Arabi, MD

Address : Tehran, Emam khomini Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Tel : + 98 21 61197603

Fax : + 98 2161197601

Email : mimalef83@gmail.com

Received: 04 Mar. 2025

Revised: 10 Jun. 2025

Accepted: 11 Jun. 2025

گزارش یک مورد لنفوم اولیه سلول B بزرگ منتشر کیسه صفرا به صورت پولیپ

در یک مرد ۵۰ ساله در بیمارستان امام خمینی دانشگاه تهران

علی محمد مرادی^۱، میلاد اعرابی^۲، سروش کهن سال^۳

^۱ گروه جراحی عمومی، بخش جراحی پیوند اعضا و هپاتوبیلیاری، مجتمع بیمارستانی امام خمینی (ره)، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

چکیده

لنفوم اولیه کیسه صفرا (PGL) یک بدخیمی بسیار نادر است که لنفوم سلول B بزرگ منتشر (DLBCL) یکی از زیرگروه‌های شایع آن است. یک مرد ۵۰ ساله را گزارش می‌کنیم که بدون سابقه تب تعریق یا کاهش وزن با درد مبهم ربع فوقانی راست شکم مراجعه و با شک ابتدایی به ادنوکارسینوم کیسه صفرا با توجه به شواهد تصویر برداری مورد بررسی و عمل قرار گرفته بیمار تحت کولهسیستکتومی گسترده قرار گرفت. بررسی هیستوپاتولوژی، لنفوم سلول B بزرگ منتشر، نوع نامشخص (NOS) از نوع سلول B مرکز زایا (GCB) را تأیید کرد که تا لایه سروزال نفوذ کرده بود اما پارانشیم کبد را درگیر نکرده بود. این مورد چالش‌های تشخیصی لنفوم اولیه کیسه صفرا و اهمیت ارزیابی هیستوپاتولوژیک در توده‌های غیرمعمول کیسه صفرا را نشان می‌دهد.

کلیدواژه: لنفوم اولیه کیسه صفرا، لنفوم سلول B بزرگ منتشر، کولهسیستکتومی

گوارش/ دوره ۳۰، شماره ۲/ تابستان ۱۴۰۴-۴۴.

مقدمه

تعریق شبانه نداشت. سابقه پزشکی وی قابل توجه نبود و هیچ بیماری زمینه‌ای یا عوامل خطر شناخته‌شده‌ای مانند هپاتیت یا HIV گزارش نشد. در معاینات، تنها یافته بالینی تندرینس لوکالیزه در ناحیه RUQ و پری در همان ناحیه و لمس لنف نود در کشاله ران وجود داشت.

یافته‌های تصویربرداری پیش از عمل:

تصویربرداری رزونانس مغناطیسی (MRI): یک ضایعه پولیپوئید با پایه پهن به ابعاد ۲۳ × ۱۵ میلی‌متر در دیواره لترال کیسه صفرا، بدون شواهد تهاجم خارج دیواره‌ای یا لنفادنوپاتی مشاهده شد. اما با توجه به محدودیت در جدار آن، می‌تواند قویا مطرح کننده تغییرات بدخیم^۳ باشد.

سی‌تی‌اسکن: توده‌ای به ابعاد ۱۹ × ۱۰ میلی‌متر در دیواره کیسه صفرا گزارش شد، بدون شواهد لنفادنوپاتی یا متاستاز دوردست.

لنفوم اولیه کیسه صفرا یک بیماری نادر است که کمتر از ۱٪ از بدخیمی‌های کیسه صفرا را تشکیل می‌دهد. لنفوم سلول B بزرگ منتشر شایع‌ترین زیرگروه است که اغلب با علائم غیراختصاصی شبیه کولهسیستیت یا ادنوکارسینوم ظاهر می‌شود. به دلیل نادر بودن، لنفوم اولیه معمولا به صورت اتفاقی پس از کولهسیستکتومی تشخیص داده می‌شود. یک مورد لنفوم سلول B بزرگ منتشر کیسه صفرا را که به صورت پولیپ ظاهر شده و در ابتدا به عنوان ادنوکارسینوم تشخیص داده شده بود، گزارش می‌شود و ویژگی‌های بالینی، رادیولوژیک و پاتولوژیک آن را بررسی می‌کنیم.

گزارش مورد

مرد ۵۰ ساله‌ای با شکایت از درد مبهم در ربع فوقانی راست شکم به مدت چند ماه مراجعه کرد. بیمار زردی، کاهش وزن، تب یا

یافته‌های آزمایشگاهی:

AST	35	Wbc	9	Ur	21
ALT	45	Hg	13	Cr	0.9
ALK	405	Plt	275	Na	141
Bil	1.1	INR	1	K	4.1
Alb	3			Ca	8
				Mg	2.5
				ph	4

*نویسنده مسئول: میلاد اعرابی

ادرس: تهران، بلوار کشاورز، بیمارستان امام خمینی، بخش پیوند کبد

تلفن: ۰۲۱۶۱۱۹۷۶۰۳

نمابر: ۲۱۶۱۱۹۷۶۰۱

پست الکترونیک: mimalef83@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۱۵

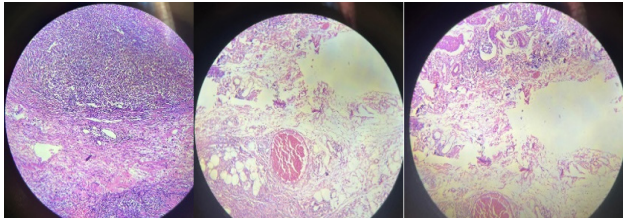
تاریخ اصلاح نهایی: ۱۴۰۴/۰۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۳/۲۱

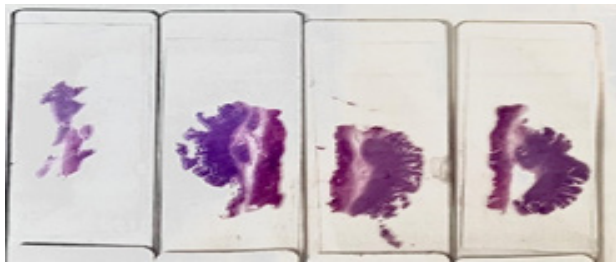
^۱ Primary gallbladder syndrome

^۲ Diffuse large B-cell lymphoma

^۳ Malignant

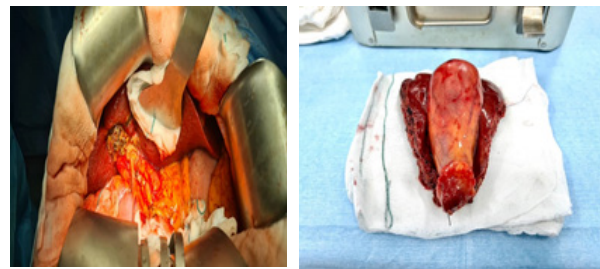


شکل ۳-۵: نمای میکروسکوپی یک نمونه پاتولوژی تومور (polypoid lesion+uninvolved mucosa)



شکل ۶: نمای لام های پاتولوژی (gallbladder neck lymph node)

مداخله جراحی:
بیمار با شک به آدنوکارسینوم کیسه صفرا، تحت عمل جراحی کولهسیستکتومی گسترده قرار گرفت. در بررسی حین عمل، توده ای در جدار کیسه صفرا لمس شد و رزکسیون شامل کله سیستکتومی، هپاتکتومی سگمان ۵، لنفادنکتومی هیلوم کبدی انجام شد. سیستیک داکت (CD) به تومور چسبیده بود و تومور بصورت extrahepatic بطور کامل برداشته شد. بررسی فروزن سکشن حین عمل، عدم درگیری مارژین های CHD را تأیید کرد و جراحی پس از انجام آناستوموز duct to duct مجاری صفراوی خاتمه یافت.



شکل ۱ و ۲: حین پروسه عمل و نمونه برداشته شده کیسه صفرا و سگمان ۵ کبد

سیر پس از عمل:

بیمار پس از جراحی با حال عمومی خوب بهبود یافت و عارضه فوری نداشت. در ویزیت بعد از عمل، شواهدی از عفونت زخم و ترشح غیر معمول از محل عمل رویت نشد. کاهش اشتها و یا عدم تحمل در غذا خوردن را ذکر نکرد. وی برای مدیریت بیشتر و ادامه درمان به کلینیک انکولوژی ارجاع شد اما تا زمان نگارش این گزارش، شیمی درمانی یا درمان دیگری دریافت نکرده است. اطلاعات مربوط به مرحله بندی (مانند پت اسکن PET-CT یا بیوپسی مغز استخوان) در داده های ارائه شده مشخص نبود.

بحث

لنفوم اولیه کیسه صفرا بسیار نادر است و DLBCL (diffuse large B-cell lymphoma) شایع ترین زیرگروه آن است، پس از آن لنفوم حاشیه ای خارج گرهی^۴ قرار دارد. مورد حاضر با گزارش های موجود همخوانی دارد، جایی که لنفوم اولیه اغلب شبیه بیماری های شایع تر کیسه صفرا مانند آدنوکارسینوم یا کولهسیستیت ظاهر می شود. در این بیمار، درد مبهم شکمی و وجود توده پولیپوئید در تصویربرداری منجر به شک اولیه به آدنوکارسینوم شد که تشخیص شایع تری است.

یافته های پاتولوژیک:

معاینه ماکروسکوپی، توده ای به ابعاد $3.2 \times 2.2 \times 1.2$ سانتی متر در دیواره کیسه صفرا را نشان داد که جدار کیسه صفرا را بطور کامل درگیر کرده بود ولی به پارانشیم کبد تهاجم نداشت. یک لنف نود درگیر، به اندازه ۲ سانتی متر نزدیک سیستیک داکت وجود داشت. هیستوپاتولوژی، لنفوم سلول B بزرگ منتشر، نوع نامشخص (NOS) از نوع سلول B مرکز زایا (GCB) را تأیید کرد. تومور تا لایه سروزال دیواره کیسه صفرا نفوذ کرده بود اما پارانشیم کبد درگیر نبود. بررسی گره های لنفاوی نشان داد ۹ گره از ۲۰ گره لنفاوی درگیر تومور بودند، شامل ۲ گره روی سروز کیسه صفرا و ۱ گره نزدیک مجرای سیستیک.

ایمونوهیستوشیمی (IHC):

مثبت برای CD۴۵ و CD۲۰ در سلول های لنفوئیدی آتیپیک بزرگ. MUM1 در برخی سلول های لنفوئیدی آتیپیک بزرگ مثبت بود. CD3 در لنفوسیت های T کوچک زمینه مثبت بود. سایر مارکرها (مشخص نشده در اطلاعات ارائه شده) منفی بودند.

⁴ Mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma (MALT)

انتخاب بیمار یا قضاوت بالینی مرتبط باشد، اما مرحله‌بندی دقیق‌تر مانند PET-CT یا سطح (LDH) برای هدایت درمان ضروری است. ارتباط لنفوم اولیه کیسه صفرا با سنگ کیسه صفرا یا التهاب مزمن در حدود ۵۰٪ موارد گزارش شده است، اما در این بیمار سنگ کیسه صفرا گزارش نشد. نبود علائم سیستمیک علائم (B) و عدم درگیری پارانشیم کبد از تشخیص لنفوم اولیه به‌جای درگیری ثانویه حمایت می‌کند.

نتیجه‌گیری

این مورد چالش تشخیصی لنفوم اولیه DLBCL کیسه صفرا را نشان می‌دهد که ممکن است شبیه آدنوکارسینوم ظاهر شود. جراحان و پاتولوژیست‌ها باید لنفوم اولیه را در تشخیص افتراقی توده‌های کیسه صفرا، به‌ویژه در موارد غیرمعمول، در نظر بگیرند. هیستوپاتولوژی و ایمونوهیستوشیمی برای تشخیص دقیق حیاتی هستند. اگرچه جراحی ممکن است برای بیماری موضعی کافی باشد، شیمی‌درمانی کمکی برای DLBCL با درگیری گره‌های لنفاوی توصیه می‌شود تا نتایج بهینه شود. پیگیری و مرحله‌بندی بیشتر برای این بیمار برای ارزیابی نیاز به درمان اضافی ضروری است.

روش‌های تصویربرداری مانند ام‌آر‌آی و سی‌تی اسکن برای شناسایی توده‌های کیسه صفرا حیاتی هستند اما برای لنفوم اختصاصی نیستند. ضایعه پولیپوئید با پایه پهن و بدون تهاجم خارج دیواره‌ای در این مورد با یافته‌های گزارش شده لنفوم اولیه کیسه صفرا، که ممکن است به‌صورت ضخیم‌شدگی دیواره، پولیپ یا توده ظاهر شود، سازگار است. هیستوپاتولوژی و ایمونوهیستوشیمی برای تشخیص قطعی ضروری هستند و مثبت بودن CD20 منشأ سلول B را تأیید کرد. زیرگروه GCB در این بیمار، که نسبت به زیرگروه سلول B فعال‌شده (ABC) پیش‌آگهی بهتری دارد، با رژیم‌های مبتنی بر ریتوکسیماب (مانند R-CHOP) درمان بهتری نشان می‌دهد.

جراحی، همان‌طور که در این مورد انجام شد، اغلب برای لنفوم اولیه محدود به کیسه صفرا کافی است، به‌ویژه در لنفوم‌های با تهاجم کم. با این حال، برای DLBCL، به‌ویژه در مواردی با درگیری گره‌های لنفاوی یا نفوذ به سرور، شیمی‌درمانی کمکی مانند (R-CHOP) عموماً توصیه می‌شود. درگیری ۹ گره لنفاوی از ۲۰ گره نشان‌دهنده بیماری مرحله IIE طبقه‌بندی (Ann Arbor) است که نیاز به درمان سیستمیک برای پیشگیری از عود را مطرح می‌کند. تصمیم به عدم شروع شیمی‌درمانی در این بیمار ممکن است به

REFERENCES:

1. Mani H, Climent F, Colomo L, Pittaluga S, Raffeld M, Jaffe SE. Gallbladder and extrahepatic bile duct lymphomas: Clinicopathological observations and biological implications. *Am J Surg Pathol*. 2010;34(9): 1277-86.
2. Rössler F, Sachs A, Bieri U, Kuzmanic B, Ballova V, Schneider U, et al. Extranodal diffuse large B-cell lymphoma with primary clinical presentation as acute cholecystitis: A case report. *Cureus*. 2023; 15(4): e37552.
3. Diamantidis DM, Papaioannou M, Hatjiharissi E. Primary gastric non-Hodgkin lymphomas: Recent advances regarding disease pathogenesis and treatment. *World J Gastroenterol*. 2021; 27(35): 5932-5945.