

УДК: 616 – 006.446.6 – 06:616.831.9–002



*М.А. Кенс, О.Б. Швецов, А.Ф. Лобаненко,
Н.І. Треліс, А.Г. Квочкіна, В.О. Платанова*

Рідкісний випадок «пухлинного» менінгіту при мієломній хворобі

Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів

Ключові слова: мієломна хвороба, менінгіт, лептоменінгеальний мієломатоз, мієломатозний лептоменінгіт.

Мієломна хвороба (плазмноклітинна мієлома, плазмоцитома, мієломатоз, хвороба Рустицько-го–Калера) належить до класу пухлин лімфоїдної тканини – неходжкінських В-клітинних лімфом із злоякісною неопластичною проліферацією плазматичних клітин [4]. Частка мієломної хвороби становить 1% усіх типів злоякісних уражень та 10–15% усіх злоякісних гематологічних новоутворень [3, 5]. Хворіють переважно люди старшого віку (50–60 років) незалежно від статі. При мієломній хворобі імуносекреторна функція плазматичних клітин порушується: мономорфний пухлинний клон анаплазованих клітин продукує аномальний моноклональний імуноглобулін, відомий як М-компонент, що накопичується в тканинах і рідинах організму (плазма крові, сеча). В рідкісних випадках пухлина може бути несекретуючою.

Різноманітність клінічної картини зумовлена локалізацією як пухлинних вузлів, так і імуноглобулінових депозитів (зокрема білок Бенса-Джонса та амілоїд) у тканинах [5, 7, 8]. Процес локалізується найчастіше в кістковому мозку і призводить до остеолізу, рідше – екстраосально в різних органах і м'яких тканинах. Спектр уражень широкий: від одного пухлинного вузла (солітарна плазмоцитома) з прихованим або повільним перебігом до дисемінованої мультифокальної агресивної форми (множинна мієлома) з лейкоїмізацією і парапротеїнеміями [1, 2, 7].

Клінічний діагноз ґрунтується на тріаді симптомів: плазмоцитоз кісткового мозку (10–90% клітин), остеолізис, патогномонічний М-білок у крові та сечі [3]. Характерні ураження: нирковий синдром; значне підвищення ШОЕ, збільшення кількості тромбоцитів і в'язкості крові (через високу концентрацію М-компонента); мієлофтизна анемія, рецидивуючі інфекції. Ураження м'яких мозкових оболонок трапляється рідко: в англійській літературі повідомляється лише про 90 таких випадків, це переважно окремі спостереження [6, 9]. Серед них є лише одна публікація Інституту мієломи Арканзасу (США) [9] про серію (23) ви-

падків менінгеального мієломатозу (1,1% з 2000 хворих на мієлому) за останні 13 років. І лише в одному із опублікованих випадків мієломатозний лептоменінгіт був першою маніфестацією мієломної хвороби. Наводимо наше спостереження.

Хвору К., віком 51 рік, було госпіталізовано до неврологічного відділення Клінічної лікарні Львівської залізниці (КЛЛЗ) 04.11.2005 р. з діагнозом «менінгіт, можливо, вторинний».

Хвора в свідомості, але через тяжкість стану мовний контакт відсутній, команди не виконує, на огляд реагує гримасою болю, стогне. Родичі відзначали порушення ходи впродовж попереднього місяця, останні чотири дні – підвищення температури тіла, біль голови, блювоту, слабкість. Раніше за медичною допомогою не зверталася й не обстежувалася.

Об'єктивний стан на момент госпіталізації – вкрай тяжкий, температура тіла – 38° С. Гіпостенічної будови тіла. Привертає увагу різка блідість шкіри та слизових. Периферичні лімфовузли не пальпуються, гомілки та поперекові ділянки пастозні. У легенях вислуховується везикулярне дихання. Частота серцевих скорочень – 80 за 1 хв, артеріальний тиск – 120/80 мм рт. ст. Язик чистий, адекватна пальпація живота затруднена: хвора напружує м'язи живота і відштовхує руку лікаря. Визначити симптом Пастернацького неможливо через відсутність продуктивного контакту. Сечопуск контролює. Неврологічний статус на момент госпіталізації: свідомість – збережена, але в мовний контакт не вступає, команди не виконує, що значно затруднює огляд. Обличчя ~ симетричне в спокої та при мімічних рухах, зіниці однакової ширини, реагують на світло, лівобічний птоз. Активні рухи та м'язовий тонус підвищений, повна ригідність потиличних м'язів, позитивний симптом Керніга. Періодично виникає екстрапірамідний тремор рук і голови. На пальпацію очних яблук реагує гримасою болю.

Загальний аналіз крові на момент госпіталізації.
Еритроцити – $1,9 \times 10^{12}/л$, Hb – 52 г/л, колірний

показник – 0,82, лейкоцити 5,1–10%, ШОЕ – 90 мм/год; міелоцити – 1%, юні – 2%, паличкоядерні – 18%, сегментоядерні – 56%, лімфоцити – 14%, моноцити – 7%, плазмоцити – 2%. Полісегментация і токсична зернистість нейтрофілів.

Аналіз сечі. Питома вага – 1007, білок – 3,3 г/л, еритроцити – 2–3 у полі зору, епітелій – невелика кількість; циліндри гіалінові 0–1 у полі зору, зернисті 0–1 у полі зору.

Біохімічні показники в нормі, окрім сечовини – 16,3 ммоль/л і креатиніну – 450,6 ммоль/л.

Коагулограма. Протромбіновий індекс – 60,9%, фібриноген – 3,8 г/л, фібриноген В ++.

Аналіз ліквору. Мутний, білий із зеленим відтінком. Загальний білок – 16,5 г/л (!), реакція Панді та Ноне - Апельта + + +, плеоцитоз – 2800 лімфоїдних клітин. При проведенні люмбальної пункції досить широкою голкою (діаметр 20 G) привертало увагу вкрай повільне витікання («виповзання») такого густого і в'язкого ліквору, якого нам не доводилося бачити раніше.

Клінічні та попередні лабораторні дані – анемія, висока ШОЕ, значна протеїнурія за наявності менінгеального синдрому – дали підстави припустити мієломну хворобу, що згодом підтвердилося даними додаткових обстежень.

Стернальна пункція від 07.11.05 – плазмоцитоз кісткового мозку понад 50%.

Магнітно-резонансна томографія головного мозку від 05.11.05. Компресія субарахноїдальних просторів, потовщення м'яких мозкових оболонок, набряк головного мозку, більше виражений зліва; незначна дилатація шлуночкової системи; зміщення півкуль мозочка донизу у великий потиличний отвір (висока ймовірність вклинення). Така картина найбільш характерна для запального процесу головного мозку.

Хвора консультована гематологом, урологом, окулістом. Висновок обласного інфекціоніста: вторинний менінгоенцефаліт.

Результати клінічних обстежень і результати протеїнограм з виявленням патогномонічного М-компонента дозволили кінцево верифікувати мієломну хворобу.

Лікування: бензилпеніциліну натрієва сіль, меропенем, маніт, фуросемід, дексаметазон, L-лізину есцинат, цитохром С, розчини Рінгера, реосорбілакту, «Сибазон».

Незважаючи на лікування, стан хворої залишався дуже тяжким. На четвертий день після госпіталізації (08.11.05) з'явилися судоми, які складно було коригувати медикаментозно. Проведено

інтубацію та підключено механічну вентиляцію легень, накладено трахеостому. Наступного дня (09.11.05) стан пацієнтки погіршився: виникло порушення серцевої діяльності у вигляді миготливої аритмії, а потім асистолія. Реанімаційні заходи не дали ефекту. Констатовано смерть.

Заключний клінічний діагноз

I. 1) Серозний менінгіт.

2) Мієломна хвороба, термінальна стадія.

II. Пухлинна інтоксикація. Анемія. Мієломна нирка, хронічна ниркова недостатність II ступеня. Симптоматична артеріальна гіпертензія.

Судомний синдром. Сопор-церебральна кома. Механічна вентиляція легень з 08.11.05. Трахеостомія 09.11.05. Набряк головного мозку з вклиненням мозочку у великий потиличний отвір.

III. Ішемічна хвороба серця: дифузний кардіосклероз, серцева недостатність I ст. Атеросклероз аорти.

Патоморфологічне дослідження підтвердило клінічний діагноз мієломної хвороби. Наводимо клініко-анатомічний епікриз.

Пацієнтка К., 51 рік, хворіла на множинну мієлому (мієломну хворобу), яка виявлялася вузловими розростаннями мієломних клітин у кістках черепа і груднини, а також дифузними розростаннями в м'яких мозкових оболонках (лептоменінгеальний мієломатоз, пухлинний лептоменінгіт). Перебіг основного захворювання ускладнився вторинним амілоїдозом селезінки й підшлункової залози. Виникла обструкція ниркових каналців патологічним білком пухлинних клітин (мієломна нирка), що зумовило розвиток хронічної ниркової недостатності з анасаркою. Заміщення мієломними клітинами кісткового мозку призвело до анемії з дистрофією внутрішніх органів. Набряки легень і головного мозку, зумовлені «пухлинним» менінгітом, стали безпосередньою причиною смерті хворої на п'яту добу перебування в стаціонарі.

Висновки

Наведене клінічне спостереження демонструє майже казуїстичний випадок – адже вперше діагноз множинної мієломи було встановлено, коли захворювання досягло термінальної стадії з рідкісним ускладненням у вигляді «пухлинного» менінгіту. Лише поява дифузних розростань мієломних клітин на м'яких мозкових оболонках, що клінічно виявилось менінгеальним синдромом, змусила пацієнтку звернутися за медичною допомогою, на жаль, в інкурабельній стадії захворювання.

Література

1. Виноградова Т.П. Опухоли костей. — М.: Медицина, 1973. — С. 200–207.
2. Голенков А.К., Шабалин В.Н. Множественная миелома. — СПб.: Гиппократ, 1995.
3. Денисов Й.Н. 2000 болезней от А до Я. — М.: ГЭОТАР-медицина, 1998. — С. 477–478.
4. Jaffe E.S., Harris N.L., Stain H., Vardiman J.W. WHO Classification of Tumors. Pathology and genetics of tumors of haematopoietic and lymphoid tissues. — Lyon, IARS Press, 2001.
5. Knowles D.M., Grogan T.M., Spier C.M. The B-cell immunoproliferative disorders, including multiple myeloma and amyloidosis. — Philadelphia: Lipincott Williams and Wilkins, 2001.
6. Leifer D., Grabowski T., Simonian N., Demirjian Z.N. Leptomeningeal myelomatosis presenting with mental status changes and other neurologic findings // Cancer. — 1992 — 1. — N 70 (7). — P. 1899–1904.
7. Robbins J. Pathologic basis of disease. — 5th ed. — W.B. Saunders company, 1994. — P. 663–664.
8. Salmon S.E., Cassady J.R. Cancer, principles and practice of oncology. — Philadelphia: J.B. Lipincott, 1988. — 1854 p.
9. Schluterman K.O., Fassas A.T., van Hemert R.L., Harik S.I. Multiple myeloma invasion of the central nervous system // Arch. Neurol. — 2004. — N 61. — P. 1423–1429.

М.А. Кенс, А.Б. Швецов, А.Ф. Лобаненко, Н.И. Трелис, А.Г. Квочкина, В.А. Платанова

Редкий случай «опухолевого» менингита при миеломной болезни

Представлено клиническое наблюдение поздней диагностики миеломной болезни. Пациентка обратилась за медицинской помощью в терминальной стадии заболевания, когда присоединилось крайне редкое осложнение в виде менингита.

М.А. Kens, O.B. Shvetsov, A.F. Lobanenko, N.I. Trelis, A.G. Kvochkina, V.O. Platanova

A rare case of «tumor» meningitis at multiple myeloma disease

The article presents the clinical observation of late diagnosis of multiple myeloma. A patient referred for medical care at the disease terminal stage, when the extremely rare complication — meningitis — lined up with the disease.

ПЕРЕДПЛАТА

Шановні читачі!

Журнал «Медицина транспорту України»
можна передплатити у кожному відділенні Укрпошти.
Часопис виходить щокварталу.

Передплатний індекс 23699