

Н.І. Кіцера, Н.В. Гельнер, З.В. Осадчук

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНКИ З НЕГОДЖКІНСЬКОЮ ЛІМФОМОЮ, ДІАГНОСТОВАНОЮ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ)

Державна установа "Інститут спадкової патології АМН України", м. Львів

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНКИ З НЕГОДЖКІНСЬКОЮ ЛІМФОМОЮ, ДІАГНОСТОВАНОЮ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ (ВИПАДОК З ПРАКТИКИ). У статті представлені особливості репродуктивної функції жінки віком 32 роки, яка отримувала лікування з приводу неходжкінської лімфому носоглотки в терміні 21-26 тижнів вагітності – 20 курсів опромінення в дозі 40 Гр на праву половину носоглотки. У терміні вагітності 32 тижні проведено кесарський розтин, у результаті якого народилася здорова дівчинка вагою 2040 г, довжиною 45 см, за шкалою Апгар – 6-7 балів.

Своєчасна діагностика і правильно підібране лікування неходжкінської лімфому дають шанс жінкам із таким діагнозом планувати вагітність і народити дитину.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИНЫ С НЕХОДЖКИНСКОЙ ЛИМФОМОЙ, ДИАГНОСТИРОВАННОЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ). В статье представлены особенности репродуктивной функции женщины в возрасте 32 года, которая получала лечение по поводу неходжжинской лимфомы носоглотки в сроке 21-26 недель беременности – 20 курсов облучения в дозе 40 Гр на правую часть носоглотки. В сроке беременности 32 недели проведено кесарево сечение, в результате которого родилась здоровая девочка весом 2040 г, длиной 45 см, по шкале Апгар – 6-7 баллов.

Своевременная диагностика и правильно подобранное лечение неходжжинской лимфомы дают шанс женщинам с таким диагнозом планировать беременность и родить ребенка.

THE PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH NON-HODGKIN'S LYMPHOMA DIAGNOSED DURING PREGNANCY (A CASE FROM PRACTICE). The article presents the features of the reproductive function of women aged 32 years who received treatment for non-Hodgkin's lymphoma in the nasopharynx period 21-26 weeks of pregnancy - 20 courses in radiation dose of 40 Gy to the right half of the nasopharynx. In term of 32 weeks of pregnancy performed cesarean section, from which was born a healthy girl weighing 2040 g, length 45 cm, Apgar score at 6-7 point.

Timely diagnosis and treatment correctly matched non-Hodgkin's lymphoma give chance such women to get pregnant and give a birth

Ключові слова: вагітність, неходжкінська лімфома, плід, новонароджений

Ключевые слова: беременность, неходжжинская лимфома, плод, новорожденный

Key words: pregnancy, non-Hodgkin's lymphoma, fetus, newborn.

ВСТУП. Однією з важливих і актуальних проблем сучасної онкології і гематології є діагностика та лікування неходжкінських злоякісних лімфом [1, 2]. Частота захворювань на неходжкінські лімфому постійно збільшується як в Україні, так і у світі. За даними бюлетеня Національного Канцер-реєстру України кількість вперше зареєстрованих випадків неходжкінських злоякісних лімфом у 2008 році становила 2088. Показник захворюваності на 100 тис. населення складає 4,4, серед жінок – 3,6, серед чоловіків – 5,4. Летальність до року первинних хворих на неходжкінські лімфому в Україні складає 36,5%. У 30-35 % хворих під час проведення первинного стандартного лікування або в короткий термін після його завершення виникає прогресування або рецидив захворювання. Показник п'ятирічного виживання в групі хворих не перевищує 30-40%. Таким чином, проблеми діагностики та лікування неходжкінських лімфом є надзвичайно актуальними [3].

Актуальність цієї теми полягає в тому, що практичні акушери-гінекологи мають певні застережен-

ня та страх перед веденням вагітності і пологів у жінок із онкопатологією в анамнезі, а тим більше, коли ця патологія діагностується під час вагітності [4-6]. Більшість жінок з таким діагнозом не ризикують планувати вагітність, оскільки бояться народити хвору дитину та не знають, до яких лікарів звертатися щодо прогнозу потомства.

МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ – клінічний, генеалогічний, лабораторно-інструментальні обстеження.

Ми наводимо випадок з практики щодо перебігу вагітності та пологів у жінки з неходжкінською лімфомою, діагностованою під час вагітності.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Пацієнтка О.Р., 32 роки, знаходилася під спостереженням у жіночій консультації за місцем проживання з приводу першої вагітності. Скаржилася на утруднене дихання через ніс, закладеність носа, задишку, біль голови, які не піддавалися стандартним методам лікування. Після звертання до лікарів було діагностовано неходжкінську лімфому носоглотки.

Пацієнтка самостійно в II триместрі вагітності, після встановлення діагнозу негоджкінської лімфоми, звернулася в медико-генетичний центр Львівського Інституту спадкової патології АМН України для визначення можливого ризику народження дитини із вадами розвитку, оскільки їй було діагностовано злоякісну пухлину під час вагітності і вона не погоджувалася на переривання вагітності.

При генеалогічному дослідженні виявлено, що від злоякісної пухлини шлунково-кишкового тракту у віці 50 років помер дядько пацієнтки по батьківській лінії. По лінії чоловіка у віці 70 років від раку внутрішніх органів померла тітка. Природжених вад розвитку, бездітних шлюбів, самовільних викиднів в родині не виявлено. Жінка дуже хотіла зберегти вагітність і народити дитину, тому, шукаючи підтримки і допомоги, вона зверталася у різні клініки, державні та приватні.

При об'єктивному обстеженні соматичної патології у вагітної не виявлено, лише збільшені задньошийні лімфатичні вузли з обох сторін – 0,2-0,4 см.

Заключення комп'ютерної томографії від 29.12.2009 виявило картину об'ємного процесу правої половини носової порожнини з поширенням на праву стінку носоглотки. Рекомендовано диференціювати пухлину та поліпоз.

Оскільки спочатку захворювання бластні клітини не були виявлені, а скарги вагітної наростали і клінічний стан погіршувався, то були зроблені решта досліджень.

Імунологічне дослідження, проведене в Науковому центрі радіаційної медицини Інституту клінічної радіології від 14.01.2010, не виявило явищ клональної проліферації клітин.

Морфологічне дослідження від 20.01.2010, проведене у відділі імуноцитохімії і онкогематології Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології ім. Р.Є.Кавецького НАН України, виявило в мазках з пунктату кісткового мозку груднини 21-23% лімфоцитів. Бластні клітини не зустрічалися.

Патологоанатомічне заключення трепанату здухвинної кістки від 27.01.2010 – в представлених препаратах морфологічна картина відповідає вогнищевому ураженню кісткового мозку при крупноклітинній лімфомі.

Загальний аналіз крові від 25.01.2010, зроблений в терміні 16-17 тижнів вагітності, демонстрував лише високі показники ШОЕ – 42 мм/год, та незначне зниження гемоглобіну – 105 г/L. Решта показників формули крові та коагулограма були без відхилень.

При УЗД від 03.02.2010 р. – плід – один, серцебиття ритмічне, БПР – 44 мм, ОДЖ -40 мм, ДСК – 28 мм, що відповідало 18 тижням вагітності. Патології органів плода не виявлено. Локалізація плаценти по задній стінці, ступінь зрілості –

0 ст, товщина плаценти – 20 мм. Матка у підвищеному тонусі.

У динаміці ультразвукові дослідження, проведені в різні терміни, не виявили патології плода, а фетометричні дані відповідали терміну гестації.

Повторна комп'ютерна томографія головного мозку від 25.02.2010 виявила ознаки пухлини порожнини носа справа з поширенням в яєйчик решітчастого лабіринту, основну і верхньощелепову пазуху справа.

Консультативний висновок спеціалістів відділення внутрішньої патології вагітних Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України: вагітність 17 тижнів – негоджкінська лімфома правої половини носової порожнини, загроза переривання вагітності (гіпертонус матки при УЗД). Пацієнтка була проінформована про ризик виникнення синдрому затримки розвитку плода, маловоддя та можливої антенатальної загибелі плода.

Згідно з висновком фахівців з ДУ "Інституту оториноларингології ім. проф. О.С.Коломійченка АМН України" від 12.04.2010, в пацієнтки була діагностована негоджкінська лімфома носоглотки II ст., стан після телегамматерапії. Рецидиву в носоглотку не виявлено.

Консультативне заключення лікарів поліклінічного відділення Київської міської онкологічної лікарні від 20.04.2010 – негоджкінська лімфома носоглотки II ст., стан після телегамматерапії на носоглотку. Вагітність 28 тижнів. Рекомендовано за умови достатньо розвинутого плода викликати штучні передчасні пологи з метою проведення подальшого пролонгованого лікування за життєвими показаннями.

Враховуючи категоричну відмову жінки від переривання даної вагітності тактика вибору лікування обмежилася проведенням телегамматерапії при збереженні вагітності. За згодою пацієнтки, лікування було проведено з 01.03.2010 по 10.04.2010 в терміні 21-26 тижнів вагітності: 20 курсів опромінення в дозі 40 Гр на праву половину носоглотки. Жінка прислухалася до порад лікарів, які взяли до уваги всі ризики мутагенного, тератогенного, а також канцерогенного впливу на плід, і шанси успішного завершення вагітності, що збільшило її віру та вселило надію на народження здорової дитини.

Оскільки клінічні прояви негоджкінської лімфоми носоглотки виявлено у II триместрі вагітності, то ризик тератогенної дії на плід пухлинного процесу є низьким і складає 1-2%. Проведена телегамматерапія під час вагітності (21-26 тижнів) підвищує ризик виникнення нових мутацій, зокрема у соматичних клітинах плода до 1-2%, а також появу дизморфічних (множинних) рис (фетопатій). Вагітній було повідомлено про можливий канцерогенний вплив на плід (1-2%), а також ризик для перебігу вагітності (ризик

народження дитини з низькою вагою, зниженим імунітетом та перинатальних втрат) із врахуванням загально-популяційного ризику – 5%. Сумарний ризик щодо вродженої і спадкової патології в даній ситуації складає 8-11%. Жінка вирішила пролонгувати вагітність і народжувати дитину.

У терміні вагітності 32 тижні 18.05.2010 проведено кесарський розтин, у результаті якого народилася дівчинка вагою 2040 г, довжиною 45 см, за шкалою Апгар – 6-7 балів. При народженні в дитини діагностовано анемію I ступеня (109 g/L).

Незважаючи на важку онкологічну патологію, пацієнтка після пологів почувалася задовільно. Через 1,5 місяці після пологів (у липні 2010 р.) розпочала курс хіміотерапії (мабтера, циклофосфан, доксорубіцин, вінкрисдин) і продовжує лікування в м.Києві. Побічні дії під час лікування у пацієнтки – алопеція, діарея, підвищена нервозність.

01.10.2010 у віці 4,5 місяці дитина важить 6 кг, гемоглобін в норму вівся – 150 g/L. Заключення педіатра, невролога, гематолога та інших вузьких спеціалістів після огляду дитини – практично здорова, росте і розвивається згідно віку.

Цей випадок із практики про виявлену негоджжінську лімфому носоглотки та її правильно підібране лікування під час вагітності вказує

на те, що позитивно налаштовані пацієнтки при підтримці лікарів і сім'ї мають шанс побороти гострий перебіг хвороби, народити здорову дитину і продовжити лікування після пологів [7-8].

ВИСНОВКИ 1. Вірно вираховані ризики щодо перебігу вагітності та стану дитини дають жінці більший шанс для народження здорової дитини, а позитивний настрій вагітної сприяє успішному її завершенню.

2. Правильно вибране лікування негоджжінської лімфому носоглотки мінімізувало ускладнення перебігу вагітності та негативний вплив на плід.

3. Зважаючи на біоетичні проблеми медико-генетичного консультування лікарі повинні приділяти велику увагу жінкам із онкологічною патологією для покращення їхнього репродуктивного здоров'я.

Оскільки медико-генетичне консультування має рекомендаційний характер, то його основними засадами є самостійне рішення пацієнтки та її родини щодо пролонгування вагітності в таких ситуаціях.

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ полягають у тісній співпраці акушерів-гінекологів, онкологів, генетиків та лікарів інших спеціальностей для вибору правильної тактики лікування та вирахування ризиків щодо перебігу вагітності та стану майбутньої дитини.

Література

1. Malignancies diagnosed during pregnancy and treated with chemotherapy or other modalities (review of 27 cases): multicenter experiences /Anatolian Medical Oncology Society Group, B.B. Ustaalioglu, M Gumus // Int J Gynecol Cancer. – 2010. – V.20, № 5. – P.698-703.

2. Azim H.A, Pavlidis N., Peccatori F.A. Treatment of the pregnant mother with cancer: a systematic review on the use of cytotoxic, endocrine, targeted agents and immunotherapy during pregnancy. Part II: Hematological tumors// Cancer Treat Rev. – 2010. – V.36, № 2. – P.110-21.

3. Рак в Україні, 2006-2007. Бюлетень Національного канцер-реєстру України №9, Київ, 2008.-С.70-71.

4. Burkitt lymphoma in pregnancy – case report/ Suchova K., Obrtlíkova P., Binder T.et al// Ceska gynecol. – 2010. – V.75, № 3. – P.248-251.

5. de Wildt S., Taguchi N., Koren G. Unintended pregnancy during radiotherapy for cancer// Nat Clin Pract Oncol. – 2009. – V.6, № 3. – P.175-178.

6. Teran-Porcayo M.A, Gomez-Del Castillo-Rangel A.C., Barrera-Lopez N, Zeichner-Gancz N. Cancer during pregnancy: 10-year experience at a regional cancer reference center in Mexico// Med Oncol. –2008.- V.25, № 1.-P.50-53.

7. Шмаков Р.Г., Демина Е.А.Тактика ведення вагітності при лимфомах// Практическая онкология. – 2009. – Т.10, №4. – С.228-236.

Lee J.S., Bracci P.M., Holly E.A. Non-Hodgkin lymphoma in women: reproductive factors and exogenous hormone use// Am J Epidemiol. – 2008. – V.168, № 3. – P.278-288.