

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-10>

Средний отит у пациентки с лимфомой Ходжкина

С. Карпищенко, доктор медицинских наук, профессор,
А. Александров, кандидат медицинских наук,
О. Сопко, кандидат медицинских наук,
А. Бервинова

Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет им. акад. И.П. Павлова

E-mail: sopko@ya.ru

Болезнь Ходжкина – редкое заболевание крови, характеризующееся клональной пролиферацией В-клеток зародышевых центров лимфатических узлов; представляет собой злокачественную опухоль лимфоидной ткани.

Ключевые слова: оториноларингология, гематология, лимфома Ходжкина, средний отит.

Для цитирования: Карпищенко С., Александров А., Сопко О. и др. Средний отит у пациентки с лимфомой Ходжкина // Врач. – 2018; 29 (11): 51–54.
<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-10>

Распространенность злокачественных новообразований в России составила в 2009 г. 1897 случаев на 100 тыс. населения (т.е. увеличилась на 17,6%) [1]. Рост заболеваемости злокачественными новообразованиями в России связан с высокоспецифичными диагностическими мероприятиями и улучшением прогноза выживаемости больных с онкологической патологией. Лимфома Ходжкина (синонимы: болезнь Ходжкина, лимфогранулематоз) составляет лишь 1% всех онкологических заболеваний, регистрируемых ежегодно в развитых странах мира, но является одной из самых высококурабельных.

Лимфома Ходжкина – злокачественная опухоль лимфоидной ткани с клональной пролиферацией В-клеток зародышевых центров лимфатических узлов [2]. Заболевание чаще возникает в подростковом возрасте, однако может развиваться и у взрослых. У детей лимфома Ходжкина занимает 5-е место среди всех злокачественных новообразований.

В результате патологического процесса у большинства больных развивается медленно прогрессирующая недостаточность клеточного иммунитета (функции Т-клеток), что при распространенных стадиях заболевания может приводить к бактериальным или (реже) грибковым, вирусным и протозойным инфекциям. Происходит поражение многих систем организма, в том числе и ЛОР-органов на фоне иммунодепрессии [3].

Зачастую возникновение среднего отита обусловлено присоединением вторичной инфекции, что связа-

но не только с особенностями основного заболевания, но и с иммунодефицитом на фоне химиолучевой терапии этой группы больных. При этом прямая инвазия или метастазирование злокачественной лимфомы в среднее ухо встречается довольно редко [3, 4].

Средний отит имеет множество проявлений в зависимости от патофизиологических и патоморфологических процессов, происходящих в барабанной полости. В соответствии со степенью воспаления такими проявлениями могут быть экссудация, пролиферация, присоединение гнойной инфекции. Несмотря на актуальность данной темы, в отечественной литературе уделяется мало внимания особенностям течения отита у пациентов с заболеваниями крови и сопутствующим иммунодефицитом.

Приводим клиническое наблюдение – гиперпластический средний отит у пациентки с лимфомой Ходжкина.

Пациентка Т., 23 лет, обратилась в клинику оториноларингологии в декабре 2017 г. с жалобами на заложенность в ушах с обеих сторон и двустороннее снижение слуха.

Из анамнеза: в 2013 г. был установлен диагноз лимфомы Ходжкина Пв, вариант нодулярного склероза с поражением шейных, надключичных, подмышечных и средостенных лимфатических узлов (ЛУ). В 2013–2014 гг. пациентка проходила курс комбинированной химиолучевой терапии. В декабре 2014 г. возник рецидив заболевания с поражением периферических ЛУ, ЛУ средостения, мягких тканей передней грудной стенки и верхней доли левого легкого. В связи с ухудшением состояния пациентке проведены 7 курсов полихимиотерапии (1 курс – АВVD, 1 – ДНАР, 1 – СGEV, 1 – МCV, 3 – Dexa + Veat) и 2 курса рибомустина.

Несмотря на проводимую терапию, процесс прогрессировал с развитием гидроперикарда и гидроторакса. В декабре 2016 г. проводилась им-

мунотерапия (введение ниволумаба 27.12.16), на фоне чего отмечена стабилизация состояния. Прогрессирование процесса в апреле 2017 г. потребовало возобновления курса лечения и комбинированной терапии: ниволумаб–брентуксимаб (07.04), ниволумаб + бендамустин (04.05). Ремиссия по данным позитронно-эмиссионной (ПЭТ) и компьютерной (КТ) томографии была достигнута в ноябре 2017 г.

Впервые жалобы на заложенность и дискомфорт в обоих ушах появились у пациентки в мае 2017 г. Выраженное снижение слуха начала отмечать с июля 2017 г. Амбулаторно пациентка прошла несколько курсов системной антибиотикотерапии, но без эффекта. В ноябре 2017 г. по поводу предполагаемого экссудативного среднего отита слева был выполнен парацентез барабанной перепонки, который также не дал эффекта (отделяемого не получено, слуховая функция на прежнем уровне).

При поступлении в клинику ПСПБГМУ им. И.П. Павлова пациентке было проведено стандартное оториноларингологическое обследование.

Данные осмотра: слизистая оболочка полости носа розовая, влажная, не отечна, патологического отделяемого нет; перегородка носа умеренно искривлена влево с хрящевым отделом; носовое дыхание удовлетворительное с обеих сторон.

Фарингоскопия: зев симметричен, мягкое нёбо подвижно при фонации. Слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, влажная. Нёбные миндалины не увеличены, налетов нет.

Непрямая ларингоскопия: вход в гортань и грушевидные синусы свободный, надгортанник в виде лепестка. Слизистая оболочка гортано-глотки розовая, влажная. Голосовые складки белесые, края ровные, при фонации подвижны в полном объеме. Голосовая щель широкая, для дыхания достаточная.

При отомикроскопии (микроскоп Karl Zeiss Sensera; $\times 6$). Правое ухо – наружный слуховой проход свободный, широкий, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, в передних отделах втянута, в задних отделах определяется выбухание барабанной перепонки за счет мягкотканного компонента. Левое ухо – наружный слуховой проход свободный, широкий, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, определяется выбухание мягкотканного компонента из центральной перфорации барабанной перепонки (рис. 1).

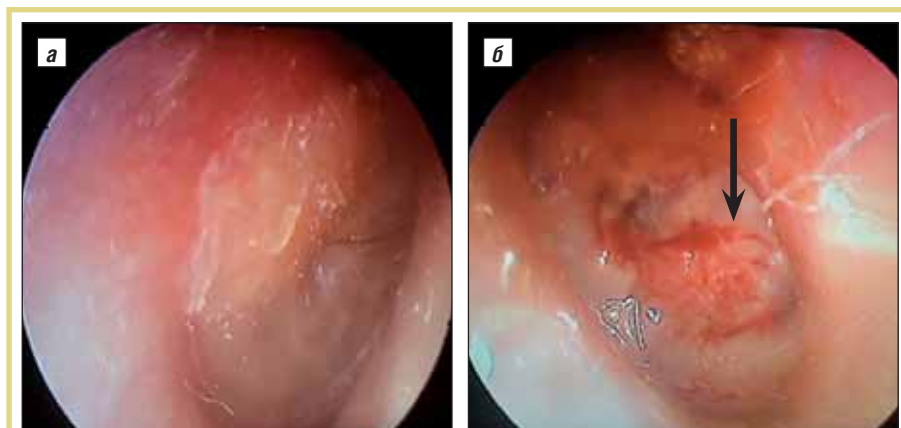


Рис. 1. Отоскопическая картина справа (а) и слева (б). Стрелка – выбухание мягкотканного компонента из перфорации барабанной перепонки

При эндоскопическом обследовании полости носа и носоглотки с помощью ригидных эндоскопов 0 и 30° (Karl Storz, Германия) определялась гипертрофия глоточной миндалины I степени, слуховые трубы функционируют удовлетворительно (рис. 2).

По данным конусно-лучевой КТ (Sirona Galileos):

- правая височная кость: смешанный тип строения сосцевидного отростка с тенденцией к склерозу, ячейки субтотально гомогенно затемнены за счет мягкотканного компонента, нельзя исключить наличие жидкостного содержимого, antrum затемнен. Барабанная полость тотально неоднородно затемнена. Слуховые косточки дифференцируются на фоне затемнения фрагментарно. Структуры внутреннего уха без особенностей;

- левая височная кость: смешанный тип строения сосцевидного отростка с тенденцией к склерозу, ячейки тотально гомогенно затемнены за счет мягкотканного компонента, нельзя исключить наличие жидкостного содержимого, antrum затемнен. Барабанная полость тотально неоднородно затемнена. Слуховые косточки дифференцируются на фоне затемнения фрагментарно. Структуры внутреннего уха без особенностей.

Задние отделы верхнечелюстных пазух, задние клетки решетчатой кости и клиновидные пазухи пневматизированы. В своде носоглотки мягкотканная тень с волнистым контуром, устья слуховых труб – симметричные, ямки Розенмюллера – дифференцируются.

Заключение: КТ-признаки двустороннего среднего отита с явлениями антроцеллюлита. КТ-признаки гиперплазии лимфоидной ткани носоглотки (?).

По результатам тональной аудиометрии: AD – кондуктивная тугоухость II степени, костно-визуальный интервал (КВИ) 30 дБ; AS – кондуктивная тугоухость III степени, КВИ – 35 дБ.

При микологическом и микробиологическом исследовании отделяемого роста микрофлоры не выявлено.

При гистологическом исследовании изучен биоптат слизистой оболочки барабанной полости левого уха: выявлены 3 мелких участка рыхлого фибрина со смешанным клеточным инфильтратом, при иммуногистохимическом исследовании в одном из очагов фиброза выявлена единственная атипичная клетка (CD30⁺), напоминающая клетку Ходжкина.



Рис. 2. Эндоскопическая картина носоглотки

Пациентке были проведены системная глюкокортикостероидная (ГКС) терапия по схеме в сочетании с катетеризацией слуховых труб и интратубарное введение ГКС в течение 10 дней.

На фоне проводимой консервативной терапии больная отметила улучшение состояния и слуха. При отомикроскопии: справа определялись уменьшение выбухания мягкотканного компонента, отсутствие втянутости передних отделов барабанной перепонки. Слева – барабанная перепонка розовая, определяется центральная перфорация, слизистая оболочка медиальной стенки белесая, патологического содержимого нет. Результаты аудиометрии: AD – тугоухость I степени, КВИ – 15 дБ; AS – тугоухость II степени, КВИ – 25 дБ.

Пациентке рекомендована контрольная КТ височных костей через 1 мес после лечения.

Злокачественная лимфома может распространяться на все участки тела, включая голову и шею. В зарубежной литературе описаны единичные случаи вовлечения височной кости при генерализованной форме лимфомы [5].

Среди найденных нами статей, посвященных описанию случаев поражения среднего уха и близлежащих областей при злокачественной лимфоме [3, 5–12], в 4 наблюдениях в процесс было вовлечено наружное ухо, в 4 – среднее и в 3 – внутреннее ухо, причем в 7 (63,6%) случаях это была В-клеточная лимфома.

У нашей пациентки изменения со стороны среднего уха могли быть как связаны с проявлением основного заболевания (несмотря на то, что ремиссия отмечена гематологами и подтверждена данными ПЭТ КТ, в слизистой оболочке барабанной полости была обнаружена единичная клетка CD30⁺), так и быть следствием многокомпонентного лечения – полихимиотерапии. Стойкую перфорацию, возникшую после парацентеза барабанной перепонки, можно расценивать как снижение репарационных возможностей и ограничивающий для хирургического вмешательства фактор.

Процесс в среднем ухе отличался резистентностью к проводимой антибактериальной терапии и рецидивированием, что позволило заподозрить наличие местного проявления системного заболевания.

Врачу при определении объема помощи (либо проведение массивной химиолучевой терапии по основному заболеванию, либо стандартное лечение среднего отита) в связи с возможностью необходима настороженность возникновения данной патологии в различных ее проявлениях.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ в 2009 г. // Вестн. РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. – 2011; 22 (3, прил. 1): 1–170.
2. Мякова Н.В., Масчан А.А., Румянцев А.Г. Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению лимфомы Ходжкина (лимфогранулематоз) // Рос. журн. детской гематол. и онкол. – 2015; 2 (4): 79–90. DOI 10.17650/2311-1267-2015-2-4-79-90.
3. Карпищенко С.А., Савенко И.В. Экссудативный средний отит и ВИЧ инфекция // Folia otorhinolaryngologiae et pathologiae respiratoriae. – 2004; 4: 40–5.
4. Roggerone S., Traverse-Glehen A., Derex L. et al. Recurrent cerebral venous thrombosis revealing paraneoplastic angiitis in Hodgkin's lymphoma // J. Neurooncol. – 2008; 89: 195–8.
5. Hersh S., Harrison W., Hersh D. Primary B cell lymphoma of the external auditory canal // Ear Nose Throat J. – 2006; 85: 597–9.
6. Fish B., Huda R., Dundas S. et al. B-cell lymphoma of the external auditory meatus // J. Laryngol. Otol. – 2002; 116: 39–41.
7. Ho T., Carrie S., Meikle D. et al. T-cell lymphoma presenting as acute mastoiditis with a facial palsy // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2004; 68: 1199–201.
8. Kanzaki S., Saito H., Mori T. et al. Thirteen-month-old boy with malignant lymphoma having symptoms mimicking acute otitis media and mastoiditis with facial palsy // ORL J. Otorhinolaryngol. Relat Spec. – 2011; 73: 266–70.
9. Atsushi Saito, Wenting Jib Tatsuya Sasaki et al. B-Cell Malignant Lymphoma Presenting as Otitis Media and Mastoiditis Associated with Sinus Thrombosis // Case Rep. Neurol. – 2014; 6 (2): 161–5.
10. Knapp F., Rieh E., Spreer J. et al. Primary B-cell non-Hodgkin lymphoma of the internal auditory canal: case report and literature review (in German) // HNO. – 2008; 56: 633–7.
11. Shuto J., Ueyama T., Suzuki M. et al. Primary lymphoma of bilateral external auditory canals // Am. J. Otolaryngol. – 2002; 23: 49–52.
12. Seven H., Ozbal A., Turgut S. Management of otogenic lateral sinus thrombosis // Am. J. Otolaryngol. – 2004; 25: 329–33.

OTITIS MEDIA IN A FEMALE PATIENT WITH HODGKIN'S LYMPHOMA

Professor **S. Karpishchenko**, MD; **A. Aleksandrov**, Candidate of Medical Sciences; **O. Sopko**, Candidate of Medical Sciences; **A. Bervinova**
Acad. I.P. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University

Hodgkin's disease is a rare blood disease characterized by clonal proliferation of B cells in the germinal centers of lymph nodes; it is a malignant tumor of lymphoid tissue.

Key words: otorhinolaryngology, hematology, Hodgkin's lymphoma, otitis media.

For citation: Karpishchenko S., Aleksandrov A., Sopko O. et al. Otitis media in a female patient with Hodgkin's lymphoma // Vrach. – 2018; 29 (11): 51–54. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-11-10>