

Apzarņa limfmezglu skaits kolorektālās karcinomās ar dažādas intensitātes iekaisumu

*Inese Driķe¹, Andrejs Vanags², Ilze Štrumfa¹,
Jānis Gardovskis²*

Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

¹ *Patoloģijas katedra*

² *Ķirurģijas katedra*

Ievads. Lai patologa praksē nodrošinātu adekvātu kolorektālā vēža diagnostiku, operācijas materiālā ir jāizmeklē vismaz 12 limfmezglu. Mazāks atrasto limfmezglu skaits nozīmē sliktu prognozi. Limfmezglu izmeklējumu var ietekmēt gan diagnostiskas kļūdas, kas nav pieļaujamas, gan mūsdienās aizvien biežāk lietotā neoadjuvantā terapija, bet hipotētiski – arī iekaisuma reakcija audzējā.

Darba mērķis, materiāls un metodes. Darba mērķis bija noteikt atrasto reģionālo limfmezglu skaita atšķirību kolorektālā vēža operācijas materiālā atkarībā no iekaisuma intensitātes audzēja audos. Retrospektīvā pētījumā iekļauti 553 secīgi, potenciāli radikāli operēti pacienti ar primāru kolorektālu karcinomu. Analizēts atrasto reģionālo limfmezglu (LM) skaits un tā sadalījums trijās klasēs (LM1 – 1–12 LM; LM2 – 13–20 LM; LM3 – ≥ 21 LM) saistībā ar iekaisuma intensitāti, kas vērtēta atbilstoši *Klintrup-Makinen* skalai (0 – nav iekaisuma reakcijas; 1 – viegls; 2 – mērens; 3 – izteikts iekaisums), tālāk apvienojot datus divās pakāpēs: zemas (0–1) un augstas (2–3) intensitātes iekaisums.

Tika noteikts arī limfocītu, makrofāgu, neitrofilo un eozinofilo leikocītu daudzums audzējā, izmantojot *Klintrup-Makinen* četrpakāpju skalu (0 – iekaisuma šūnu nav; 1 – retas iekaisuma šūnas; 2 – labi izteikta iekaisuma šūnu klātbūtne; 3 – iekaisuma šūnu sablīvējumi), un semikvantitatīvo četrpakāpju vērtējumu analogi, apvienojot zema (0–1) *versus* augsta (2–3) infiltrācijas blīvuma līmeņos. Iekaisuma šūnu analīze veikta audzēja audu mikropreparātos hematoksilīna / eozīna krāsojumā. Pētījuma rezultātu apstrādei izmantotas aprakstošās un analītiskās (Pīrsona korelācijas tests, χ^2 , Manna-Vitnija tests) statistikas metodes.

Rezultāti. Atrasto limfmezglu skaits bija robežās no 0 līdz 56 ar mediānu 11, bet vidējo vērtību – 12,1 [95% ticamības intervāls 11,5–12,7]. Tikai 9 (1,6% [0,8–3,1]) pacienti bija saņēmuši dokumentētu neoadjuvantu terapiju. Atrasto LM skaita mediāna šajos gadījumos bija 7, bet vidējā vērtība – 7,9 [4,6–11,2]. Pētāmās grupas sadalījums LM skaita klasēs: LM1 ietvēra 48,1% [43,9–52,3]; LM2 – 41,0% [37,0–45,2] un LM3 – 10,9% [8,5–13,7] gadījumu kopskaita. Augsta iekaisuma intensitāte tika konstatēta 261 audzējā jeb 47,2% [43,1–51,4]. Šiem pacientiem atrasto limfmezglu skaita mediāna bija 12 un vidējā vērtība – 12,7 [11,7–13,6]. Vājas iekaisuma reakcijas gadījumā apzarņa limfmezglu skaita mediāna bija 10,5, bet vidējā vērtība – 11,7 [10,8–12,5]. Salīdzinot audzējus ar augstas *versus* zemas intensitātes iekaisumu, LM skaita sadalījums klasēs bija statistiski ticami atšķirīgs ($p = 0,04$).

Reģionālo limfmezglu skaits statistiski ticami neatšķīrās starp audzējiem ar dažādu limfocītu ($p = 0,6$), eozinofilo leikocītu ($p = 0,3$) un makrofāgu ($p = 0,09$) blīvumu, bet statistiski būtiska limfmezglu skaita atšķirība tika konstatēta, salīdzinot kolorektālas karcinomas ar augstu *versus* zemu neitrofilo leikocītu blīvumu ($p = 0,02$): attiecīgi 14,0 [11,8–16,2] un 11,9 [11,3–12,6].

Secinājumi.

1. Morfoloģiski izmeklējot kolorektālas karcinomas operāciju materiālu, atrasto apzarņa limfmezglu skaits ir statistiski ticami augstāks, ja audzējā ir intensīvs iekaisums ($p = 0,04$).
2. Neoadjuvantā terapija var ietekmēt patologa praksē atrasto limfmezglu skaitu.
3. Statistiski būtiska reģionālo limfmezglu skaita atšķirība konstatēta arī starp audzējiem ar dažādu neitrofilo leikocītu infiltrācijas blīvumu ($p = 0,02$).