

© Коллектив авторов, 2015
УДК 618.2:616.831-006.484.03-06::616.853-08

Т. В. Сергеева^{1, 2, 3}, А. Ф. Гурчин¹, Н. Ю. Королева¹, Н. Б. Архипова²,
А. А. Чугунова¹, Л. А. Даниленко³

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЛЕОМОРФНОЙ КСАНТОАСТРОЦИТОМЫ С СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ВИСОЧНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ, ДИАГНОСТИРОВАННОЙ В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ

¹ Институт мозга человека им. Н. П. Бехтерева РАН (дир. — чл.-кор. РАН проф. С. В. Медведев), Санкт-Петербург; ² кафедра нейрохирургии и неврологии (зав. — чл.-кор. РАН проф. Ю. А. Щербук), ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный университет»; ³ ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» (ректор — проф. В. В. Леванович)

Ключевые слова: эпилепсия, беременность, плеоморфная ксантоastroцитомы, нейрохирургическое лечение, стереотаксическая хирургия

Известно, что частота встречаемости эпилепсии в популяции составляет 1%, из них от 25 до 40% являются женщинами детородного возраста. Ежегодно около 0,3–0,4% новорожденных рождаются от матерей, страдающих эпилепсией. Около 13% пациенток переживают дебют эпилепсии во время беременности [7].

Пациентка И., 25 лет, обратилась в клинику Института мозга человека РАН 10.05.2011 г. с жалобами на приступы замираний длительностью до 1 мин, происходящее амнезировалось. Частота приступов — 1–2 раза в неделю. Кроме того, 1–2 раза в месяц отмечала ночные приступы с мочеиспусканием. Также беспокоило снижение памяти, внимания, головные боли распирающего характера, чаще по утрам, нарушения менструального цикла.

В неврологическом статусе выявлено: легкий центральный левосторонний монопарез до 3 баллов в проксимальных отделах левой ноги. Оживление глубоких рефлексов, их симметричность, симптом Россоломо—Вендеровича слева,

положительный симптом Бабинского слева. Симметричный гипергидроз ладоней и стоп.

На ночном видео-ЭЭГ-мониторинге от 07.05.2011 г. обнаружены характерные для симптоматической височной эпилепсии паттерны. В ходе исследования произошел приступ в виде эпизода пробуждения из стадии дельта-сна (глаза открыты, собирательные движения руками), сопровождающегося изменениями на видео-ЭЭГ-мониторинге.

На МРТ (3 Тл) от 10.05.2011 г., дополненном постконтрастным исследованием, обнаружено, что в правой верхней височной извилине расположено патологическое объемное образование размером 22,2×13,8×21,7 мм гиперинтенсивное на T2 и FLAIR-ИП, которое «вздувает» извилину, компримируя прилежащие субарахноидальные щели. Описанное образование интенсивно неоднородно, в виде нескольких очагов, накапливает контрастное вещество. Срединные структуры не смещены. Установлен диагноз глиомы правой верхней височной извилины (рис. 1). Кроме того, при обследовании у гинеколога диагностирована беременность 4–5 нед.

По настоянию больной консилиумом принято решение сохранить беременность, отложить операцию, провести коррекцию противосудорожной терапии (ламотриджин с постепенным повышением дозы до 200 мг/сут), рекомендовать родоразрешение с исключением потужного периода, выполнить позитронно-эмиссионную томографию (ПЭТ) с

Сведения об авторах:

Сергеева Татьяна Васильевна (e-mail: tatyana_serg@mail.ru), Гурчин Александр Феликсович (e-mail: agurchin@gmail.com), Королева Надежда Юрьевна (e-mail: koroleva.ny@gmail.com), Чугунова Анастасия Александровна (e-mail: ezericsh@mail.ru), Институт мозга человека им. Н. П. Бехтерева РАН, 197376, Санкт-Петербург, ул. Акад. Павлова, 9;

Архипова Настасья Борисовна (e-mail: exeast@gmail.com), кафедра нейрохирургии и неврологии, ФГБОУ «Санкт-Петербургский государственный университет», 199106, Санкт-Петербург, В. О., 21-я линия, 8а;

Даниленко Лариса Андреевна (e-mail: spbgrpmaifk@mail.ru), ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, 2

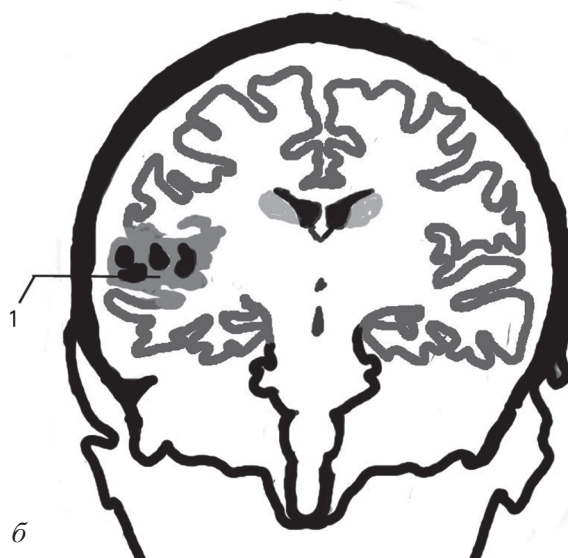


Рис. 1. МРТ (3 Тл) от 10.05.2011 г., дополненное постконтрастным исследованием.

а — в правой верхней височной извилине расположено патологическое объемное образование размером 22,2×13,8×21,7 мм;
б — неоднородное многоочаговое образование, глиома правой верхней височной извилины

метионином в послеродовом периоде для уточнения тактики хирургического лечения.

На 36–37-й неделе было проведено родоразрешение путем кесарева сечения. Родился мальчик с массой тела 2500 г, рост 46 см, 8/9 баллов по шкале Апгар, послеродовой период протекал без осложнений.

Через 1 мес после родов к терапии добавлена вальпроевая кислота в пролонгированной форме (1000 мг/сут) с постепенным повышением дозы, принимая во внимание сохраняющиеся приступы и предстоящую операцию.

При проведении ПЭТ с ^{11}C -метионином 25.05.2012 г. обнаружена доброкачественная глиома правой височной доли размером 18×21×14 мм, индекс накопления — 1,85, очаг максимального накопления занимает более половины общего объема образования (рис. 2).

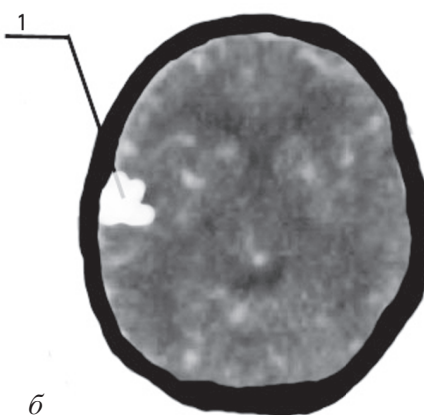
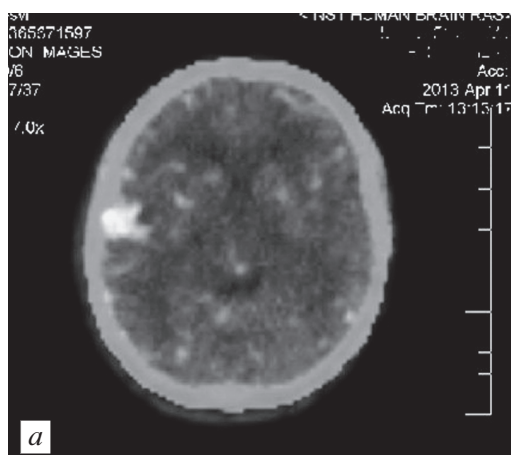


Рис. 2. ПЭТ с ^{11}C -метионином от 25.05.2012 г.

а — доброкачественная глиома правой височной доли размером 18×21×14 мм (индекс накопления — 1,85), очаг максимального накопления занимает более половины общего объема образования; б — доброкачественная глиома правой височной доли

На аппарате «НИЗАН» после предварительной разметки 04.10.2012 г. выполнена операция стереотаксической биопсии и криодеструкции опухоли правой височной доли головного мозга. При гистологическом и иммуногистохимическом исследовании обнаружена плеоморфная сгантоастроцитома (grade II — по классификации ВОЗ) с низкой пролиферативной активностью (Ki-67 — индекс пролиферативной активности — до 1–3%). Осложнений после операции не отмечено.

Учитывая результаты гистологического и иммуногистохимического исследования и неопределенный прогноз исхода заболевания, пациентке с октября 2012 г. по март 2013 г. проведено 3 курса монокимиотерапии «Ломустин» (CeNU) 160 мг 1 раз в 6 нед. Осложнением химиотерапии, возможно, вследствие сочетания ее с противоэпилептическими препаратами, стала панцитопения, потребовавшая коррекции антиэпилептической терапии. С учетом возникшей после

химиотерапии панцитопении отменен депакин, назначены препараты «Леветерацитам» по 1000 мг утром и вечером, «Ламотриджин» по 50 мг/сут, реабилитационное лечение. На фоне лечения отмечалось клиническое улучшение в виде редукции головных болей, пареза, клинической ремиссии приступов.

На серии контрольной совмещенной ПЭТ/КТ головного мозга с метионином в коре правой височной доли и субкортикально на месте ранее выявленной глиомы остается аметаболический очаг размером 14×13×12 мм, обусловленный криодеструкцией. Медиальнее описанного образования регистрируется

мелкий очаг слегка повышенного захвата радиофармпрепарата (ИН=1,26) размером 8×10×15 мм.

Учитывая данные визуализирующих методов исследования, не исключающих продолженный рост опухоли, и невозможность проведения химиотерапии из-за вероятности повторного появления панцитопении, назначено проведение радиотерапии.

Под местной анестезией 28.10.2013 г. произведен сеанс стереотаксической радиохирургии на аппарате «Leksell Gamma Knife 4C». Доза облучения в изоцентре опухоли составила 32 Гр, по краю опухоли — 16 Гр. Время облучения составило 39 мин. Средняя доза на головной мозг составила 0,4 Гр. Осложнений во время лечения не отмечалось. Частота приступов после процедуры вернулась до 1–2 раза в неделю, однако приступы только простые парциальные. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Наиболее важным на ранних этапах лечения данной пациентки являлся выбор противоэpileптического препарата, безопасного для плода [1]. Одним из препаратов, не вызывающих серьезных побочных эффектов у беременных, признан «Ламотриджин» [3].

Плеоморфная ксантоастроцитома (ПКА) — это редкая первичная низкодифференцированная астроцитарная опухоль, классифицируемая как опухоль нейроглии, часто манифестирующая эпилептическим синдромом [5]. Она поражает в основном детей и молодых людей, ведет себя, преимущественно, как доброкачественная опухоль, хотя описан как анапластический вариант этой опухоли, так и случаи ее малигнизации [6, 8].

Для диагностики возможно применение ПЭТ с ¹¹C-метионином, при которой видно накопление вещества в области опухоли. Чаще всего опухоль находится супратенториально и достаточно близко к конвексительной поверхности головного мозга [2], что позволяет провести радикальное

удаление опухоли, которое в 65% случаев приводит к полному излечению пациента [4].

Ведение пациентки репродуктивного возраста с симптоматической эпилепсией опухолевого генеза при помощи как хирургического, так и фармакологического методов предопределило возможность благополучного завершения беременности как для ребенка, так и для матери, с последующей радикальной операцией по поводу новообразования головного мозга.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Реутин М.А., Кравцова А.А., Трашков А.П., Хайцев Н.В. Беременность и опухолевый рост: взаимосвязи в клинической и экспериментальной медицине // Педиатр. 2012. Т. III, вып. 2. С. 57–65.
2. Crespo-Rodríguez A.M., Smirniotopoulos J.G., Rushing E.J. MR and CT imaging of 24 pleomorphic xanthoastrocytomas (PXA) and a review of the literature // Neuroradiology. 2007, Vol. 49, Is. 4. P. 307–315.
3. Cunningham M., Tennis P. Lamotrigine and the risk of malformations in pregnancy // Neurology. 2005. Vol. 64, № 6. P. 955–960.
4. Gallo P. Pleomorphic xanthoastrocytoma: Long-term results of surgical treatment and analysis of prognostic factors // Br. J. Neurosurg. 2013. Vol. 27. Is. 6. P. 759–764.
5. Im S.H., Chung C.K., Kim S.K. et al. Pleomorphic xanthoastrocytoma: a developmental glioneuronal tumor with prominent glioproliferative changes // J. Neurooncol. 2004. Vol. 66, № 1–2. P. 17–27.
6. Koga T., Morita A., Maruyama K. et al. Long-term control of disseminated pleomorphic xanthoastrocytoma with anaplastic features by means of stereotactic irradiation // Neuro-Oncology. 2009. Vol. 11. P. 446–451.
7. Ried S., Beck-Mannagetta G. Epilepsy, pregnancy and the child. Glasgow: Blackwell science, 1996. 82 p.
8. Vu T.M., Liubinas S.V., Gonzales M., Drummond K.J. Malignant potential of pleomorphic xanthoastrocytoma // J. Clin. Neuroscience. 2012. Vol. 19. P. 12–20.

Поступила в редакцию 20.05.2015 г.