

Два случая успешного лечения двухстороннего хилоторакса и хилезного асцита у пациенток с неходжкинскими лимфомами IV A стадии

П. В. Балахнин, В. И. Малькевич, А. С. Шмелев, М. Д. Ханевич, Л. В. Филатова, И. С. Зюзгин,
С. С. Багненко

Актуальность

Методы интервенционной радиологии являются высокоэффективными в лечении послеоперационной лимфорей (клиническая эффективность 80-100%). Однако эти методы значительно менее эффективны (клиническая эффективность не более 50%) при лечении лимфатических осложнений, развивающихся у пациентов с лимфомами и проявляющихся в виде хилезного асцита, хилоторакса, энтеропатии с потерей белка, хилурии и др.

Цель

Представить два случая успешного комбинированного лечения тяжелого двухстороннего хилоторакса и хилезного асцита у двух пациенток с неходжкинскими лимфомами IV A стадии

Методы и материалы

У первой пациентки после первого курса лекарственной терапии по схеме BR развился двухсторонний хилоторакс потребовавший чрескожного дренирования. Суточный дебит лимфы составлял 600 мл справа и 1000 мл слева в течение одного месяца с развитием белковой недостаточности и электролитных нарушений. У второй пациентки после первого курса терапии по схеме СНОР-R развился напряженный хилезный асцит, потребовавший чрескожного дренирования. Суточный дебит лимфы составлял 1000 мл в течение одного месяца с развитием кахексии и выраженных электролитных нарушений



Рис 1. Этап интранодальной паховой лимфангиографии.

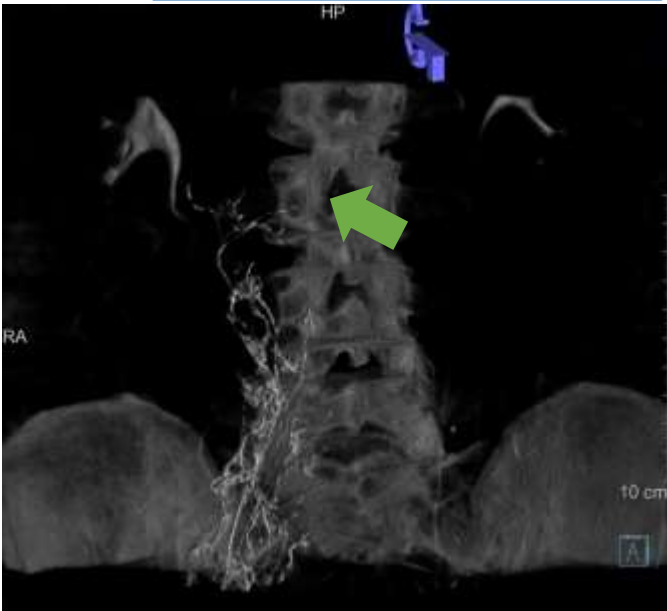


Рис 2. 3D-реконструкция ПДКТ: контрастированные лимфатические протоки до уровня опухолевого сдавления ГЛП(стрелка).

Результаты и обсуждение

В первом случае после выполнения интранодальной лимфангиографии (ИЛАГ) и ИЛАГ с использованием плоскодетекторной компьютерной томографии (ПДКТ-ИЛАГ) по описанной ранее методике было установлено, что причиной хилоторакса является полное сдавление опухолью инфрадиафрагмального отдела грудного лимфатического протока (ГЛП) с поступлением лимфы в брюшную полость и далее в грудную полость за счет отрицательного давления при дыхании. После проведения лучевой терапии пораженного участка (ISRT) в месте компрессии, хилоторакс полностью регрессировал (за счет восстановления проходимости ГЛП) и не возобновлялся в течение 8 мес. наблюдения. Во втором случае с помощью ПДКТ-ИЛАГ было выявлено место утечки лимфы в области хилезной цистерны, обусловленное инвазией в нее опухоли. После проведения лучевой терапии пораженного участка (ISRT) на область лимфорей симптомы не регрессировали в течение 1 мес. В связи с этим был проведен второй сеанс ИЛАГ и ПДКТ-ИЛАГ, подтвердивший экстравазацию лимфы в том же месте. Через 3 недели после повторной процедуры ИЛАГ симптомы полностью регрессировали (по всей видимости за счет склерозирования места утечки лимфы) и не возобновлялись в течение 5 мес. наблюдения



Рис 3. рентгеноскопический снимок с контрастированием лимфатических протоков и участком частичной экстравазации (стрелка)

Выводы

ИЛАГ в комбинации с ПДКТ-ИЛАГ – высокоэффективный методом выявления причин развития хилезных осложнений у пациентов с лимфомами, а их использование необходимо для постановки правильного диагноза и выбора тактики лечения. ИЛАГ обладает самостоятельным терапевтическим эффектом, однако для его реализации может понадобиться проведение нескольких лечебно-диагностических процедур.

Контакты

Балахнин Павел Васильевич
Email: balahnin_p@mail.ru
ФГБУ «НМИЦ онкологии
им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ
Вебсайт: www.niioncologii.ru
Телефон: +7(812) 43-99-555