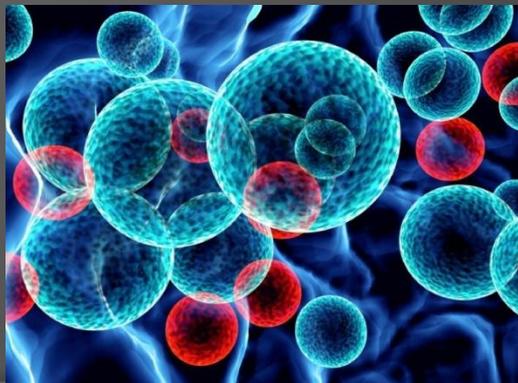


ДИФФУЗНАЯ В - КЛЕТОЧНАЯ КРУПНОКЛЕТОЧНАЯ ЛИМФОМА

Выполнили:

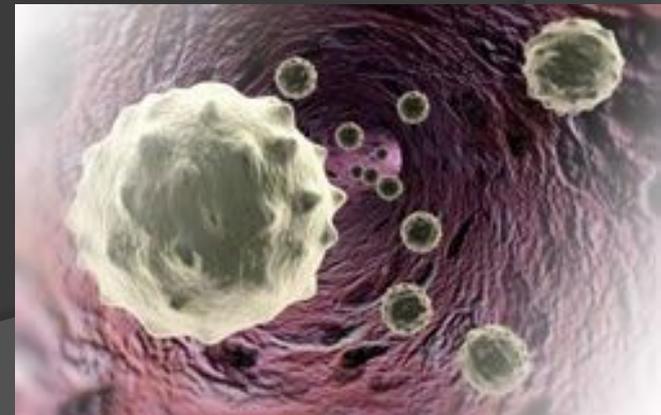
Кудряшова А.А.
Марьенко А.С.
Чухланцев А.В.



Ижевск
2016

Диффузная В-крупноклеточная лимфома

- Новообразование из крупных лимфоидных В-клеток с размером ядра, равным или превышающим ядро нормального макрофага либо более чем в 2 раза превышающим ядро нормального лимфоцита, имеющее диффузный характер роста



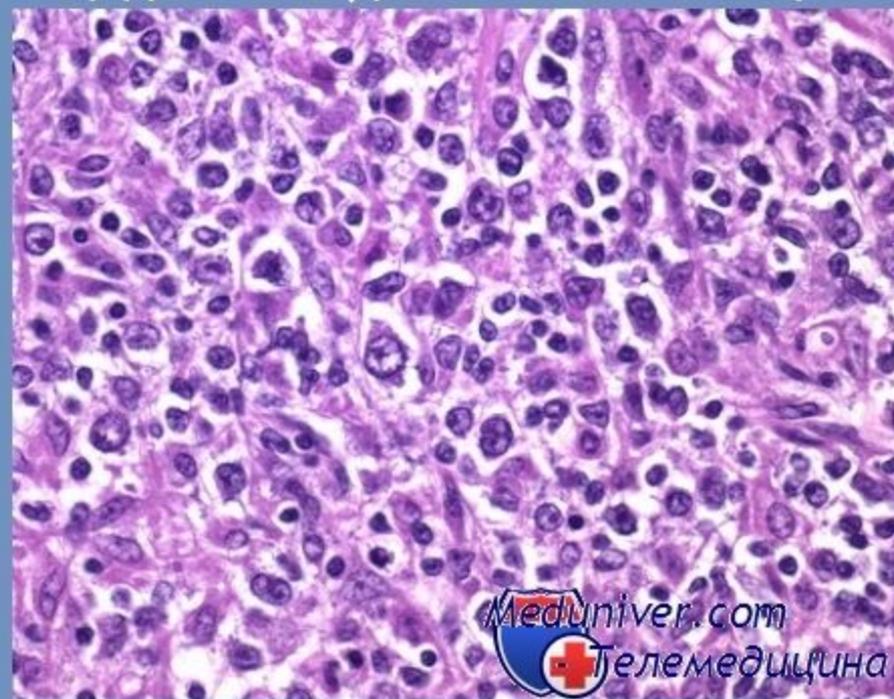
- Диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома (ДВКЛ) является наиболее распространенным вариантом лимфопролиферативных заболеваний взрослых (30% от всех неходжкинских лимфом).
- Заболеваемость ДВКЛ составляет 4-5 на 100 000 населения в год.
- Риск развития болезни увеличивается с возрастом (медиана 63 года).
- Мужчины и женщины болеют ДВКЛ с почти равной частотой.



Критерии установления диагноза

Морфологический субстрат представлен центробластами, иммунобластами, клетками с многодольчатыми ядрами, клетками с полиморфными/анаплазированными ядрами в различных количественных соотношениях, что определяет морфологический вариант опухоли: центробластный, иммунобластный, анапластический.

Диффузная В-крупноклеточная лимфома



- ◎ Иммунофенотип опухоли характеризуется экспрессией пан-В-клеточных
- ◎ антигенов CD20, CD79a, PAX 5 (мономорфная интенсивная ядерная экспрессия), CD45
- ◎ и не экспрессируют CD3. CD30 может экспрессироваться частью клеток с
- ◎ полиморфной/анапластической морфологией. CD10 определяется в 30-60% случаев,
- ◎ BCL-6 – в 60-90% случаев, BCL-2 – в 30-50% случаев, MUM.1 – в 35-65% случаев.
- ◎ CD5-позитивная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома встречается
- ◎ примерно в 10% наблюдений.

- ⦿ Диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, как правило, характеризуется высокой митотической и пролиферативной активностью.
- ⦿ Ki-67 экспрессируется в широком диапазоне: 40-90%, в отдельных наблюдениях превышает 90%

Международный прогностический индекс (PI):

- ⦿ Возраст старше 60 лет
- ⦿ ECOG ≥ 2
- ⦿ Повышение ЛДГ
- ⦿ Стадия III-IV
- ⦿ > 1 экстранодальной зоны поражения
 - ⦿ Риск:
 - ⦿ 0-1 фактор – низкий риск
 - ⦿ 2 фактора – низкий/промежуточный риск
 - ⦿ 3 фактора – высокий/промежуточный риск
 - ⦿ 4-5 факторов – высокий риск

Лечение

- 1. Первая линия терапии в группе низкого и низкого/промежуточного риска
- Стандартом лечения больных ДВКЛ низкой и низкой/промежуточной групп риска является 6 циклов иммунохимиотерапии по схеме R-CHOP-21 [I, A]. Такой подход, по данным крупных рандомизированных исследований, позволяет более 80% больных пережить пятилетний рубеж.



- ◎ **2. Первая линия, промежуточный/высокий или высокий риск**
- ◎ определяется индивидуально. Ведущими критериями являются возраст и общее состояние пациента.
- ◎ Чаще всего у этой категории больных применяется режим **R-CHOP**.
- ◎ Однако результаты его остаются неудовлетворительными. К альтернативным эффективным режимам можно отнести **DA-EPOCH-R, R-CHOP-14, R-CHOEP**.
- ◎ Перечисленные режимы улучшают результаты лечения больных в сравнении с историческим контролем.

Схема R-СНОР:

- Мабтера 375 мг/м² внутривенно в 1 день
- Циклофосфан 750 мг/м² внутривенно во 2 день
- Доксорубицип 50 мг/м² внутривенно во 2 день
- Винкристин 2 мг внутривенно во 2 день
- Преднизолон 40 мг/м² внутрь 2 - 6-й дни

- Курсы лечения повторялись на 21-й день при условии восстановления показателей гемограммы и отсутствии признаков инфекционных осложнений.

Оценка эффекта, последующее наблюдение

- Оценка противоопухолевого эффекта должна проводиться в середине курса лечения (после третьего-четвертого циклов) и по его завершении.
- Если после этапа иммунохимиотерапии планируется лучевое лечение, подробное обследование больного должно проводиться перед началом облучения и через 6-8 недель после его завершения.
- Оценка ответа на лечение должна включать в себя все лучевые методы обследования, применявшиеся для первичного стадирования заболевания.
- Негативные данные ПЭТ после завершения лечения являются важным благоприятным прогностическим фактором.
- Пункция и трепанобиопсия костного мозга в случае его исходного поражения должны повторно выполняться однократно после завершения всего курса иммунохимиотерапии и/или лучевого лечения.

Пациентка 68 лет.

Диагноз основного заболевания:

Диффузная В - клеточная крупноклеточная лимфома с поражением л/узлов шейно-надключичной области слева, IA ст. Состояние в процессе лекарственного лечения.

Сопутствующий диагноз: Гипертоническая болезнь II стадии, риск 2. ХСН I.



Перенесенные заболевания:

простудные заболевания, ЖКБ, хронически гастрит, хронический панкреатит, Гипертоническая болезнь (с 2008г.), варикозная болезнь вен н/к., остеоартроз тазобедренного сустава справа, арахноидит (в 27 лет).

Наследственность не отягощена.

Анамнез заболевания.

Увеличение л/узлов шеи, надключичной области отмечает с конца сентября 2015 года.

Обследована по месту м/о в мае 2016 года.

Под наблюдением в РКОД с 31.05.16, выполнена ПБ щитовидной железы, цитологически – АИТ?

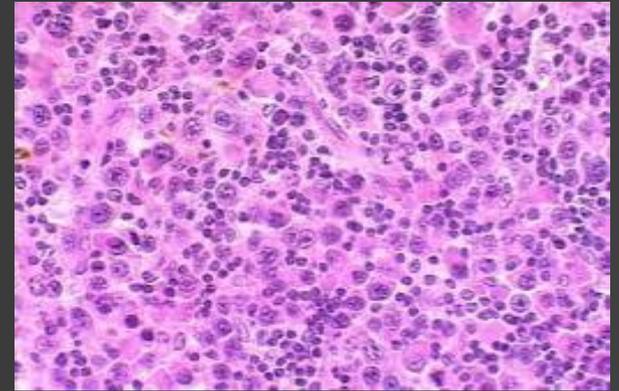
Рекомендована консультация эндокринолога, УЗИ ЩЖ в динамике.

УЗИ-контроль от 29.07.16: надключичная ЛАП слева, не исключается лимфопролиферативное заболевание.

23.08.16 в х/о №5 выполнена биопсия л/узла шеи слева.

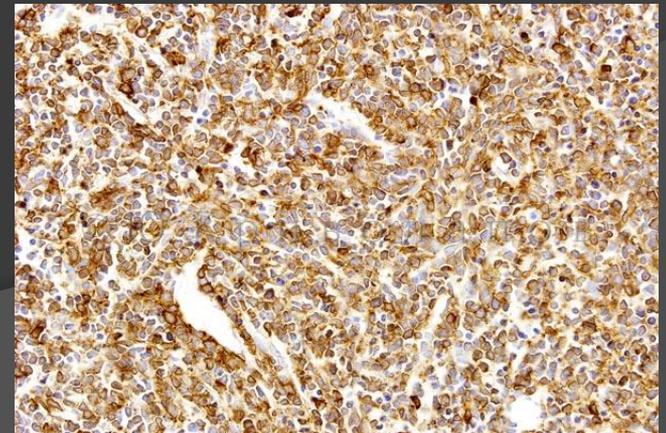
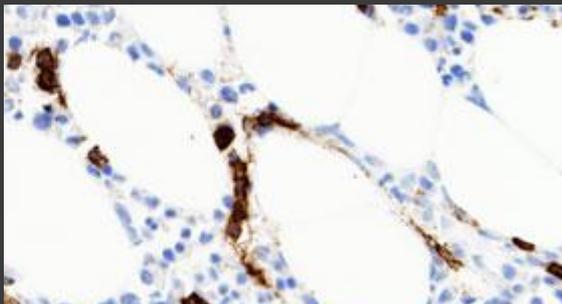
Гистологическое заключение № 67804 от 26.08.16:

неходжкинская крупноклеточная лимфома (G III).



ИДО № 68083 от 30.08.16:

гистокартина и иммунофенотип диффузной В -
клеточной крупноклеточной лимфомы (G III) с
позитивным статусом CD 20.



Запланировано до 6-ти курсов
химиотерапии по схеме R-СНОР, далее
лучевая терапия.

Проведено 3 курса ХТ по схеме R-СНОР.

Схема химиотерапии:

- ⦿ ритуксимаб 800 мг в/в в 0 день;
- ⦿ доксорубицин 80 мг в/в в 1 день;
- ⦿ циклофосфан 1400 мг в/в в 1 день;
- ⦿ винкристин 2,0 мг в/в в 1 день;
- ⦿ преднизолон 75 мг/сут внутрь в 1-5 дни, СД – 375 мг.



Спасибо за внимание!

