

Успешный опыт применения брентуксимаба ведотина при рецидивирующем\рефрактерном течении кожных Т-клеточных лимфом: 2 клинических наблюдения

Горенкова Л.Г., Кравченко С.К.
ФГБУ НМИЦ Гематологии МЗ РФ, Москва

Первичные кожные Т-клеточные лимфомы представляют собой гетерогенную группу Т-клеточных лимфопролиферативных заболеваний, развивающихся преимущественно в коже, характеризующихся особенностями диагностики, клинического течения и терапевтического подхода. Более половины кожных лимфом составляет грибовидный микоз, в четверти случаев диагностируются CD30+ лимфопролиферативные заболевания кожи (первичная кожная анапластическая лимфома и лимфоматоидный папулез), и остальная часть представлена редко встречаемыми опухолями, в том числе первичной кожной периферической Т-клеточной лимфомой, неспецифицированной.

Активационный антиген CD30 является клеточным мембранным гликопротеином, относящимся к семейству факторов некроза опухоли. Опухолевые клетки при первичных кожных CD30-позитивных лимфомах кожи экспрессируют CD30 более чем в 75%, при других нозологических формах его детекция также может встречаться, но в меньшей степени.

Хотя большинство пациентов с кожными CD30+ лимфопролиферативными заболеваниями имеют индолентное течение с благоприятным прогнозом, примерно в 30% развивается резистентное течение болезни, и в 8% случаев регистрируются смертельные исходы от лимфомы.

Системная иммуномодулирующая или химиотерапия часто применяется для развернутых стадий заболеваний, с недавних пор в клиническую практику для лечения кожных лимфом включены моноклональные антитела, одним из которых является брентуксимаб ведотин – CD30-моноклональное антитело, конъюгированное с монометилауристатином Е.

Мы приводим описание двух клинических случаев пациентов с постоянно рецидивирующим течением лимфоматоидного папулеза и рефрактерной формы первичной кожной периферической Т-клеточной лимфомы, неспецифицированной. В результате таргетной терапии препаратом брентуксимаб ведотин как в монорежиме, так и в сочетании с химиотерапией, у обоих пациентов удалось получить стойкую длительную ремиссию.

Пациент 1 – мужчина 45 лет, 5 лет назад проходил лечение по поводу лимфомы Ходжкина и уже то время отмечал кожные узелковые элементы. Через год после окончания химиотерапии отмечен возврат ярко гиперемизированных

опухолевых элементов с частичной саморегрессией. По данным гистологического исследования верифицирован диагноз лимфоматоидный папулез тип D.

После нескольких линий терапии отмечалось частое рецидивирование процесса, меньшее количество элементов имело тенденцию к саморегрессии, но с образованием рубцов и гиперпигментации (рис. 1).

В результате 6 циклов монотерапии брентуксимабом ведотином получена полная ремиссия заболевания, при сроке наблюдения 12 месяцев признаков рецидива не обнаружено (рис. 2).

Пациент 2 – мужчина 30 лет. Впервые единичные образования на коже появились 2,5 года назад, проводилась комбинированная терапия малыми дозами химиопрепаратов, получена прогрессия заболевания. Далее пациенту выполнено более 3 линий высокодозной химиотерапии, однако наблюдалось неуклонно прогрессирующее течение заболевания в виде увеличения в размерах и появления новых опухолевых узлов на коже (рис. 3). Ремиссия заболевания получена в результате комбинированной схемы лечения – курсы Dexamethasone + Beams с добавлением брентуксимаба ведотина (рис. 4). Для консолидации полученной ремиссии пациенту планируется выполнение родственной аллогенной трансплантации костного мозга.

Рис. 1.



Рис. 2.

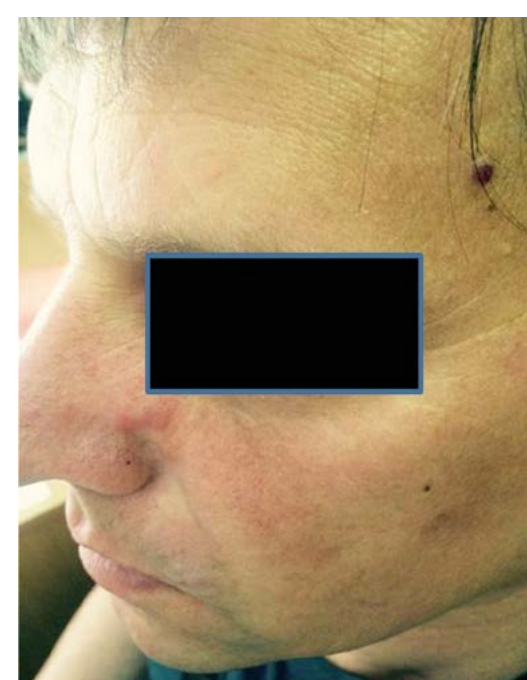


Рис. 3.



Рис. 4.

