

Aizkuņģa dziedzera duktālas adenokarcinomas diferenciācijas pakāpes un izmēra saistība ar sistēmiska iekaisuma izpausmēm asinsainā

*Dita Ulase¹, Miķelis Pūķis¹, Andrejs Vanags²,
Ilze Štrumfa¹*

Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

¹ Patoloģijas katedra

² Ķirurģijas katedra

Ievads. Aizkuņģa dziedzera duktālajai adenokarcinomai (ADDA) ir slikta prognoze – piecu gadu izdzīvotība pasaulē ir ap 6%. Neitrofilo leukocītu / limfocītu skaita attiecībai ir prognostiska nozīme pacientiem ar dažādiem ļaundabīgiem audzējiem, taču ADDA gadījumā dati par neitrofilo leukocītu / limfocītu skaita attiecību kā prognostisku faktoru nav viennozīmīgi, un ir ļoti maz pētījumu, kuros šis parametrs tiktu analizēts saistībā ar audzēju raksturojošiem morfoloģiskajiem datiem.

Darba mērķis, materiāls un metodes. Darba mērķis bija novērtēt saistību starp aizkuņģa dziedzera duktālas adenokarcinomas diferenciācijas pakāpi (G) un lokalizāciju, lielāko izmēru, audzēja tilpumu (AT), preoperatīvi noteikto leukocītu, neitrofilo leukocītu un limfocītu skaitu asinsainā, kā arī neitrofilo leukocītu / limfocītu skaita attiecību (NLR) asinsainā.

Retrospektīvā pētījumā tika iekļauti 39 secīgi, radikāli operēti (laikposmā no 2010. līdz 2013. gadam) pacientu ar ADDA gadījumi no vienas universitātes slimnīcas arhīva materiāliem. Izmantotot standartizētus morfoloģiskus protokolus, analizēta ADDA anatomiskā lokalizācija, izmērs, AT, G, preoperatīvais leukocītu (Leu), neitrofilo leukocītu (Neu), limfocītu skaits (Ly) un NLR. Veikta deskriptīva statistiska analīze, aprēķinot 95% ticamības intervālu (TI). Asociāciju novērtēšanai izmantots Spīrmena rangu korelācijas koeficients (r_s). Par būtisku uzskatīts $p < 0,05$.

Rezultāti. Pētījumā iekļautas piecas (12,8% [95% TI: 7,6–20,8]) augstu diferencētas, 24 (61,5% [51,7–70,4]) – vidēji diferencētas, 10 (25,6% [18,1–35,0]) – zemu diferencētas ADDA. Trīsdesmit četri (87,2% [79,3–92,4]) audzēji bija lokalizēti aizkuņģa dziedzera galviņā, pieci (12,8% [7,6–20,8]) – korpūsā un / vai astē. Vidējais audzēja izmērs bija 3,2 cm [2,8–3,6], kas svārstījās no 0,1 līdz 6,5 cm. Vidējais AT bija 14,1 cm³ [8,7–19,6], maksimālais AT – 67,6 cm³. Vidējais leukocītu skaits bija $7,9 \times 10^9/l$; neitrofilu skaits – $5,1 \times 10^9/l$; limfocītu skaits – $2,0 \times 10^9/l$; NLR vērtība – 3,2, kas svārstījās no 1,0 līdz 11,3.

G1 ADDA vidējais izmērs bija 3,8 cm; vidējais AT – 16,5 cm³; lokalizācija galviņā ($n = 3$) un astē ($n = 2$); Leu – $10,2 \times 10^9/l$; Neu – $7,9 \times 10^9/l$; Ly – $1,6 \times 10^9/l$; NLR – 5,2. G2 ADDA raksturojums: izmērs – 3,2 cm; tilpums 14,9 – cm³; lokalizācija galviņā ($n = 21$), korpūsā ($n = 2$) un astē ($n = 1$); Leu – $7,9 \times 10^9/l$; Neu – $4,9 \times 10^9/l$; Ly – $2,2 \times 10^9/l$; NLR – 2,8. G3 ADDA raksturojums: izmērs – 2,9 cm; tilpums – 11,0 cm³; lokalizētas galviņā ($n = 10$); Leu – $6,5 \times 10^9/l$; Neu – $4,2 \times 10^9/l$; Ly – $1,7 \times 10^9/l$; NLR – 3,0.

Tika konstatēta negatīva, vidēji cieša korelācija starp audzēja G un distālu lokalizāciju ($r_s = -0,412$; $p = 0,017$), izmēru ($r_s = -0,381$; $p = 0,029$) un leukocītu skaitu ($r_s = -0,378$; $p = 0,030$), kā arī tendence uz korelāciju starp audzēja G un AT ($r_s = -0,326$; $p = 0,064$) vai neitrofilu skaitu ($r_s = -0,267$; $p = 0,100$). Korelācija starp G un limfocītu skaitu vai NLR nebija statistiski nozīmīga (attiecīgi $p = 0,819$; $p = 0,369$).

Secinājumi.

1. Tika noteikta sakarība starp audzēja diferenciācijas pakāpi un lokalizāciju, kas bija statistiski ticama. Zemu diferencēti audzēji biežāk atradās aizkuņģa dziedzera galviņā, bet augstāk diferencētus audzējus konstatēja aizkuņģa dziedzera astē.
2. Sakarība starp operēta audzēja diferenciācijas pakāpi un izmēru bija statistiski būtiska. Augstāka diferenciācijas pakāpe korelēja ar lielāku audzēja izmēru operācijas brīdī.
3. Konstatēta statistiski ticama saistība starp audzēja diferenciācijas pakāpi un leukocītu skaitu. Zemu diferencētām aizkuņģa dziedzera duktālajām adenokarcinomām bija raksturīgs zemāks leukocītu, t. sk. neitrofilo leukocītu, skaits, kas var ietekmēt aprēķināto NLR. Jādomā par kompleksu saistību starp aizkuņģa dziedzera duktālo adenokarcinomu un NLR.