УДК 616.441:616- 006.6:616 – 076

Тонкоигольная аспирационная биопсия – метод ранней диагностики карцином щитовидной железы

С.А. Нерсесян, С.А. Тарламазян, А.Г. Мхитарян

Научно-практический центр патологии желез внутренней секреции НИЗ МЗ РА
0051, Ереван, пр. Комитаса, 49/4

Ключевые слова: тонкоигольная аспирационная биопсия, карциномы щитовидной железы, аденоматозная узловая гиперплазия, фолликулярная неоплазия

Распространенность карцином щитовидной железы (ЩЖ) в структуре онкологических заболеваний составляет не менее 1% [1,6]. По темпу прироста рак ЩЖ занимает первое место среди злокачественных опухолей, составляя более 5% в год [11]. Тому два объяснения: улучшение диагностики узлов в ЩЖ с помощью УЗИ и воздействие неблагоприятных экологических факторов [12]. Особой проблемой онкологической тиреоидологии является микрокарцинома щитовидной железы (МКЩЖ). ВОЗ определяет папиллярную МКЩЖ как папиллярный рак диаметром 1 см и менее, однако, многие авторы включают в эту группу фолликулярный и медуллярный типы [3, 8, 9]. МКЩЖ часто является случайной находкой в ЩЖ, удаленной по поводу различных заболеваний либо исследуемой на аутопсии.

Тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ) ЩЖ относится к методам прямой морфологической (цитологической) верификации различных заболеваний, проявляющихся узловым зобом, в том числе злокачественных новообразований ЩЖ [4,5]. Неопровержимо доказано, что чувствительность ТАБ в выявлении рака ЩЖ составляет 70-90%, специфичность – 70-100% [2,13].

Целью настоящей работы было раннее выявление карцином щитовидной железы путем тонкоигольной аспирационной биопсии.

Материал и методы

Критерием отбора в наблюдаемую группу больных было узловое образование в щитовидной железе. За период 2011-2012гг. были обследованы 109 пациентов с тиреоидными образованиями. После обязательного

осмотра эндокринолога у больных проводились клинические, биохимические, гормональные исследования. Ультразвуковое исследование ЩЖ осуществлялось на аппарате “Medison - 600” (Korea). Тонкоигольную аспирационную биопсию с последующим цитологическим исследованием аспирата проводили в отделении клинической патологии ЕГМУ им. М. Гераци (канд.мед.наук Мхитарян А.Г.)

Результаты и обсуждение

Наблюдаемая группа больных с узловыми образованиями ЩЖ состояла из 109 лиц: М – 10 (9.2%), Ж – 99 (90.8%) в возрасте от 20 до 76 лет (средний возраст 48.4±1.12 лет). Все пациенты с тиреоидными образованиями,за исключением трех (2 – с диффузным токсическим зобом, тиреотоксикозом средней тяжести; 1 – с аутоиммунным тиреоидитом, гипотиреозом средней тяжести), находились в эутиреоидном состоянии.

Были проанализированы размеры узлов у больных с тиреоидными образованиями (рис. 1).

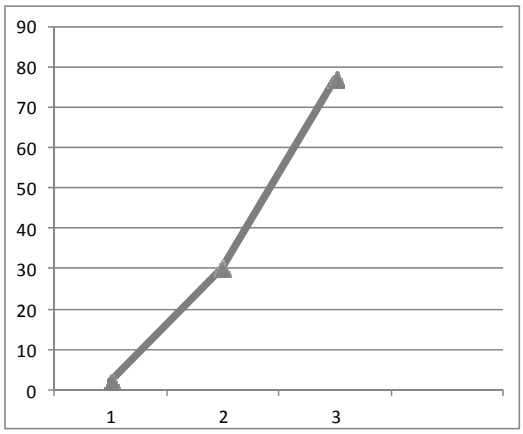

Рис. 1. Размеры узлов у больных с узловыми образованиями щитовидной железы (n=109): 1 – узлы до 1см (n=2), 2 – узлы от 1 до 2см (n=30), 2 – узлы свыше 2см (n=77)

Из рис.1 очевидно, что у пациентов с тиреоидными образованиями в подавляющем большинстве случаев выявлялись узлы свыше 2 см (n=77), затем следовали узлы от 1 до 2 см (n=30) и менее 1 см (n=2).

Всем больным с узловыми образованиями ЩЖ была проведена тонкоигольная аспирационная биопсия с последующим цитологическим исследованием аспирата (рис. 2).

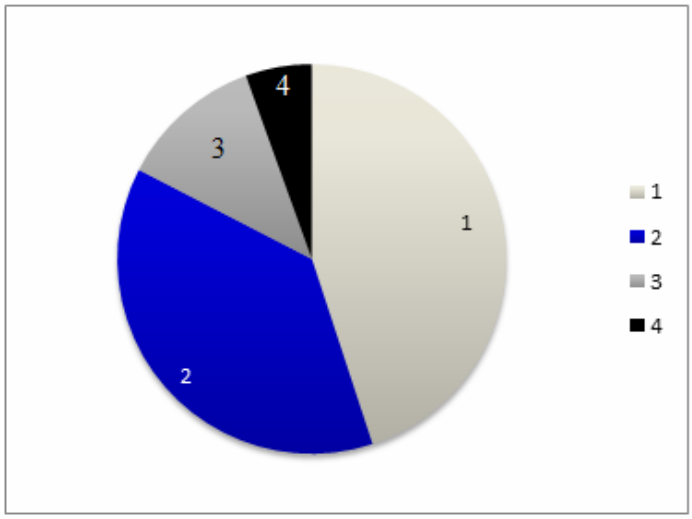

Рис. 2. Цитологическое заключение биопсийного аспирата у больных с узловыми образованиями ЩЖ (n=109): 1 – аденоматоидная узловая гиперплазия ЩЖ (n=49), 2 – фолликулярная неоплазия (n=41), 3 – аутоиммунный тиреоидит (n=13), 4 – карцинома ЩЖ (n=6)

Из рис. 2 следует, что у 49 больных с тиреоидными заболеваниями выявлена аденоматоидная узловая гиперплазия ЩЖ, что соответствует клинически:одиночному, множественному или конгломератному узловому зобу. Она соответствует гистологическому заключению: микро-макрофолликулярный коллоидный зоб и макрофолликулярная аденома [7]. У 41 больного с узловыми образованиями ЩЖ цитологическое заключение соответствовало фолликулярной неоплазии. Фолликулярная неоплазия – цитологическое понятие, которое включает в себя фолликулярную аденому, карциному ЩЖ, а также некоторые случаи высококлеточных аспиратов из коллоидного зоба [10].

У 13 больных с узловыми образованиями ЩЖ гистологическое заключение соответствовало аутоиммунному тиреоидиту, то есть у 11,9% (n=13) пациентов диагноз узловое образование ЩЖ не соответствовал действительности (по ТАБ – был исключен).

У 6 больных с узловыми образованиями ЩЖ была диагностирована папиллярная карцинома ЩЖ. Они были немедленно направлены на оперативное лечение. У всех пациентов диагноз был подтвержден патогистологическим заключением.

Как было указано выше, *фолликулярная неоплазия* – цитологическое собирательное понятие, включающее фолликулярную аденому, карциному и некоторые случаи высококлеточных аспиратов из коллоидного узлового зоба. В связи с чем они в обязательном порядке были направлены на оперативное лечение – тиреоидэктомию с последующим патогистологическим заключением удаленной тиреоидной ткани (рис. 3).

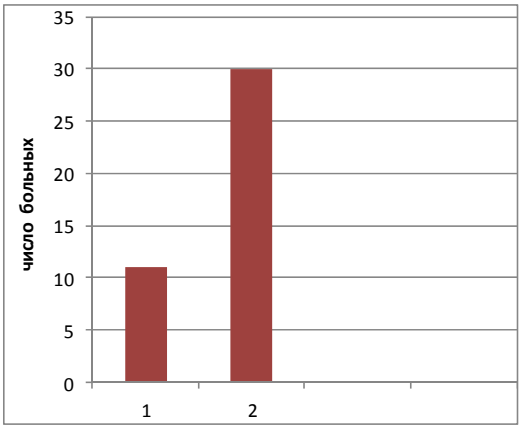

Рис. 3. Патогистологическое заключение удаленной тиреоидной ткани у больных с фолликулярной неоплазией (n=41): 1 – больные с карциномой ЩЖ (n= 11), 2 – больные с фолликулярной или аденоматоидной узловой гиперплазией ЩЖ (n=30)

Из рис. 3 очевидно, что у 26,8% (n=11) больных с фолликулярной неоплазией, по данным патогистологического заключения, диагностирована карцинома ЩЖ. В то же время у 73,2% (n=30) больных с фолликулярной неоплазией выявлены различные доброкачественные узловые образования ЩЖ.

Таким образом, у 15,6% больных с узловыми образованиями ЩЖ (n=17), диагностирована карцинома ЩЖ (у 6 – после выявленного ТАБ с цитологическим заключением, у 11 – с фолликулярной неоплазией после тиреоидэктомии с патогистологическим заключением). Полученные результаты однозначно свидетельствуют о высокой диагностической ценности ТАБ.

По клеточному составу только у одной больной была установлена фолликулярная карцинома, у остальных 16 пациентов выявлена папиллярная карцинома.

По анализу размеров диаметра доминантного узла – у 6 больных диагностирована папиллярная микрокарцинома ЩЖ (d = от 0.2 до 0.9 см). Данный показатель дает нам возможное основание утверждать , что ТАБ – метод ранней диагностики микрокарцином ЩЖ.

У оставшихся 11 больных с карциномами ЩЖ анализировалось функциональное состояние опухоли: прорастание капсулы ЩЖ, инвазия и метастазирование. У всех пациентов карцинома не прорастала в капсулу, у 7 – она прорастала в капсулу без признаков инвазии. Только у одного больного (67 лет) отмечалось прорастание капсулы, инвазия и метастазирование карциномы ЩЖ.

Таким образом, у 109 больных (М – 10, Ж – 99) с узловыми образованиями ЩЖ (у 2 – размеры узла до 1см, у 30 – от 1 до 2см, у 77 – свыше 2см) в возрасте 20 – 76 лет (средний возраст 48.4±1.12 лет) проведена ТАБ

с цитологическим исследованием. Из них у 6 была диагностирована папиллярная карцинома ЩЖ, у 41 – фолликулярная неоплазия ЩЖ. Все больные с карциномой ЩЖ и с фолликулярной неоплазией ЩЖ были отправлены на оперативное лечение – тиреиодэктомию с последующим патогистологическим исследованием. В результате у 17 больных (15.6%) с узловыми образованиями ЩЖ диагностирована карцинома ЩЖ. У 6 из них выявлена папиллярная микрокарцинома щитовидной железы.

Поступила 23.07.13

Բարակասեղնային ասպիրացիոն բիոպսիան որպես վահանաձև գեղձի կարցինոմայի վաղ ախտորոշման մեթոդ

Ս.Ա. Ներսեսյան, Ս.Ա. Թառլամազյան, Ա.Գ. Մխիթարյան

Վահանաձև գեղձի հանգուցային գոյացություններով 20-76 տարեկան 109 հիվանդների մոտ կատարված է բարակասեղնային ասպիրացիոն բիոպսիա՝ հետագա ցիտոլոգիական հետազոտությամբ: Նրանցից 6-ի մոտ ախտորոշվել է վահանաձև գեղձի պապիլյար կարցինոմա, 41-ի մոտ՝ ֆոլիկուլյար նեոպլազիա: Բոլոր հիվանդները ենթարկվել են վիրահատական միջամտության՝ թիրեոիդէկտոմիայի, հետագա պաթոհիստոլոգիկ հետազոտությամբ: Սրա արդյունքում վահանաձև գեղձի հանգուցային գոյացություններով 17 հիվանդների մոտ (15.6%) ախտորոշվել է վահանաձև գեղձի կարցինոմա, 6-ի մոտ՝ վահանաձև գեղձի պապիլյար միկրոկարցինոմա:

Fine-needle aspiration biopsy as an early method of diagnosing the thyroid carcinomas

S.A. Nersesyan, S.A. Tarlamazyan, A.G. Mkhitaryan

109 patients, 20-76 years old, with nodular tumors had undergone fine-needle aspiration biopsy with cytological analysis. Papillary thyroid cancer was diagnosed in 6 patients and follicular neoplasm in 41 patients. All of them underwent surgical intervention – thyroidectomy with following pathohistological analysis. As a result, a thyriod carcinoma was diagnosed in 17 patients (15.6%) with nodular tumors, and in 6 of the patients we diagnosed papillary microcarcinoma of the thyroid gland.

Литература

1. *Валдина Е.А*. Заболевания щитовидной железы. СПб., 2001.
2. Клинические рекомендации Российской ассоциации эндокринологов по диагностике и лечению узлового зоба. Проблемы эндокринологии, 2005, 5, с. 40-42.
3. *Baudin E., Travagli J., Ropers J. et al.* Microcarcinoma of the thyroid gland: the Gustave Roussy Institute experience. Cancer, 1998, vol. 83, p. 553-558.
4. *Belfiore A., La Rosa G.L.* Fine-needle aspiration biopsy of the thyroid. J. Endocrinol. Met. Clin. North. Am., 2001, 30: 4: 60-65.
5. *Braga M., Cavalcanti T.C., Collaco L.M., Graf H.* Efficacy of ultrasound – guided fine needle aspiration biopsy in the diagnosis of complex thyroid nodules. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2001; 86: 4089-4091.
6. *Cooper D.S., Doherty G.M., Haugen B.R. et al*. Management Guidelines for Patients with Thyriod Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. The American Thyroid Association Guidelines Taskforce. Thyroid, 2006:16(2):1-33.
7. *Gharib H., Goellner J.R., Johnson D.A*. Fine-needle aspiration cytology of the thyroid. A 12 year experience with 11000 biopsies. J. Clin. Lab. Med., 1993:13:699-708.
8. *Hay I.D., Grant C.S., van Heerden J.A. et al*. Papillary thyroid microcarcinoma: a study of 535 cases observedin a 50 – year period. Surgery, 1992, vol. 112, p.1139-1147.
9. *Hay L.D.,* Papillary thyroid carcinoma. Endocrin. Metab. Clin. North Am., 1990, vol. 19, p. 545-576.
10. *Krishan L.G.*, Neoplasm of the thyroid gland. Clinics in geriatric medicine, 1995, vol.11, 2, p. 271-290.
11. *Pacini E., Schluumberger M., Drolle H. et al*. European consensus for the management of patients with differential carcinoma of the follicular epithelium. Eur. J. Endocrin., 2006, vol. 154, p. 787-803.
12. *Werner J.* Ingbaz□s the thyriod: a fundamental and clinical text. 8th ed. (Ed.: L. E. Braverman, B. D. Utiger), 2000, p. 875-1006.
13. *Yokozawa T., Miyauchi A., Kuma K.,Sugawara M.* Accurate and simple method of diagnosing thyroid nodules by modified technique of ultrasound-guided fine-needle aspiration biopsy. Thyroid, 1995:5(2):141-145.