

Н.Ф. Щуров

Запорожский государственный
 медицинский университет,
 Запорожье, Украина

Ключевые слова: рак молочной
 железы, строма опухоли,
 паренхима опухоли, Ki-67,
 выживаемость.

СООТНОШЕНИЕ СТРОМА/ ПАРЕНХИМА В ТКАНИ ОПУХОЛИ И ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ГИПЕРЭКСПРЕССИЕЙ Ki-67

Цель: изучить особенности течения рака молочной железы (РМЖ) с гиперэкспрессией Ki-67 в зависимости от площади, занимаемой стромой опухоли. **Объект и методы:** в исследование включены 220 больных РМЖ (T1N0M0 — 19, T2N0M0, T1N1M0 — 90, T2N1M0, T3N0M0 — 98, T4N0M0 — 13). Во всех наблюдениях диагностирован протоковый инфильтрирующий РМЖ (G3) с экспрессией Ki-67 более чем в 50% опухолевых клеток. Соотношение площадей, занимаемых стромой и паренхимой, определяли с помощью программы «ВидеоТест-Мастер Морфология». Статистическая обработка данных проведена с использованием программы Microsoft Office Excel 2007, Statistics 6.0 SPSS. **Результаты:** установлена зависимость общей и безрецидивной выживаемости пациенток одной возрастной группы и с одной стадией заболевания от соотношения стромы/паренхимы. Отмечено, что у больных, в опухоли которых строма занимала более 50% площади, общая и безрецидивная выживаемость была выше, особенно при наличии метастазов РМЖ в лимфатических узлах. Выживаемость больных прямо коррелировала с площадью стромы ($r = 0,76$). **Вывод:** соотношение стромы/паренхимы при РМЖ с гиперэкспрессией Ki-67 может иметь предикторную значимость.

Рак молочной железы (РМЖ) лидирует в структуре онкологической заболеваемости и ежегодно становится причиной смерти тысяч женщин в Украине [4, 9]. Хотя достигнуты серьезные успехи в диагностике и лечении данного заболевания, существует ряд важных аспектов, касающихся особенностей его клинического течения, которые требуют дальнейшего изучения.

Проблема индивидуального прогнозирования течения онкологических заболеваний представляет относительно новое направление и изучена недостаточно. Особо сложными являются вопросы, касающиеся выбора адекватного лечения и прогнозирования исхода заболевания при прогностически неблагоприятных факторах течения РМЖ. Молекулярные подтипы РМЖ могут быть определены с помощью генетического тестирования или иммуногистохимического метода [3]; их определение позволяет прогнозировать течение патологического процесса и эффективность лечения больных [10]. Доказано, в частности, прогностическое значение при РМЖ пролиферативной активности клеток опухоли (экспрессии белка Ki-67) [1, 5, 7, 8], которую в соответствии с рекомендациями Fitzgibbons и соавторов (2010) оценивают по градациям: $\geq 14\%$, $\geq 30\%$ и $> 50\%$ опухолевых клеток; экспрессию Ki-67 $> 50\%$ рассматривают как крайне неблагоприятный фактор [3].

В настоящее время общепризнана важная роль микроокружения опухоли, которое включает меж-

клеточный матрикс, кровеносные сосуды, клетки воспалительного инфильтрата и фибробласты; предпринимаются значительные усилия для изучения состояния стромы РМЖ и оценки его значения в прогрессировании опухолевого процесса, особенно при наличии неблагоприятных прогностических факторов [1, 10]. Однако на сегодня нет единой позиции в отношении прогностического значения характеристик стромы опухоли, их значимости в выборе тактики терапии. Иными словами, актуально дальнейшее изучение роли стромы опухоли в индивидуализации лечения больных РМЖ [2, 6].

Цель исследования — изучить особенности течения РМЖ с гиперэкспрессией Ki-67 ($> 50\%$ опухолевых клеток) в зависимости от площади, занимаемой стромой опухоли.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследование включены 220 пациенток с РМЖ T1–4N0–1M0, получивших комбинированное или комплексное лечение в Запорожском областном клиническом онкологическом диспансере в 2007–2013 гг. по показаниям, согласно существующим стандартам лечения, утвержденным Приказом МЗ Украины «Об утверждении протоколов оказания медицинской помощи по специальности «онкология» от 17.09.2007 г. № 554. Все пациентки дали информированное согласие на включение в исследование и использование операционного материала.

ла в исследовательских целях. Средний возраст пациенток — 45,9 ± 0,9 года (от 28 до 58 лет); из них: до 35 лет — 15 (6,8%), 36–50 лет — 128 (58,2%), 51–58 лет — 77 (35,0%). При группировке по клиническим стадиям (I–III) выявлено: I стадии (T1N0M0) соответствовало 19 (8,6%) наблюдений, IIА (T2N0M0, T1N1M0) — 90 (40,9%), IIВ (T2N1M0, T3N0M0) — 98 (44,5%), III (T4N0M0) — 13 (5,9%). У всех пациенток, согласно данным гистологического исследования, установлен диагноз — протоковый инфильтрирующий РМЖ низкой степени дифференцировки (G3). Иммуногистохимическое определение экспрессии Ki-67 проводили по стандартной методике, используя первичные МкАТ к этому антигену (клон М1В-1, «DakoCytomation», Дания) в разведении 1:400. Рассчитывали процентное отношение количества Ki-67-позитивных клеток в 4–9 случайных полях зрения (×400) к общему числу опухолевых клеток в них. У всех пациенток экспрессия Ki-67 выявлена в более 50% клеток.

Соотношение строма/паренхима (ССП) определяли с помощью программы «ВидеоТест-Мастер Морфология». Количественный анализ полученных цифровых микрофотографий проводили в программе «ВидеоТест-Морфология» (версия 5.0), используя методику «Подсчет и измерение» в режиме обработки черно-белого изображения (режим «Gray»). Все абсолютные показатели были измерены в пикселях.

Статистическая обработка полученных данных выполнена с использованием коэффициента корреляции по Пирсону (r), метода Каплана — Мейера и критерия χ^2 для множественных межгрупповых сравнений; программы Microsoft Office Excel 2007, Statistica 6.0, SPSS.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В соответствии с показателями ССП всех больных разделили на 3 группы. В первой группе (68/30,9%) строма опухоли составляла < 30%, во второй (82/37,3%) — 31–50%, в третьей (70/31,8%) — > 50% площади опухоли. Иными словами, в соответствии с выделенными градациями ССП включенные в ис-

следование пациентки распределились почти поровну ($p > 0,1$ для всех вариантов сравнения групп).

Данные о распределении по уровню ССП пациенток в зависимости от возраста приведены в табл. 1. Как видно, показатели ССП были наиболее высокими у больных в возрасте старше 50 лет. Выраженная строма в опухоли (ССП > 50%) выявлена соответственно у 20,0 и 19,5% пациенток в возрасте ≤ 35 лет и 36–50 лет, в то время как в группе больных старше 50 лет — у 54,5% ($p < 0,05$ по сравнению с группами пациенток младшего возраста).

Распределение больных с разным уровнем ССП в зависимости от стадии заболевания представлено в табл. 2. Как свидетельствуют данные табл. 2, не выявлено однозначной связи ССП с клинической стадией РМЖ. Для дополнительного анализа больных разделили согласно критериям TNM (по размеру опухоли — T1–4, по наличию метастазов в регионарных лимфоузлах — N0–1). Однако и при таком разделении не зарегистрировано достоверной зависимости распределения по уровню ССП от стадии процесса.

Таблица 1

Вариабельность частоты разных уровней ССП в зависимости от возраста пациенток

ССП, %	Количество наблюдений в возрастных группах, n (%)			
	≤ 35 лет	36–50 лет	> 50 лет	Всего
< 30	7 (46,7 ¹ /3,2 ²)	49 (38,3/22,3)	12 (15,6/5,4)	68 (30,9 ²)
31–50	5 (33,3/2,3)	54 (42,2/24,4)	23 (29,9/10,5)	82 (37,3)
> 50	3 (20,0/1,4)	25 (19,5/11,4)	42 (54,5/19,1)	70 (31,8)
Всего	15 (100,0/6,8)	128 (100,0/58,2)	77 (100,0/35,0)	220 (100,0)

¹Процент от количества пациенток в данной возрастной группе.

²Процент от общего количества пациенток.

Изучена связь ССП с общей и безрецидивной выживаемостью (ОВ, БРВ) пациенток в зависимости от их возраста (рис. 1) и стадией заболевания (рис. 2). Оказалось, что 5-летняя ОВ и БРВ были наиболее высокими в группе пациенток в возрасте 36–50 лет при ССП > 50% (соответственно 59,8 ± 5,4 и 52,3 ± 2,3%; $p < 0,005$) по сравнению с пациентками в возрасте до 35 лет и старше 50 лет независимо от ССП, а также сравнительно с больными в возрасте 36–50 лет при ССП < 30%. В возрастной группе старше 50 лет ОВ и БРВ пациенток с ССП > 50% также была достоверно выше ($p < 0,05$), чем

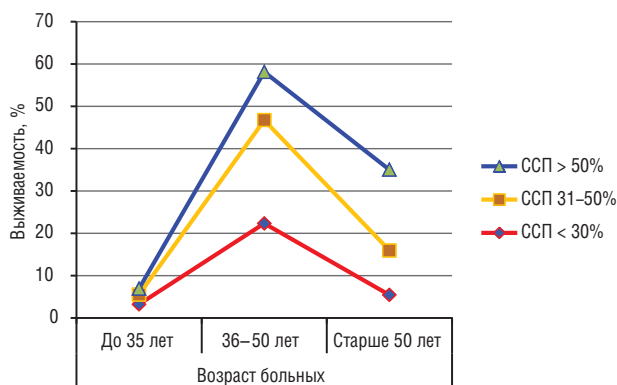
Таблица 2

Вариабельность частоты разных уровней ССП в зависимости от стадии заболевания

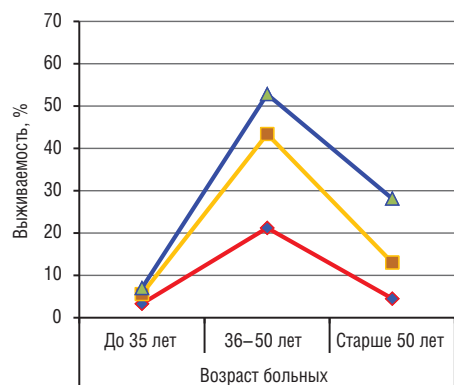
ССП, %	Количество наблюдений по стадиям заболевания, n (%)				
	Клинические стадии				
	I	IIА	IIВ	III	Всего
< 30	5 (26,4 ¹ /2,3 ²)	24 (26,7/35,3)	37 (37,8/54,4)	2 (15,4/2,9)	68 (30,9) ²
31–50	7 (36,8/3,2)	26 (28,9/31,7)	46 (46,9/56,1)	3 (23,1/3,7)	82 (37,3)
> 50	7 (36,8/3,2)	40 (44,4/51,7)	15 (15,3/21,4)	8 (51,5/11,4)	70 (31,8)
Всего	19 (100,0/8,6)	90 (100,0/40,9)	98 (100,0/44,6)	13 (100,0/5,9)	220 (100,0)
Стадия заболевания по TNM					
	T1N0M0	T2N0M0	T3–4N0M0	T1–2N1M0	Всего
< 30	5 (26,4/2,3)	29 (35,4/13,2)	5 (25,0/2,3)	29 (29,3/13,2)	68 (30,9)
31–50	7 (36,8/3,2)	23 (28,0/10,4)	8 (40,0/3,6)	44 (44,4/20,0)	82 (37,3)
> 50	7 (36,8/3,2)	30 (36,6/13,6)	7 (35,0/3,2)	26 (26,3/11,8)	70 (31,8)
Всего	19 (100,0/8,6)	82 (100,0/37,3)	20 (100,0/9,1)	99 (100,0/45,0)	220 (100,0)

¹Процент от количества пациенток в группе по стадии заболевания.

²Процент от общего количества пациенток.

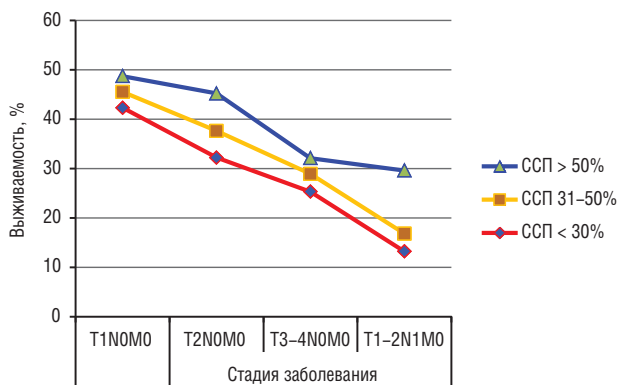


а

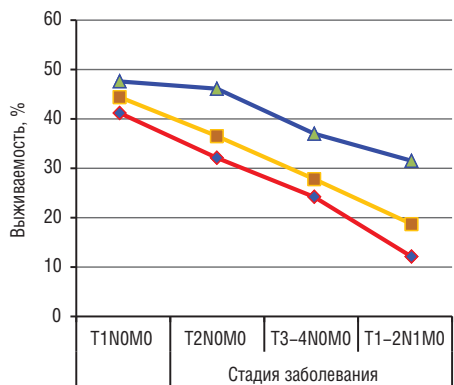


б

Рис. 1. 5-летняя ОВ (а) и БРВ (б) в зависимости от возраста больных и ССП

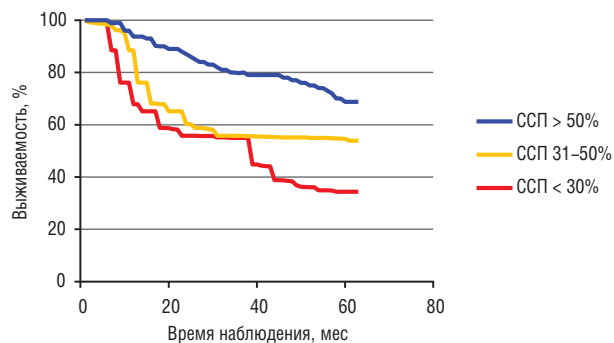


а

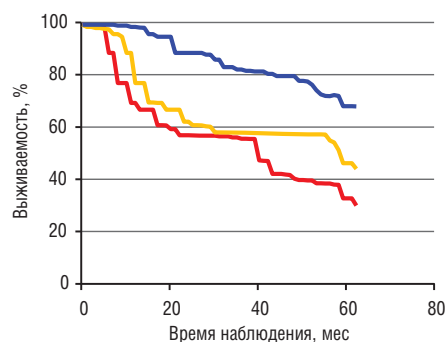


б

Рис. 2. 5-летняя ОВ (а) и БРВ (б) в зависимости от TNM стадии заболевания и ССП



а



б

Рис. 3. ОВ (а) и БРВ (б) больных с гиперэкспрессией Ki-67 в зависимости от ССП (оценка по методу Каплана — Мейера, χ^2 критерий, $p = 0,005$)

у больных этой группы с ССП < 30%. Это указывает на то, что развитая строма опухоли ассоциируется с лучшим прогнозом течения РМЖ у пациенток широкого возрастного диапазона (старше 35 лет), в том числе при сохраненной менструальной функции (36–50 лет).

Пятилетняя ОВ и БРВ пациенток с ССП > 50% была выше, чем при менее выраженной строме опухоли, независимо от стадии процесса (см. рис. 2). Различие ОВ и БРВ в зависимости от уровня ССП было достоверным в группе больных с метастазами в лимфатических узлах (T1–2N1M0). При ССП > 50% ОВ составила $29,8 \pm 4,3\%$, БРВ — $27,5 \pm 3,4\%$, а при ССП < 30% — $14,7 \pm 3,7$ и $11,5 \pm 4,2\%$ ($p < 0,05$) соответственно.

Связь ОВ и БРВ больных РМЖ с ССП в опухоли подтверждена анализом выживаемости по методу Каплана — Мейера (рис. 3), а также корреляционным анализом этих показателей (рис. 4).

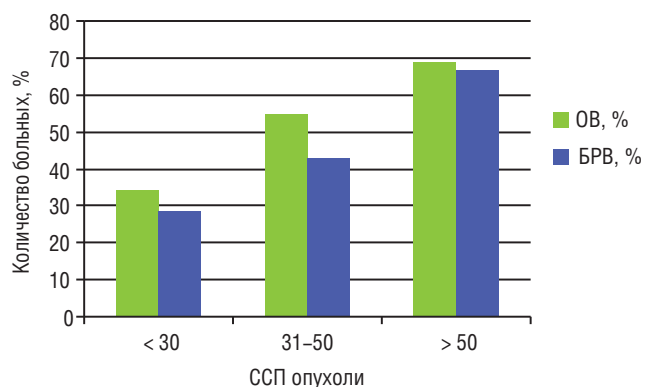


Рис. 4. 5-летняя ОВ и БРВ включенных в исследование пациенток в зависимости от ССП; $r = 0,76$

Пятилетняя ОВ и БРВ больных РМЖ находилась в прямой корреляционной зависимости от площади стромы ($r = 0,76$). При ССП $< 50\%$ в течение 40 мес от начала лечения отмечали прогрессирование заболевания у более чем половины пациенток; 5-летняя БРВ составила 26,8% (при ССП $< 30\%$) и 43,2% (при ССП 31–50%), 5-летняя ОВ — 34,3 и 54,6% соответственно. При выраженной строме опухоли (ССП $> 50\%$) отмечено достоверное повышение ОВ и БРВ — до 68,8 и 66,6% ($p < 0,005$) соответственно.

ВЫВОДЫ

1. Прогноз у больных РМЖ с гиперэкспрессией Ki-67 в опухолевых клетках связан с ССП в образовании; наличие выраженной стромы достоверно повышает ОВ и БРВ (в 2 раза).

2. Позитивное значение стромы опухоли у больных РМЖ достоверно выражено даже при наличии неблагоприятных прогностических факторов: сохранение менструальной функции (возраст 36–50 лет), метастатическое поражение регионарных лимфатических узлов (T1–2N1M0).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Завьялова МВ. Взаимосвязь морфологического фенотипа опухоли, лимфогенного и гематогенного метастазирования при инфильтрирующем протоковом раке молочной железы [Автореф дис... докт мед наук]. Томск: 2009. 41 с.
2. Осинский СП, Ваупель П. Микрофизиология опухолей. К: Наук думка, 2009. 211 с.
3. Перельмутер ВМ, Завьялова МВ, Вторушин СВ и др. Взаимосвязь морфологической гетерогенности инфильтрирующего протокового рака молочной железы с различными формами опухолевой прогрессии. Сиб онкол журн 2007; 3: 58–64.
4. Рак в Україні, 2011–2012. Захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби. Бюл Нац канцерреєстру України 2013; (14): 124.
5. Ali HR, Dawson S-J, Blows FM, et al. Aurora kinase A outperforms Ki67 as a prognostic marker in ER-positive breast cancer. Br J Cancer 2012; 106: 1798–806.
6. Balmana J, Diez O, Rubio I, et al. ESMO Guidelines Working Group. BRCA in breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. Ann Oncol 2011; 5: 20–2.
7. Cheang MC, van de Rijn M, Nielsen TO. Gene expression profiling of breast cancer. Annu Rev Pathol 2008; 3: 67–97.
8. de Azambuja E, Cardoso F, de Castro G. Ki-67 as prognostic marker in early breast cancer: a meta-analysis of pub-

lished studies involving 12,155 patients. Br J Cancer 2007; 96 (10): 1504–13.

9. DeSantis C, Ma J, Bryan L, Jemal A. Breast cancer statistics, 2013. CA Cancer J Clin 2014; 64 (1): 52–62.

10. Eeles R, Kneeb G, Jhavar S, et al. Multicentric breast cancer: clonality and prognostic studies. Breast Cancer Res Treat 2011; 129 (3): 703–16.

THE RATIO OF STROMA/PARENCHYMA IN TUMOR TISSUE AND SURVIVAL OF PATIENTS WITH BREAST CANCER WITH OVEREXPRESSION OF Ki-67

N.F. Shchurov

Summary. Objective: to study peculiarities of the course of breast cancer (BC) with Ki-67 overexpression depending on the area occupied by the tumor stroma. **Object and methods:** the study included 220 patients with BC (T1N0M0 — 19, T2N0M0, T1N1M0 — 90, T2N1M0, T3N0M0 — 98, T4N0M0 — 13). In all diagnosed cases with infiltrating ductal BC (G3) the expression of Ki-67 was determined in more than 50% of tumor cells. The ratio of the stroma-parenchyma areas was determined using the program «VideoTesT-Master Morphology». Statistical analysis of the data was performed using Microsoft Office Excel 2007, Statistics 6.0 SPSS. **Results:** the dependence of overall and relapse-free survival of patients of the same age group and stage of disease from the ratio of stroma — parenchyma was determined. It was noted that patients in the tumor stroma which occupied more than 50% of the area overall survival and recurrence free survival were higher, especially in the presence of metastases of BC in lymph nodes. Survival of patients had a direct correlation with the area of stroma ($r = 0,76$). **Conclusion:** the ratio of stroma — parenchyma in BC with overexpression of Ki-67 may be of predictor importance.

Key Words: breast cancer, tumor stroma, tumor parenchyma, Ki-67, survival.

Адрес для переписки:

Щуров Н.Ф.

69040, Запорожье, ул. Культурная, 177А

Запорожский государственный медицинский университет

E-mail: shurov03@rambler.ru

Получено: 20.10.2014