

Опыт ВДХТ лимфомы из клеток зоны мантии у предлеченного пациента

Михалёв М.А., Ольховик Т.И., Сырцева Е.Б., Савяк Л.М., Кузнецова Е.Ю.

КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №7», г. Красноярск

ВВЕДЕНИЕ

Лимфома из клеток мантии – агрессивная лимфома, общая выживаемость больных составляет 3–5 лет, заболевание характеризуется коротким временем до прогрессирования и химиорезистентностью рецидивов. Проблема подбора курсов ХТ возникает еще более остро при отсутствии возможности проведения ТГСК в регионах.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Описание клинического случая данной лимфомы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Пациент В, 54 года, в октябре 2011г. диагностирована В-клеточная лимфома из клеток зоны мантии, на основании периферической лимфаденопатии (шейные, подчелюстные лимфоузлы 2 см, подмышечные до 3 см, паховые группами до 2 см), выраженная спленомегалия (+20 см из-под левой реберной дуги; КТ – селезенка 330*120 мм); в гемограммы – лейкоцитоз до 46 тыс., тромбоцитопения до 42 тыс. В миелограмме: лимфоидная метаплазия (79,4%). ИГХ пахового лимфоузла – иммунофенотип опухолевых клеток соответствует мантийноклеточной лимфоме с нодулярным и интерфолликулярным типом роста. На ФГС – на биопсии обильная инфильтрация лимфоидными элементами.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

За время наблюдения пациент получил курсы ПХТ по протоколам CHOP-bleo, R-CHOP, R-EPOCH, RFCM, ВДХТ по программе R-DHAB. Полной ремиссии получено не было, пациент постоянно рецидивировал.

С июля 2016 г. больному проведено 8 курсов ХТ по протоколу RBAC (ритуксимаб 800 мг № 1, рибомустин 100 мг № 2, цитарабин 1000 мг/сут № 3). После курса развился миелотоксический агранулоцитоз, без видимых очагов инфекций, снижение Hb до 69 г/л, тромбоцитопения, без геморрагического синдрома. Это потребовало введение гранулоцитарных факторов роста, переливание компонентов крови. В дальнейшем курсы ХТ переносил удовлетворительно, клинически значимых осложнений не получено.

Пациент рестадирован в феврале 2017 г. при осмотре: периферический лимфаденопатии нет; КТ (08.02.17) – паратрахеальные лимфоузлы (6,5–8,2мм); селезенка 89*49мм, парааортальных лимфоузлов (5,2*6,5мм). В миелограмме – лимфоцитов 19,6%.

При осмотре в динамике в августе 2017 г. жалоб не отмечает, ведет обычный образ жизни. Изменений в гемограмме нет, периферические лимфоузлы не пальпируются. УЗИ ОБП – лимфоузлы не визуализируются, селезенка 84*48 мм.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Демонстрация данного клинического случая показывает, что несмотря на длительную предшествующую цитостатическую терапию (CHOP-Bleo, R-CHOP, R-EPOCH, RFCM, R-DHAB), использование ВДХТ по программе ВAc показало хорошую переносимость и при этом позволяет достигнуть ремиссию у предлеченного пациента.