

Бюро за официални преводи **СКРИПТА 2 ЕООД**
• Пловдив 4003, ул. Сливница 6, ет.5, офис 8 - Централен офис
032/953 232; 0878 586 596; e-mail: scrypta.info@gmail.com
• ул. Волга 49, 032/640 740; 0878 807 506; e-mail: scrypta@abv.bg

Translation agency **SCRYPTA 2 EOOD**
• Bulgaria, Plovdiv 4003, 6 Slivnitsa St., fl.5, office 8 - Head Office
+359 32 953 232; +359 878 586 596; e-mail: scrypta.info@gmail.com
• 49 Volga St. / +359 32 640 740; +359 878 807 506; e-mail: scrypta@abv.bg



EN ISO 9001:2008 / EN 15038:2006

www.scrypta.com

Превод от английски език

УНИВЕРСИТЕТСКА КЛИНИКА НАВАРА

ЕПИКРИЗА

Радослав Мирославов Дойчев

Адрес: гр. Памплона, Испания

Дата на раждане: 08.09.2010 г Приет: 23.07.2017 г Изписан: 27.07.2017 г

ПРИЧИНА ЗА ХОСПИТАЛИЗАЦИЯ

Вътречерепна хипертензия

АНАМНЕЗА

Пациентът е шестгодишно момче с анамнеза на многократно рецидивиращ алвеоларен рабдомиосарком засягащ долночелюстния клон, с метастази в черепния свод, което беше представено на Отделението за спешна помощ със силно главоболие и повръщане от 48 часа, което се подобри след прием на Парацетамол (Acetaminophen). През последните 24 часа се е появила периорбитална болка и увеличено мекотъкано уплътнение.

Увредено общо състояние, афебрилен. Нормален апетит и перисталтика. Без уринарни симптоми. Без кашляне и носен секрет. Без оталгия и одинофагия. Лош сън през нощта поради главоболие.

КАТ изследването направено в Спешното отделение показва променено бяло мозъчно вещество с лека дислокация на срединната линия. След като тези находки бяха обсъдени с родителите, беше решено да приемем дето в нашата клиника за започване на венозно лечение.

ОНКОЛОГИЧНА АНАМНЕЗА

Първоначално пациентът от България е диагностициран със сиаладенит, след като идва в болницата с оток на лявата буза, въпреки, че направената биопсия по това време не показва ясна диагноза. Впоследствие родителите решават да поискат ЯМР изследване, което показва

злокачествен тумор, който разрушава левия долночелюстен клон, страничната и задната стена на максиларния синус и лявата зигоматична дъга, като същевременно притиска фаринкса. Предвид тези находки, през февруари 2014 г, семейството отива в Израел (Детска болница „Дана“), за скрининг изследвания и започване на лечение. Извършената биопсия показва анатомопатологична диагноза алвеоларен рабдомиосарком, поради което незабавно е започната неoadювантна химиотерапия. От 12.02.2014 г пациентът е получил общо 9 курса Ifosfamide, Vincristine и Actinomycin D. И двете контролни изследвания, ЯМР след третия курс на терапия, както и ПЕТ/КТ след 4-я курс, показват данни за леко подобрене и минимално поглъщане на контраста. ЯМР изследването направено след 7-я курс на лечение също показва ясни данни за подобрене. След това, между 03.08.2014 г и 09.09.2014 г пациентът е получил локална лъчетерапия (30 дози, до достигане на обща доза от 50.4 Gy). Последният 9-ти курс на Ifosfamide, допълнен с Vincristine и Actinomycin D, е приложен на 12.08.2016 г, след като е получил съответната доза лъчетерапия този ден. По време на въпросното лечение, детето развива периферна невропатия свързана с болка в долните крайници, неутропенична треска и двустранно зачервяване на очите, свързано с лицева парализа. В следствие на това, след приключване на лъчетерапия, на 13.10.2014 г е започната нова линия на поддържаща химиотерапия с Vinorelbine и Cyclophosphamide, от която пациентът получава общо 6 курса до 25.03.2015 г. Контролните ЯМР и ПЕТ изследвания, направени през месец май и януари 2015 г, не показват данни за отдалечение метастази.

ЯМР изследването от ноември 2015 г, обаче, показва тумор в левия париетален регион, с подкожни надкостни и епидурални интракраниални компоненти, съответстващи на метастази. Цитологичното изследване на ликвор получен чрез лумбална пункция, е отрицателно. На 19.11.2015 г е направена краниектомия, последвана от лъчетерапия (21.12.2015 – 12.01.2016 г), съпътстваща химиотерапия Irinotecan-Vincristine (3 курса) и Adriamycin-Carboplatin (3 курса). Тъй като контролните ЯМР и ПЕТ изследвания извършени през Май 2016 г показват данни за ремисия на заболяването, пациентът е изписан.

През месец август 2016 г, пациентът отново се връща в болницата с нов тумор в белега от краниектомията. Направени са нови ЯМР и ПЕТ/КТ изследвания, но поради неспецифичните находки, беше препоръчано да се направи нов ЯМР през следващия месец. Новото образно изследване, направено през октомври 2016 г показва данни за рецидив на заболяването. На 5-ти ноември детето получава епилептичен припадък състоящ се от 5-до-10-секунден епизод на дезориентация и пост-критична десностранна хемипареза. Започнато е лечение с Phenytoin

при доза 2 мл/ 12 ч, но поради ниските кръвни нива на лекарството, установени при контролния преглед направен един месец по-късно, към схемата на лечение на 9-ти декември е прибавен Levetiracetam и впоследствие титриран до сегашната доза от 4.5 ml/12 h.

След това, на 08 Ноември, пациентът отново е опериран в Израел. Предвид данните за интрапаренхимна дисеминация на тумора в мозъка, е предложено лечение с Keytruda (pembrolizumab), като последен вариант за лечение; родителите, обаче се обръщат към редица експерти в САЩ, които препоръчват да се започне лечение с Opdivo (nivolumab). Първата доза от това лечение е направена в България на 02 Декември. Накрая, родителите молят пациентът да бъде прехвърлен в нашата клиника.

Пациентът е приет в нашата клиника на 15.12.2016 г. След извършения преглед е започнато лечение с венозна химиотерапия с Carboplatin-Irinotecan, от която е получил общо 3 курса, след което антиангиогенично лечение с Bevacizumab и два курса на Temodal (temozolomide) перорално за 20 дни/ месец. Стадиращо ПЕТ изследване направено на 06.02.2017 г не показва данни за метаболитно активно заболяване. Въпреки това, последвало контролно ЯМР изследване от 15.02.2017 г потвърждава наличието на екстракраниален експанзивен компонент перпендикулярен на аксиалната равнина, с максимален диаметър 26 x 26 мм, както и на интракраниален компонент със същото поведение, също перпендикулярен на аксиалната равнина, с максимален диаметър 41x21 мм, и двата предполагащи рецидив на лекувания тумор. В допълнение, пациентът е прегледан от д-р Гуриди (неврохирург), който препоръчва отлагане на операцията поради факта, че зоната вече е била облъчвана преди. В следствие са приложени още 3 курса интравенозна химиотерапия, антиангиогеничен Bevacizumab и периодичен перорален Temodal, с добра толерантност. Ново контролно ПЕТ изследване е направено на 05.05.2017 г, което потвърждава, че заболяването е в ремисия (няма данни за метаболитно активно туморно заболяване).

През Май 2017 г, пациентът развива инфекция свързана с титаниевата мрежа разположена вляво париеално, която след оценка от Отделението по инфекциозни заболявания е лекувана антибиотик Septrim Forte 400/800 mg (1 т/12 ч). След общо събрание между Отделенията по педиатрична онкология, Инфекциозни заболявания, Дерматология и Пластична хирургия, е решено да се използва ламбо от широкия гръбен мускул, за да се затвори отворилата се рана на скалпа. На 29.05.2017 г, детето е оперирано от специалистите от Отделението по пластична хирургия. Впоследствие ламбото еволюира добре.

ФИЗИЧЕСКИ ПРЕГЛЕД

Добро общо клинично състояние. Без менингеални симптоми. Нормална оцветка на кожата и лигавицата, без екзантема и петехия. Добре хидратиран. Нормално време на изпълване на капилярите. Отоскопия – негативна. Орофаринкс – нормален. Шия: без аденопатии. Торакс: нормален. Сърдечна аускултация: ритмична дейност, без шумове. Белодробна аускултация: запазен везикуларен шум, без данни за респираторен дистрес. Корем: мек, депресивен, без палпаторна болка. Без образowania и мегалии. Доловими чревни шумове. Крайници: без отоци. Доловим и симетричн феморален/ брахиален пулс. Повишено меко-тъканно уплътнение в лявата периорбитална област. Изохорни зеници с нормална реакция. Нормално движение на външните очни мускули. Нормални черепно-мозъчни нерви. Липсва нистагъм. Шия: липсва ригидност при мобилизация. Симетрични рефлексии на горни и долни крайници. Без клаудикация при тест на Мигадини и Баре. Запазена сила. Без асиметрии. Възможна походка на пета и пръсти. Отрицателен Ромберг тест. Стабилна тандемна походка. Без менингеални симптоми.

ДОПЪЛНИТЕЛНИ ИЗСЛЕДВАНИЯ

Параклиника 23.07.2017 г

Плазмен С-реактивен протеин: 0.22 mg/dL; **Плазмен прокалцитонин:** 0.04 ng/mL.

Плазмена йонограма:

Плазмен натрий: 140 mEq/L; Плазмен калий: 4.0 mEq/L; Плазмен хлор: 100 mEq/L.

Плазмен въглероден диоксид:

Плазмен въглероден диоксид: 21 mEq/L; Анионна разлика: 19.2 mEq/L.

Плазмена урея: 20 mg/dL.

Плазмен креатинин: Креатинин: 0.5 mg/dL; Шварц индекс: 138 mL/min/1.73 mE2; CKD-EPI креатинин: >90 mL/min/1.73 mE2.

Пълна кръвна картина: Erythrocytes: 4.9 10E12/L; Hb: 14.1 g/dL; Ht: 41.8 %; MCV: 85.3 fL; MCH: 28.8 pg; MCHC: 33.7 g/dL; RDW: 12.6 %; PLT: 320 10E9/L; MPV: 9.0 fL; PDW: 9.4 %; PCT: 0.3 %; Leukocytes: 5.2 10E9/L; Neutrophils: 68.8 %; Neutrophils: 3.6 10E9/L; Lymphocytes: 21.8 %; Lymphocytes: 1.14 10E9/L; Monocytes: 8.4 %; Monocytes: 0.44 10E9/L; Eosinophils: 0.6 %; Eosinophils: 0.03 10E9/L; Basophils: 0.4 %; Basophils: 0.02 10E9/L.

РАДИОЛОГИЯ

КАТ скен на мозък (23.07.2017 г)

Анамнеза на алвеоларен рабдомиосарком в долна челюст вляво. Метастази по черепния свод;
След лечение;

ИЗВЪРШЕНО ИЗСЛЕДВАНЕ И ЛАТЕРАЛНОСТ

Обикновено КТ изследване на мозък

НАХОДКИ:

Образите от изследването показват обширно изменение на бялото мозъчно вещество, изразяващо се в хиподенсност, обхващащо главно фронталния и левия париеален лоб, без кортикално заличаване, но с малък мас ефект и отклонение на срединната линия.

Без данни за остро кървене или исхемия, тъй като бялото и сивото вещество са ясно диференцирани.

Не се установяват интракраниални лезии или данни за хидроцефалия.

Всички тези находки предполагат наличието на вазогенен оток, който може да има различни етиологии. Съдейки по сегашното клинично състояние на пациента, той може да бъде свързан с мозъчни метастази (въпреки, че в зоните на хиподенсност не се наблюдават нодули), или с възпалителна или инфекциозна патология (демиелинизиращо заболяване, прогресивна мултифокална левкоенцефалопатия?), което трябва да се потвърди с ЯМР изследване.

Известен малък хигром вляво.

Пластична реконструкция на черепа след краниектомия.

ЯМР НА МОЗЪК (24.07.2017 Г)

Клинични индикации или подозрения: Анамнеза на метастазен алвеоларен рабдомиосарком.

Изследване

Мозъчен ЯМР извършен по специален протокол за вътречерепни тумори след въвеждане на парамагнитен контраст.

Диагноза

Интракраниално екстра-аксиално и ипсилатерално метастазно ангажиране на орбита вляво.

КОМЕНТАР

След въвеждане на парамагнитен контраст, в лявото мозъчно полукълбо се визуализираха поне 5 екстра-аксиални лезии с патологично поглъщане на контраста, отговарящи на интракраниално ангажиране от метастази. Най-големите са разположени в левия фронтопариетален (около 31 x 25 mm) и ипсилатерален регион (21 x 22 mm). Всички те са обградени от умерен вазогенен оток и лек мас ефект, въпреки, че не се наблюдават значителни хернии или изместване на срединната линия.

Също така, в лявата орбита се забелязва метастазна формация с размер около 23 x 21 mm, обхващаща странични прав мускул и простираща се към подкожната клетъчна тъкан. Очната ябълка и зрителният нерв са нормални, без данни за туморна инфилтрация.

Не се наблюдават зони на дифузна рестрикция, които да предполагат остър исхемичен процес.

Малкомозъчните тонзили са с нормално положение.

Нормална загуба на сигнала във Вилизиевия кръг.

Сигнална хиперинтензивност и ангажиране на левите мастоидни клетки, вероятно в следствие на получената лъчетерапия или мастоидит.

АНАТОМИЧНИ ПРОМЕНИ ВСЛЕДСТВИЕ НА ПЛАСТИЧНАТА РЕКОНСТРУКЦИЯ НА ЧЕРЕПА СЛЕД КРАНИЕКТОМИЯТА

Развитие на клиничната картина:

При постъпване в отделението, пациентът е малко дезориентиран и объркан, подобрявайки се значително след прием на Dexamethasone, Acetazolamide и интравенозна хидратация. ЯРМ изследването направено на сутринта след постъпването, показва данни за прогресия на заболяването, поради което е решено прилагане на нов курс химиотерапия (7-ми курс приложен в нашата клиника). От стартирането на този последен курс, пациентът се чувства по-добре, изпитва само умерено главоболие и болка в очите, които преминават напълно след интравенозно прилагане на Парацетамол (acetaminophen). Задоволителен еметичен контрол с Ondansetron. Ежедневно се прилага и Pantoprazol, като стомашен протектор. Афебрилен. Стабилна хемодинамика.

ХИМИОТЕРАПИЯ ПРИЛОЖЕНА ПО ВРЕМЕ НА БОЛНИЧНИЯ ПРЕСТОЙ

Предварителна интравенозна хидратираща терапия.

Антиеметична терапия с Ondansetron.

24, 25 и 26.07.2017 г

- и.в. CARBOPLATIN (185.19 mg/m²): 150 mg/ден.
- и.в. IRINOTECAN (24.69 mg/m²): 20 mg/ден, след поставяне на 0.5 mg ATROPIN подкожно;

26.07.2017 г

- и.в. BEVACIZUMAB (246.91 mg/m²); обща доза: 200 mg.

27.07.2017 г

- NEULASTA (pegfilgrastim): 6 mg, подкожно

Диагноза

Вътречерепна хипертензия, вследствие на наличие на вътречерепни метастази (екстра-аксиални).

Метастазен алвеоларен рабдомиосарком, ангажиращ долночелюстния клон.

Причина за изписване

Край на лечението

Състояние на пациента при изписването

Добро общо клинично състояние. Хемодинамично стабилен. Афебрилен.

Предписано лечение

SEPTRIN FORTE (sulfamethoxazole, trimethoprim) 20 400/80-mg таб.: 1 таблетка на закуска и вечеря до следващия преглед. Перорално.

FORTECORTIN (Dexamethasone натриев фосфат) 30 4-mg tablets: 1 таблетка в 08:00 ч сутринта и една в 08:00 вечерта. До следващия преглед. Перорално

RIFALDIN (rifampicin) 100 mg/5: 10 мл на закуска и вечеря до следващия преглед. Перорално.

PANTOPRAZOLE 20 mg/ml 200-ml разтвор: 10 ml сутрин (на гладно) докато приема останалите предписани медикаменти. Перорално.

KEPPRA (levetiracetam) 100 mg/ml: 4.5 ml сутрин и вечер. Перорално.

КОМЕНТАРИ

Пациентът следва да се върне в Отделението по детска онкология на 31.07.2017 г, с резултатите от последните кръвни изследвания.

Моля, запазете час по телефона (948 25 54 00).

Благодарим за доверието, което оказахте на нашата Клиника и оставаме изцяло на Ваше разположение.

Д-р Л. Сиерасесумага
Консултант педиатър

Д-р М. Гутиерез
Лекар специалист

Подписаният Димитър Каменов Каменов удостоверявам верността на извършения от мен превод от английски език на български език на приложения документ. Преводът се състои от 8 стр.
Преводач: *Димитър Каменов Каменов*

