

ГБОУ ВПО Амурская ГМА Минздравсоцразвития РФ
Кафедра лучевой диагностики, лучевой терапии с курсом
онкологии

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ

Лекция для студентов 5 курса

- ◎ **Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина)** относится к числу гемобластозов - злокачественных новообразований лимфоидной ткани.
- ◎ Лимфогранулематоз представляет собой один из типов лимфом.
- ◎ **Лимфомы** - злокачественные опухоли лимфоидной ткани, при которых в отличие от лейкозов очаги поражения возникают вне костного мозга.



Лимфомы

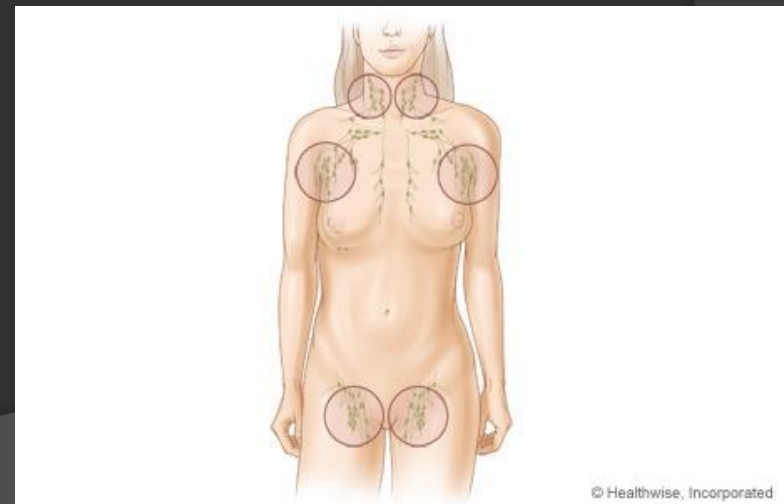
- ◎ Лимфома Ходжкина
- ◎ Неходжкинские лимфомы



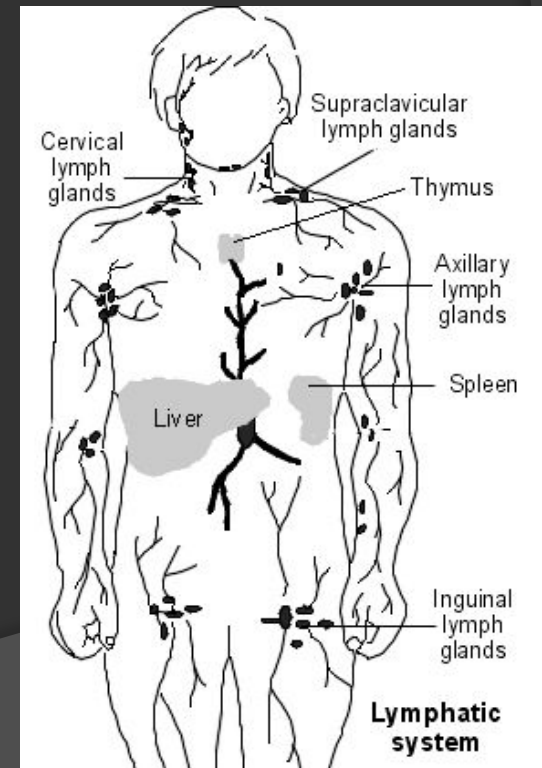
Клиническая анатомия

- Лимфатические узлы в норме представляют собой окруженные капсулой образования розовато-серого цвета, округлой и бобовидной формы
- В организме насчитывается более 1000 лимфатических узлов
- Размер колеблется от 0,5 мм до 20-22 мм в длину

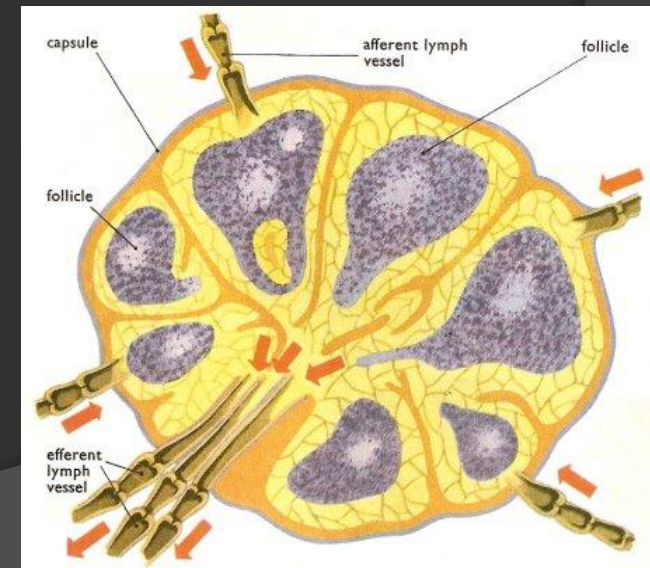
- В организме лимфатические узлы располагаются группами около крупных кровеносных сосудов, преимущественно венозных
- На туловище и конечностях термин «зона лимфатических узлов» шире понятия «анатомическая область»
- В брюшной и грудной полости понятие анатомической области шире понятия зоны



Лимфома Ходжкина и неходжинские лимфомы могут возникнуть из лимфатических узлов в любой части и из лимфоидной ткани в любом внутреннем органе

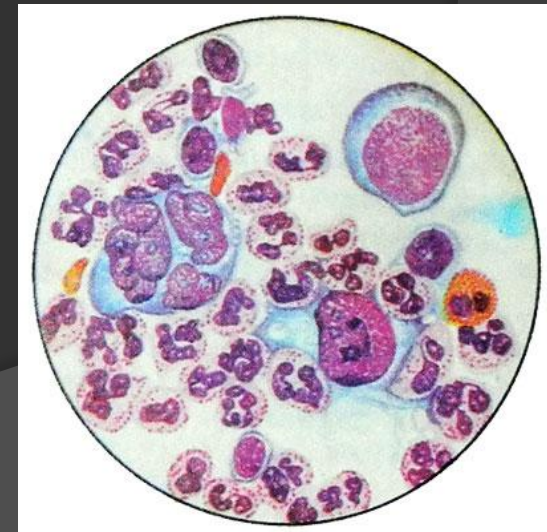
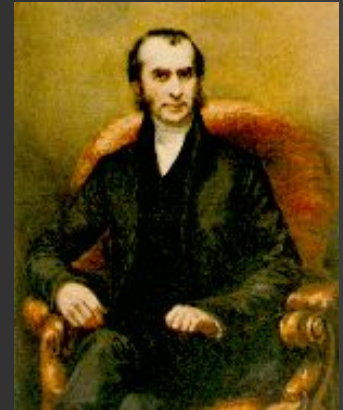


- Лимфатические узлы характеризуются пестрым клеточным составом.
- Преобладают лимфоциты и ретикулярные клетки.
- Кроме них встречаются плазматические и тучные клетки, бласты, макрофаги, гранулоциты и моноциты
- Ретикулярные клетки делят узел на фолликулы, в которых располагаются остальные клеточные элементы



Историческая справка

- 1832г. - заболевание было впервые описано англичанином *Томасом Ходжкином*
- 1890г. - *Берзовский С. Е.* , а через 7 лет *Штенберг* описали гигантские многоядерные клетки – **клетки Березовского-Штенберга**



Историческая справка

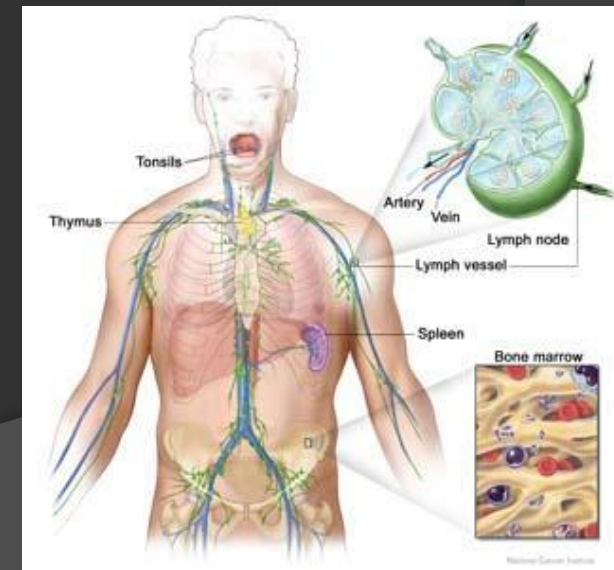
- 1902г. Пассей, а в России Д.Ф. Решетило(1960) применили для лечения лимфогранулематоза статическую рентгенотерапию в небольших дозах.
- 1928 Гильберт Р. рекомендовал большие суммарные дозы и облучение забрюшинных лимфатических узлов
- 1950 Петерс положил начало лучевому лечению лимфогранулематоза
- Химиотерапия стала применяться с конца 40-х годов

Эпидемиология

- В России показатели заболеваемости стабильно держатся у мужчин в пределах **2,3-2,5**, а у женщин **1,9-2,0** на 100 тыс. населения
- Возраст **15-25 лет** - пик заболеваемости у мужчин и женщин.
- У детей до 15 лет лимфогранулематоз встречается редко.

Патологоанатомическая характеристика

- Лимфатические проявления ЛГМ: поражение лимфатических узлов, селезенки, вилочковой железы, лимфоидного глоточного кольца, червеобразного отростка и групповых лимфатических фолликулов
- Поражение других органов относится к числу *экстралимфатических проявлений* (печень, легкие)



Макроскопическая картина

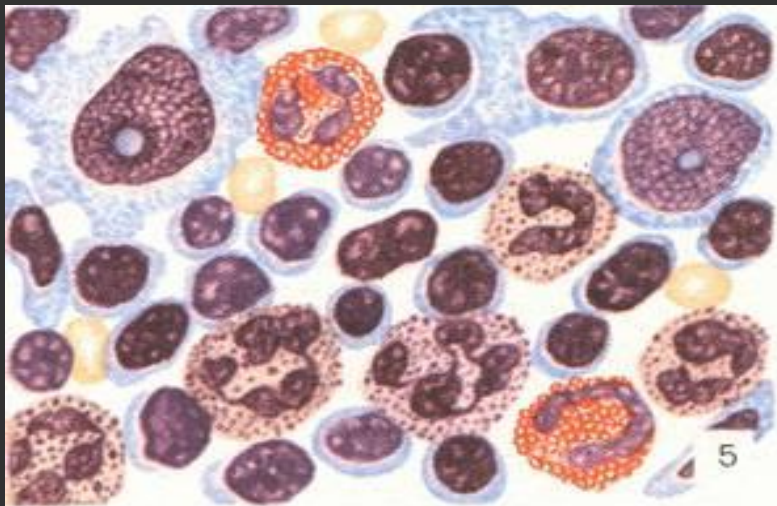
- Лимфатические узлы увеличены в размерах, эластической консистенции, со временем становятся плотнее.
- Вовлечение в процесс селезенки, печени, легких характеризуется появлением в них множественных или одиночных, округлых образований.



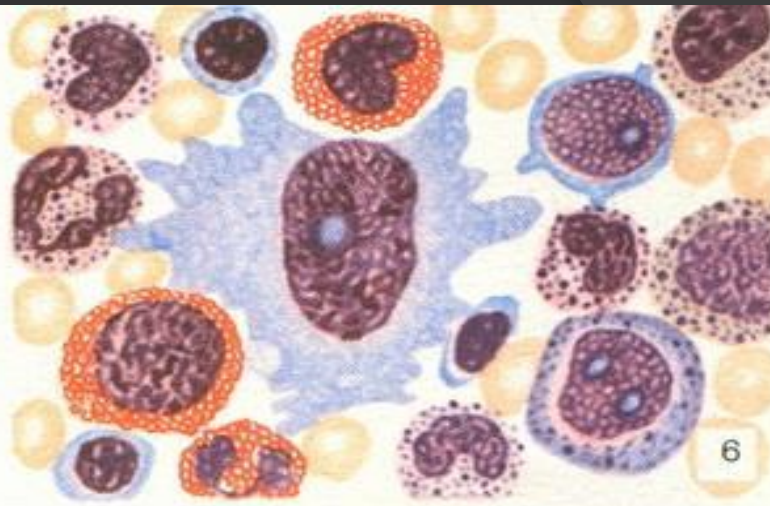
Гистологическое строение

- Пролиферация клеточных элементов
- Клетки Березовского-Штенберга-гигантские клетки с двух и более дольчатым ядром и огромными эозинофильными, похожими на включения ядрышками.
- Классические клетки имеют симметричные ядра, выглядящие как совы
- Клетки Ходжкина- крупные одноядерные клетки с большим ядром и крупными ядрышками

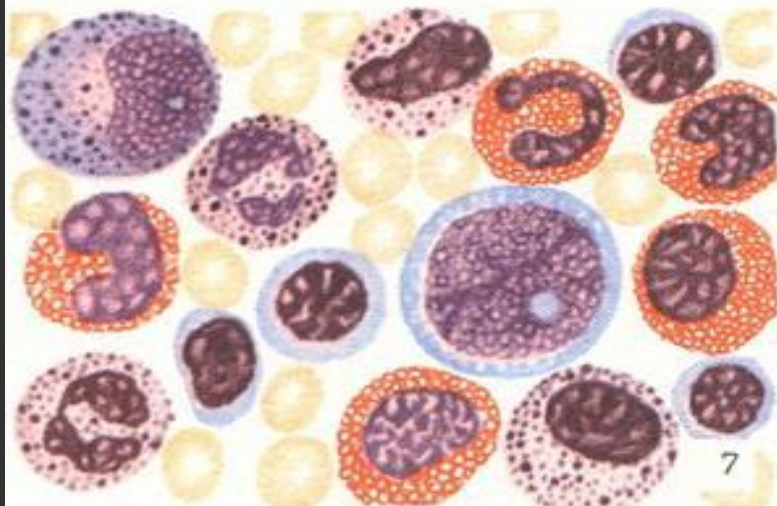
1



2



3



4

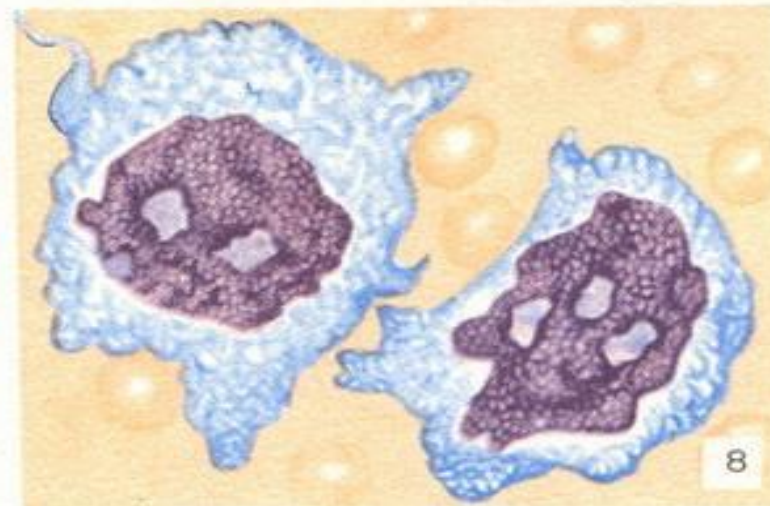
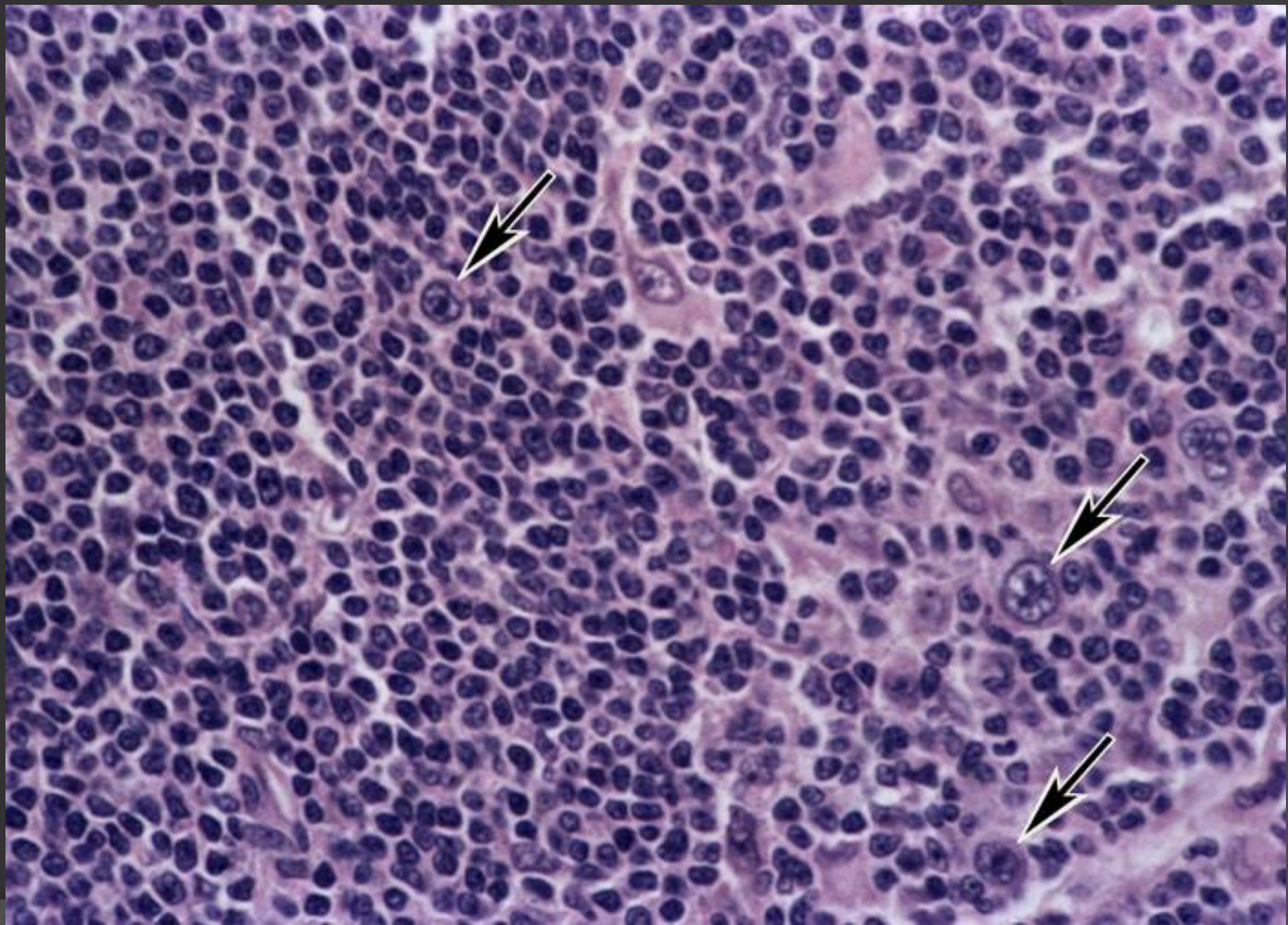


Рис.1. Пунктат л/узла. Клеточный полиморфизм: слева сверху – гигантская клетка Березовского-Штернберга. Рис.2. Костный мозг миелоцитарный – метамиелоцитарный. В центре – ретикулярная клетка (пунктат). Рис.3. Пунктат костного мозга больного ЛГМ. Большое кол-во эозинофильных к-к. Рис.4. Гигантские клетки Б.-Ш. с вытянутой в виде островков протоплазмой.



Лимфома Ходжкина

- Нодулярный вариант с лимфоидным преобладанием
- Классическая лимфома Ходжкина
Морфологически отличается наличием крупных атипичных лимфоцитарно-гистиоцитарных клеток , типа «воздушной кукурузы», с большим, пузырьковидным ядром

Варианты классической лимфомы Ходжкина :

- Лимфогистиоцитарный
- Нодулярно-склеротический
- Смешанно-клеточный
- Лимфоидное истощение



Стадии лимфогранулематоза

- **I стадия (локальная)** - поражение 1 зоны л/узлов или 1 экстралимфатического органа и ткани
- **II стадия (регионарная)** - поражение 2 и более зон л/у по одну сторону диафрагмы или локализованное поражение 1 экстралимфатического органа и ткани и их регионарных л/у с или без поражения других лимфатических областей по ту же сторону диафрагмы
- **III стадия (генерализованная)** - поражение 2 и более зон л/у по обе стороны диафрагмы без или в сочетании с поражением селезенки или (и) с одним экстралимфатическим органом или тканью
- **IV стадия (диссеминированная)** - диффузное поражение 1 или нескольких экстралимфатических органов или тканей с поражением или без поражения л/у, или изолированное поражение экстралимфатического органа с поражением отдаленных (не регионарных) лимфоузлов

Диагноз (формулировка)

- Стадия, мелкими цифрами отмечают количество вовлеченных в процесс областей.
- Поражение внутренних органов-Е
- Индекс А отсутствие признаков интоксикации
- Индекс В наличие нескольких признаков интоксикации
- Диагноз III S A

- Независимо от стадии заболевания больные с ЛГМ нуждаются в специальном лечении.
- Они относятся ко 2 клинической группе

Клиническая картина

- Хроническое течение с обострениями, во время которых процесс постепенно распространяется на новые группы лимфатических узлов и внутренние органы
- Острое течение с наличием высокой температуры, проливным потом, поражением внутренних органов.
- Неблагоприятное влияние на течение оказывает интенсивная солнечная радиация, физиотерапевтические процедуры.

- Увеличение периферических узлов.
- Они увеличиваются без видимых причин или их обнаружение совпадает по времени с простудными заболеваниями
- Кожа над ними не изменена и свободно собирается в складку, свищи не образуется

Признаки пораженных лимфатических узлов

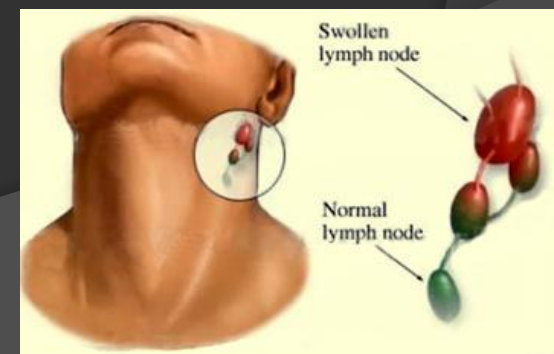
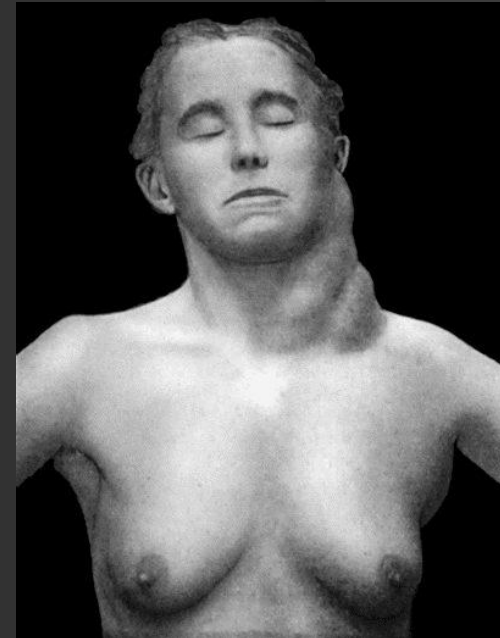
- Округлая или овальная форма
- Эластическая консистенция
- Обычно они безболезненны, подвижны, не спаяны между собой и с окружающими тканями

Локализация

- Чаще-лимфатические узлы шеи.

При одиночном поражении на шее обнаруживают один или несколько округлых или овальных, часто атипично расположенных, безболезненных лимфатических узлов

При множественном поражении округлость шеи увеличивается, контуры ее становятся неровными.



Локализация

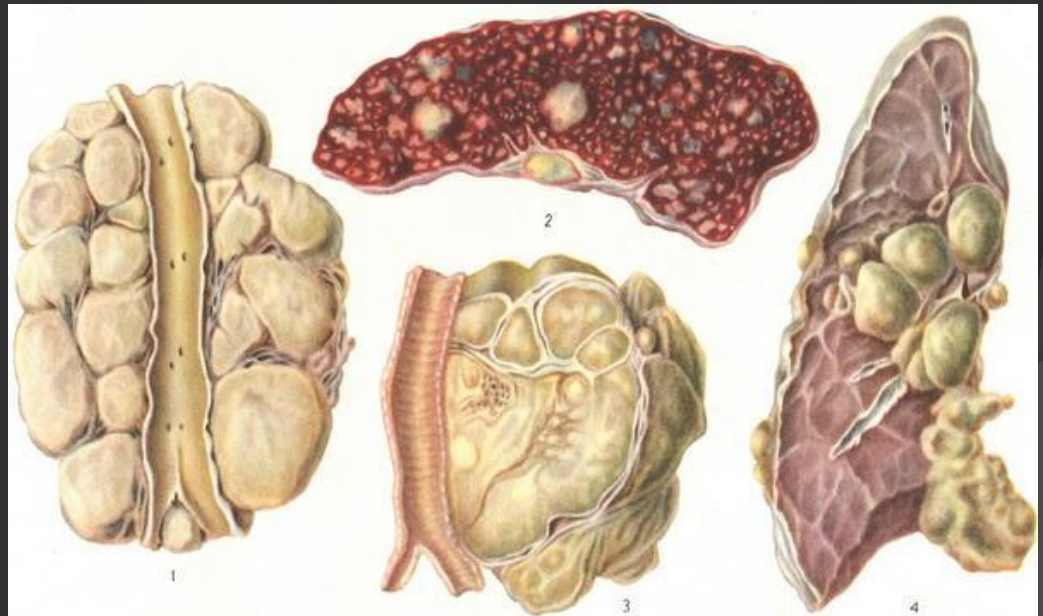
Лимфогранулематоз:

- Подмышечных и паховых лимфатических узлов
- Средостения
- Забрюшинных и подвздошных л/у

Локализация

Внутренние органы:

Чаще встречается лимфогранулематоз
печени и легких.



Симптомы интоксикации

- Потеря массы тела более чем на 10% за 6 месяцев
- Профузные ночные поты
- Подъем температуры тела выше 38 в течение трех дней подряд без признаков воспалительного процесса.
- Наличие любого из этих симптомов служит основанием для добавления в диагнозе стадии В.
- Возможен генерализованный кожный зуд

Дифференциальный диагноз

- Хронический лимфолейкоз
- Острый лимфобластный лейкоз
- Хронический неспецифический лимфаденит
- Туберкулезный лимфаденит
- Метастазы
- Острые воспалительные процессы

Диагностика

Осмотр и пальпация доступных л/у.

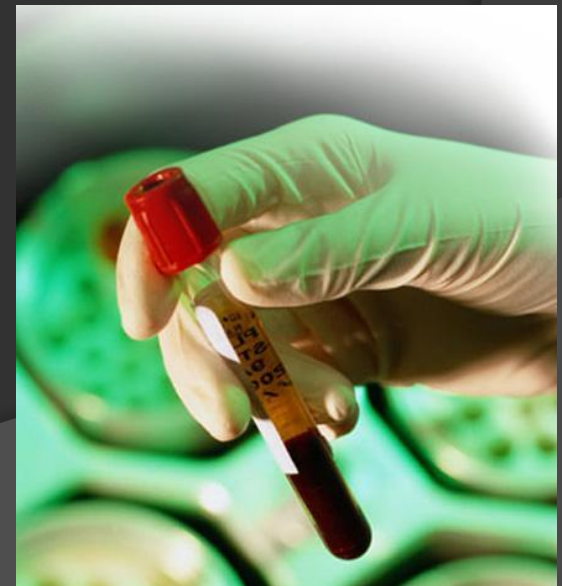
Сигналы тревоги:

- Появление одного или нескольких увеличенных, безболезненных л/у эластической консистенции, особенно при атипичном расположении
- Постепенное увелечение различных групп л/у
- Необъяснимая лихорадка с профузным ночным потом, потеря массы тела, кожный зуд



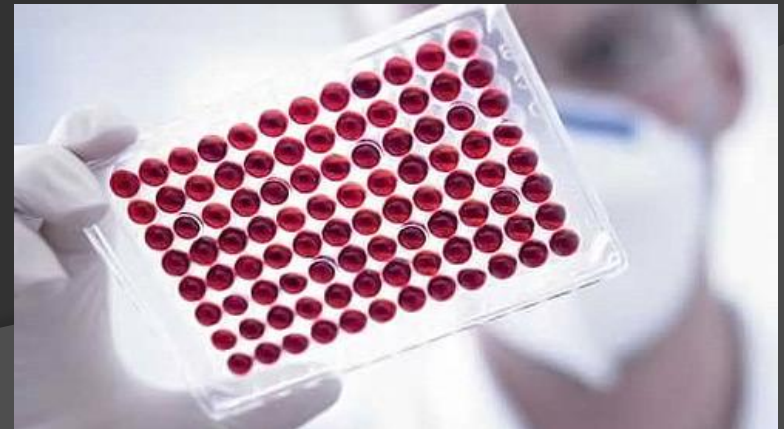
Диагностика

- Анализ крови - ускорение СОЭ (более 30 мм в час), нейтрофильный лейкоцитоз с п/я сдвигом, лимфопения
- Повышение концентрации фибриногена, церуллоплазмينا, гаптоглобина



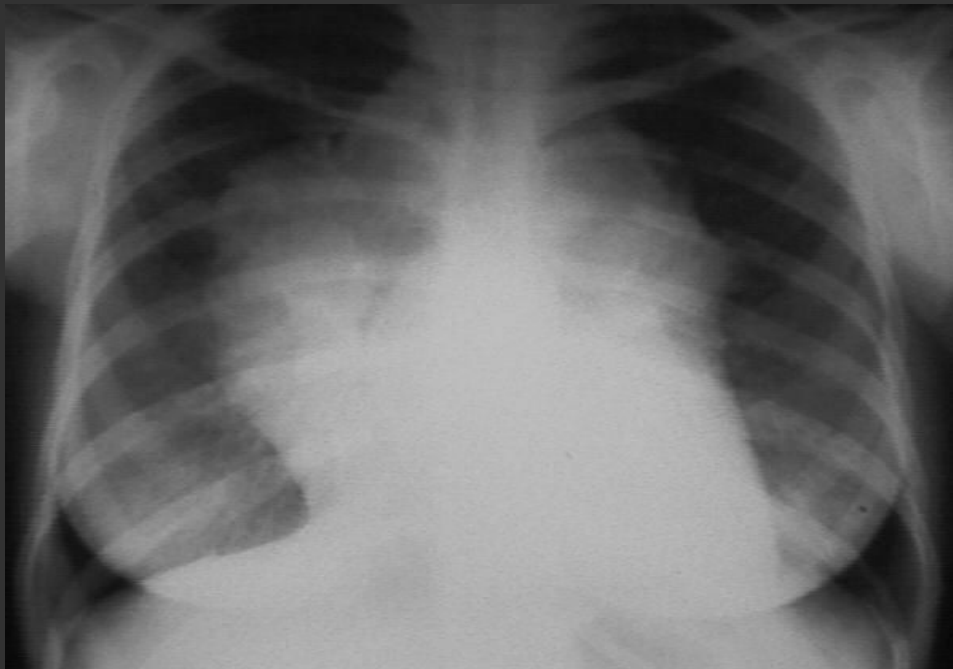
Иммунологическое исследования

- Снижается реакция гиперчувствительности замедленного типа на туберкулин
- Гипергаммаглобулинемия
- Нарушение иммунитета проявляется склонностью к вирусной инфекции

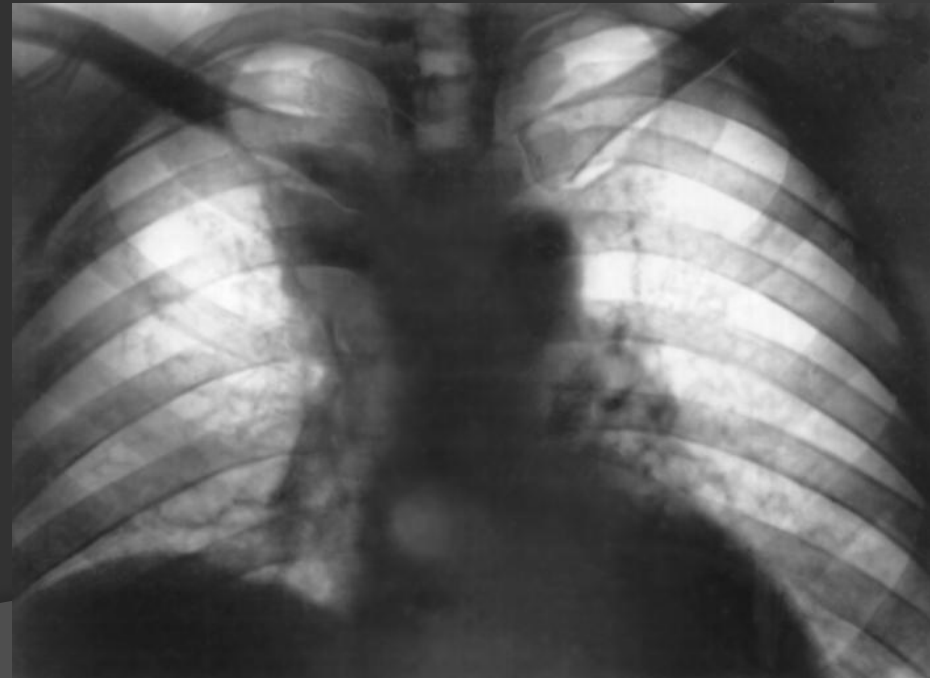


Рентгенологическое исследование грудной клетки

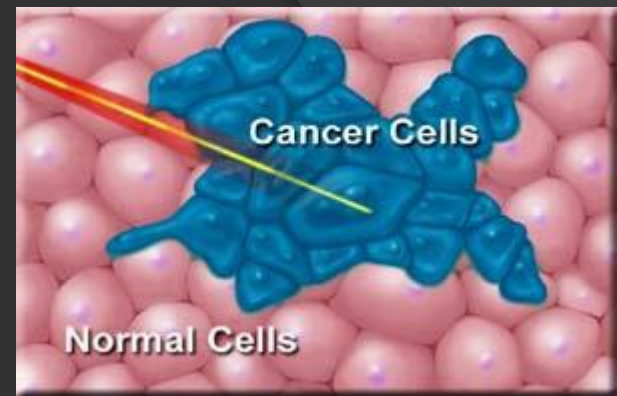
- Рентгенография в прямой и боковой проекции
- Цель: обнаружение увеличенных л/у, очагов поражения в легких и специфический плеврит.
- Расширение тени средостения
- При поражении легких наблюдаются округлые очаговые тени и линейные тяжи от увеличенных л/у средостения к периферии



Рентген-диагностика ЛГМ



Диагностика



- КТ.
- Трепанобиопсия костного мозга - суждение о распространенности процесса на костный мозг.
- Гистологическое исследование — биопсия л/у.
- УЗИ: л/у слабо эхогенны, имеют четкие границы без тенденции к слиянию.

Диагностика

- Радиоизотопное сканирование.
Применяют для исследования печени и селезенки путем введения радиоактивного золота. Наличие участков не накапливающих изотоп, свидетельствует о поражении этих оргаов
- Лимфография
- Диагностическая лапароскопия

Лучевая терапия

- В качестве самостоятельного метода не применяется, только у больных с лимфоцитарным и нодулярно-склеротическим вариантом при 1,2 стадии лимфогранулематоза и локализации поражения выше диафрагмы.
- Суммарная доза зависит от размера л/у, но не должна превышать 40 Гр.



Химиотерапия показания

Больные с III –IV стадией и I-II стадией с неблагоприятным прогнозом.

Неблагоприятные прогностические факторы:

- Симптомы интоксикации
- Гистологическая картина лимфоидного истощения и смешано-клеточного варианта
- поражение 3 и более л/у
- СОЭ выше 30 мм/ч
- Возраст 60 лет
- Диффузное поражение селезенки
- Массивное поражение медиастинальных л/у

Химиопрепараты

- Предпочтительной является схема ABVD
- Адриамицин в/в 25 мг/м
- Блеомицин в/в 10
- Винбластин в/в 6,0
- Дакарбазин в/в 375,0
- Лечение проводят двухнедельными циклами до достижения полной ремиссии. После этого назначают 2 закрепляющих цикла.



Оперативное лечение

- Спленэктомия.
- Только у пациентов с поражением узлов выше диафрагмы, которым планируется чисто лучевое лечение.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

