



Введение

Несмотря на внедрение в практику интенсивной комплексной терапии и иммунотерапии около 50% пациентов с нейробластомой (НБ) группы высокого риска развивают рецидив заболевания. Прогноз пациентов с рецидивом остается крайне неблагоприятным, особенно при поражении центральной нервной системы (ЦНС), вследствие особенностей фармакокинетики химио- и иммунных препаратов при данной локализации опухоли. Мы описываем случай достижения длительного полного ответа на фоне комплексной терапии у пациента с поражением ЦНС.

Описание клинического случая

Исходно нейробластома диагностирована у пациента в возрасте 5 лет. Вследствие возраста на момент постановки диагноза более 1,5 лет и исходной диссеминации опухоли (поражение нескольких групп лимфоузлов и множественные очаги поражения костей при отсутствии однозначно определяемого первичного очага) пациент был стратифицирован в группу высокого риска несмотря на отсутствие неблагоприятных биологических факторов (MYCNamp, del1p36, del11q23). После завершения комплексной терапии для группы высокого риска (ПХТ по схеме N5/N6, аутологичная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, дифференцирующая терапия) достигнут хороший частичный ответ.

Рис.1. Лимфаденопатия и множественные костные метастазы по данным КТ брюшной полости и малого таза в дебюте заболевания.



Тем не менее, через 16 месяцев после ауто-ТГСК диагностирован поздний системный рецидив заболевания с поражением лимфоузлов (подтвержден гистологически, при рецидиве выявлена амплификация MYCN). На фоне терапии второй линии (иринотекан, темозоломид) зафиксировано прогрессирование заболевания с поражением мягких тканей забрюшинного пространства, левой теменной доли головного мозга (ГМ). Было выполнено хирургическое лечение (микрохирургическое тотальное удаление опухоли), продолжена ПХТ по схеме N5/N6. Достигнута стабилизация заболевания.

Рис. 2. Кистозно-солидное новообразование в левой теменной доле головного мозга по данным МРТ в T1 режиме.

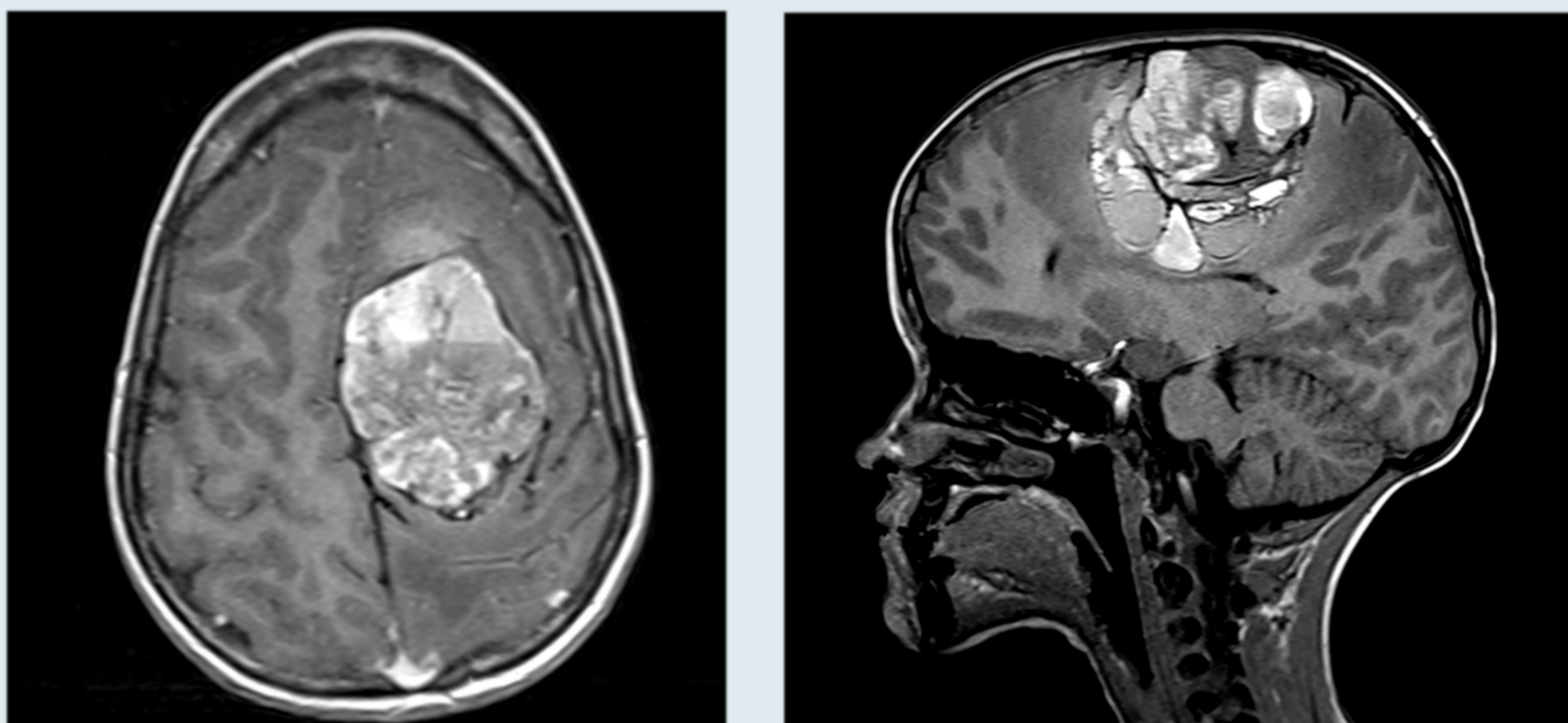
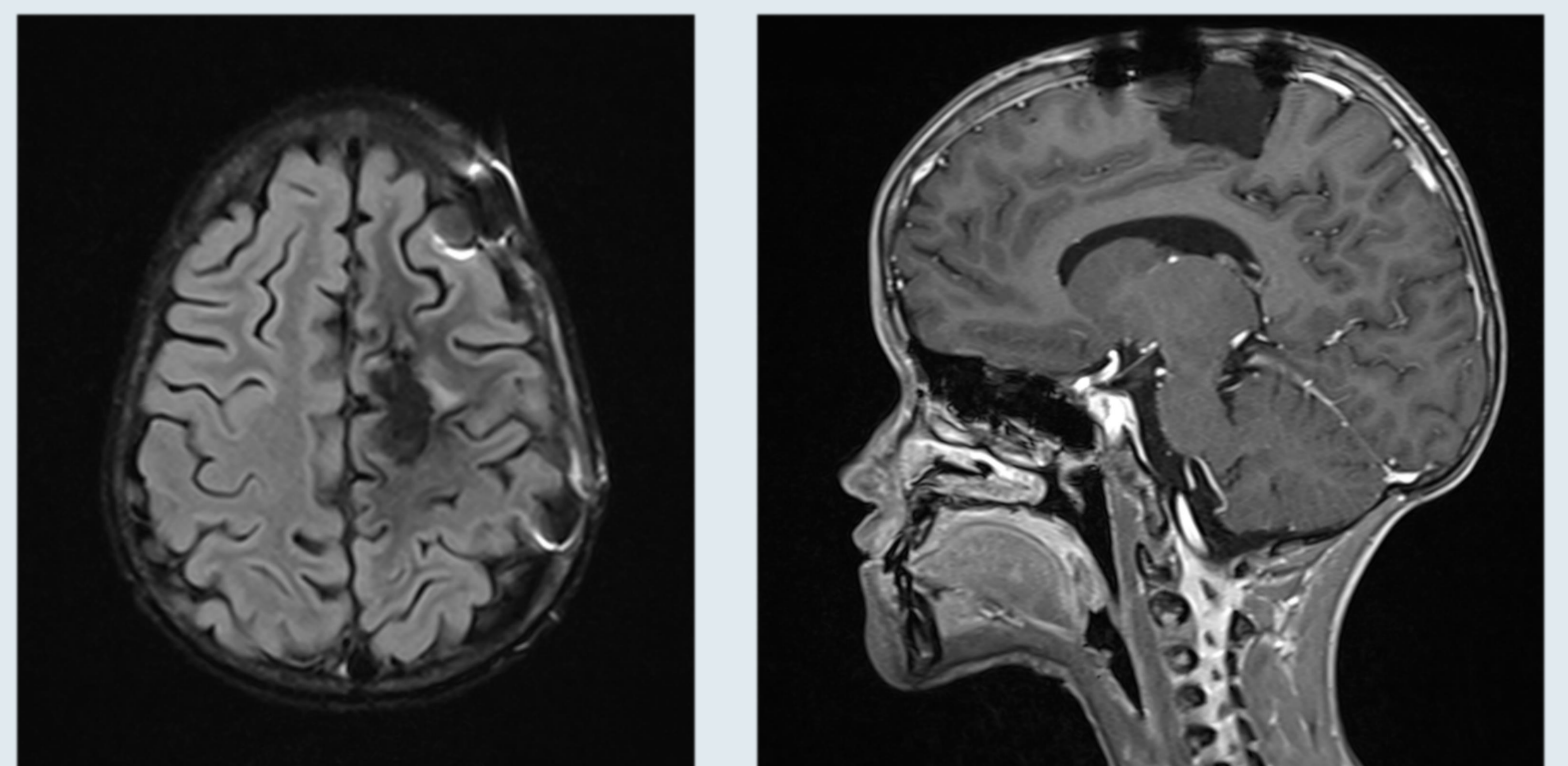
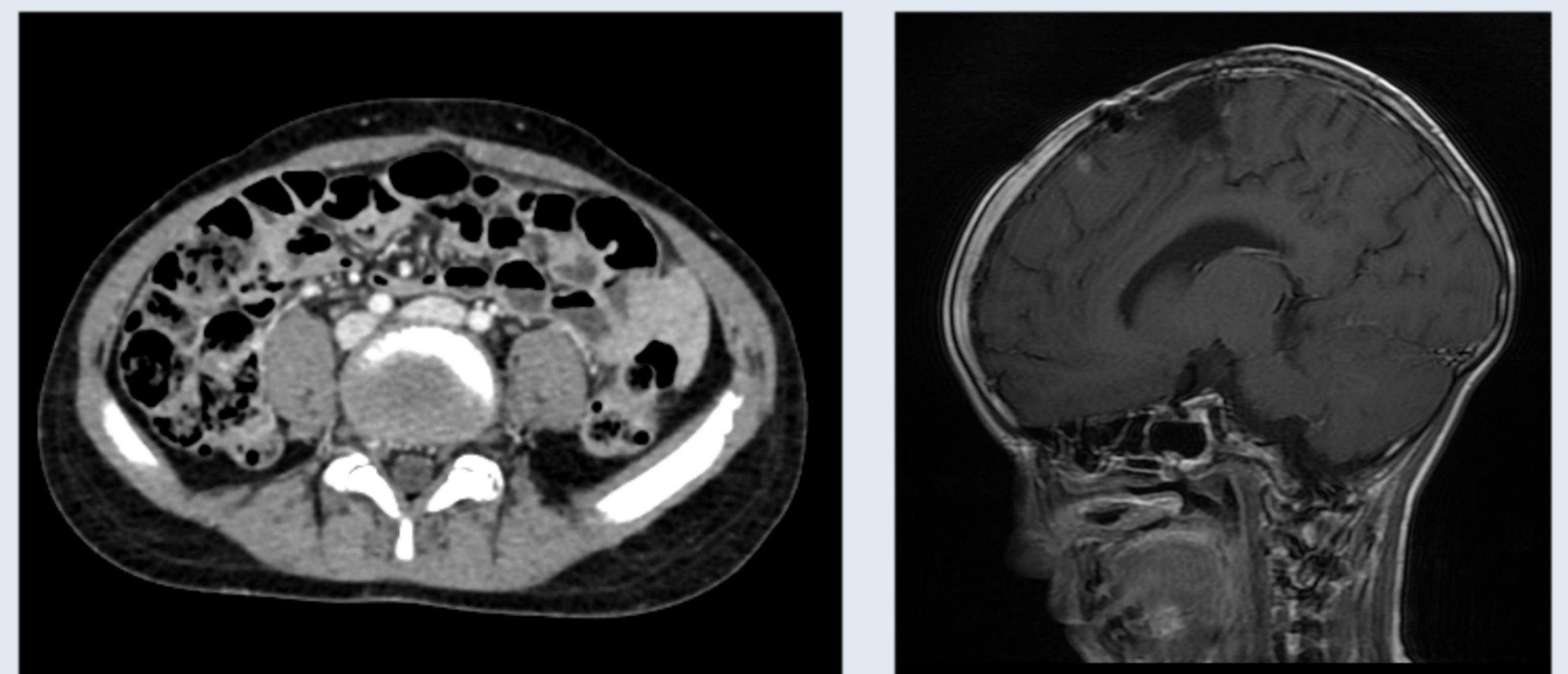


Рис. 3. МРТ в режиме T1 через 8 недель после оперативного лечения, демонстрирующая кистозно-глиозные изменения в левой лобно-теменной области с формированием кисты.



В дальнейшем проводилась терапия топотеканом, циклофосфамидом с хорошим эффектом. Проведена лучевая терапия в объеме краниоспинального облучения до СОД 21 Гр с бустом на ложе удаленной опухоли. С целью консолидации достигнутого частичного ответа проведена гаплоидентичная ТГСК (гапло-ТГСК) от сестры с немиелоаблативным режимом кондиционирования (флударабин 150 мг/м², мелфалан 140 мг/м²). Профилактика РТПХ: посттрансплантационный циклофосфамид, такролимус, сиролимус. Источник трансплантата – костный мозг, клеточность трансплантата 4.6 x10⁶ CD34+/кг. Спустя 8 месяцев после гапло-ТГСК было выполнено удаление остаточного образования забрюшинного пространства, при гистологическом исследовании живых опухолевых клеток обнаружено не было. Через 6 месяцев начата иммунотерапия анти-GD2-антителами (динутуксимаб бета). По данным обследования через 36 месяцев после завершения терапии сохраняется полный ответ.

Рис. 4. Полная ремиссия заболевания по данным КТ брюшной полости и МРТ в режиме T1 через 36 месяцев после завершения лечения.



Выводы

Рецидив нейробластомы с поражением ЦНС не является противопоказанием для применения в качестве консолидации иммунотерапии на «платформе» гапло-ТГСК при условии достижения локального контроля над очагами поражения ЦНС.

Контакты

Ольга И. Богданова
olbogdanova03@gmail.com