

Пациентка Таракова Елена  
Александровна, 18.05.1988 г.р.

*Основное заболевание:* Острый миелобластный лейкоз,  
FAB вариант М4. Группа высокого риска. Нейролейкоз  
18.02.15г. Ремиссия от 16.03.15 г. Состояние после  
индукционного курса ХТ «7+3DNR 60мг/м<sup>2</sup>» 18.02.15  
г-24.02.15г. Костномозговая ремиссия от 11.03.2015г.  
Консолидирующий курс по схеме «НАI» 01.04.-03.04.2015

Г

## Диагноз Острый миелобластный лейкоз, М 4 вариант по FAB, установлен в феврале 2015 года на основании:

- **ОАК** : гиперлейкоцитоз  $119 \cdot 10^9/\text{л}$ ; анемия средней степени тяжести  $97 \text{ г/л}$ ; тромбоцитопения  $73 \cdot 10^9/\text{л}$ ; бластоз 50 %.
- **Миелограммы**: бластные клетки 49,60 %, лимфоциты 6,60 %, моноциты 5,60 %, п/я -1,20, с/я-1,8%.
- **Иммунофенотипирования**: В образце костного мозга выявлена популяция бластных  $CD45dim-$  61.9%, клеток с иммунофенотипом:  $CD34+/CD117+/CD13+/CD33+/CD38+/HLA-DR+/cytMPO+/CD64+/CD11+/CD14-/CD15-/CD7-/CD19-CD79a(cyt-)/CD3(cyt-)$ , что более всего характерно для острого миелобластного лейкоза, наиболее вероятен по FAB классификации М4.
- **Цитогенетическое исследование**: в клетках костного мозга хромосомной патологии не выявлено.
- **Пролиферативного синдрома**:
- **Гепатоспленомегалия**: печень (правая доля 14,2 см, левая доля 9,2 см). селезенка  $15,2 \cdot 5,5 \text{ см}$ , площадь селезенки 83,6 кв.см.
- Периферические лимфатические узлы - увеличенные паховые, подмышечные, единственный увеличенный л/узел в парапанкреатической области, множественные увеличенные шейные лимфоузлы не менее 10-12, все узлы с четкими ровными контурами, сохранением дифференцировки слоев, размерами максимально 2,3 см.

## Этапы лечения:

- В период с 18.02.-24.02.15г реализован индукционный курс ХТ по протоколу «7+3DNR60 мг/м<sup>2</sup>» согласно протокола лечения ОМЛ у взрослых.
- Ремиссия достигнута на +14 Д после курса. Данные результата контрольной миелограммы : бласты 1,4 %, костный мозг клеточный, полиморфный. В ОАК – восстановление показателей периферической крови, выход из миелотоксического агранулоцитоза на +9 Д после курса.

- В период с 01.04.15-3.04.15г реализован консолидирующий курс ХТ по протоколу «НАI». На 16 день перерыва ХТ – отмечен выход из миелотоксического агранулоцитоза.

# Нейролейкоз

При первичной люмбальной пункции от 18.02.15г: в ликворе выявлен цитоз 15 клеток, 1 бластная клетка, при ИФТ- популяция бластных клеток с иммунофенотипом CD 45 moderate-53,0 %, со следующим иммунофенотипом CD 34+ \ CD 117+ \ CD 13+ \ CD 38+ \ cyt MPO+ \ CD 64+ \ CD 14- \ CD 15- \ CD 7- \ CD 19-. Констатирован нейролейкоз. В связи с чем проводилось лечение по протоколу с интратекальным введением триплетов до санации ликвора.

**Ликвор санирован-цитофлюориметрическое исследование от 16.03.15 г:** В исследованном образце спинномозговой жидкости определяются лимфоциты- CD3-88%, CD4-69,0%, CD8-21,0%, CD19-1,2%, CD16/56-2,0%. Также определяется CD 45-негативная популяция-положительная по Гликофоруину А+ / CD34- / CD117-. Заключение: В исследованном образце спинномозговой жидкости бластная популяция не выявлена.

**На контрольном КТ головного мозга от 13.03.15г:** отмечаются гиперденсивные участки в правой теменной области, межполушарной щели, появление нового очага в левой лобной области. Рекомендовано: МРТ головного мозга для диф. диагностики с нейролейкозом.

**МРТ с контрастированием головного мозга от 13 03 15:** МРТ – признаки нейролейкоза головного мозга с преимущественным поражением мозговых оболочек.

# Инфекционные осложнения


- Острый гнойный гемисинусит справа.  
Правосторонний фронтит.
- Воспалительный инфильтрат мягких тканей в области установки ЦВК
- Хроническая анальная трещина, обострение

# Возможные варианты дальнейшей тактики ведения

**пациента:**



Продолжение химиотерапии по протоколу «AML 2013 Kz»



Проведение гаплоидентичной  
ТКМ (потенциальный донор –  
мать)

# ГАПЛОИДЕНТИЧНАЯ ТРАНСПЛАНТАЦИЯ -

- ГаплогТКМ может быть альтернативной родственной аллогТКМ у пациентов с ОМЛ из группы высокого и промежуточного риска в случае отсутствия совместимого сибса
- ГаплогТКМ имеет сходные результаты совместимой родственной аллогТКМ при ОМЛ в первой ремиссии



## «Плюсы и минусы гаплоидентичной трансплантации»

«+»

- «Доступный» донор
- Более выраженная реакция «трансплантат против лейкоза»
- Меньший процент рецидива заболевания

«-»

- Большая вероятность отторжения трансплантата;
- Более выраженная реакция «трансплантат против хозяина»

Имеется гаплоидентичный родственный донор – мать.

Показания к гаплогТКМ:

- наличие основного заболевания;
- молодой возраст;
- группа высокого риска (гиперлейкоцитоз  $-119 \cdot 10^9/\text{л}$ , нейрорлейкоз.);
- наличие частично совместимого родственного донора.

Causes of death after haploidentical transplantation for patients with high-risk acute leukemia in remission at transplantation

Cause of death	AML (N = 86)	ALL (N = 61)
Related to relapse	13	15
Related to transplantation		
Infection	26	18
Interstitial pneumonia	9	3
GVHD	5	4
Others or unknown	5	4
Total	58	44

# Осложнения, связанные с ТГСК

## Ранние

Гастроэнтерит

Мукозит

Геморрагический цистит

Синусоидальный обструктивный синдром (Вено-окклюзионная болезнь)

Тромбоцитарная тромбоцитопеническая пурпура (ТТП)

Трансплантационассоциированная микроангиопатия (ТАМ)

Гемолиз

Лейкоэнцефалопатия

Острая РТПХ

Неприживление

Инфекции

Иммунодефицит

Интерстициальная пневмония

Дисфункция костного мозга

Изменения психики

Хроническая РТПХ

Обструктивный бронхолит

Аутоиммунные заболевания

Эндокринные нарушения

Замедление роста

Потеря фертильности

Вторичные опухоли

Катаракта

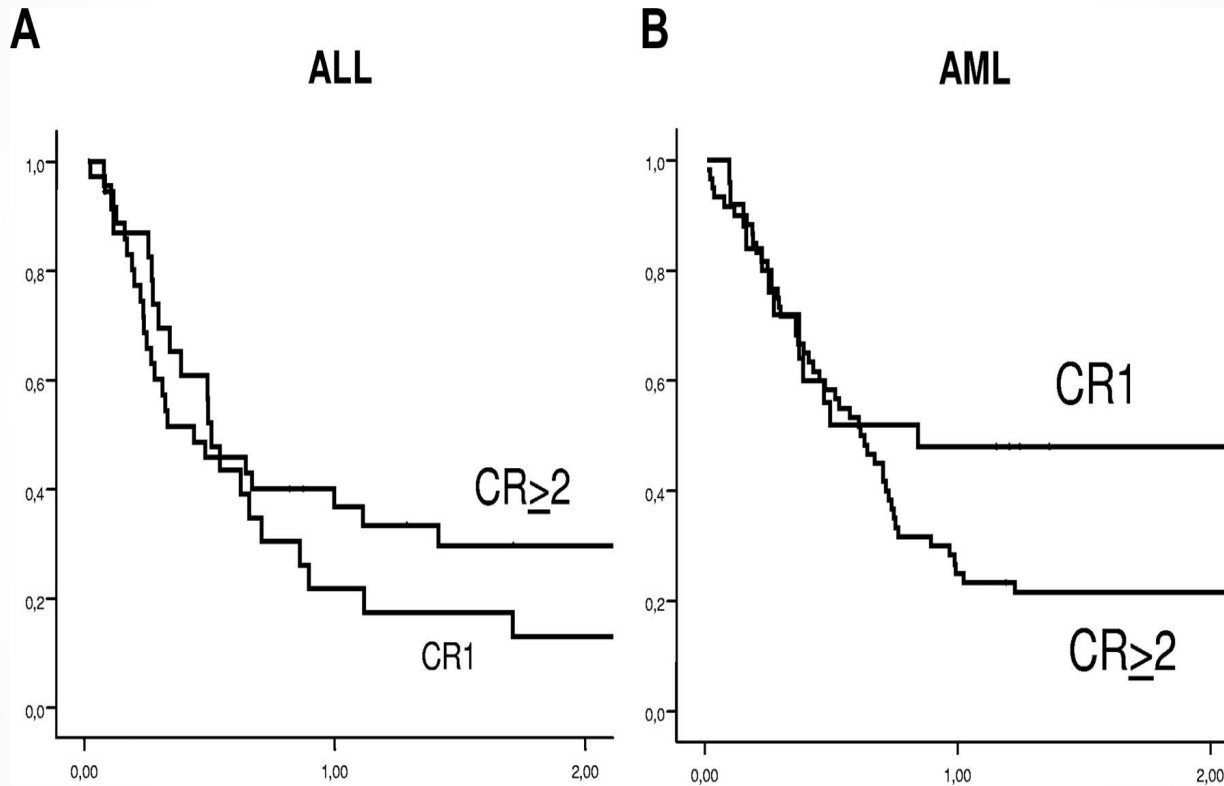
Разрушение зубов

Радиационный нефрит

## Поздние

Рецидив

**Kaplan-Meier estimates of leukemia-free survival in adults with ALL (A) and AML (B) according to disease status at time of transplantation.**



Ciceri F et al. Blood 2008;112:3574-3581