

НЕЗВИЧАЙНІ АБДОМІНАЛЬНІ ПРОЯВИ УНІЦЕНТРИЧНОЇ ХВОРОБИ CASTLEMAN: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ІЗ КОРОТКИМ ОГЛЯДОМ ЛІТЕРАТУРИ

Ф. В. Гринчук¹, Б. В. Вівчарик², Б. Г. Лакуста³

¹ Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

² Чернівецька обласна клінічна лікарня, м. Чернівці, Україна

³ Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

Ключові слова:

невідкладна хірургія,
хвороба Castleman,
порожня кишка,
лімфовузли, брижа.

Клінічна та
експериментальна
патологія 2025. Т.24,
№2 (92). С. 90-95.

DOI 10.24061/1727-4338.
XXIV.2.92.2025.13

E-mail:
fedir.grynychuk@bsmu.
edu.ua

Представлений рідкісний варіант уніцентричної хвороби Castleman, що діагностована у чоловіка 26 років з анамнезом хронічної хвороби нирок і псоріазу, госпіталізованого зі скаргами на біль у животі, який змістився з епігастральної ділянки у праву клубову, нудоту, блювання, здуття живота через добу від початку захворювання. Обстеження виявило болючість у правій клубовій ділянці, сумнівні симптоми подразнення очеревини, помірний лейкоцитоз ($13,6 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні – 11%). Ультразвукова сонографія встановила вільну рідину, збільшення розмірів печінки, селезінки, зміни структури нирок. Протягом двогодинного спостереження стан хворого погіршився, з'явилось напруження м'язів живота і позитивний симптом Блюмберга. Для виключення гострого апендициту виконана лапароскопія, під час якої виявлені ознаки розлитого перитоніту незрозумілого генезу, через що здійснена лапаротомія. Під час лапаротомії виявлено гноєподібну рідину, зміни початкового відділу порожньої кишки, збільшення лімфовузлів її брижі, шлунково-ободової зв'язки, пухлиноподібні зміни кореня її брижі. Операція закінчена дренажуванням черевної порожнини. Гістологічне дослідження лімфовузлів і тканини брижі виявило лімфопроліферативне захворювання, уніцентричну хворобу Castleman, плазмоклітинний варіант. Хворий скерований на обстеження до профільних спеціалістів. Унікальність представленого випадку полягає в тому, що уніцентричний варіант хвороби Castleman, який, за даними літератури, характеризується повільним перебігом, проявився клінікою синдрому «гострого живота». Клінічні та лабораторні прояви не дали підстав виключити гостру хірургічну патологію, навіть виконана лапаротомія не дала змогу встановити діагноз, який був верифікований тільки гістологічним дослідженням.

Висновок. Хвороба Castleman може проявлятися клінікою синдрому «гострого живота», а остаточний діагноз може бути встановлений тільки гістологічним дослідженням уражених тканин.

Key words:

Emergency Surgery,
Castleman Disease,
Jejunum, Lymph Nodes,
Mesentery.

Clinical and experimental
pathology 2025. Vol.24,
№ 2 (92). P. 90-95.

UNCOMMON ABDOMINAL MANIFESTATIONS OF UNICENTRIC CASTLEMAN'S DISEASE: A CLINICAL CASE WITH BRIEF LITERATURE REVIEW

F. V. Grynychuk¹, B. V. Vivcharyk², B. G. Lakusta³

¹Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

²Chernivtsi Regional Clinical Hospital, Chernivtsi, Ukraine

³Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

We present a rare manifestation of unicentric Castleman disease in a 26-year-old male with a history of chronic kidney disease and psoriasis. The patient was hospitalized with acute abdominal symptoms, including pain initially in the epigastric region that migrated to the right iliac region, nausea, vomiting, and abdominal distension, which developed within 24 hours. Physical examination revealed right iliac fossa tenderness, equivocal signs of peritoneal irritation, and moderate leukocytosis ($13.6 \times 10^9/\text{L}$ with 11% band neutrophils). Ultrasound imaging showed free fluid, hepatosplenomegaly, and altered kidney structure. Over a two-hour observation period, the patient's condition deteriorated, with the development of abdominal rigidity and a positive Blumberg sign. Suspecting acute appendicitis, the patient underwent laparoscopy, which revealed diffuse peritonitis of unclear etiology, prompting conversion to laparotomy. Intraoperative findings included purulent fluid, changes in the proximal jejunum, enlarged mesenteric and gastrocolic ligament lymph nodes, and tumor-like masses at the jejunal mesentery root. The procedure was ended with abdominal drainage. Histopathological analysis of the excised lymph nodes and mesentery tissue confirmed a lymphoproliferative disorder consistent with unicentric Castleman disease, plasma cell variant. The patient was subsequently referred to specialists for further evaluation and management. The novelty of this case lies in the atypical presentation of unicentric Castleman disease, a condition

which is typically characterized by an indolent course. Here, it was displayed with «acute abdomen» syndrome. Notably, initial clinical and laboratory findings did not give reason to exclude typical surgical pathology, and even laparotomy failed to establish the diagnosis, which was ultimately confirmed through histological examination.

Conclusion. This case highlights that Castleman disease can be displayed with acute abdominal symptoms, emphasizing the crucial role of histopathology in establishing the definitive diagnosis, when initial clinical and even surgical findings are misleading.

Вступ

Хвороба Castleman – це рідкісне лімфопроліферативне захворювання, вперше описане у 1956 р. [1], частота якого становить менше, ніж 1 випадок на 100 000 тис населення, або ж від 16 до 19 випадків на мільйон [2-4]. Наразі під хворобою Castleman розуміють групу гетерогенних розладів, об'єднаних питомими гістопатологічними ознаками [3,5,6]. Захворювання найчастіше поділяють на уніцентричну і мультицентричну форми залежно від кількості вогнищ ураження лімфатичних вузлів [3,5,7]. Водночас деякі гістологічні зміни в лімфовузлах є подібними при різних формах, тому деякі автори вважають використання такої номенклатури невдалим, оскільки ці варіанти захворювання відрізняються патогенезом і прогнозом [8]. Натомість інші дослідники вважають це однією мультиетіологічною хворобою [9].

Захворювання розвивається у будь-яких анатомічних ділянках, але найчастіше у середостінні й на шиї [3,10,11]. Відповідно, клінічні ознаки надзвичайно різноманітні, що може проявлятися симптомами ураження серця, легень, шкіри, органів живота тощо [2,5-7]. Загалом, уніцентрична форма здебільшого проявляється повільним збільшенням одиної пухлини у певній анатомічній ділянці, що зрештою маніфестує симптомами стиснення навколишніх структур [2,3,7,11]. Натомість мультицентрична форма виникає в кількох ділянках і проявляється системною запальною реакцією, симптомами ураження певних органів, асцитом, гідротораксом, гепато- і спленомегалією, артритамі тощо [2,6-8,12].

Спеціальних лабораторних діагностичних критеріїв не існує, а зміни аналізів є неспецифічними (лейкоцитоз, або, навпаки, цитопенія, збільшення кількості С-реактивного білка, зміни біохімічних показників, зумовлені порушенням функції певних органів) [2,13,14]. Останнім часом запропоновані деякі генетичні і серологічні маркери, визначення кількості цитокінів, втім основним методом діагностики є гістологічне дослідження уражених лімфовузлів і тканин [2,5,13,15], хоч й таке дослідження не завжди дає змогу остаточно диференціювати патологію [8]. Візуалізаційні методи дають змогу виявити пухлинні утворення, втім специфічних ознак їхнього генезу також не існує [2,3,5].

Лише в окремих дослідженнях автори проводять певну систематизацію даних [2,3,4,7], натомість більшість повідомлень зводяться до демонстрації клінічних випадків, що цілком зрозуміло з огляду на рідкісність захворювання. Звіти про абдомінальну форму здебільшого описують повільний розвиток захворювання, коли пацієнти звертаються по допомогу з проявами хронічного процесу: схудненням, тривалим болем, безпричинною лихоманкою, Клінічна та експериментальна патологія. 2025. Т.24, № 2 (92)

пухлинними утвореннями, що виявлені за допомогою візуалізаційних методів тощо [10,11,17,18]. Тому, на нашу думку, може бути цікавим представлення клінічного спостереження, у якому уніцентрична форма хвороби Castleman проявилася симптомами гострого хірургічного захворювання органів черевної порожнини.

Опис клінічного випадку

Чоловік, 26 років, звернувся по допомогу зі скаргами на біль у животі, нудоту, блювання, здуття живота, загальну слабкість через добу від початку захворювання. Захворів напередодні ввечері, коли без видимої причини виникло здуття живота, нудота, біль у верхній частині живота. Самостійно вживав спазмолітики, самопочуття покращилося. Вранці знову виник біль у животі, який перемістився в правий нижній квадрант. Посилилася нудота, було дворазове блювання, самопочуття погіршувалося, через що звернувся по допомогу. З анамнезу життя відомо, що страждає на хронічний гломерулонефрит, псоріаз.

Під час фізикального обстеження виявлено: стан задовільний, шкіра блідо-рожева, на животі численні псоріатичні бляшки; пульс 97 за 1 хв., АТ 120/80; температура 36,7°C; тони серця ясні; дихання везикулярне; язик сухий, обкладений білими нашаруваннями; живіт дещо здутий, бере участь в акті дихання, під час пальпації м'який, болючий у правій клубовій ділянці, де визначаються сумнівні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика квола.

Лейкоцити – $13,6 \times 10^9/\text{л}$, паличкоядерні – 11%, сегментоядерні – 69%, еозинофіли – 7%, лімфоцити – 8%, моноцити – 5%, еритроцити – $5,94 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 165 г/л, тромбоцити – $196 \times 10^9/\text{л}$, глюкоза – 6,02 ммоль/л, загальний білок – 74,7 г/л, сечовина – 9,26 ммоль/л, креатинін – 155,2 ммоль/л, загальний білірубін – 17,74 мкмоль/л, α -амілаза – 23 Од/л. Загальний аналіз сечі: лейкоцити – 70/мл, кетонові тіла – 8 ммоль/л, білок – 3 г/л, питома вага – 1030, рН – 5,5.

Ультрасонографія: вертикальний розмір правої частки печінки 165 мм, лівої частки – 65 мм, хвостата частка – 15 мм, ехогенність паренхіми помірно підвищена, структура однорідна; ворітна вена 8-9 мм, нижня порожниста вена – 17 мм; селезінка – 135x54 мм, структура однорідна, середньої ехогенності, селезінкова вена – 5 мм; у всіх кишнях черевної порожнини візуалізується вільна рідина у помірній кількості; червоподібний відросток – візуалізація утруднена; права нирка – 110x36 мм, ліва нирка – 109x45 мм, форма правильна, контури рівні,

чіткі, структура паренхіми підвищеної ехогенності, центральний ехокомплекс не розширений, кортико-медулярна диференціація збережена, співвідношення синуса до паренхіми не порушене, у проекції надпиркових залоз патологічні утворення не виявлені. Оглядова рентгенограма органів грудної клітки і ЕКГ без особливостей.

Запідозрено гострий апендицит (ГА), кількість пунктів за шкалою Alvarado – 7 (ймовірно, ГА), кількість пунктів за шкалою Adult Appendicitis Score (AAS) – 13 (ГА малоймовірний). Хворий госпіталізований для спостереження. Призначено дротаверин – 1,0, папаверин – 2,0.

Повторний огляд через 2 години: біль у правій частині живота посилюється, з'явився біль у лівій клубовій ділянці, турбує нудота; пульс 95 за 1 хв., АТ 120/80; язик сухий, обкладений білими нашаруваннями; живіт дещо здутий, бере участь у акті дихання, напружений і болючий у правій клубовій ділянці, де визначається різко позитивний симптом Блюмберга, ригідний і болючий у лівій клубовій ділянці, де визначаються сумнівні симптоми подразнення очеревини. Перистальтика квола.

Лейкоцити – 12×10^9 /л, паличкоядерні – 9%. Кількість пунктів за шкалою Alvarado – 7 (ймовірно, ГА), кількість пунктів за шкалою AAS – 17 (необхідне спостереження).

Через неможливість виключення ГА вирішено виконати лапароскопію. Під час огляду виявлено, що окремі петлі тонкої кишки розширені, у правій клубовій ямці, боковому каналі, під печінкою, в лівому боковому каналі велика кількість каламутної, жовтявої гноєподібної рідини. Червоподібний відросток не змінений. Шлунок і ДПК не змінені. Запідозрено розлитий перитоніт, через відсутність видимого джерела вирішено перейти до лапаротомії. Під час ревізії виявлено, що у бокових каналах, малому тазі, під і над печінкою наявне скупчення гноєподібної каламутної, жовтявої рідини без запаху (до 1,5 л), яка взята на засів і відсмоктана. Печінка помірно збільшена, тістуватої консистенції, паренхіма однорідна. У правій частині шлунково-ободової зв'язки окремі збільшені до 2 см, щільні лімфовузли. Початковий відділ порожньої кишки протягом 40 см розширений до 5-6 см, стінки потовщені до 1,5-2 см, ущільнені, пальпаторно – комірчастої консистенції. У цій ділянці корінь брижі кишки пухлиноподібно змінений, визначаються окремі щільні лімфовузли, збільшені до 2 см, очеревина брижі з білястими плямами, окремі білясті ділянки виявлені на стінці кишки. Брижа вздовж кишки не змінена. Дистальніше кишка поступово звужується, товщина стінки зменшується. Обидві нирки збільшені до 12×7 см, ущільнені, однорідні, рухомі. Розкрита сальникова сумка: підшлункова залоза дещо ущільнена, звичайної структури, вище головки пальпуються окремі ущільнені лімфовузли. Іншої патології не виявлено. Взято на гістологічне дослідження лімфовузол з шлунково-ободової зв'язки, лімфовузол з кореня брижі тонкої кишки, тканину кореня брижі тонкої кишки. Черевна порожнина промита і дренована. Операційна рана

защита. Діагноз після операції: ентерит неясного генезу? пухлина брижі тонкої кишки? Розлитий перитоніт? Хронічний гепатит.

Хворому призначено знеболювальні, цефазолін 1,0 двічі, інфузійну терапію. Стан хворого покращувався, біль у животі зник, нудота, блювання не повторювалися. Виділення з дренажів припинилися через 3-4 доби. Самостійні випорожнення були через 3 доби.

Контрольні лабораторні обстеження через 6 діб: лейкоцити – $9,26 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 8%, сегментоядерні – 70%, еозинофіли – 5%, лімфоцити – 13%, моноцити – 4%, еритроцити – $4,01 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 127 г/л, тромбоцити – 212×10^9 /л, аланінамінотрансфераза – 17,54 Од/л, аспартатамінотрансфераза – 21,14 Од/л, гаммаглутамілтрансфераза – 34,85 Од/л, креатинін – 83,21 мкмоль/л, сечовина – 7,22 ммоль/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л, загальний білок – 66,35 г/л, загальний білірубін – 13,09 мкмоль/л; загальний аналіз сечі: лейкоцити – 56/мл, кетонів тіла – 5 ммоль/л, білок – 1,33 г/л, питома вага – 1025, pH – 5,5. Результат засіву перитонеальної рідини: росту мікрофлори немає.

Результати гістологічного дослідження лімфовузлів і тканини брижі кишки: лімфопроліферативне захворювання, уніцентрична хвороба Castleman, плазмоклітинний варіант.

Післяопераційний період без ускладнень, шви зняті на 7-8-му добу. Встановлений остаточний діагноз: хвороба Castleman, уніцентричний варіант, кілоперитонеум, псоріаз, хронічна хвороба нирок, хронічний гепатит. Хворий виписаний із рекомендаціями подальшого обстеження і лікування у профільних спеціалістів.

Отже, у представленому спостереженні хвороба Castleman проявилася клінікою «гострого живота». За даними літератури, абдомінальна локалізація захворювання здебільшого проявляється хронічним болем з симптомами ураження певного органа, ознаками пухлинних уражень різної локалізації (брижа, заочеревинний простір, таз) без болю і, взагалі, без симптомів, або з хронічним болем, з анемією, лихоманкою тощо [7,18,19,20]. Опису випадків з проявами синдрому «гострого живота» в літературі ми не знайшли.

Гострий початок захворювання, зокрема у вигляді синдрому TAFRO вважають типовим для мультицентричної форми [2,7,18]. Втім, з п'яти складників цього синдрому (thrombocytopenia, anasarca, fever, reticulin fibrosis, organomegaly) у хворого був лише один – деяке збільшення розмірів печінки і селезінки.

Привертає увагу, що клініка найбільше нагадувала ГА, на користь чого засвідчили показники шкали Alvarado. Зауважимо, що через низьку специфічність застосування цієї шкали останнім часом не рекомендують [21]. Специфічність і чутливість шкали AAS істотно більша [22], втім її показники не давали змогу повністю виключити ГА, оскільки протягом спостереження параметри AAS збільшилися, водночас у хворого з'явилася виразна клініка деструктивного інтраабдомінального процесу, що й

спонукало до хірургічного втручання. Виявлений під час лапароскопії перитонеальний уміст мав вигляд гною (непрозора, жовтява, каламутна рідина), який нерідко спостерігають у разі гастродуоденальних перфорацій. З огляду на особливості клініки (переміщення болю, напруження м'язів, позитивний симптом Блюмберга), не можна було виключити атипичну перфорацію виразки, що й спонукало до лапаротомії. Безпосередня візуалізація рідини викликала сумніви, а мікробіологічне дослідження виключило перитоніт.

Наприкінці зауважимо, що, загалом, у хворого була віддавна діагностована патологія (хронічна хвороба нирок, псоріаз), яка могла бути проявом хвороби Castleman. Зокрема, описане її поєднання з псоріазом [23], що розцінюють, як наслідок аутоімунних процесів, а ураження нирок є поширеним варіантом [2,4,6,12]. Втім, мультицентрична форма не підтверджувалася гістологічними дослідженнями, хоч повністю її виключити, з огляду на зазначені клінічні особливості, неможливо. Диференціація підтипів хвороби потребує низки додаткових, зокрема генетичних й імунологічних обстежень [2].

У підсумку зазначимо, що рідкісність і значна варіабельність проявів хвороби Castleman, особливості її маніфестації у представленого пацієнта, унеможливили встановлення правильного клінічного діагнозу без гістологічного дослідження, яке є основою діагностики [2], хоч і морфологічні дані не завжди давали можливість чітко встановити діагноз [8]. Однак цінність спостереження полягає у наданні інформації лікарям, що, можливо, матиме значення у подібній клінічній ситуації.

Висновок

Випадок демонструє, що хвороба Castleman може проявлятися гострими абдомінальними симптомами, підкреслюючи вирішальну роль гістопатології у встановленні остаточного діагнозу, коли початкові клінічні та навіть хірургічні дані є оманливими.

Список літератури

- Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymphnode hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 1956;9(4):822-30. doi: 10.1002/1097-0142(195607/08)9:4%3C822::aid-cnrcr280090430%3E3.0.co;2-4
- Dispenzieri A, Fajgenbaum DC. Overview of Castleman disease. *Blood*. 2020;135(16):1353-64. doi: 10.1182/blood.2019000931
- van Rhee F, Oksenhendler E, Skralovic G, Voorhees P, Lim M, Dispenzieri A, et al. International evidence-based consensus diagnostic and treatment guidelines for unicentric Castleman disease. *Blood Adv*. 2020;4(23):6039-50. doi: 10.1182/bloodadvances.2020003334
- Patel R, Patel D, Onyechi A, Shaikh S, Patel M, Patel Z. Castleman disease- demographics, associations, and outcomes: an analysis of adult 791 cases. *Ann Hematol*. 2024;103(4):1255-60. doi: 10.1007/s00277-023-05574-y
- Carbone A, Borok M, Damania B, Gloghini A, Polizzotto MN, Jayanthan RK, et al. Castleman disease. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2021[cited 2025 Jun 21];7(1):84. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9584164/pdf/nihms-1841719.pdf> doi: 10.1038/s41572-021-00317-7
- Hoffmann C, Hentrich M, Tiemann M, Rosenwald A, Weber F, Willenbacher W, et al. Recent Advances in Castleman Disease. *Oncol Res Treat*. 2022;45(11):693-704. doi: 10.1159/000526640
- Hoffmann C, Oksenhendler E, Littler S, Grant L, Kanhai K, Fajgenbaum DC. The clinical picture of Castleman disease: a systematic review and meta-analysis. *Blood Adv*. 2024;8(18):4924-35. doi: 10.1182/bloodadvances.2024013548
- Zhou T, Wang HW, Pittaluga S, Jaffe ES. Multicentric Castleman disease and the evolution of the concept. *Pathologica*. 2021;113(5):339-53. doi: 10.32074/1591-951x-351
- Esteban-Sampedro J, Martín-Portugués M, Campo PD, Fernández-Gutián R, Ruiz-Becerra JE, Moreno-Torres V. Castleman's disease: one disease, multiple etiologies. *AIDS Rev*. 2024;26(4):158-72. doi: 10.24875/aidsrev.m25000079
- Greco LG, Tedeschi M, Stasolla S, Gentile A, Gentile A, Piscitelli D. Abdominal nodal localization of Castleman's disease: report of a case. *Int J Surg*. 2010;8(8):620-2. doi: 10.1016/j.ijso.2010.06.019
- Bradai S, Khsiba A, Nakhli A, Mahmoudi M, Mohamed AB, Chaabane A, et al. Abdominal unicentric Castleman's disease: a case report. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2021[cited 2025 Jun 18];38:339. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8265241/pdf/PAMJ-38-339.pdf> doi: 10.11604/pamj.2021.38.339.28859
- González García A, Fernández-Martín J, Robles Marhuenda Á. Idiopathic multicentric Castleman disease and associated autoimmune and autoinflammatory conditions: practical guidance for diagnosis. *Rheumatology (Oxford)*. 2023;62(4):1426-35. doi: 10.1093/rheumatology/keac481
- Pertusa Mataix R, Loaiza Cabello D, García Morillo JS. Castleman's disease, pathophysiology, advances in diagnosis and treatment. *Med Clin (Barc)*. 2024;162(6):283-90. doi: 10.1016/j.medcli.2023.10.013
- Hsieh CY, Hsu CM, Chang KC, Hsiao HH. Myeloma-like Castleman disease with plasmacytosis and monoclonal gammopathy. *Kaohsiung J Med Sci*. 2022;38(10):1022-23. doi: 10.1002/kjm2.12575
- Zhang MY, Yang ZH, Qiu YC, Gao YH, Li SY, Dang Y, et al. LRG1, a novel serum biomarker for iMCD disease activity. *Biomark Res* [Internet]. 2025[cited 2025 Jun 20];13(1):56. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11974158/pdf/40364_2025_Article_767.pdf doi: 10.1186/s40364-025-00767-1
- Badenes Romero Á, Milà López M, Vallansot RO, Achury Murcia CA, Patricia Fierro Alanis M, Carrera Salazar D, et al. Abdominal Castleman's disease with 18F-FDG PET/CT. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol (Engl Ed)*. 2023;42(6):418-9. doi: 10.1016/j.remnie.2023.06.008
- Jaishanker S, D'Cruze L, Muralidharan S, Gunabooshanam B, Singh KB. A huge retroperitoneal Castleman's disease – rare entity. *J Cancer Res Ther*. 2023;19(Suppl 2): S980-82. doi: 10.4103/jcrt.jcrt_61_22
- Liu Y, Mei X, Qian Z, Yuan W, Wang J, Ji L, et al. TAFRO syndrome with abdominal pain as the first symptom accompanied by liver damage with hyperbilirubinemia: A case report. *Heliyon* [Internet]. 2024[cited 2025 Jun 18];10(16): e36128. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11369421/pdf/main.pdf> doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e36128
- Hua L, Yin Z, Yang R. A diagnostic and therapeutically challenging presentation of unicentric mesenteric Castleman disease: A case report. *Exp Ther Med* [Internet]. 2025[cited 2025 Jun 21];29(4):80. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11904858/pdf/etm-29-04-12830.pdf> doi: 10.3892/etm.2025.12830

20. Wang WX, Peng LL, Du HH, Liu JJ. A case of retroperitoneal hyaline-vascular Castleman disease presenting initially with anemia. *Asian J Surg* [Internet]. 2024[cited 2025 Jun 18]; S1015-9584(24)01767-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1015958424017676?via%3Dihub> doi: 10.1016/j.asjsur.2024.08.029
21. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2020[cited 2025 Jun 21];15(1):27. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7386163/pdf/13017_2020_Article_306.pdf doi: 10.1186/s13017-020-00306-3
22. Ghali MS, Hasan S, Al-Yahri O, Mansor S, Al-Tarakji M, Obaid M, et al. Adult appendicitis score versus Alvarado score: A comparative study in the diagnosis of acute appendicitis. *Surg Open Sci*. 2023;14:96-102. doi: 10.1016/j.sopen.2023.07.007
23. Zhang Y, Li CY, Li Z, Chen W. Unicentric Castleman's disease in the parotid gland associated with psoriasis: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2024[cited 2025 Jun 18];18(1):140. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10988862/pdf/13256_2024_Article_4468.pdf doi: 10.1186/s13256-024-04468-5
- a case report. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2021[cited 2025 Jun 18];38:339. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8265241/pdf/PAMJ-38-339.pdf> doi: 10.11604/pamj.2021.38.339.28859
12. González García A, Fernández-Martín J, Robles Marhuenda Á. Idiopathic multicentric Castleman disease and associated autoimmune and autoinflammatory conditions: practical guidance for diagnosis. *Rheumatology* (Oxford). 2023;62(4):1426-35. doi: 10.1093/rheumatology/keac481
13. Pertusa Mataix R, Loaiza Cabello D, García Morillo JS. Castleman's disease, pathophysiology, advances in diagnosis and treatment. *Med Clin (Barc)*. 2024;162(6):283-90. doi: 10.1016/j.medcli.2023.10.013
14. Hsieh CY, Hsu CM, Chang KC, Hsiao HH. Myeloma-like Castleman disease with plasmacytosis and monoclonal gammopathy. *Kaohsiung J Med Sci*. 2022;38(10):1022-23. doi: 10.1002/kjm2.12575
15. Zhang MY, Yang ZH, Qiu YC, Gao YH, Li SY, Dang Y, et al. LRG1, a novel serum biomarker for iMCD disease activity. *Biomark Res* [Internet]. 2025[cited 2025 Jun 20];13(1):56. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11974158/pdf/40364_2025_Article_767.pdf doi: 10.1186/s40364-025-00767-1
16. Badenes Romero Á, Milà López M, Vallansot RO, Achury Murcia CA, Patricia Fierro Alanis M, Carrera Salazar D, et al. Abdominal Castleman's disease with 18F-FDG PET/CT. *Rev Esp Med Nucl Imagen Mol* (Engl Ed). 2023;42(6):418-9. doi: 10.1016/j.remnie.2023.06.008
17. Jaishanker S, D'Cruze L, Muralidharan S, Gunabooshanam B, Singh KB. A huge retroperitoneal Castleman's disease – rare entity. *J Cancer Res Ther*. 2023;19(Suppl 2): S980-82. doi: 10.4103/jcrt.jcrt_61_22
18. Liu Y, Mei X, Qian Z, Yuan W, Wang J, Ji L, et al. TAFRO syndrome with abdominal pain as the first symptom accompanied by liver damage with hyperbilirubinemia: A case report. *Heliyon* [Internet]. 2024[cited 2025 Jun 18];10(16): e36128. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11369421/pdf/main.pdf> doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e36128
19. Hua L, Yin Z, Yang R. A diagnostic and therapeutically challenging presentation of unicentric mesenteric Castleman disease: A case report. *Exp Ther Med* [Internet]. 2025[cited 2025 Jun 21];29(4):80. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11904858/pdf/etm-29-04-12830.pdf> doi: 10.3892/etm.2025.12830
20. Wang WX, Peng LL, Du HH, Liu JJ. A case of retroperitoneal hyaline-vascular Castleman disease presenting initially with anemia. *Asian J Surg* [Internet]. 2024[cited 2025 Jun 18]; S1015-9584(24)01767-6. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1015958424017676?via%3Dihub> doi: 10.1016/j.asjsur.2024.08.029
21. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg* [Internet]. 2020[cited 2025 Jun 21];15(1):27. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7386163/pdf/13017_2020_Article_306.pdf doi: 10.1186/s13017-020-00306-3
22. Ghali MS, Hasan S, Al-Yahri O, Mansor S, Al-Tarakji M, Obaid M, et al. Adult appendicitis score versus Alvarado score: A comparative study in the diagnosis of acute appendicitis. *Surg Open Sci*. 2023;14:96-102. doi: 10.1016/j.sopen.2023.07.007
23. Zhang Y, Li CY, Li Z, Chen W. Unicentric Castleman's disease in the parotid gland associated with psoriasis: a case report. *J Med Case Rep* [Internet]. 2024[cited 2025 Jun 18];18(1):140. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10988862/pdf/13256_2024_Article_4468.pdf doi: 10.1186/s13256-024-04468-5

References

1. Castleman B, Iverson L, Menendez VP. Localized mediastinal lymphnode hyperplasia resembling thymoma. *Cancer*. 1956;9(4):822-30. doi: 10.1002/1097-0142(195607/08)9:4%3C822::aid-cnrcr2820090430%3E3.0.co;2-4
2. Dispenzieri A, Fajgenbaum DC. Overview of Castleman disease. *Blood*. 2020;135(16):1353-64. doi: 10.1182/blood.2019000931
3. van Rhee F, Oksenhendler E, Skralovic G, Voorhees P, Lim M, Dispenzieri A, et al. International evidence-based consensus diagnostic and treatment guidelines for unicentric Castleman disease. *Blood Adv*. 2020;4(23):6039-50. doi: 10.1182/bloodadvances.2020003334
4. Patel R, Patel D, Onyechi A, Shaikh S, Patel M, Patel Z. Castleman disease- demographics, associations, and outcomes: an analysis of adult 791 cases. *Ann Hematol*. 2024;103(4):1255-60. doi: 10.1007/s00277-023-05574-y
5. Carbone A, Borok M, Damania B, Gloghini A, Polizzotto MN, Jayanthan RK, et al. Castleman disease. *Nat Rev Dis Primers* [Internet]. 2021[cited 2025 Jun 21];7(1):84. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9584164/pdf/nihms-1841719.pdf> doi: 10.1038/s41572-021-00317-7
6. Hoffmann C, Hentrich M, Tiemann M, Rosenwald A, Weber F, Willenbacher W, et al. Recent Advances in Castleman Disease. *Oncol Res Treat*. 2022;45(11):693-704. doi: 10.1159/000526640
7. Hoffmann C, Oksenhendler E, Littler S, Grant L, Kanhai K, Fajgenbaum DC. The clinical picture of Castleman disease: a systematic review and meta-analysis. *Blood Adv*. 2024;8(18):4924-35. doi: 10.1182/bloodadvances.2024013548
8. Zhou T, Wang HW, Pittaluga S, Jaffe ES. Multicentric Castleman disease and the evolution of the concept. *Pathologica*. 2021;113(5):339-53. doi: 10.32074/1591-951x-351
9. Esteban-Sampedro J, Martín-Portugués M, Campo PD, Fernández-Gutiérrez R, Ruiz-Becerra JE, Moreno-Torres V. Castleman's disease: one disease, multiple etiologies. *AIDS Rev*. 2024;26(4):158-72. doi: 10.24875/aidsrev.m25000079
10. Greco LG, Tedeschi M, Stasolla S, Gentile A, Gentile A, Piscitelli D. Abdominal nodal localization of Castleman's disease: report of a case. *Int J Surg*. 2010;8(8):620-2. doi: 10.1016/j.ijssu.2010.06.019
11. Bradai S, Khsiba A, Nakhli A, Mahmoudi M, Mohamed AB, Chaabane A, et al. Abdominal unicentric Castleman's disease:

Відомості про авторів:

Гринчук Ф. В. – д.мед.н, професор кафедри хірургії № 1 Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: fedir.grynychuk@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7482-442X>

Вівчарик Б. В. – лікар-хірург, відділення хірургії, Чернівецька обласна клінічна лікарня, м. Чернівці, Україна.

E-mail: bodukviv95@gmail.com

Лакуста Б. Г. – лікар-інтерн, кафедра хірургії № 1 Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

E-mail: lakustab2@gmail.com

Information about the authors:

Grynychuk F. V. – MD, PhD, DSci, Professor, Department of Surgery № 1, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: fedir.grynychuk@bsmu.edu.ua

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7482-442X>

Vicharyk B. V. – Surgeon, Department of Surgery, Chernivtsi Regional Clinical Hospital, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: bodukviv95@gmail.com

Lakusta B. G. – Intern, Department of Surgery № 1, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine.

E-mail: lakustab2@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 22.05.2025
© Ф. В. Гринчук, Б. В. Вівчарик, Б. Г. Лакуста

