

Клинический случай лечения лимфомы Беркитта, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией

Хуртина Юлия Николаевна

Студент (специалист)

Ульяновский государственный университет, Институт медицины, экологии и физической культуры, Ульяновск, Россия
E-mail: julia.snail.555@mail.ru

Актуальность. Больные ВИЧ-инфекцией относятся к группе риска развития злокачественных новообразований: риск развития неходжкинских лимфом в 101,8 раз выше, чем в общей популяции. Основную долю составляют В-клеточные лимфомы, в т.ч. лимфома Беркитта (ЛБ) – высокоагрессивная лимфома с преимущественно экстранодальной локализацией [4]. Риск развития ЛБ у пациентов с ВИЧ в течение жизни 10-20%, при этом нет строгой связи с количеством уровня CD4-лимфоцитов и назначением антиретровирусной терапии [6]. Клинически выделяют 3 варианта ЛБ, один из которых – иммунодефицит-ассоциированный (чаще у ВИЧ-инфицированных) [3]. ЛБ у ВИЧ-инфицированных диагностируется в молодом возрасте (21-58 лет), чаще у мужчин (75,7%), в распространенной стадии (IV стадия Ann Arbor – 64,7%), с экстралимфатическими проявлениями (73,5%), включая поражение ЦНС (16,1%) [6]. ЛБ характеризуется специфической перестройкой гена MYC [5]. Патогенез ЛБ на фоне ВИЧ считается изученным не до конца, среди факторов выделяют иммуносупрессию, онкогенное действие ВИЧ и коинфекцию с другими онкогенными вирусами, в т.ч. с вирусом Эпштейна-Барр [1]. Клинически ЛБ характеризуется очень агрессивным течением с генерализованной лимфаденопатией, поражением селезенки, вовлечением в опухолевый процесс костного мозга (30-38%) [8]. Определены ключевые клинические прогностические факторы ЛБ: возраст ≥ 40 лет; повышенный уровень ЛДГ > 3 раз выше нормы и наличие поражения ЦНС [2]. Устанавливается ЛБ на основании патологоанатомического исследования биоптата опухоли. ЛБ высоко чувствительна к химиотерапии. Наиболее эффективны короткие интенсивные курсы цитостатиков. А Потапенко и соавт. в своей работе (2018) пришли к выводу об эффективности и переносимости курса «SC-EPOCH-RR» у пациентов с ЛБ, ассоциированных с ВИЧ-инфекцией [7].

Цель работы. Продемонстрировать особенности диагностики и лечения лимфомы Беркитта, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, на примере клинического случая, оценить эффективность проведенного лечения.

Материалы и методы. Пациентка Б., 37 лет, в июле 2023 года обнаружила опухоль в области околоушной слюнной железы слева. Направлена на консультацию к онкологу ГУЗ ОКОД. Выполнена тонкоигольная пункционная биопсия образования. Заключение цитологического исследования – без атипии. Спустя 1 месяц обнаружила увеличенные лимфатические узлы (л/у) шеи справа и слева. Повторный осмотр онколога ГУЗ ОКОД. Общее состояние удовлетворительное. Локальный статус: увеличены подчелюстные л/у с 2-х сторон до 1 см. В околоушной области слева опухоль до 1 см. Проведена КТ органов грудной клетки, мягких тканей шеи, органов брюшной полости. Заключение: КТ-картина может соответствовать лимфопролиферативному заболеванию с поражением внутригрудных лимфатических узлов, легких, печени. Выявлена ВИЧ-инфекция. Консультирована инфекционистом СПИД-центра. Уровень CD4 = $0,160 \times 10^9$ /л. Выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция 4Б стадия. Назначена АРВТ. В ГУЗ ОКОД выполнена эксцизионная биопсия подчелюстного л/у справа. Гистологическое заключение: В слюнной железе опухоль,

гистологическое строение и иммунофенотип которой соответствует лимфоме Беркитта. Выставлен клинический диагноз: С83.7 Лимфома Беркитта IV А стадия с поражением поднижнечелюстной слюнной железы справа, подчелюстных лимфатических узлов с двух сторон, околоушных слюнных желез, внутригрудных лимфатических узлов, легких, печени. ВИЧ-инфекция 4Б стадия, прогрессирование на фоне начала АРВТ. Хронический поверхностный гастрит. Гиперпластический бульбит.

В период с 11.10.2023 по 19.02.2024 проведено 6 курсов индукционной иммунохимиотерапии по схеме SC-EPOCH-RR (с включением ритуксимаба, учитывая уровень CD4 >100 клеток/мкл), с плановой поддержкой ростовыми факторами, на фоне сопроводительной терапии, включающей в себя профилактику пневмоцистной пневмонии, грибковых и герпетических инфекций. С целью профилактики нейтролейкемии проведено 4 интратекальных введения цитостатиков (цитарабин 30 мг, метотрексат 15 мг, дексаметазон 4 мг). С учетом межлекарственного взаимодействия пациентке проводилась АРВТ по схеме тенофовир, лавимудин, долутеграви́р. Лечение осложнялось гематологической токсичностью 3-4 степени, проводились заместительные трансфузии эритроцитов. По данным КТ после 4х курсов ПХТ признаков лимфомы не выявлено. Запланировано проведение ПЭТ/КТ всего тела после окончания всей программы лечения для оценки полноты ремиссии заболевания.

Выводы. Лечение лимфом у ВИЧ-инфицированных пациентов представляет собой сложную задачу. Выявление лимфомы на фоне ВИЧ является самостоятельным показанием для назначения АРВТ вне зависимости от уровня CD4+ лимфоцитов. Приведенный клинический пример демонстрирует особенности диагностики и лечения лимфомы Беркитта, ассоциированной с ВИЧ-инфекцией, в том числе необходимость планового использования ростовых факторов, а также проведение профилактики оппортунистических инфекций. Проведенное лечение (6 курсов ХТ по схеме SC-EPOCH-RR) оказалось в данном случае высокоэффективным.

Источники и литература

- 1) Дудина Г.А., Мабудзаде Ч.К., Оганнисян А.А. [и др.]. ВИЧ-ассоциированные лимфомы//Креативная хирургия и онкология. 2022;12(4):320-327.
- 2) Климова Н.В., Рамзина А.О., Гаус А.А. Лимфома Беркитта у ВИЧ-инфицированных пациентов (обзор литературы с собственными клиническими случаями)//Радиология—практика. 2023;(2):37-48.
- 3) Кулагин А.Д. Учебно-методическое пособие. Лимфопролиферативные заболевания//А.Д. Кулагин, Н.Б. Михайлова, А.Г. Смирнова [и др.]. Санкт-Петербург: ПСПбГМУ, 2020.—49 с.
- 4) Михайлова Н.Р., Ермак Т.Н., Анিকেев А.А. Вторичные заболевания и лимфома Беркитта у ВИЧ-инфицированных пациентов//Терапевтический архив. 2015;87(11):97-98.
- 5) Переводчикова Н.И. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний//Под ред. Н.И. Переводчиковой, В.А. Горбуновой. – 4-е изд., расширенное и дополненное.— М.: Практическая медицина, 2018.—688с.
- 6) Попова М.О., Чекалов А.М., Цыганков И.В. [и др.]. Лимфома Беркитта у пациентов с ВИЧ-инфекцией: результаты российского многоцентрового исследования//Вопросы онкологии, 2022. Том 68, №6. С.786-796.
- 7) Поталенко В.Г., Козыро В.В., Самородова И.А. [и др.]. Эффективность режима химиоиммунотерапии «SC-EPOCH-RR» у пациентов с ВИЧ-ассоциированными

диффузной В-крупноклеточной лимфомой и лимфомой Беркитта//Материалы IV конгресса гематологов России 12-14 апреля 2018 года. Гематол. и трансфузиол.-2018. Приложение №1.Т.63.–С.95.

- 8) Стуклов Н.И. Учебник по гематологии//Н.И. Стуклов, Г.И. Козинец, Н.Г. Тюрина.- М.: Практическая медицина,2018.—336с.