

АУТОИМУННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ

Авторы: Фасфоус Язан Фаез (Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУВО "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского", г. Симферополь)
Савчук Елена Александровна (. Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУВО "Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского)

Введение

Аутоиммунный энцефалит (АЭ) вызывается антинейрональными иммунными механизмами [1]. Неврологические осложнения АЭ развиваются вследствие выработки аутоантител к опухолям и к клеткам головного мозга, при этом, аутоантитела поражают здоровые клетки мозга, и клиника АЭ предшествует клиническим проявлениям первичной опухоли [1]. Наиболее частыми причинами развития АЭ являются тератомы, опухоли яичек. Клиническая картина АЭ неоднородна, и во многих случаях, дебютирует с психиатрических симптомов, что затрудняет своевременную диагностику, и лечение [2]. Тактика ведения пациентов определяется параклиническими критериями (выявлением антинейрональных антител), однако, в некоторых случаях, не обнаруживаются аутоантитела в сыворотке или ликворе, что ограничивает возможности лечения [3]. В данном исследовании сообщается о случае, который в отсутствие антител к NMDA-рецепторам у больной с тератомой яичника имел благоприятный исход.

Цель и задачи исследования: описать особенности клиники, течения, диагностики, изучить неврологические проявления АЭ на конкретном клиническом примере.

Материалы и методы:

Для проведения анализа использовался метод клинического осмотра пациента, динамическое наблюдение, лабораторная, инструментальная диагностика.

Результаты исследования

Пациентка 37-лет была доставлена СМП и госпитализирована в Региональный сосудистый центр (РСЦ) в связи с развитием впервые в жизни приступа с нарушением сознания, тонико-клонических судорог, нарушением речи.

Анамнез заболевания:

Считает себя больной с 30 мая 2022 года, когда находясь на работе почувствовала тревогу, после чего потеряла сознание, со слов окружающих «были судороги в течение 15 минут В последующем развились речевые нарушения – выраженные моторные, легко выраженные – сенсорные

У пациентки не было соматических заболеваний, представляющих интерес.

Наследственность отягощена - бабушка пациентки страдала рассеянным склерозом

Объективный статус при поступлении: артериальное давление (АД) 125/80, пульс 75 уд/мин, температура тела-37,2°. Патологии со стороны внутренних органов не было выявлено.

Неврологический статус: в сознании, дезориентированна в месте, времени, собственной личности. Менингеальные знаки отрицательные. Черепно-мозговые нервы без патологии. Были выявлены различные виды афазий: выраженная моторная, легко выраженная сенсорная и амнестическая афазия, элементы зрительной агнозии. Выполняла простые команды. Объем движений, тонус, сухожильные рефлексы D = S. Нарушений чувствительности не было. Определялись нарушения координации, неустойчивость в позе Ромберга, Когнитивное снижение по MMSE 26 баллов. Во время пребывания в стационаре у больной периодически отмечались зрительные галлюцинации. Был выставлен предварительный диагноз-Герпетический энцефалит? Больная была переведена в неврологическое отделение 7 клинической городской больницы г. Симферополя. Назначен ацикловир в дозе 10мг/кг 3 раза в день, вальпроевая кислота.

Результаты обследований: компьютерная томография головного мозга (КТ ГМ) – хроническое ишемическое изменение веществ головного мозга, атрофия мозговых структур, расширение ликворных пространств.

В общеклинических анализах патологии не было выявлено. Антинейрональные антитела, антитела к NMDA-рецепторам в крови отсутствуют. Ликвор 8 лимфоцитов, в остальном без патологии. Данные ПЦР ликвора: ДНК *Mycobacterium tuberculosis complex*, ДНК вируса гепатита I и II типов, ДНК вируса герпеса 6 типа, ДНК вируса Эпштейн-Барр, ДНК вируса цитомегаловируса не определялись и инфекционная этиология была исключена, ацикловир отменен. Электроэнцефалография патологии не выявила.

Учитывая нетипичность клинической картины для инсульта, преобладание психических нарушений, когнитивного снижения, фокальных эпилептических (периодические зрительные галлюцинации), отсутствие морфологических изменений при КТ ГМ, в ликворе свидетельствовали о возможном паранеопластическом генезе энцефалита. Проведенный онкопоиск (КТ органов грудной, тазовых полостей) выявил кисту левого яичника (тератому). Консультация гинеколога тератома левого яичника, рекомендовано оперативное лечение. Выставлен диагноз - аутоиммунный энцефалит. Тератома левого яичника. Проведенная пульс терапия метилпреднизолоном (1000мг в/в капельно) дала положительный результат, состояние больной улучшилось: речь восстановилась, сохранялись не критичность, умеренные когнитивные нарушения (не могла назвать правильную дату рождения), выраженная тревога. После выписки из стационара также отмечались приступы замирания (абсансы), купировавшиеся самостоятельно.

Консультация психиатра- данных за острую патологию не выявлено, рекомендовано продолжить прием вальпроевой кислоты, седативных препаратов.

При наблюдении за пациенткой в динамике были выявлены эпизоды фокальных сенсорных приступов с началом развития онемения в лице, левой руке и последующим распространением на левую ногу. Длительность приступов менее 1 минуты. При повторном КТ ГМ: патологии не было выявлено.

Таким образом у больной после перенесенного АЭ развилась симптоматическая эпилепсия. Были увеличены дозы вальпроевой кислоты. Рекомендовано удаление тератомы яичника.

Выводы

Таким образом, можно отметить, что представленный клинический случай демонстрирует, что при соблюдении классических диагностических критериев пациентке не удалось бы поставить диагноз и получить адекватное лечение, поскольку антитела, вызывающие это состояние, не были идентифицированы. В настоящее время расширяется спектр антител, способных вызвать данное заболевание. Развитие типичной клинической картины в виде появления синдрома спутанности сознания, подострого развития дефицита рабочей памяти, судорог, преобладание различных психопатологических синдромов с часто нетипичными проявлениями при исключении вирусной этиологии поражения мозга требует обязательного проведения исследования антинейрональных антител, NMDA - рецепторам и тщательного онкоскрининга. Наиболее эффективным методом лечения является своевременное удаление первичной опухоли, показано также использование пульс -терапии метил-преднизолоном.

Список литературы

1.Hébert J, Muccilli A, Wennberg RA, Tang-Wai DF. Autoimmune Encephalitis and Autoantibodies: A Review of Clinical Implications. J Appl Lab Med. 2022 Jan 05;7 (1): 81-98. [PubMed]

2.Kanniah G, Kumar R, Subramaniam G. Anti-NMDA Receptor Encephalitis: A Challenge in Psychiatric Settings. J Psychiatr Pract. 2022 Jan 06; 28(1):78-83.[]

3.Solomon T, Michael BD, Smith PE, Sanderson F, Davies NW, Hart IJ, Holland M, Easton A, Buckley C, Kneen R, Beeching NJ., National Encephalitis Guidelines Development and Stakeholder Groups. Management of suspected viral encephalitis in adults--Association of British Neurologists and British Infection Association National Guidelines. J Infect. 2012 Apr; 64 (4):347-73.[]

4.Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, Armangué T, Glaser C, Iizuka T, Honig LS, Benseler SM, Kawachi I, Martinez-Hernandez E, Aguilar E, Gresa-Arribas N, Ryan-Flanagan N, Torrents A, Saiz A, Rosenfeld MR, Balice-Gordon R, Graus F, Dalmau J. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis:

an observational cohort study. *Lancet Neurol.* 2013 Feb; 12(2):157-65. [PMC free article] [PubMed]

5. Armangue T, Spatola M, Vlagea A, Mattozzi S, Cárceles-Cordon M, Martinez-Heras E, Llufríu S, Muchart J, Erro ME, Abaira L, Moris G, Monros-Giménez L, Corral-Corral Í, Montejo C, Toledo M, Bataller L, Secondi G, Ariño H, Martínez-Hernández E, Juan M, Marcos MA, Alsina L, Saiz A, Rosenfeld MR, Graus F, Dalmau J., Spanish Herpes Simplex Encephalitis Study Group. Frequency, symptoms, risk factors, and outcomes of autoimmune encephalitis after herpes simplex encephalitis: a prospective observational study and retrospective analysis. *Lancet Neurol.* 2018 Sep; 17(9):760-772. [PMC free article] [PubMed]

6. Cabezudo-García P, Mena-Vázquez N, Estivill Torrús G, Serrano-Castro P. Response to immunotherapy in anti-IgLON5 disease: A systematic review. *Acta Neurol Scand.* 2020 Apr;141(4):263-270. [PubMed]