

Iekaisuma šūnu spektrs kolorektālas karcinomas audos saistībā ar audzēja invāziju

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

Rīgas Stradiņa universitāte, Latvija

¹ *Patoloģijas katedra*

² *Ķirurģijas katedra*

Ievads. Hroniska iekaisuma reakcijai ir liela nozīme audzēju progresijā un to mikrovides veidošanā. Lielākajai daļai vēžu ir izteikts hroniska iekaisuma komponents, kā ietvaros iekaisuma šūnas izdala audzēja augšanu sekmējošus faktoros un daļēji arī veicina neoplastisko šūnu bojāeju. Tā kā iekaisuma un imūnsistēmas šūnām, īpaši makrofāgiem un limfocītiem, ir liela nozīme gan audzēja iniciācijā, gan progresijā, gan konvencionālas terapijas efektivitātē un slimības iznākuma noteikšanā, pasaulē arvien aktuālāka kļūst imūno reakciju un imūnterapijas izpēte.

Darba mērķis, materiāls un metodes. Darba mērķis bija noteikt peritumorozo iekaisuma šūnu spektra saistību ar kolorektālas karcinomas lokālo izplatību un invazīvas augšanas izpausmēm. Pētāmajā grupā retrospektīvi iekļauti secīgi pacienti ar morfoloģiski pierādītu un radikāli ķirurģiski ārstētu primāru kolorektālu karcinomu. Audzēja audu mikropreparātos izvērtēti peritumorozo iekaisuma šūnu, t. sk. limfocītu (LY), neitrofilo (NEU) un eozinofilo (EO) leikocītu, kā arī makrofāgu (MF) daudzums, izmantojot *Klintrup-Makinen* četrpakāpju skalu: 0 – iekaisuma šūnu nav; 1 – retas šūnas; 2 – labi izteikta iekaisuma šūnu klātbūtne; 3 – iekaisuma šūnu sablīvējumi. Iegūtais vērtējums apvienots zema (0–1) vs. augsta (2–3) iekaisuma šūnu skaita līmeņos.

Pētījumā analizēta kolorektāla vēža diagnoze saskaņā ar Pasaules Veselības organizācijas un *American Joint Committee on Cancer* pTNM klasifikāciju. Rezultātu apstrādei izmantotas aprakstošās un analītiskās (Pīrsona korelācijas tests, χ^2) statistikas metodes.

Rezultāti. Atbilstoši kritērijiem pētījumā ietverti 553 pacienti. Dominēja audzēji ar dziļu lokālo invāziju: 274 gadījumos jeb 49,5% (95% ticamības intervāls 45,4–53,7) konstatēti pT3, 197 gadījumos jeb 35,6% (31,7–39,7) – pT4. pT4 audzējos zemu peritumorozo LY skaitu novēroja 70,6% (63,8–76,5) gadījumumu, bet augstu – 29,4% (23,5–36,1) pacientu. pT3 grupā 54,7% (48,8–60,5) audzēju novērots zems, bet 45,3% (39,4–51,2) – augsts LY skaits.

Visā pētāmajā grupā invāzija limfvados konstatēta 63,6% (59,6–67,5), perineirāla – 50,1% (45,9–54,2), intraneirāla – 31,1% (27,4–35,1) karcinomu. Invāzija limfvados statistiski ticami ir saistīta ar zemu peritumorozu LY skaitu ($p < 0,01$); tā identificēta 68,4% (63,2–73,2) audzēju ar zemu un 56,8% (50,3–63,1) vēžu ar augstu LY skaitu. Zems peritumorozo LY skaits statistiski ticami biežāk konstatēts arī perineirāli ($p < 0,01$) un intraneirāli ($p < 0,05$) augošās karcinomās. Augsts LY skaits statistiski ticami ir saistāms ar zemu NEU daudzumu peritumorozaudos ($p < 0,01$). Zems NEU skaits identificēts 62,1% (57,7–66,2) audzēju ar zemu, bet 83,7% (78,3–87,9) – ar augstu LY blīvumu. Analizējot invazīvas augšanas izpausmes saistībā ar iekaisuma šūnu blīvumu četrpakāpju skalas ietvaros, perineirālas invāzijas biežums statistiski ticami ($p = 0,03$) atšķīrās grupās ar vs. bez EO klātbūtnes audos. Peritumoroza MF reakcija nebija statistiski ticami saistīta ar audzēja invāziju limfvados ($p = 0,8$), perineirāli ($p = 0,6$) un intraneirāli ($p = 0,9$).

Secinājumi.

1. Zems limfocītu skaits peritumorozos audos biežāk konstatēts kolorektālās karcinomās ar plašu lokālu izplatību un izteiktām invazīvas augšanas izpausmēm.
2. Perineirālas invāzijas biežums statistiski ticami atšķīrās audzējos ar vs. bez eozinofilo leikocītu infiltrācijas.
3. Makrofāgu klātbūtne peritumorozos audos nav saistīta ar audzēja lokālo izplatību.