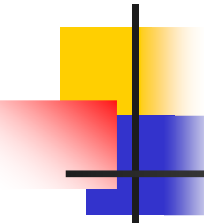


СИСТЕМА БЕТЕСДА В КЛАССИФИКАЦИИ ПОРАЖЕНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ОБЗОР ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КАТЕГОРИЙ

Т.Л. Полоз,
доктор медицинских наук,
заведующая цитологической лабораторией
НУЗ Дорожная клиническая больница ОАО
«РЖД», г. Новосибирск



The Bethesda System for reporting thyroid cytopathology

- Работа организационного комитета и веб-сайта
- Конференция Национального Института Рака, США, 22-23 октября 2007, в Бетесда, Мэриленд
- Издание атласа - 2010



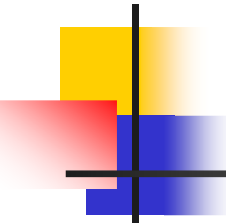
Роль тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) в оценке эутиреоидных узловых образований щитовидной железы

- Уменьшение количества неоправданных хирургических вмешательств у пациентов с доброкачественными процессами и выявление больных со злокачественными поражениями для своевременного лечения.
- **Важно**, чтобы цитологическая интерпретация исследований была предоставлена лечащему врачу в однозначных и клинически значимых терминах.



Формат заключения


- Для решения этих задач Система Бетесда (BSRTS) рекомендует описание каждой ТАБ начинать с основных диагностических категорий
- Каждая категория имеет определенный риск злокачественности, колеблющийся в диапазоне от 0% - 3% в категории «доброкачественные изменения», фактически до 100% в категории «злокачественные поражения»
- В зависимости от степени риска, каждая категория связана с дальнейшей клинически обоснованной тактикой



Рекомендуемые диагностические категории

- I Недиагностический или неудовлетворительный материал
- II Доброкачественные изменения
- III Атипия неясного значения или фолликулярные поражения неясного значения
- IV Фолликулярная опухоль или подозрение на фолликулярную опухоль
- V Подозрение на злокачественность
- VI Злокачественные опухоли

Диагностическая категория	Риск злокачественности	Рекомендации
Недиагностический материал		Повторная пункция с УЗИ
Доброкачественные	0-3%	Клиническое наблюдение
Атипия неясного значения	5-15%	Повторная пункция
Подозрение на ФО	15-30%	Удаление доли
Подозрение на рак	60-75%	Субтотальная тиреоидэктомия
Злокачественная опухоль	97-99%	Субтотальная тиреоидэктомия

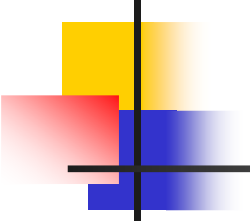


I Недиагностический или неудовлетворительный материал. Критерии адекватности

- Не менее 6 групп фолликулярных клеток, состоящих не менее чем из 10 клеток

За исключением:

1. образцов с выраженной **атипией клеток**
2. **лимфоцитарной или воспалительной инфильтрацией** (тиреоидит Хашимото, грануломатозный тиреоидит, абсцесс)
3. **коллоидных узлов** – обильный коллоид при минимальном количестве клеток подразумевает доброкачественный процесс



Недиагностический или неудовлетворительный материал

- Только кистозная жидкость
- Отсутствие клеточного материала
- Другие (кровь, артефакты и т.д.)



I Рекомендации

- Повторная ТАБ узлов с неадекватным/неудовлетворительным материалом, но не раньше чем через 3 месяца
- Большинство «первично неинформативных» узлов оказывается доброкачественными
- Реаспирацию кистозных узлов следует проводить только при «подозрительных» ультразвуковых данных



II Доброкачественные изменения

соответствующие:

- Доброкачественному фолликулярному узлу (включая аденоматоидный и коллоидный узел)
- Аутоиммунному тиреоидиту
- Грануломатозному (подострому) тиреоидиту
- Другой патологии

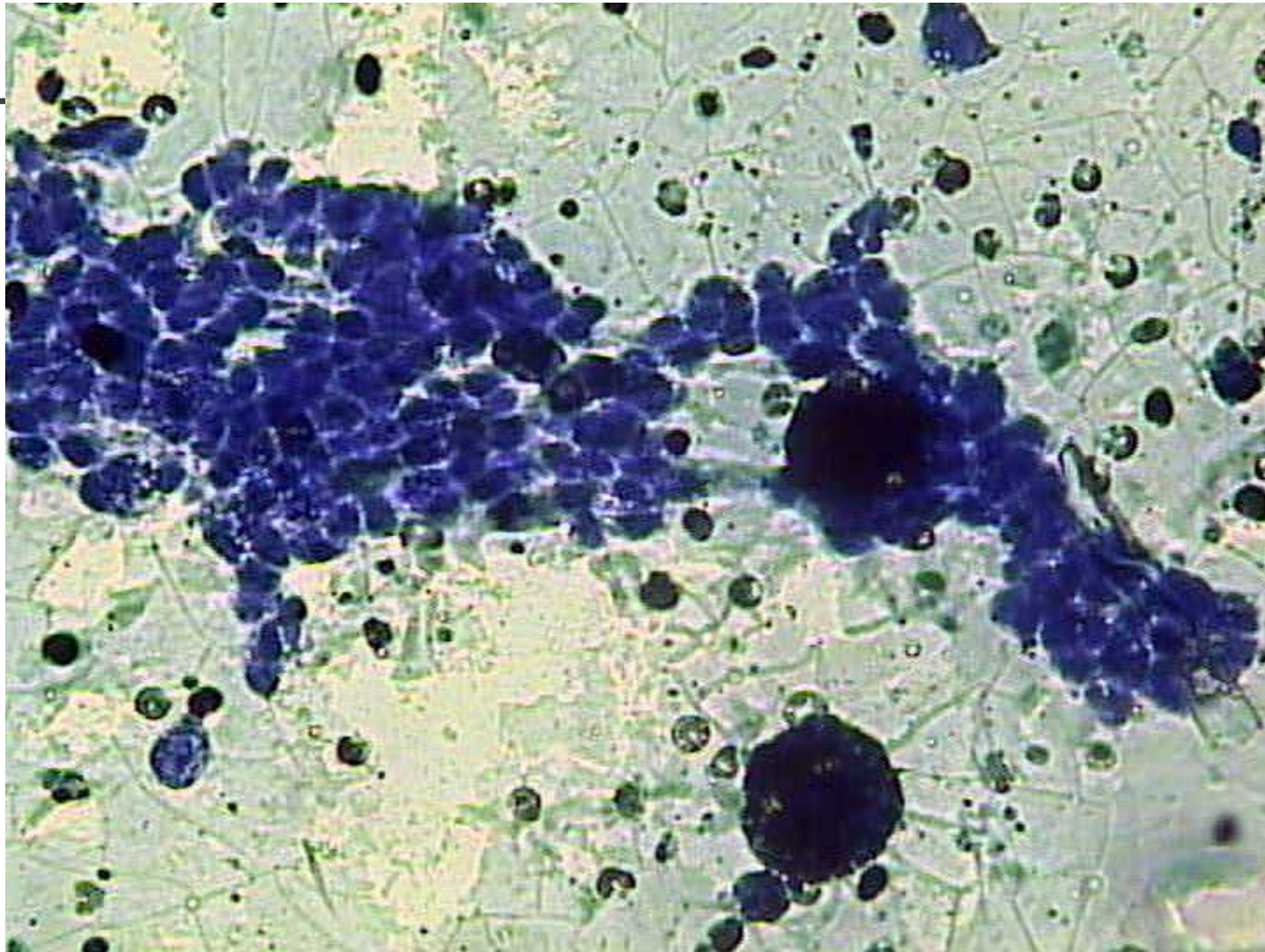
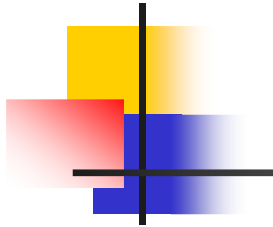


II Доброкачественный фолликулярный узел

- Узловой зоб
- Гиперпластический (аденоматоидный узел)
- Коллоидный узел
- Узлы при болезни Грейвса
- Макрофолликулярный тип аденом

Характерно: переменное количество коллоида, доброкачественно выглядящие фолликулярные клетки, клетки Гюртля, макрофаги

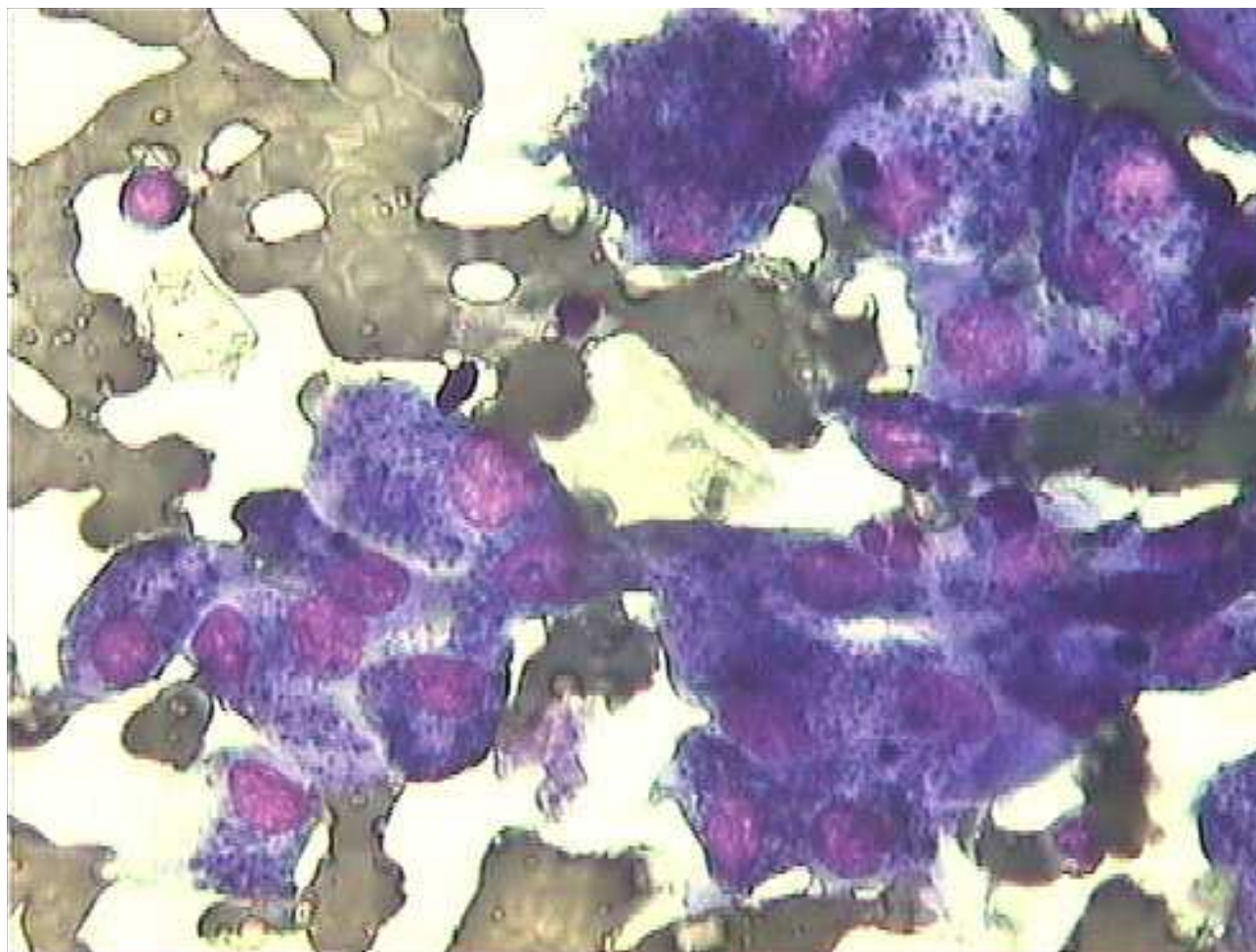
Коллоидный узел



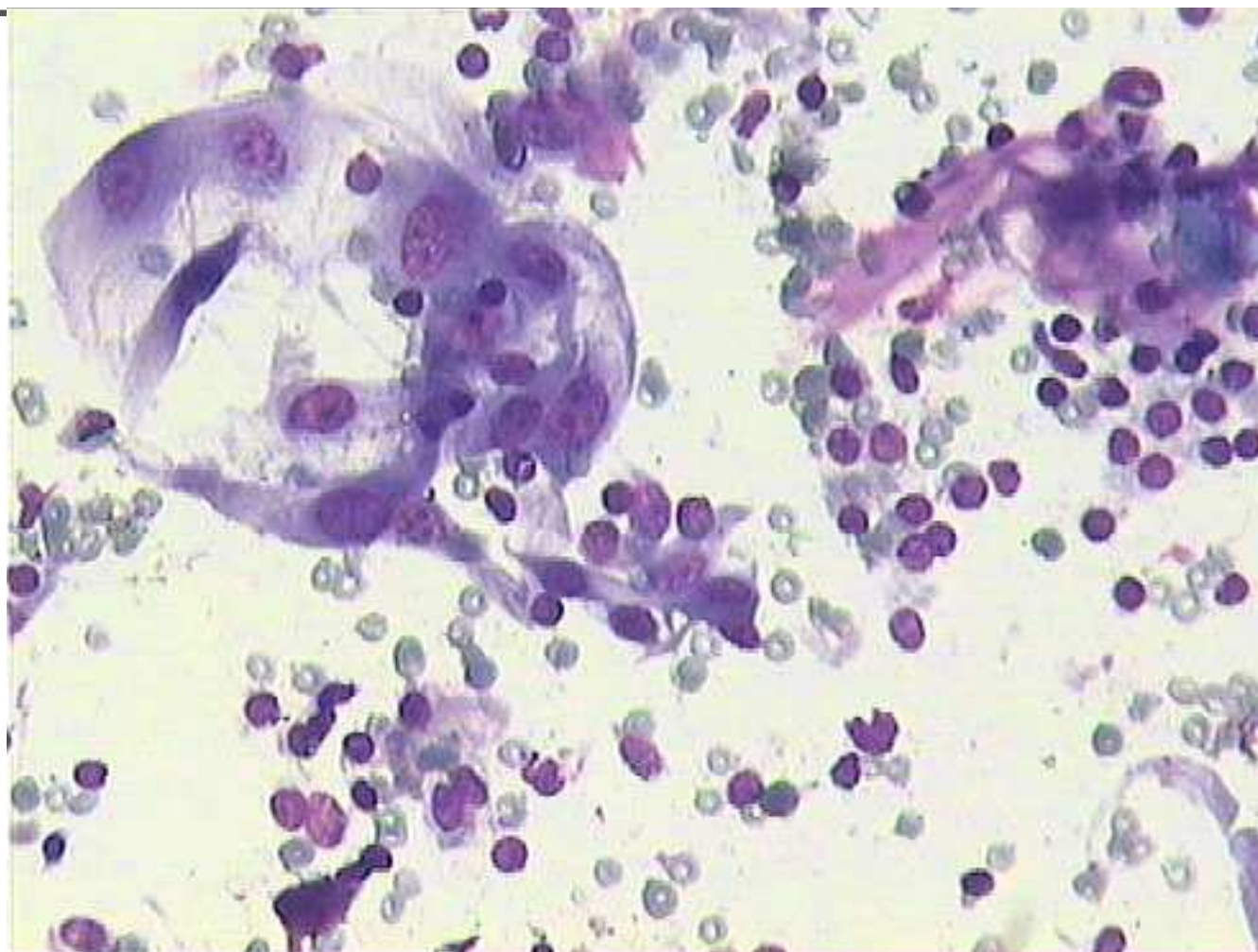
Доброкачественный фолликулярный узел (эутиреоидный зоб)



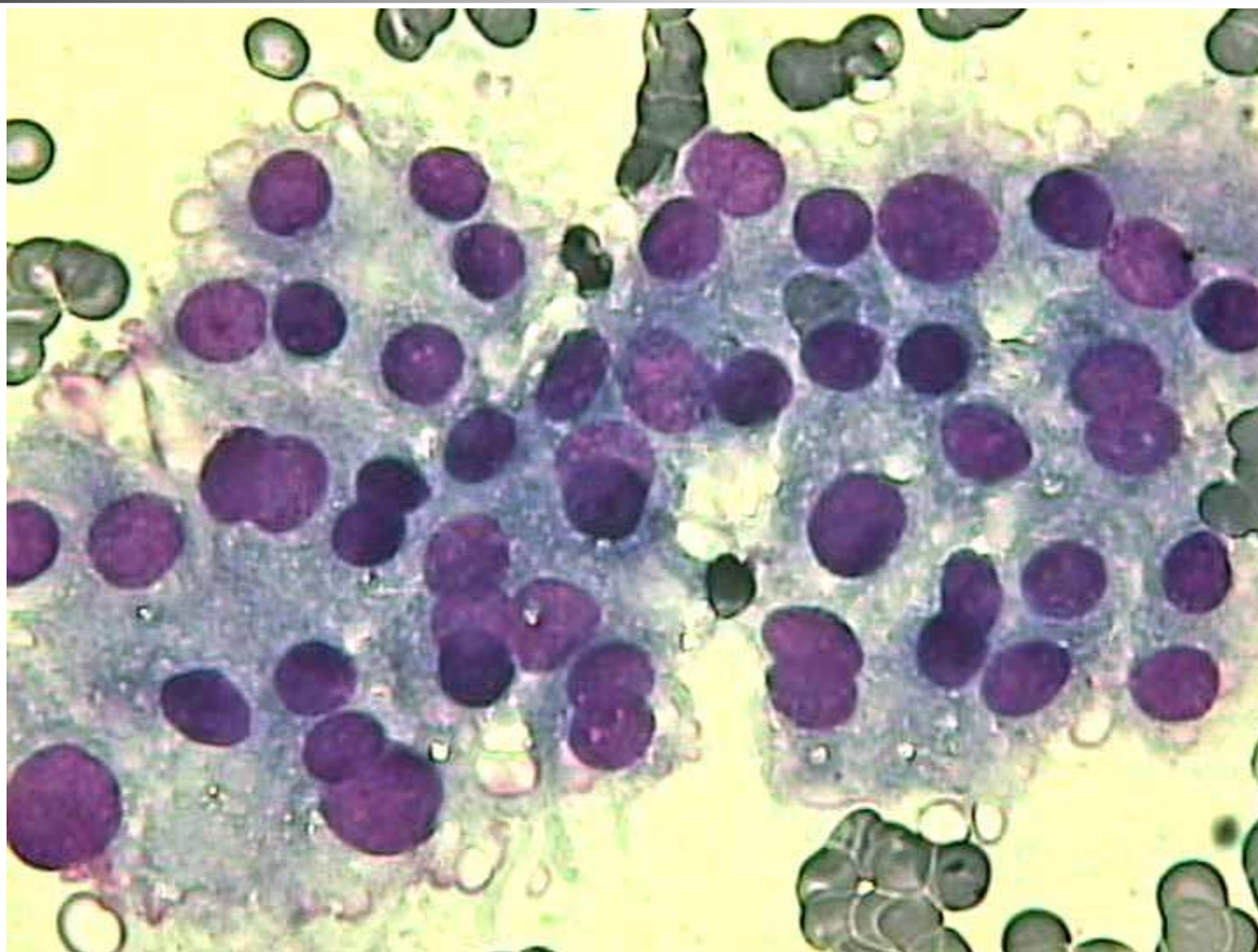
Доброкачественный фолликулярный узел (эутиреоидный зоб)



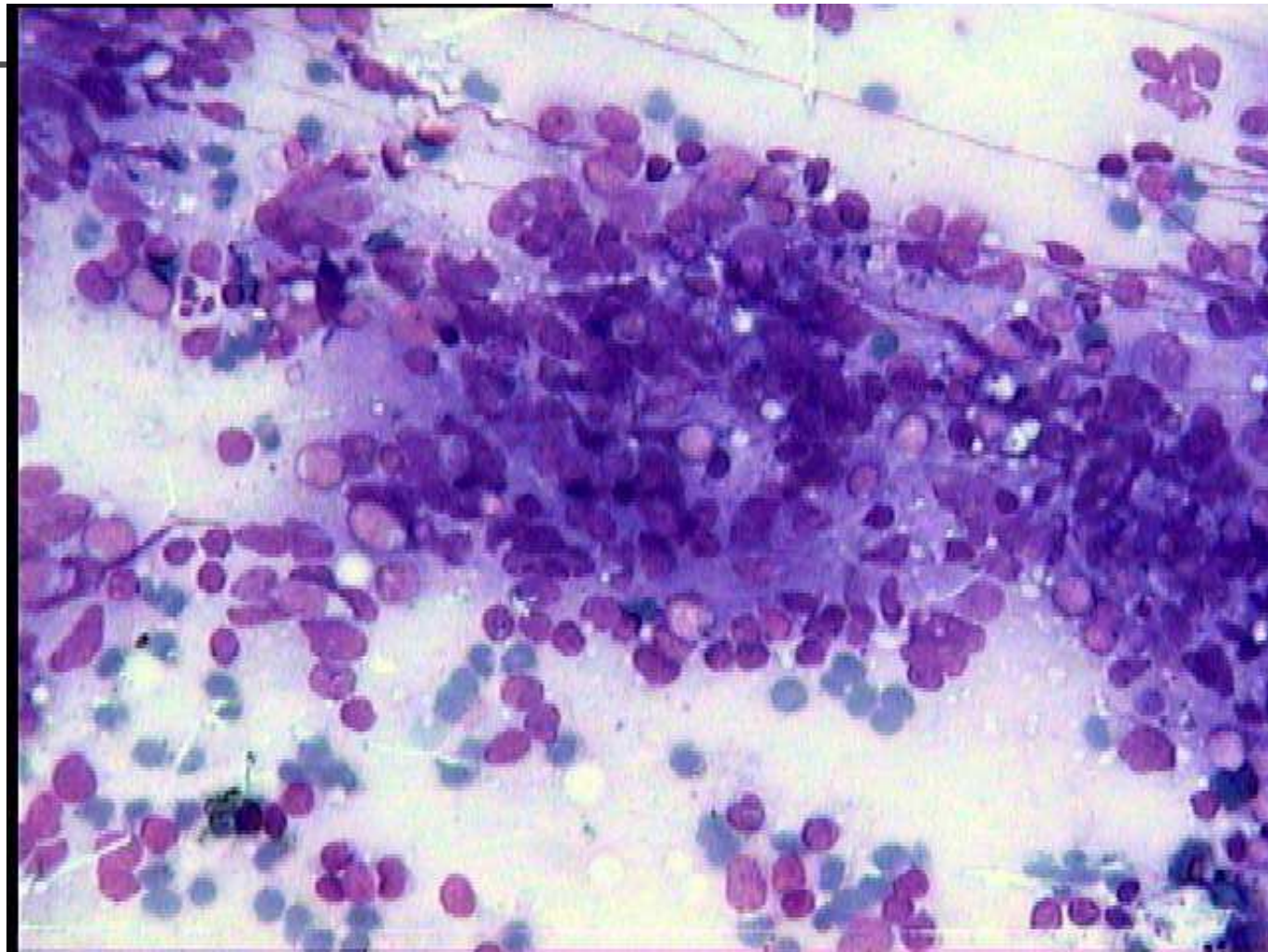
Доброкачественный фолликулярный узел (выстилка кисты)



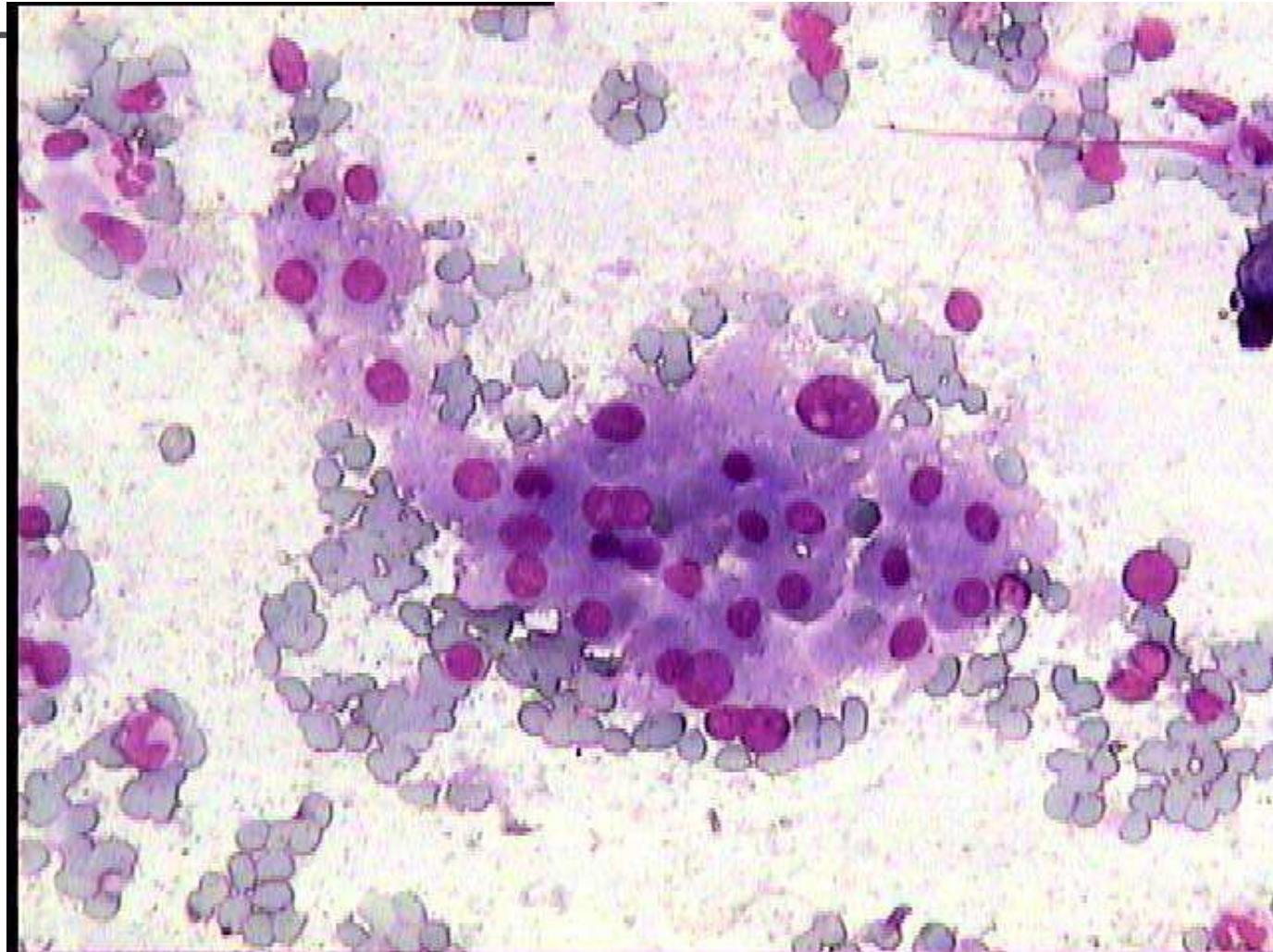
Доброкачественный фолликулярный узел (тиреотоксический зоб).



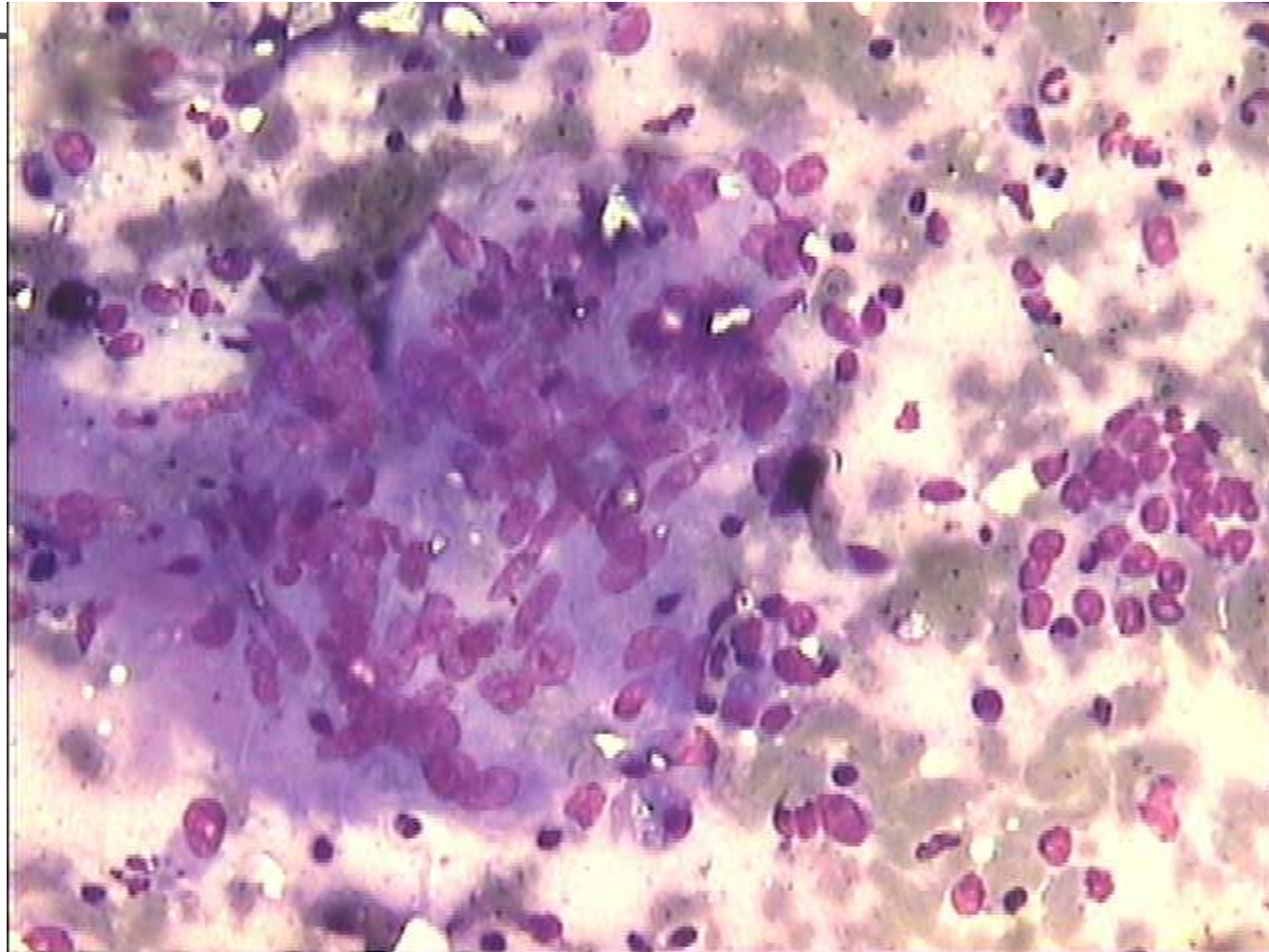
Аутоиммунный тиреоидит



Аутоиммунный тиреоидит



ПОДОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ.





Рекомендации

- Клиническое наблюдение с периодическим УЗИ с интервалом в 6-18 месяцев в течение 3-5 лет
- Значительный рост узлов, появление УЗ признаков: неровные контуры, микрокальцинаты, гипervasкулярность, гипоэхогенность - повторная ТАБ
- Ложно-отрицательные результаты – 1-10%
- Риск злокачественности – 0-3%
- Хирургическое лечение доброкачественных узлов: большие размеры, симптоматика, тревожные клинические или УЗ признаки или злокачественный процесс в контралатеральной доле



III Атипия неясного значения (AUS) или фолликулярные

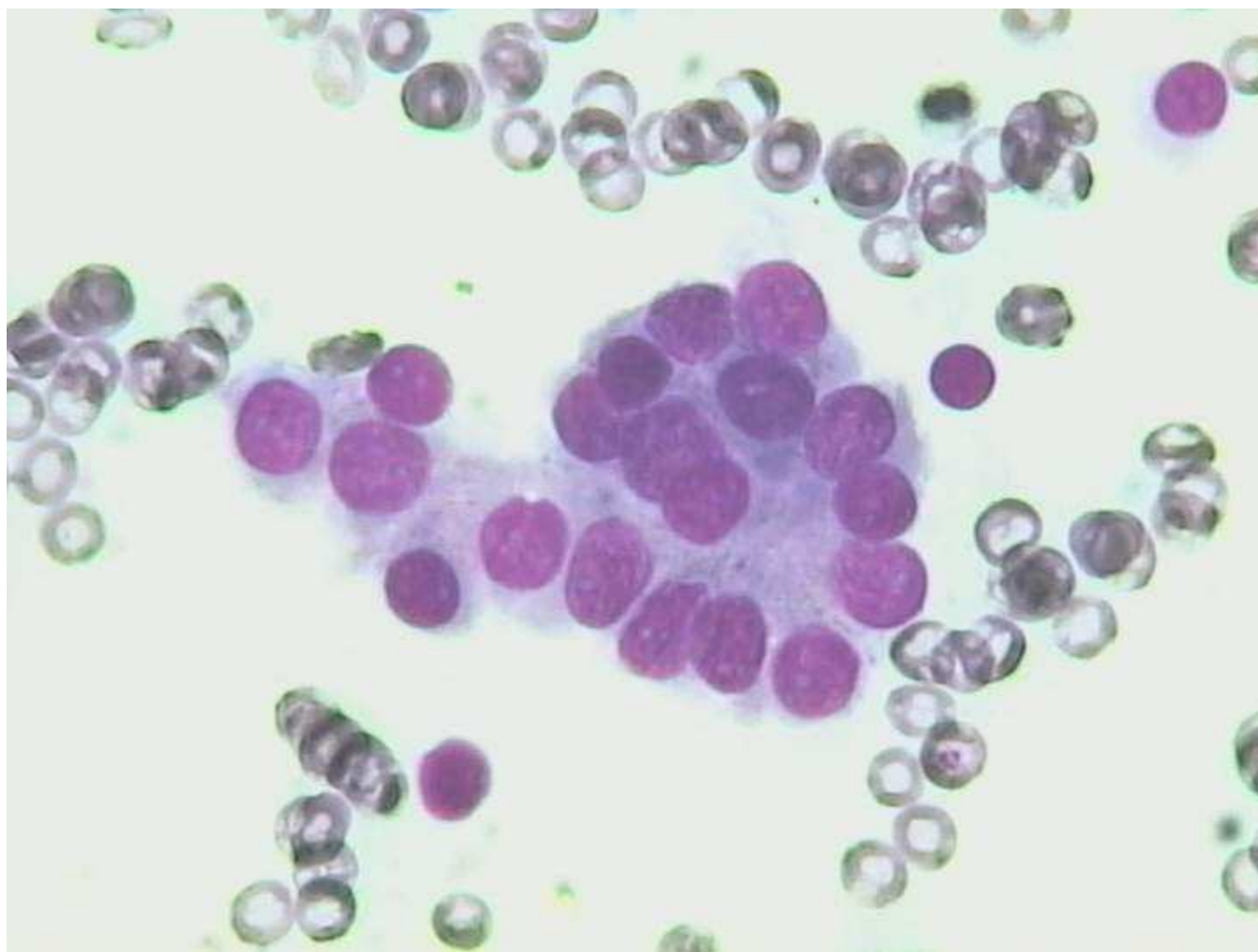
■ изменения неясного значения

- Выделение в отдельную группу случаев, имеющих меньший риск злокачественности, по сравнению с «подозрительными» категориями

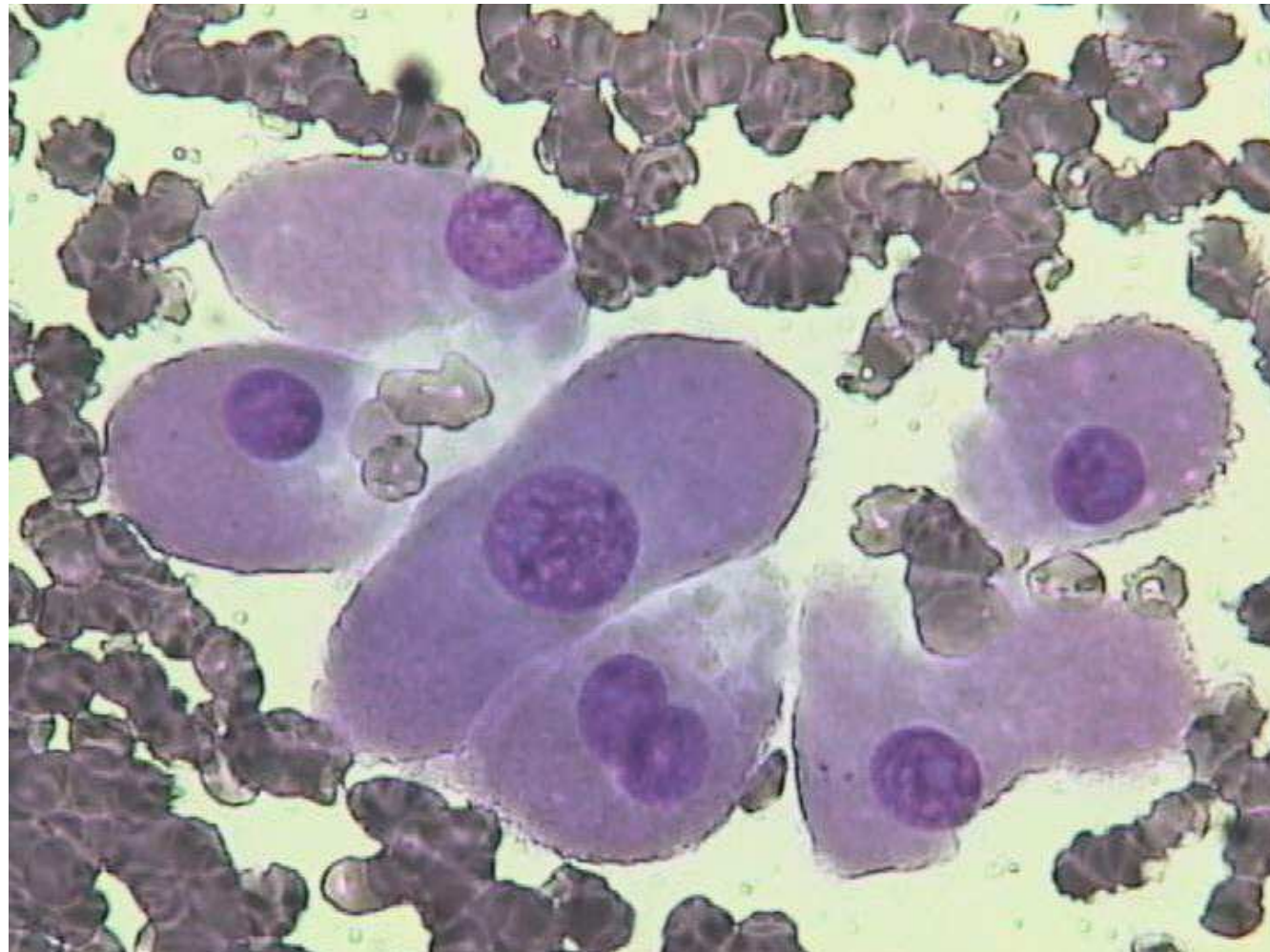
III Атипия неясного значения (AUS) или фолликулярные изменения неясного значения

- Клетки (фолликулярные, лимфоидные, др.) с признаками структурной и/или ядерной атипии, которой недостаточно, чтобы классифицировать их как подозрение на фолликулярную неоплазию, подозрение на злокачественность или злокачественную опухоль
- Атипия более выражена, чтобы быть уверенно приписана с доброкачественным изменениям
- Часто в скомпрометированном материале (мало клеточный, кровянистый)
- От 3% до 18% ТАБ

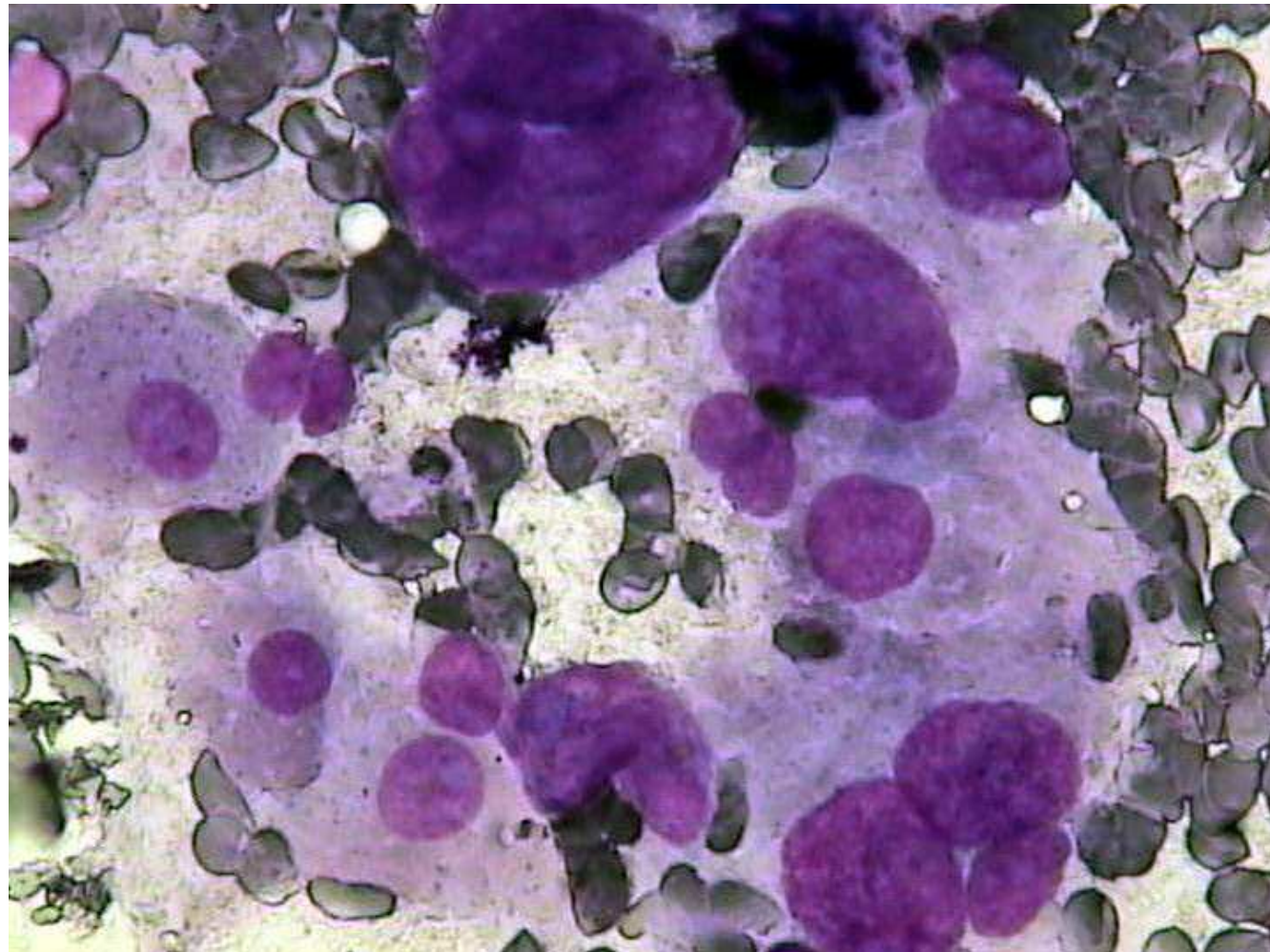
Атипия неясного значения (единичные микрофолликулы у пациента с УЗ)



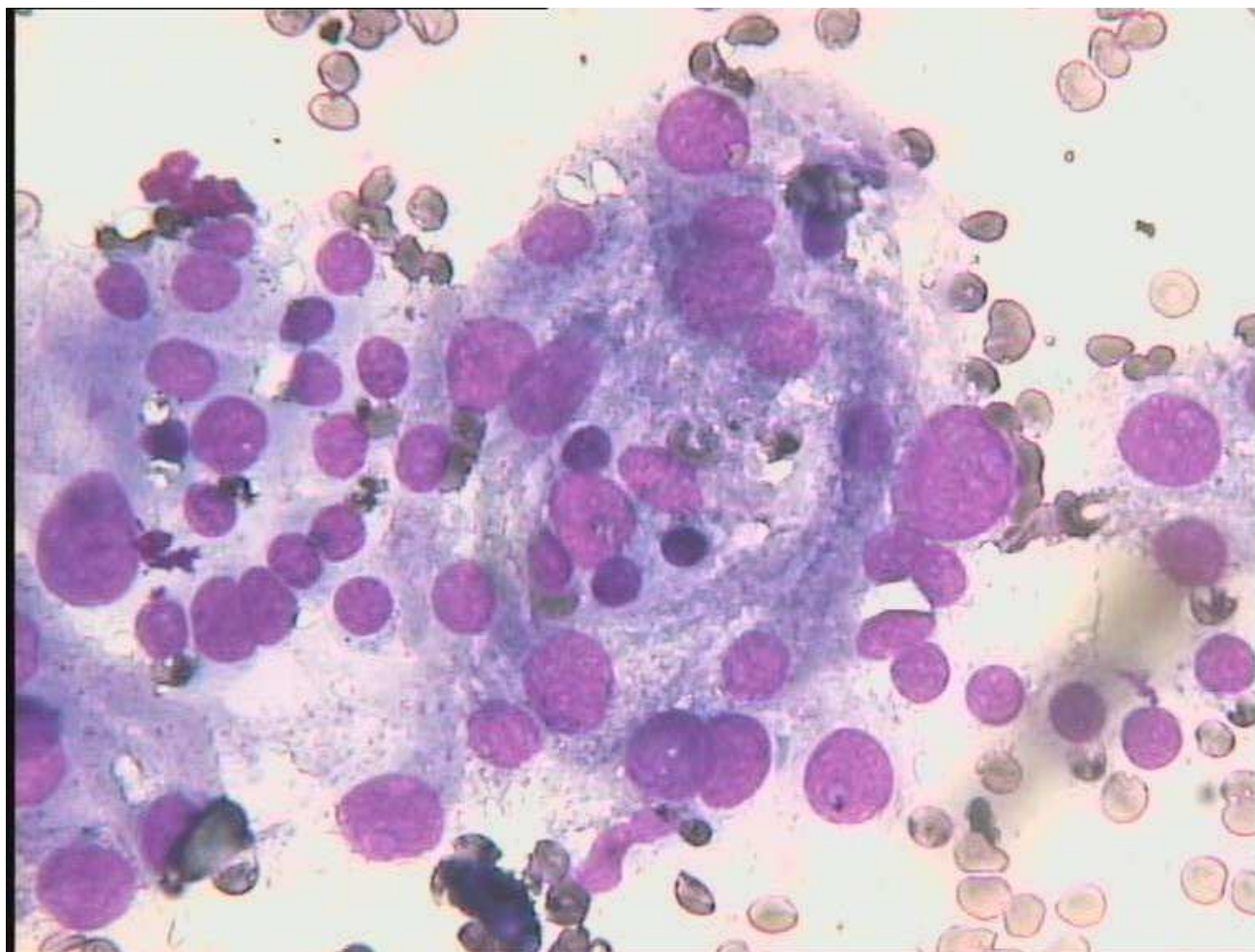
Атипия неясного значения (преобладание клеток Гюртля у пациента с УЗ)



Атипия неясного значения (клетки Гюртля без лимфоцитарной инфильтрации у пациента с АИТ)



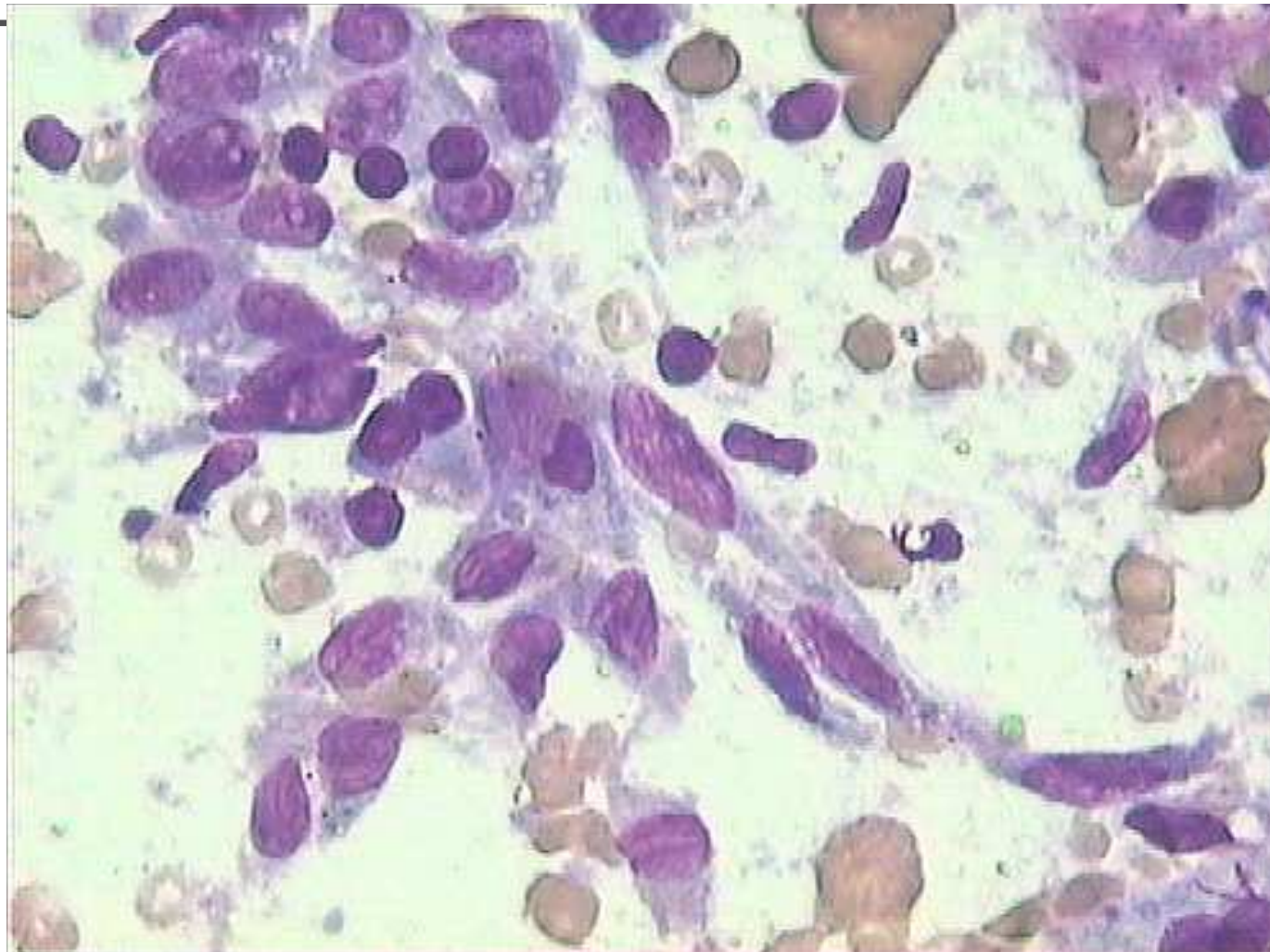
Атипия неясного значения (дегенеративные изменения)



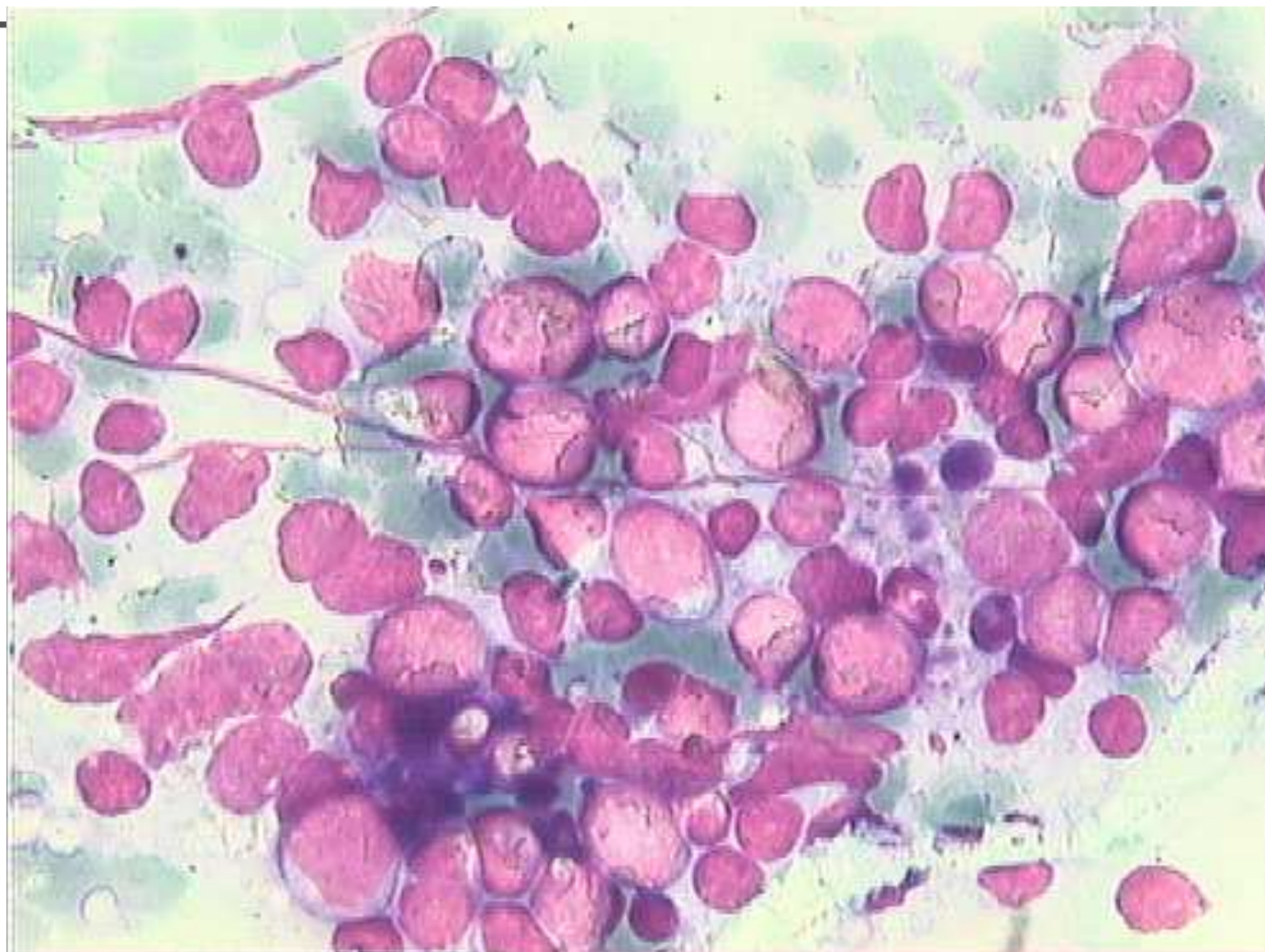
Атипия неясного значения VS подозрение на папиллярный рак?



Атипия неясного значения (клетки выстилки кисты)



Атипия неясного значения (лимфоидный инфильтрат)

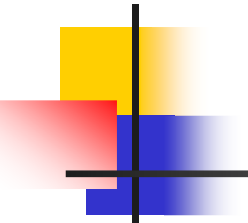




II Рекомендации


- В заключении надо указывать на необходимость проведения повторной ТАБ, а также с чем следует проводить дифференциальную диагностику, например: гиперплазия клеток Гюртля при многоузловом зобе (тиреоидите), но нельзя исключить опухоль из клеток Гюртля.
- В 20-25% при повторной ТАБ – снова атипия неясного значения
- Риск малигнизации – 5-15%

IV Фолликулярная опухоль или подозрение на фолликулярную опухоль



- Фолликулярное поражение
- Фолликулярная пролиферация
- Подозрение на фолликулярную опухоль
- Фолликулярная опухоль
- Категория включает: узловой зоб (узловая гиперплазия), фолликулярную аденому, фолликулярный рак

IV Фолликулярная опухоль или подозрение на фолликулярную опухоль



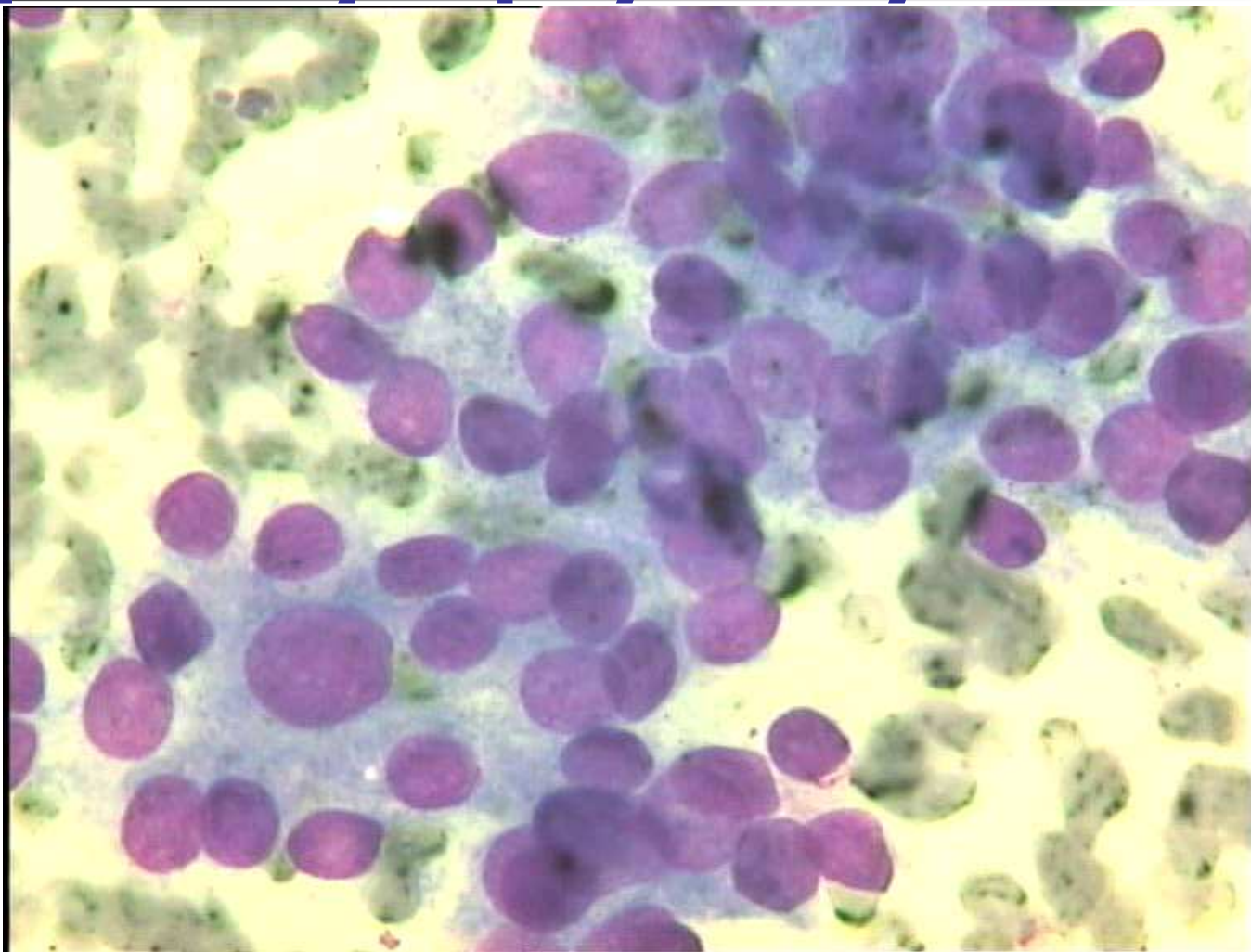
- «Подозрение на ФО» – более предпочтительный диагноз, так как в 35% наблюдений - гиперплазия в узловом зобе
- Цель данной категории – идентифицировать все потенциальные фолликулярные раки
- «Фолликулярная опухоль/подозрение на фолликулярную опухоль» предпочтительнее «подозрения на фолликулярный рак», так как большинство - аденомы



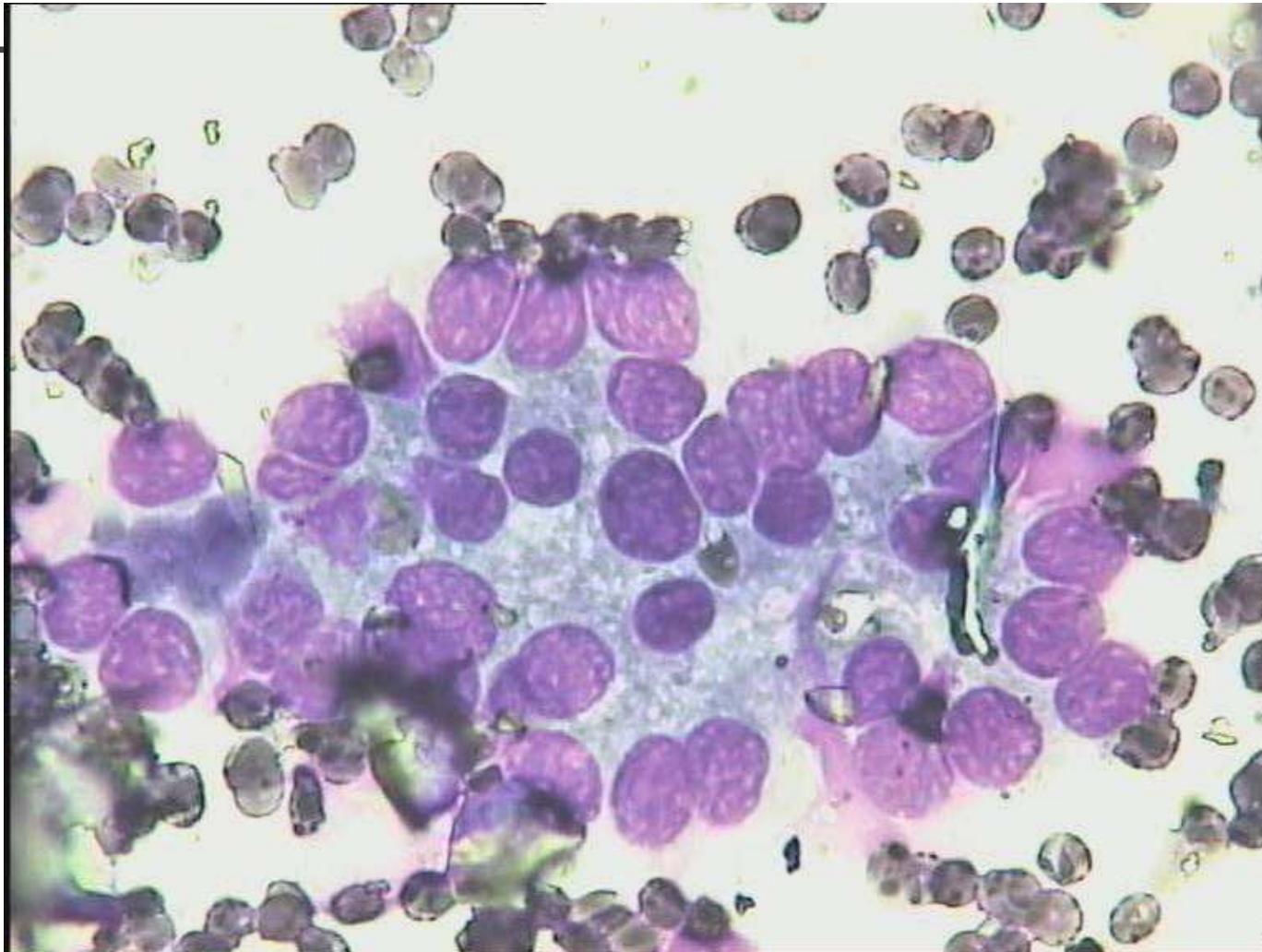
IV Определение

- «Клеточный аспират, состоящий преимущественно из неправильных скоплений и/или микрофолликулярных структур, образованных тесно расположенными клетками. Наблюдения, демонстрирующие ядерные признаки папиллярного рака исключены из этой категории»

Фолликулярная опухоль или подозрение на фолликулярную опухоль



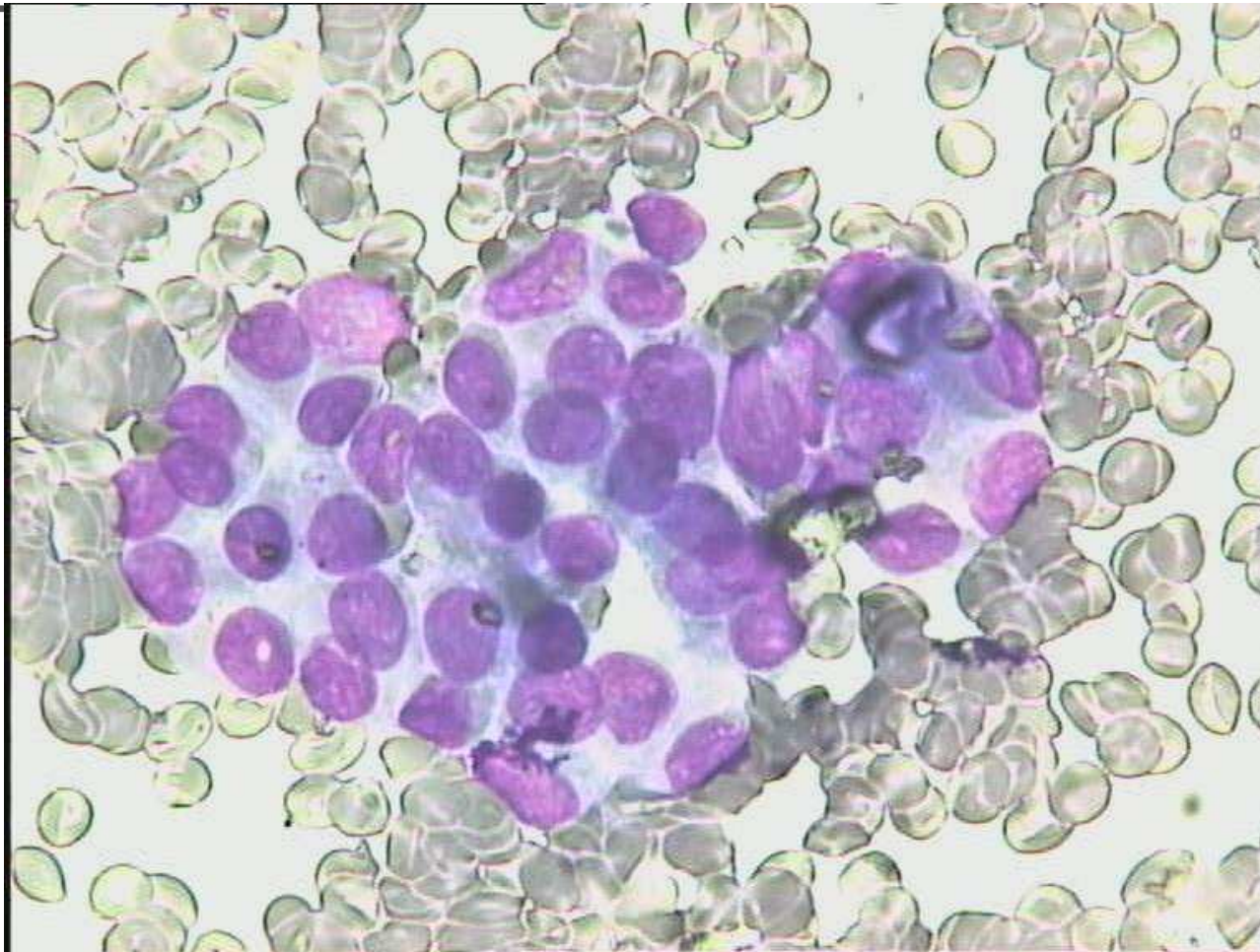
Фолликулярная опухоль



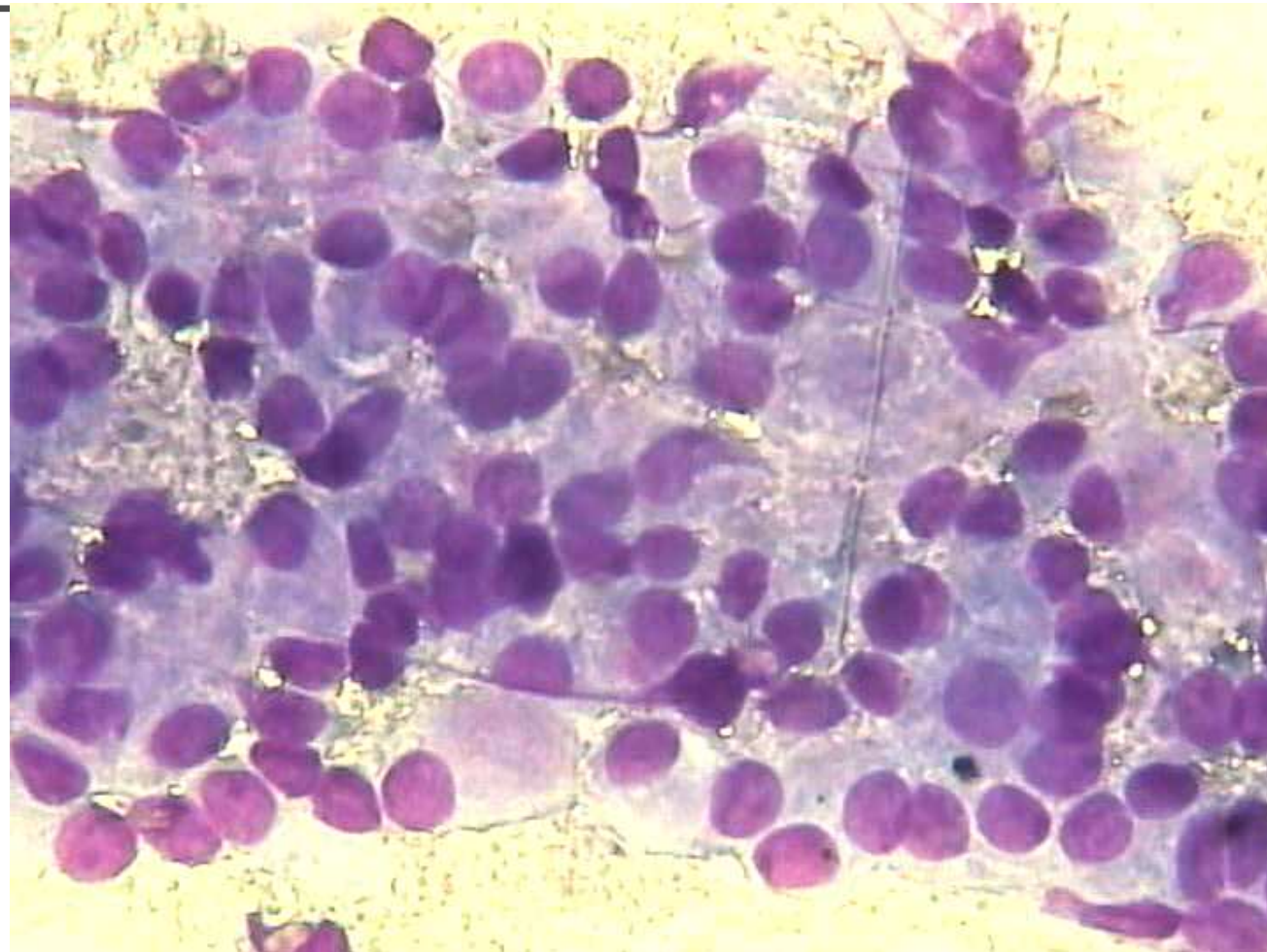
Фолликулярная опухоль



Папиллярный рак (фолликулярный вариант)



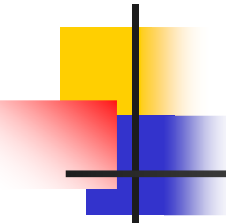
Аденома паращитовидной железы





Цито-гистологические сопоставления

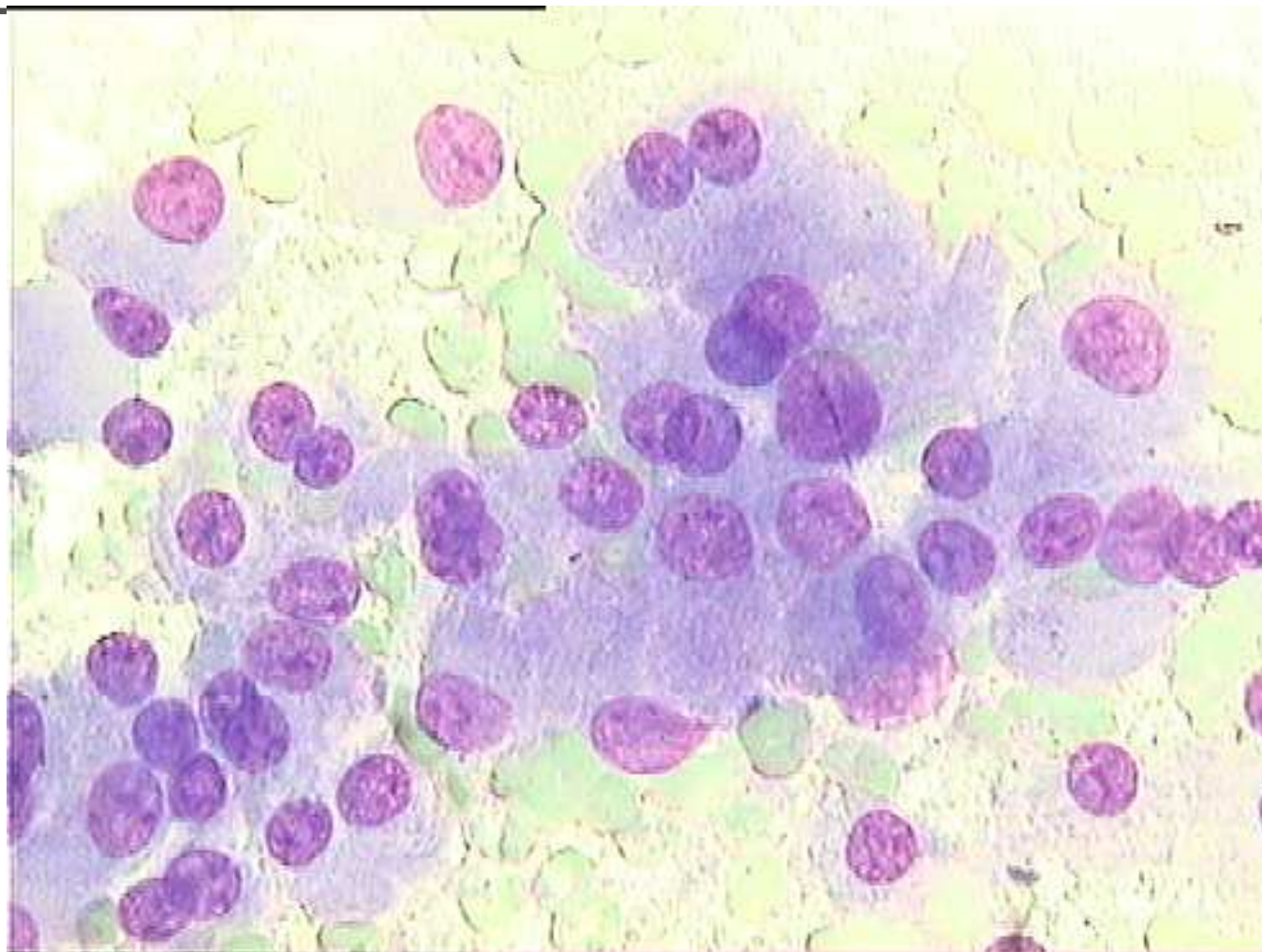
- Опухоли составляют 65-85% данной категории
- Уровень злокачественности – 12-32%
- Гистологическая интерпретация 27-68% злокачественных опухолей данной категории – папиллярный рак

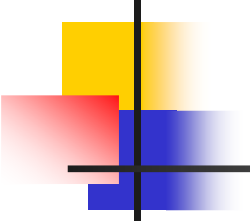


Фолликулярные опухоли из клеток Гюртля/подозрение на фолликулярную опухоль из клеток Гюртля

- BS выделяет этот подтип в категории ФО/П ФО из-за морфологических различий и из-за генетических особенностей рака из клеток Гюртля
- «Подозрение» предпочтительнее, так как 16-25% - неопухолевые гиперпластические процессы из клеток Гюртля
- Цель ТАБ – скрининг-тест, чтобы определить потенциальные опухоли из клеток Гюртля для дальнейшего хирургического удаления и гистологического уточнения диагноза

Фолликулярная опухоль из клеток Гюртля





Дифференциальная диагностика опухолей из клеток Гюртля

- Гиперплазия клеток Гюртля при многоузловом зобе и АИТ – «чистую» популяцию В-клеток можно интерпретировать как AUS
- Папиллярный рак, медуллярный рак, опухоли паращитовидной железы (указать в заключении диф. диагноз)



IV Рекомендации

- Хирургическое удаление, чаще всего гемитиреоидэктомия или лобэктомия



V Подозрение на злокачественную опухоль

- Подозрение на папиллярный рак
- Подозрение на медуллярный рак
- Подозрение на метастатический рак
- Подозрение на лимфому
- Другое



V Подозрение на злокачественную опухоль

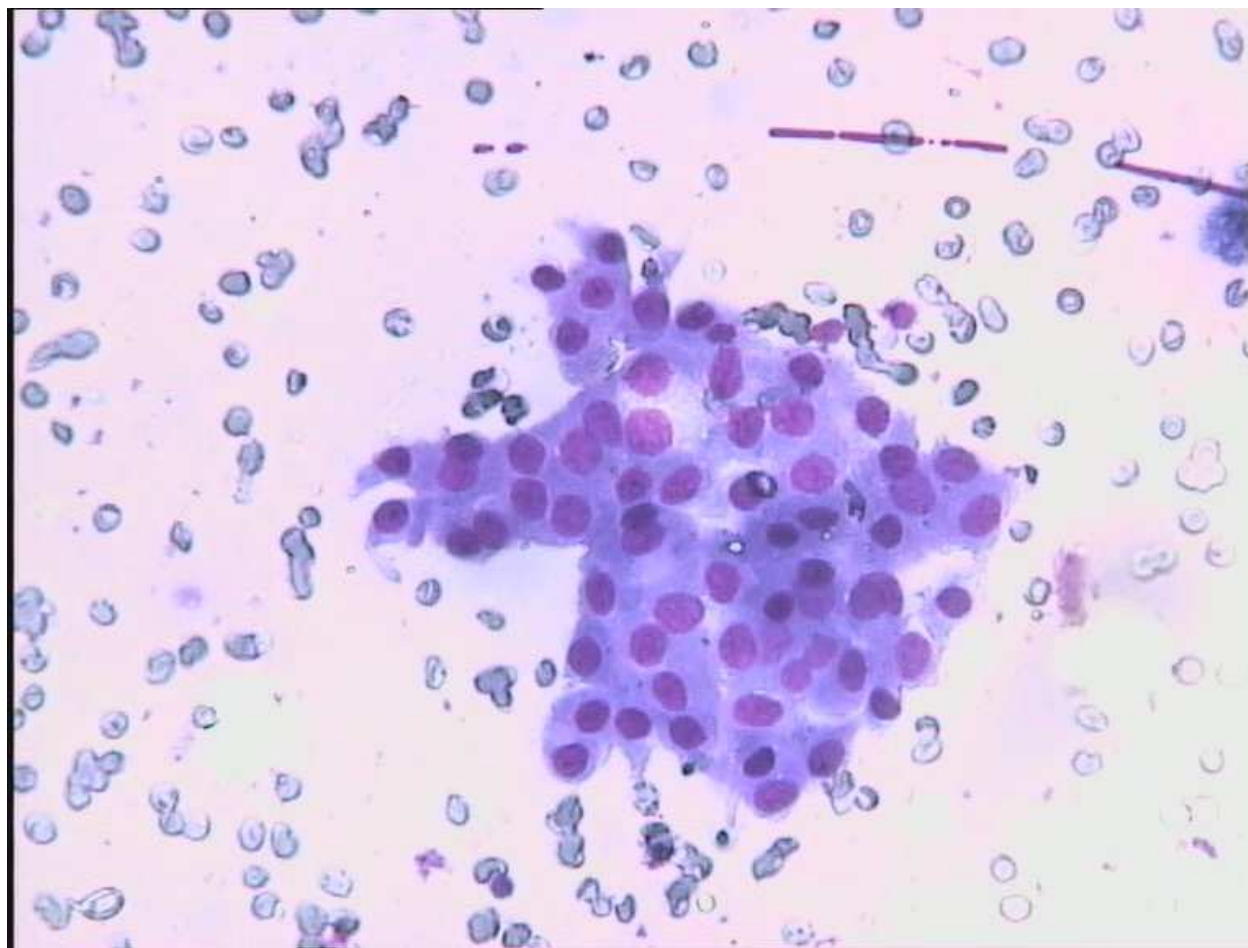
- Цель выделения «подозрительной» категории из группы «злокачественных опухолей»: сохранить высокую информативность цитологической диагностики последней группы, предотвратив негативное влияние общей чувствительности метода
- Менее определенный диагноз дает клиницистам возможность применения менее радикального хирургического вмешательства с интраоперационным исследованием



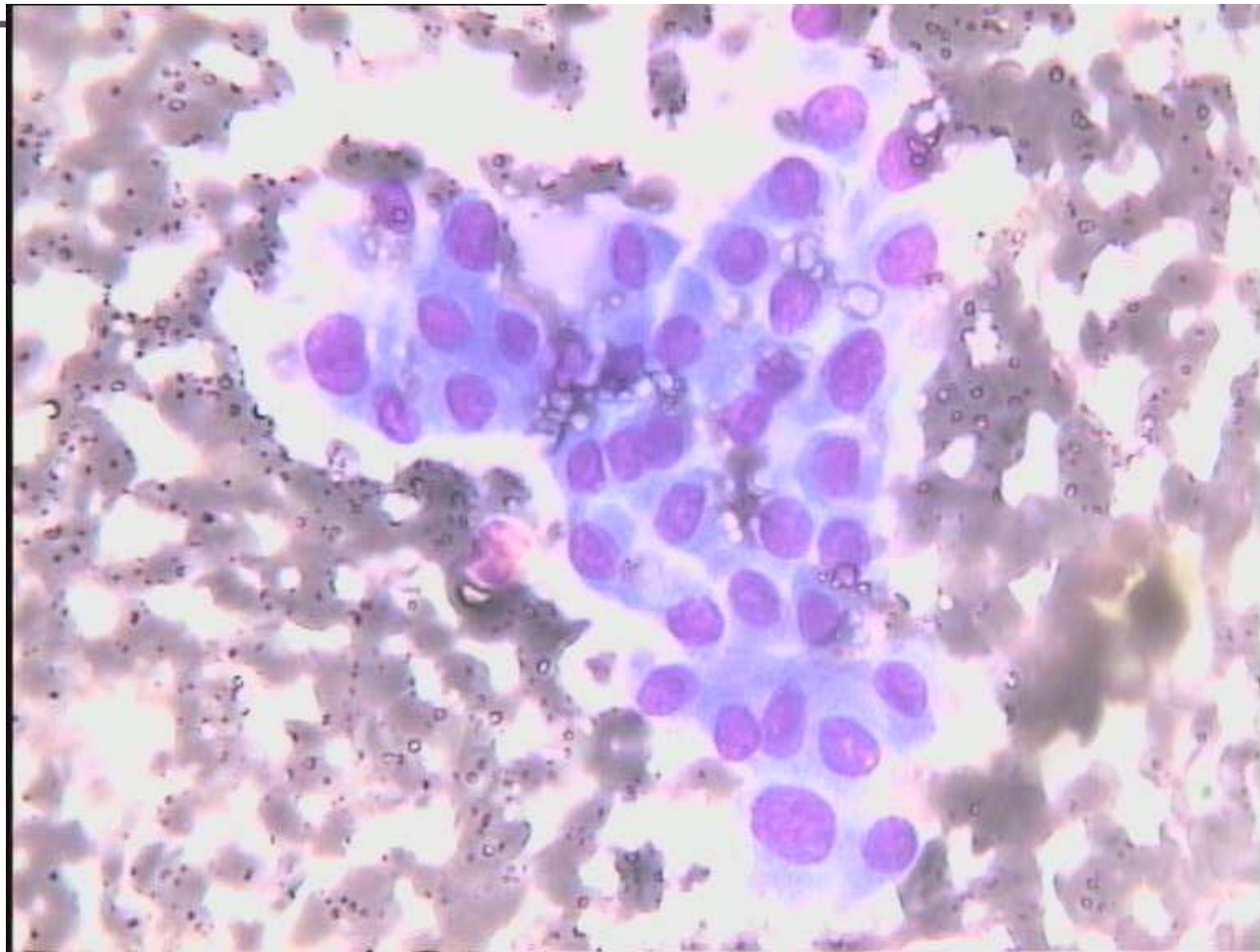
Подозрение на злокачественную опухоль

- Признаки злокачественности подозрительные, но недостаточные для определенного диагноза, часть признаков отсутствует, либо они неоднозначны
- Случаи, подозрительные в плане фолликулярных и гюртлеклеточных опухолей исключены из данной категории

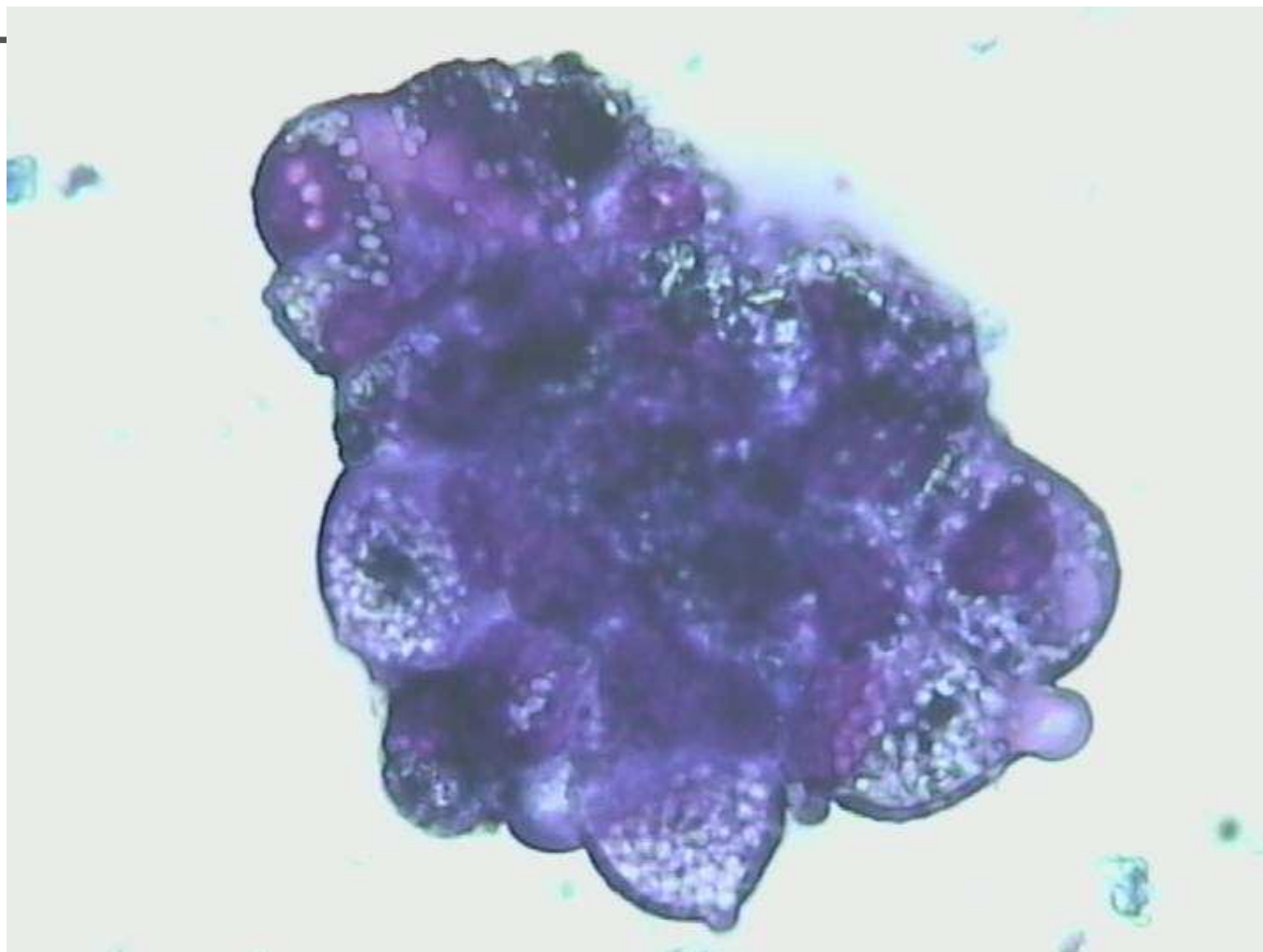
Подозрение на папиллярный рак



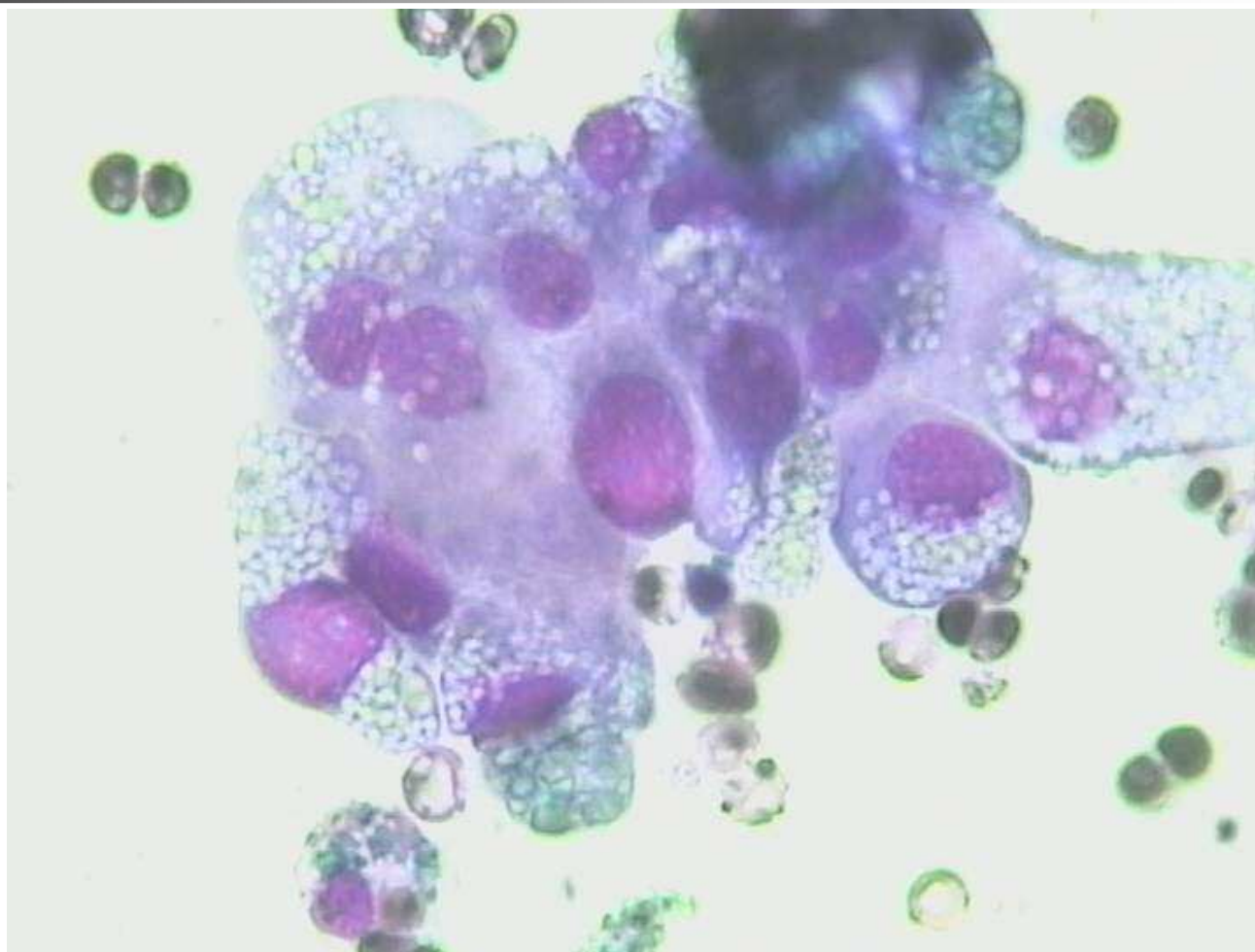
Подозрение на папиллярный рак



Подозрение на папиллярный рак



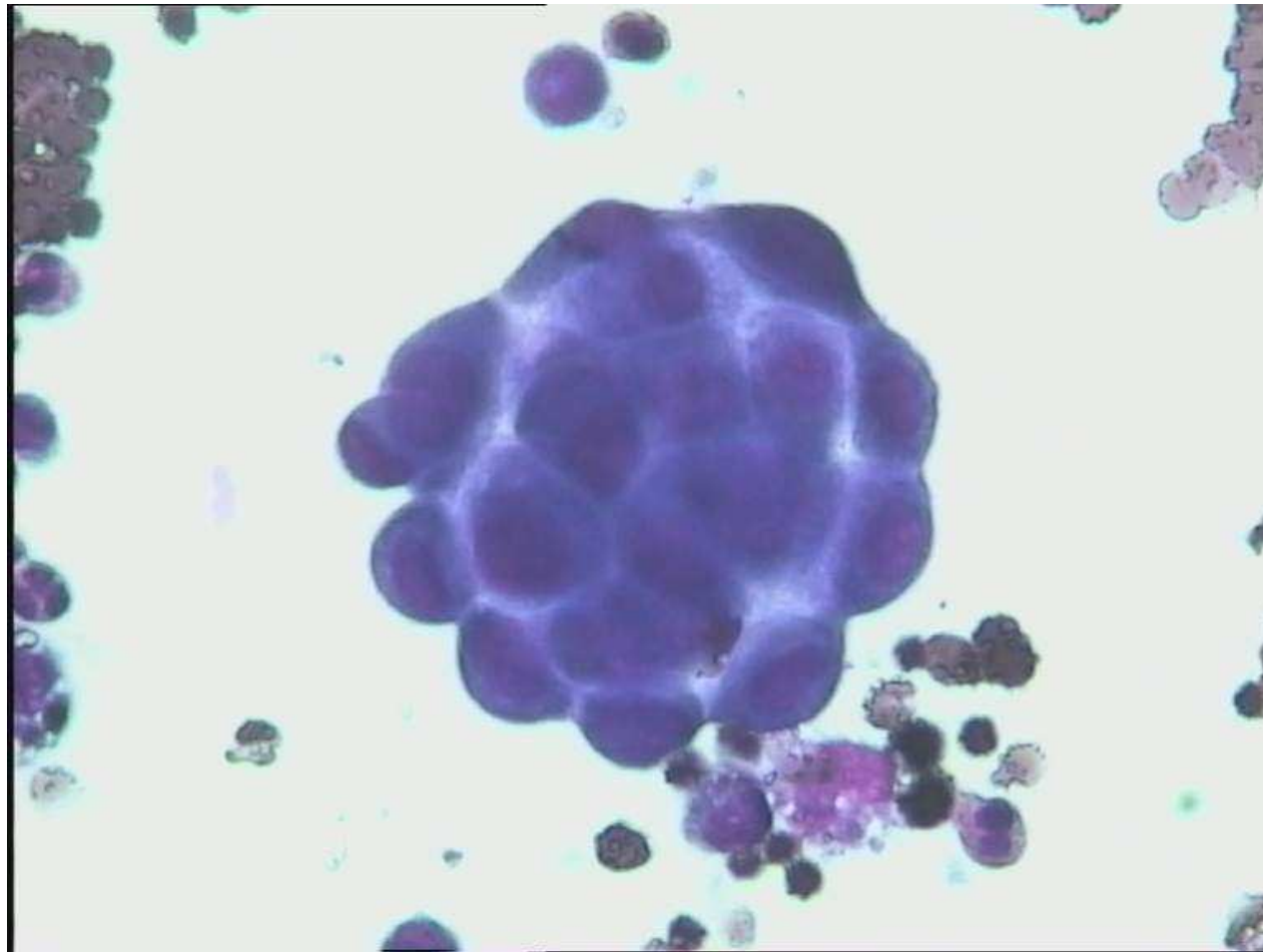
Подозрение на папиллярный рак



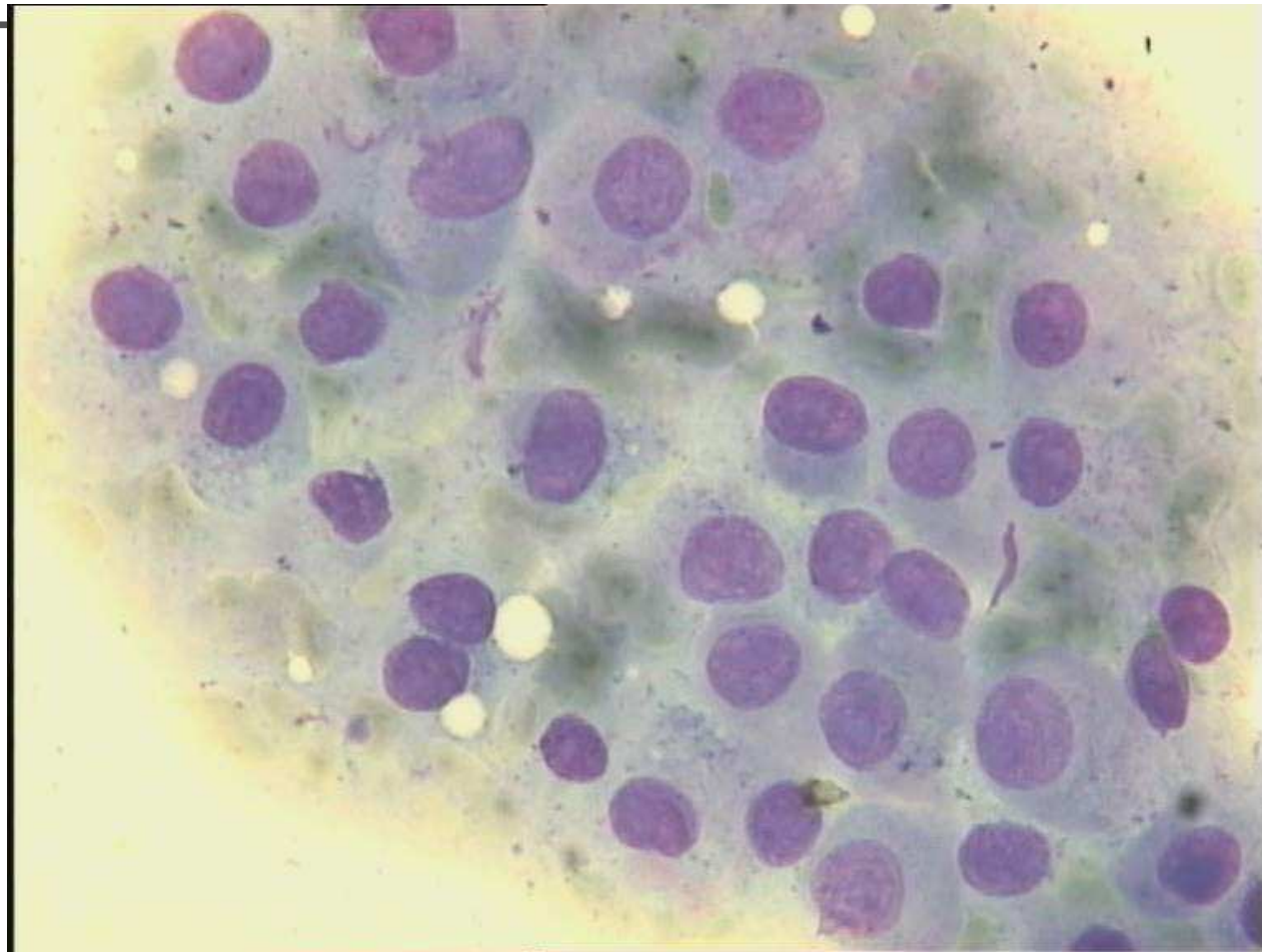
Подозрение на папиллярный рак



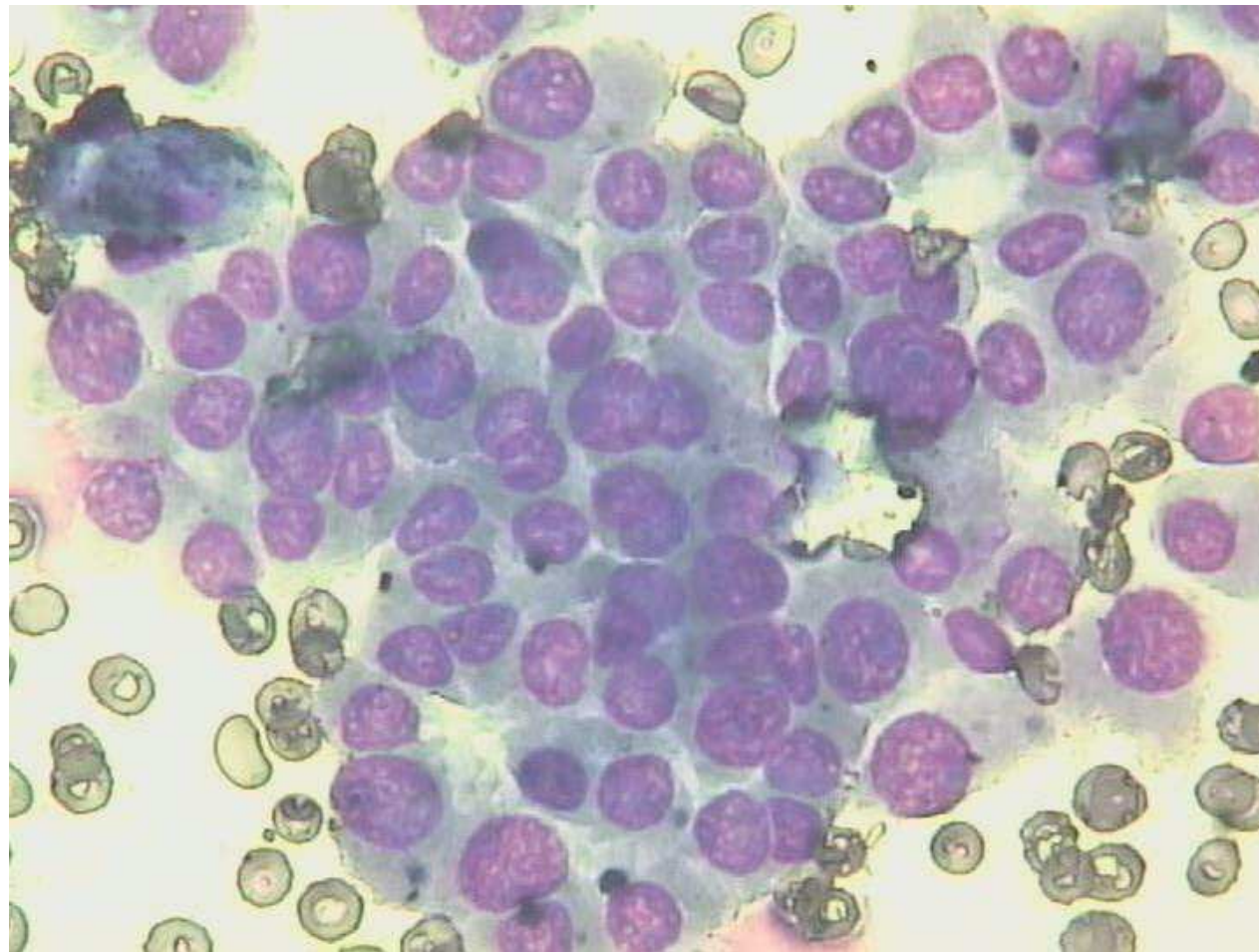
Подозрение на папиллярный рак



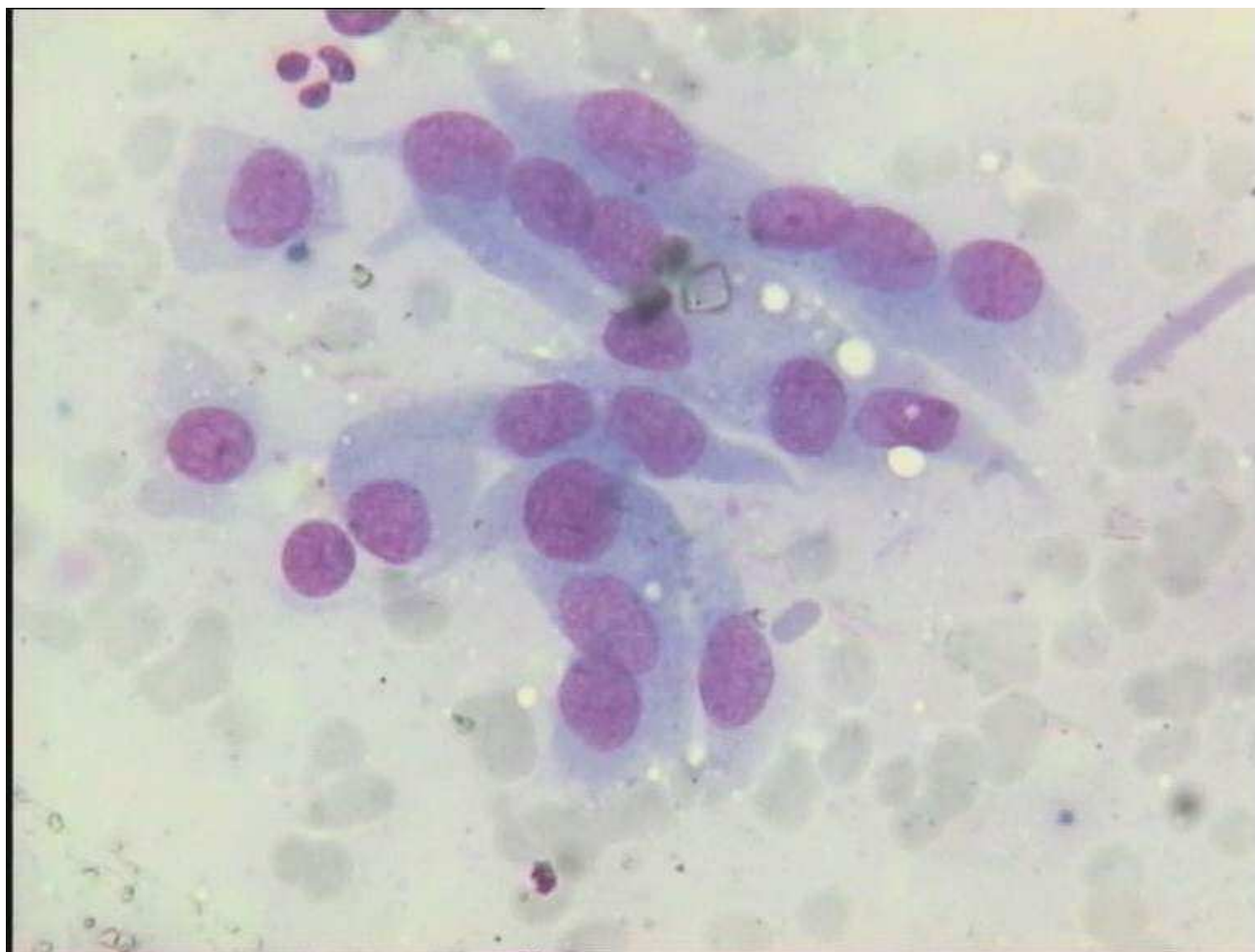
Подозрение на медуллярный рак



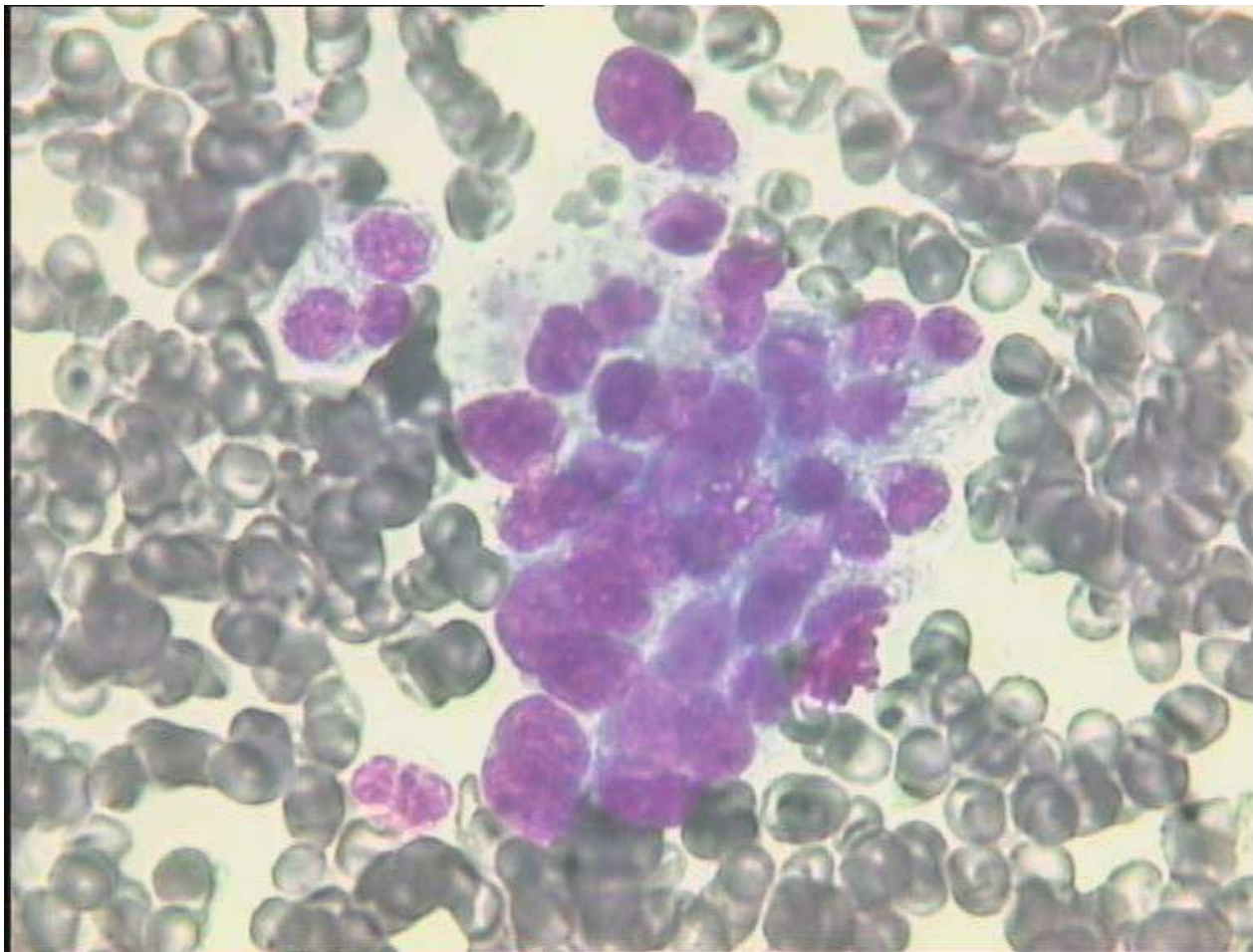
Подозрение на медуллярный рак



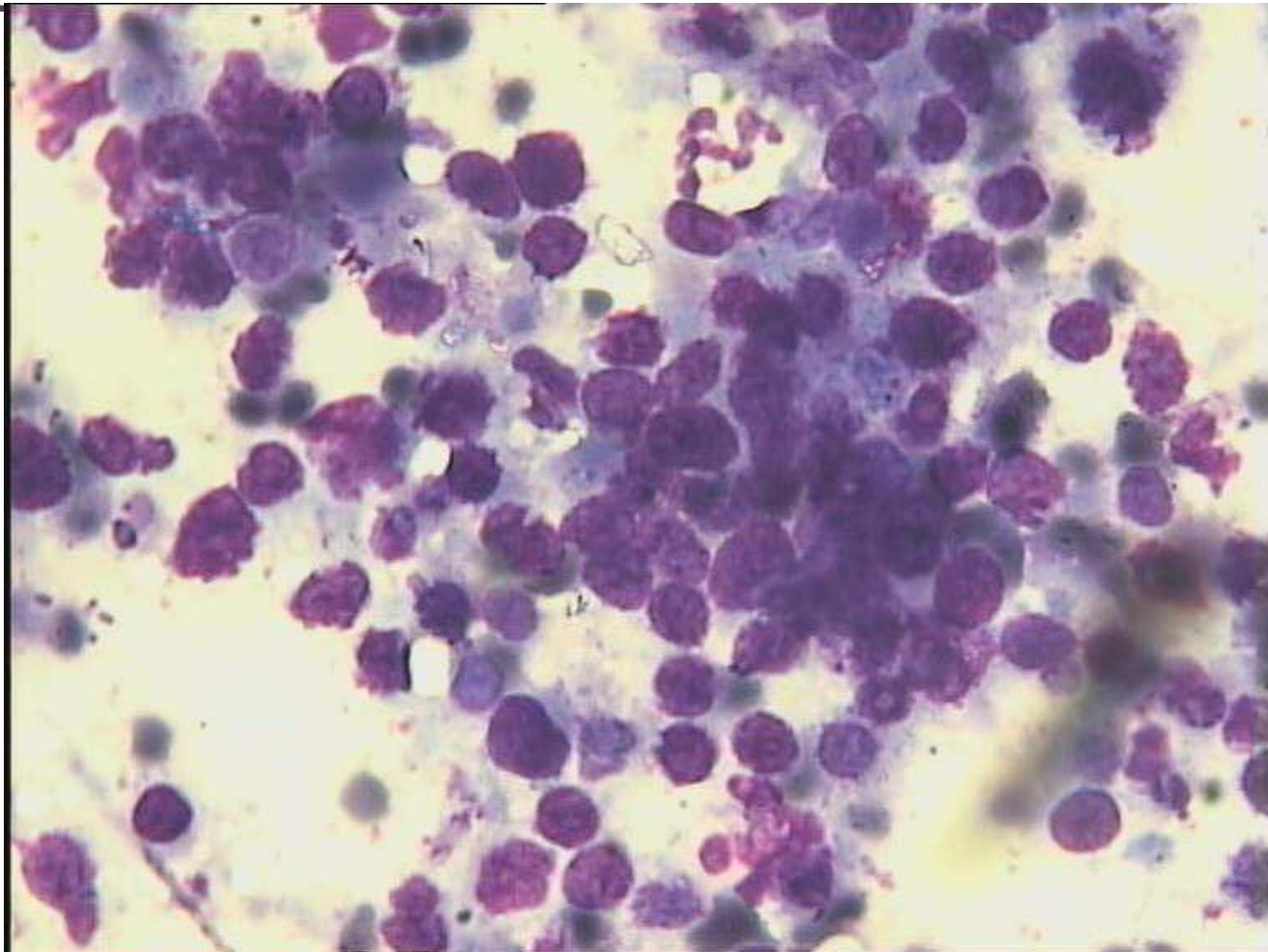
Подозрение на медуллярный рак



Подозрение на рак (без уточнения)



Подозрение на лимфому



V Рекомендации

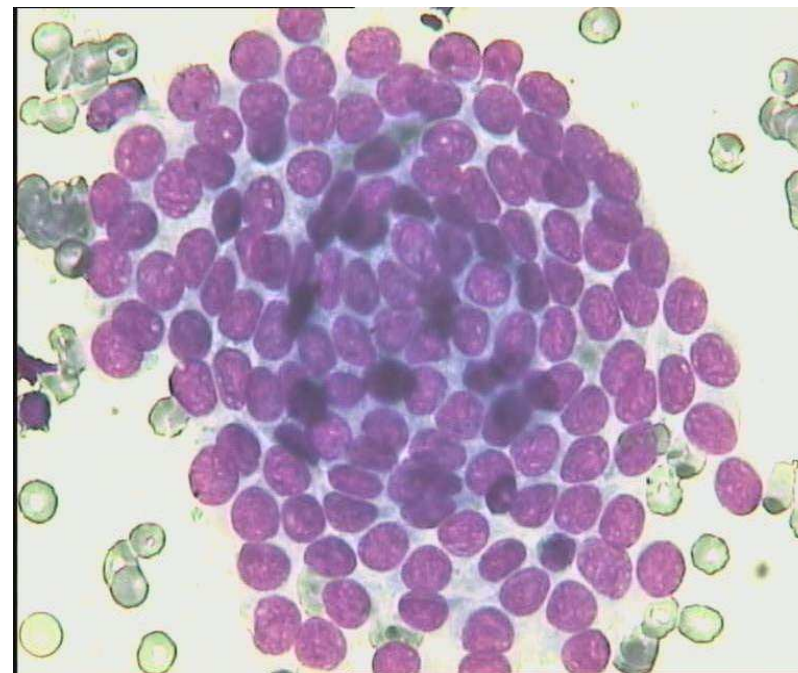
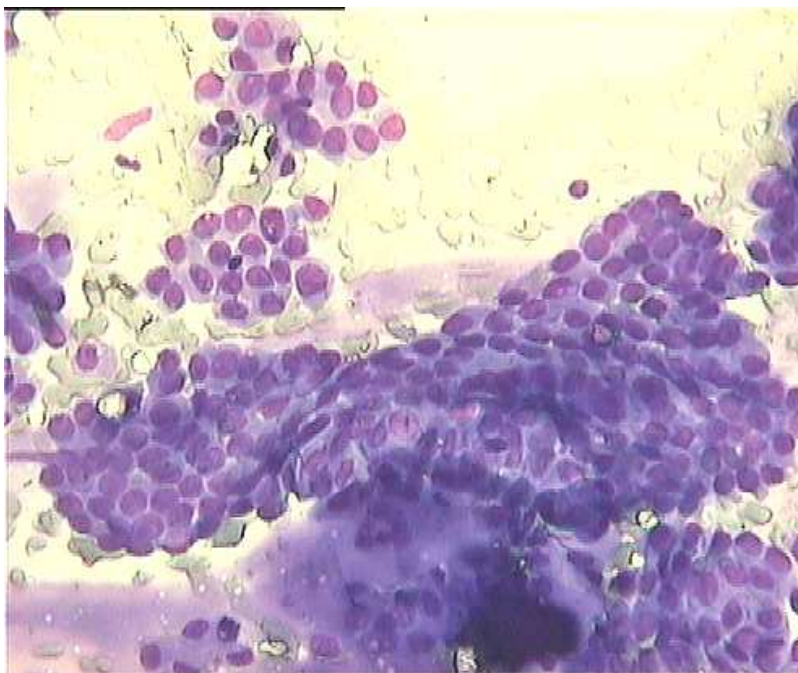
- Риск злокачественности – 60-75%
- Диагноз «Подозрение на папиллярный рак» - показание к хирургическому вмешательству: тотальная тиреоидэктомия или гемитиреоидэктомия
- Интраоперационное исследование замороженных срезов (?) или отпечатков опухоли
- При окончательном гистологическом диагнозе ПР – удаление оставленной ткани щитовидной железы
- Тотальная тиреоидэктомия у пациентов с опухолями больше 4 см
- Исследование сывороточного кальцитонина и исследование иммунореактивности при подозрении на МР или лимфому



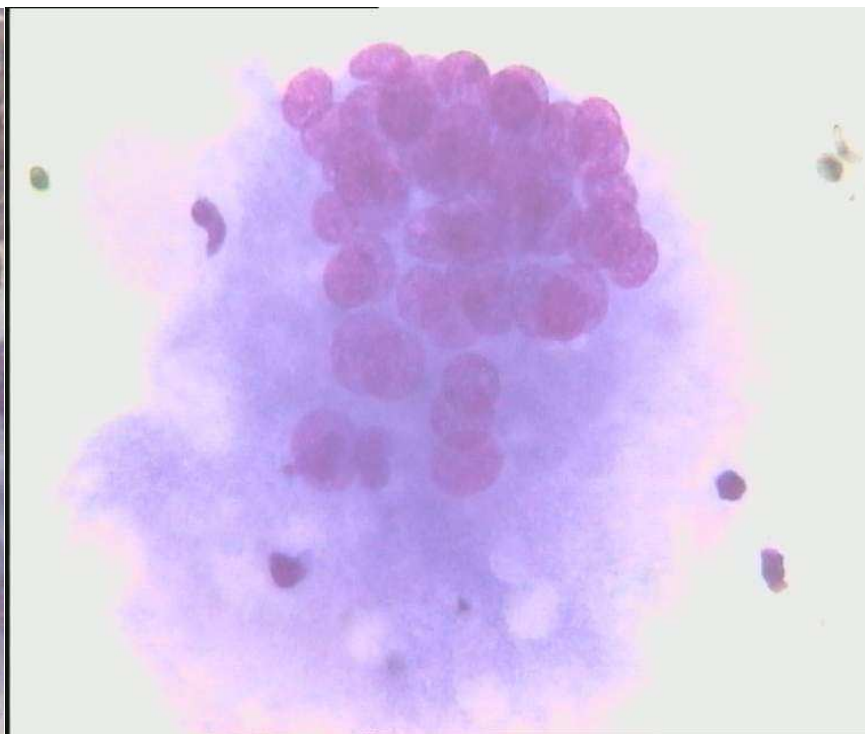
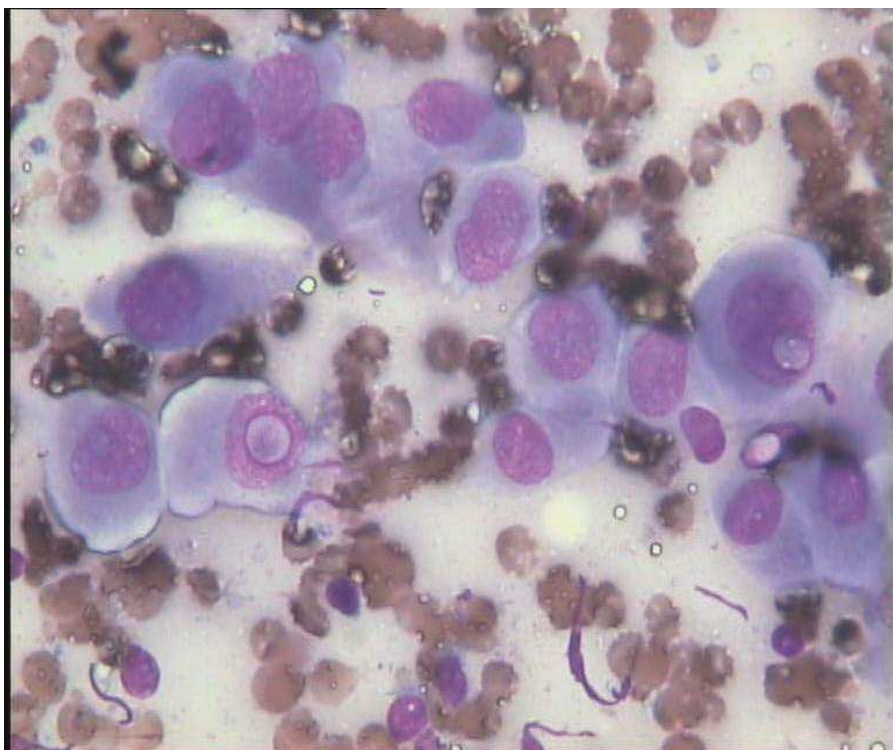
VI Злокачественные опухоли

- Папиллярный рак щитовидной железы
- Медулярный рак щитовидной железы
- Низкодифференцированный рак
- Недифференцированный (анapластический) рак
- Плоскоклеточный рак
- Рак со смешанными признаками
- Метастатический рак
- Неходжкинская лимфома
- Другое

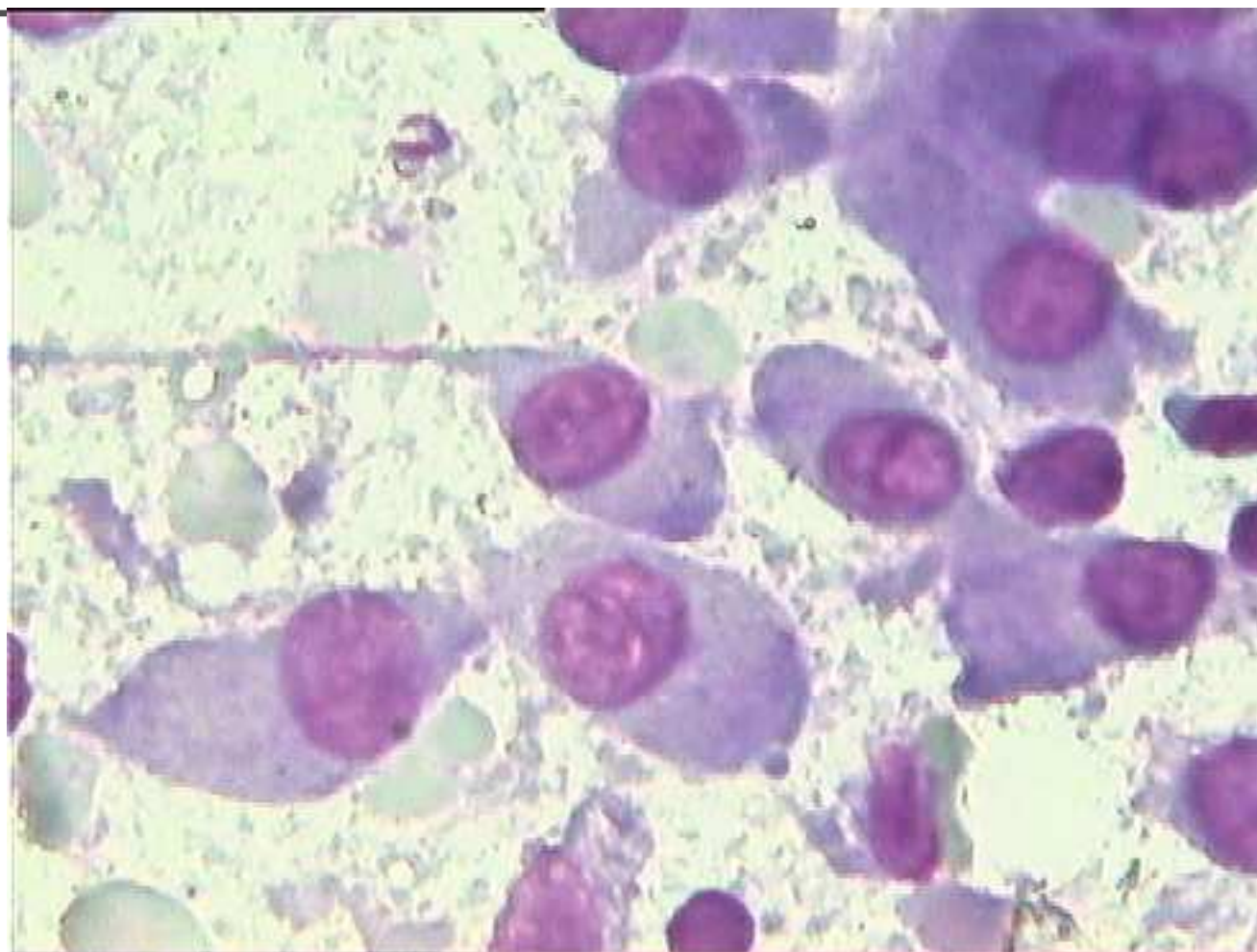
Папиллярный рак



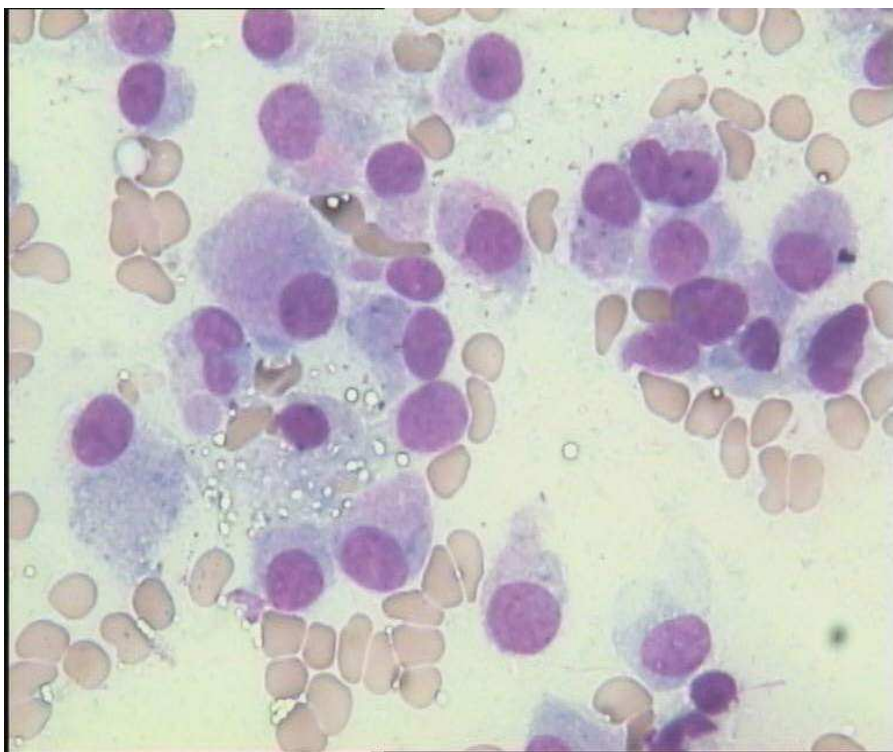
Папиллярный рак



Папиллярный рак, вариант из высоких клеток

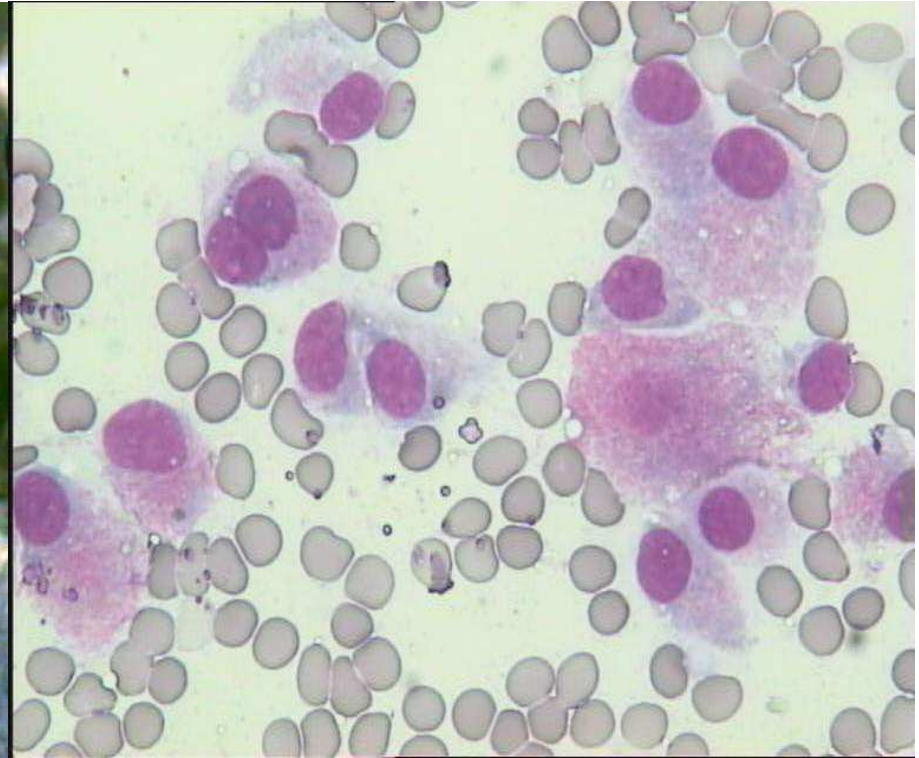
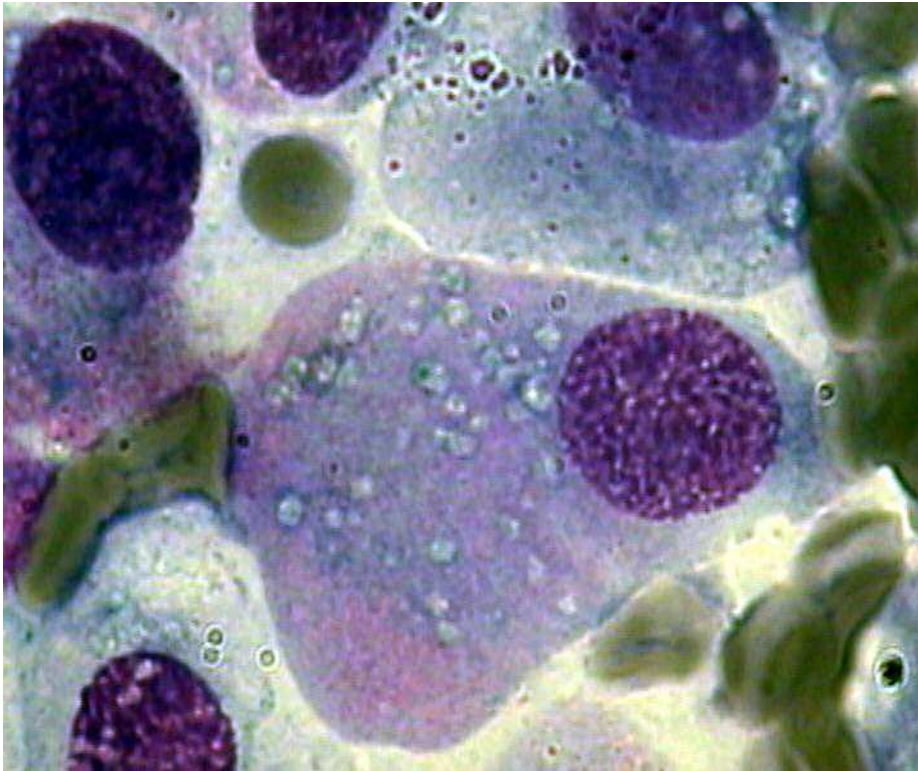


Медуллярный рак

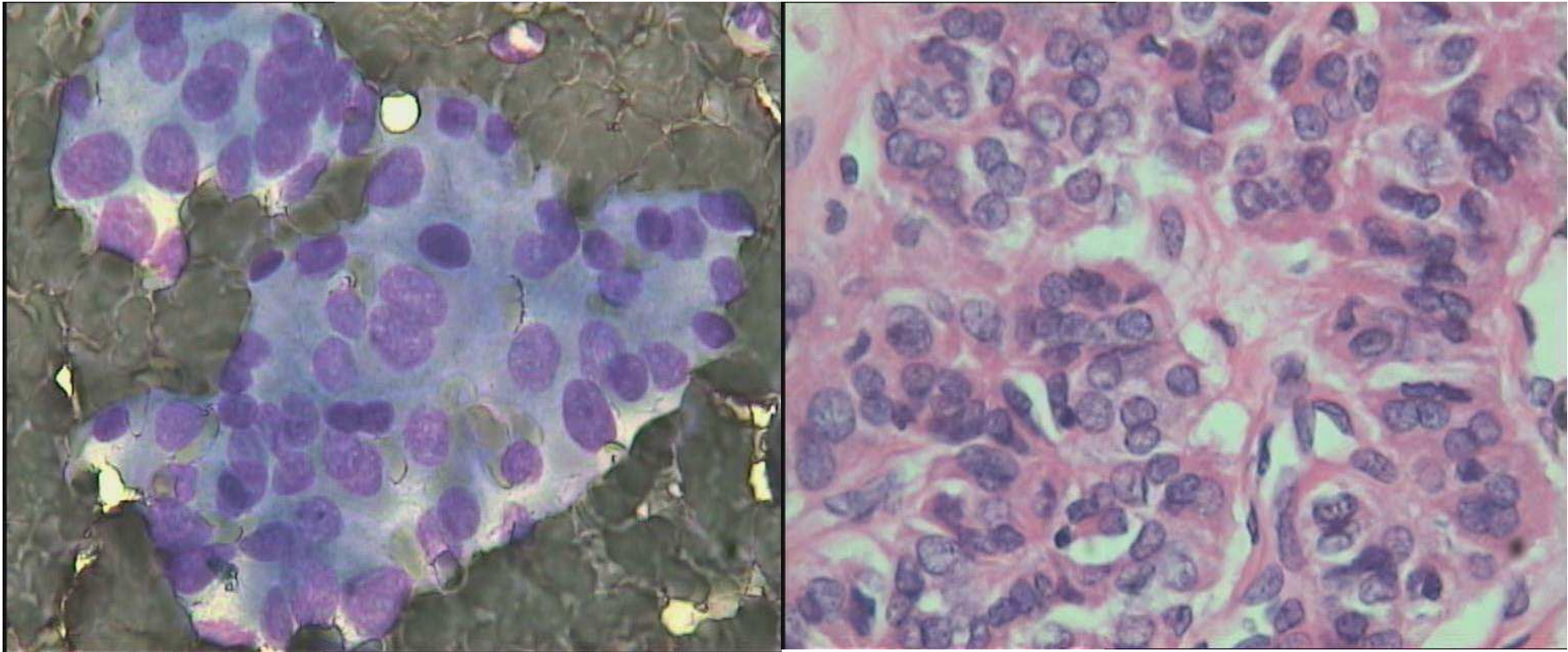




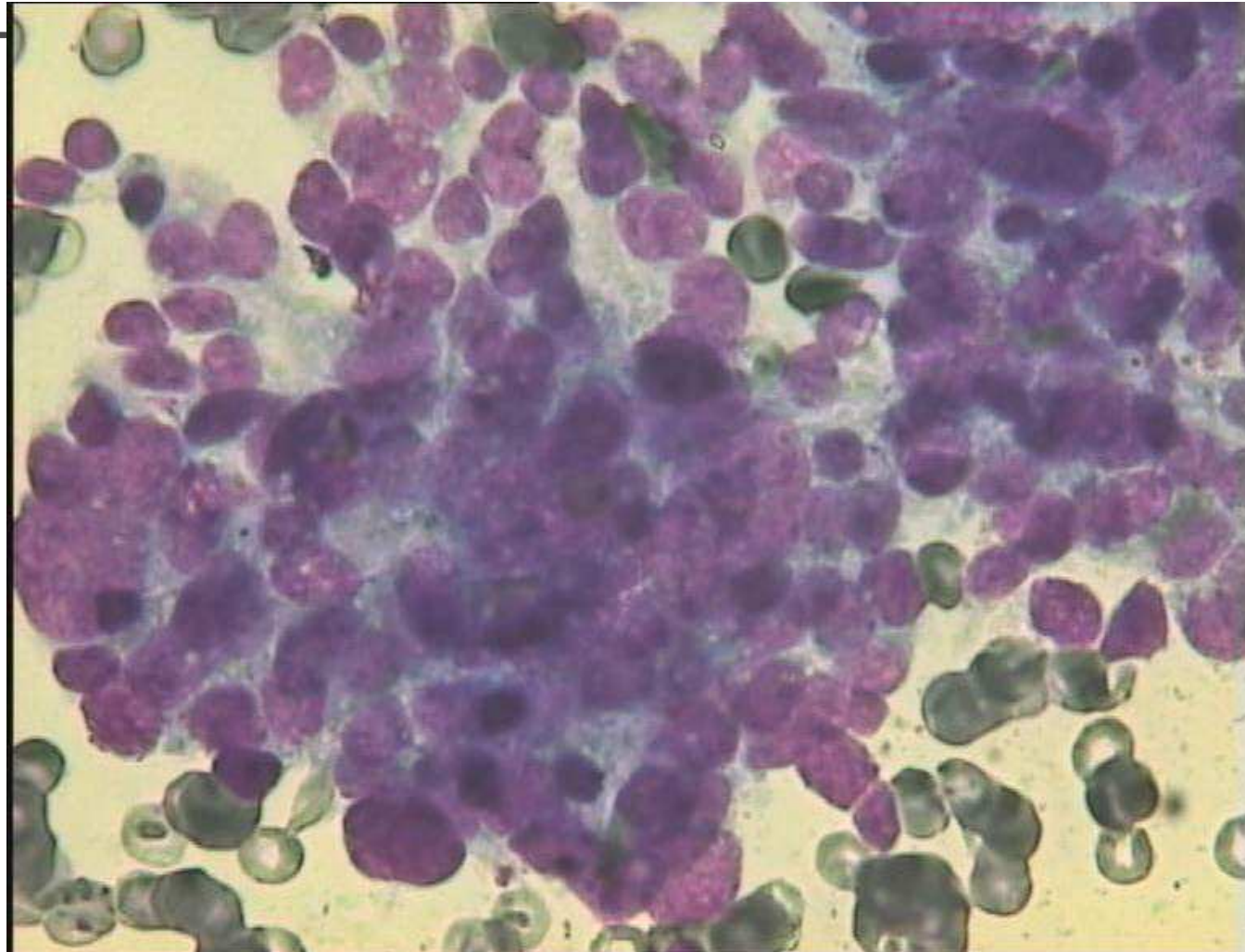
Медуллярный рак



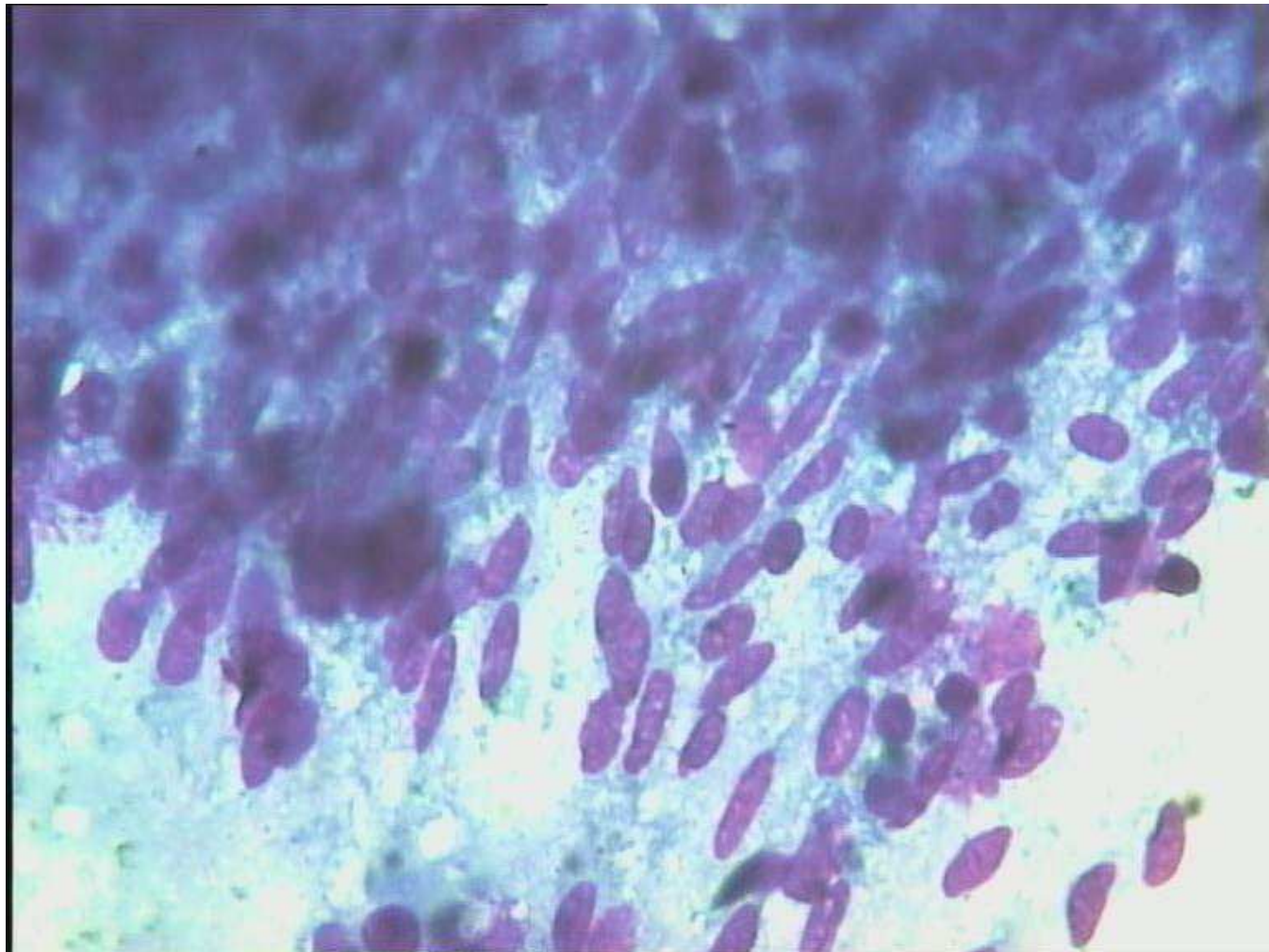
Низкодифференцированный рак щитовидной железы



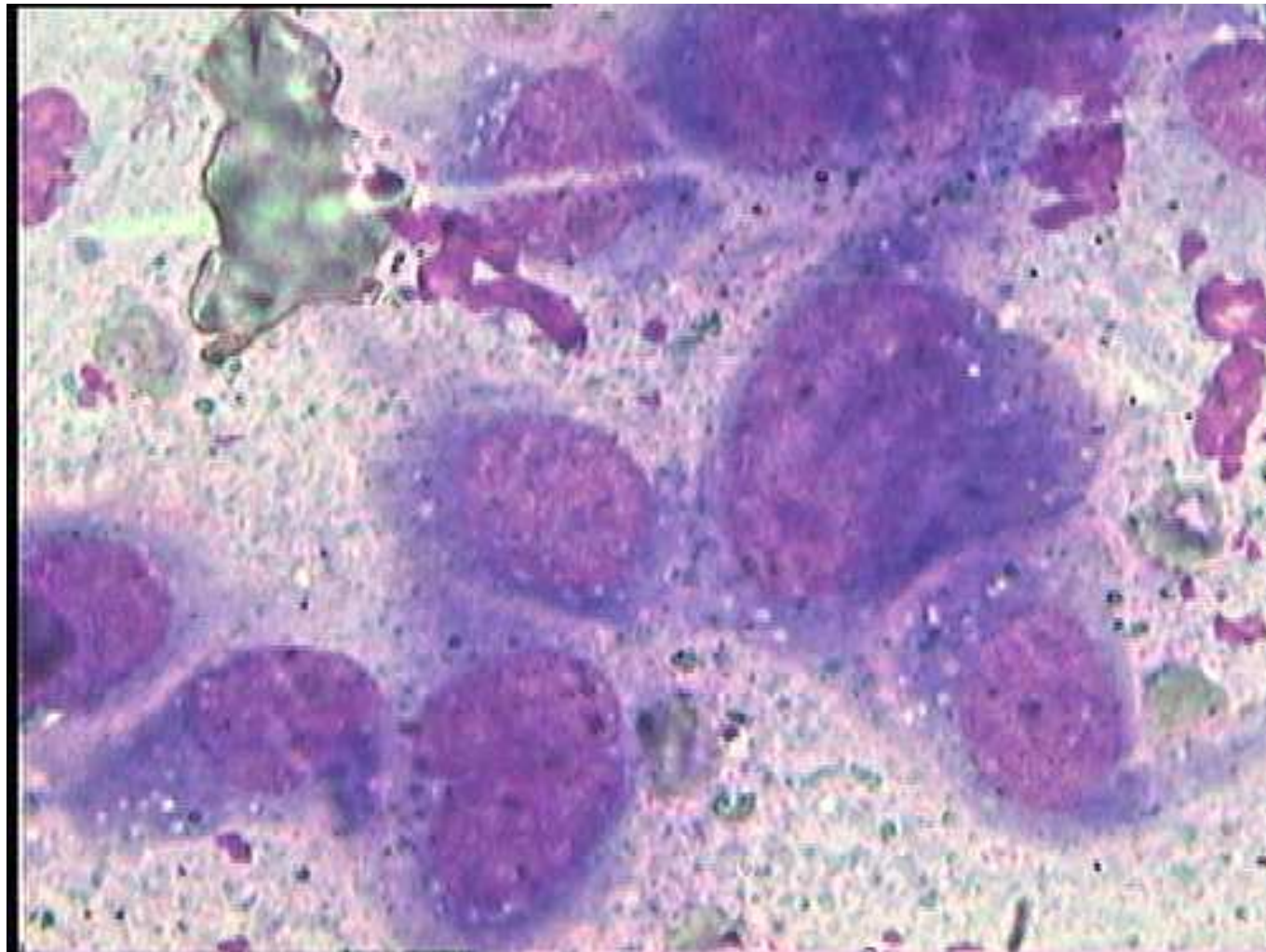
Низкодифференцированный рак щитовидной железы



Недифференцированный (анапластический) рак щитовидной железы



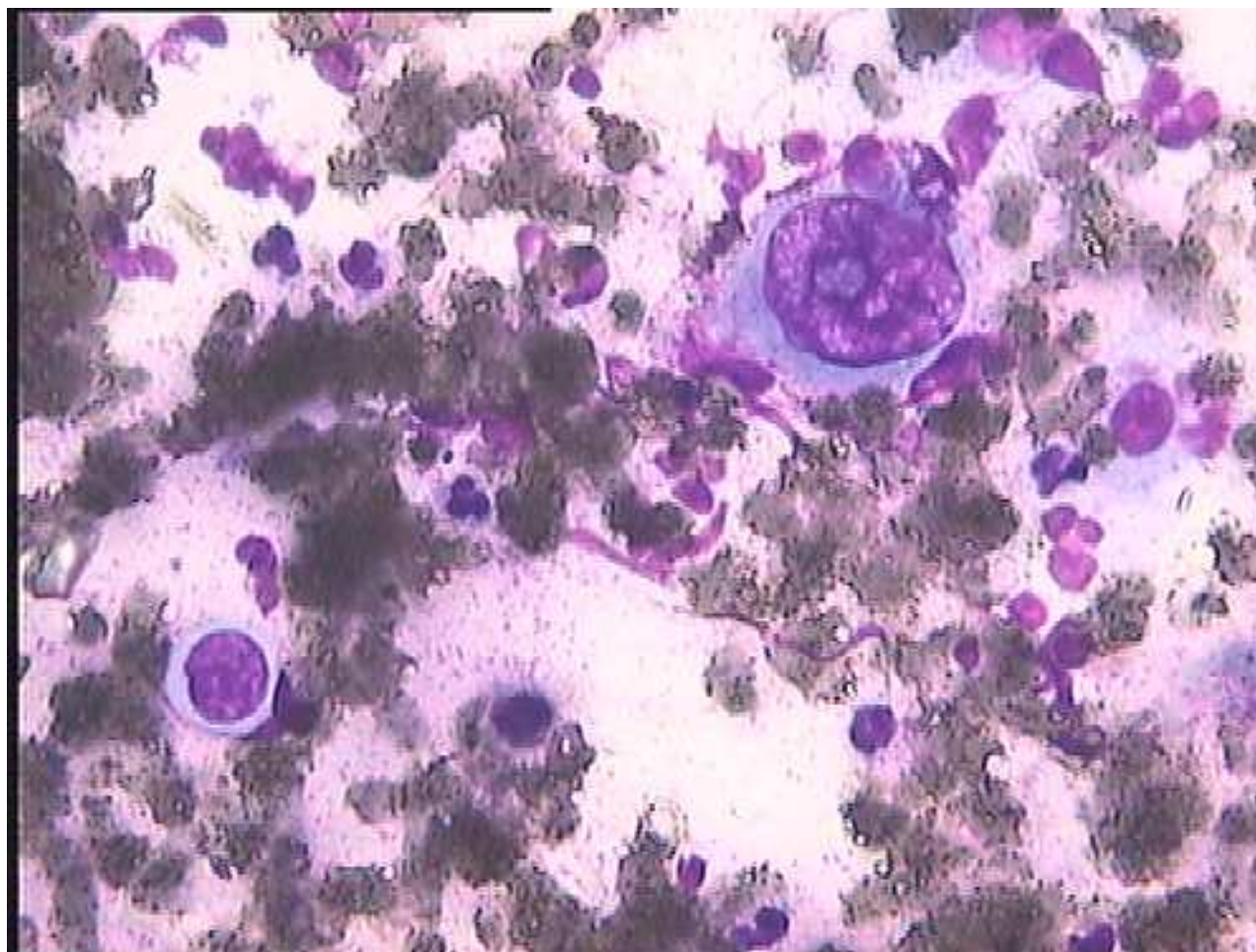
Недифференцированный (анapластический) рак щитовидной железы



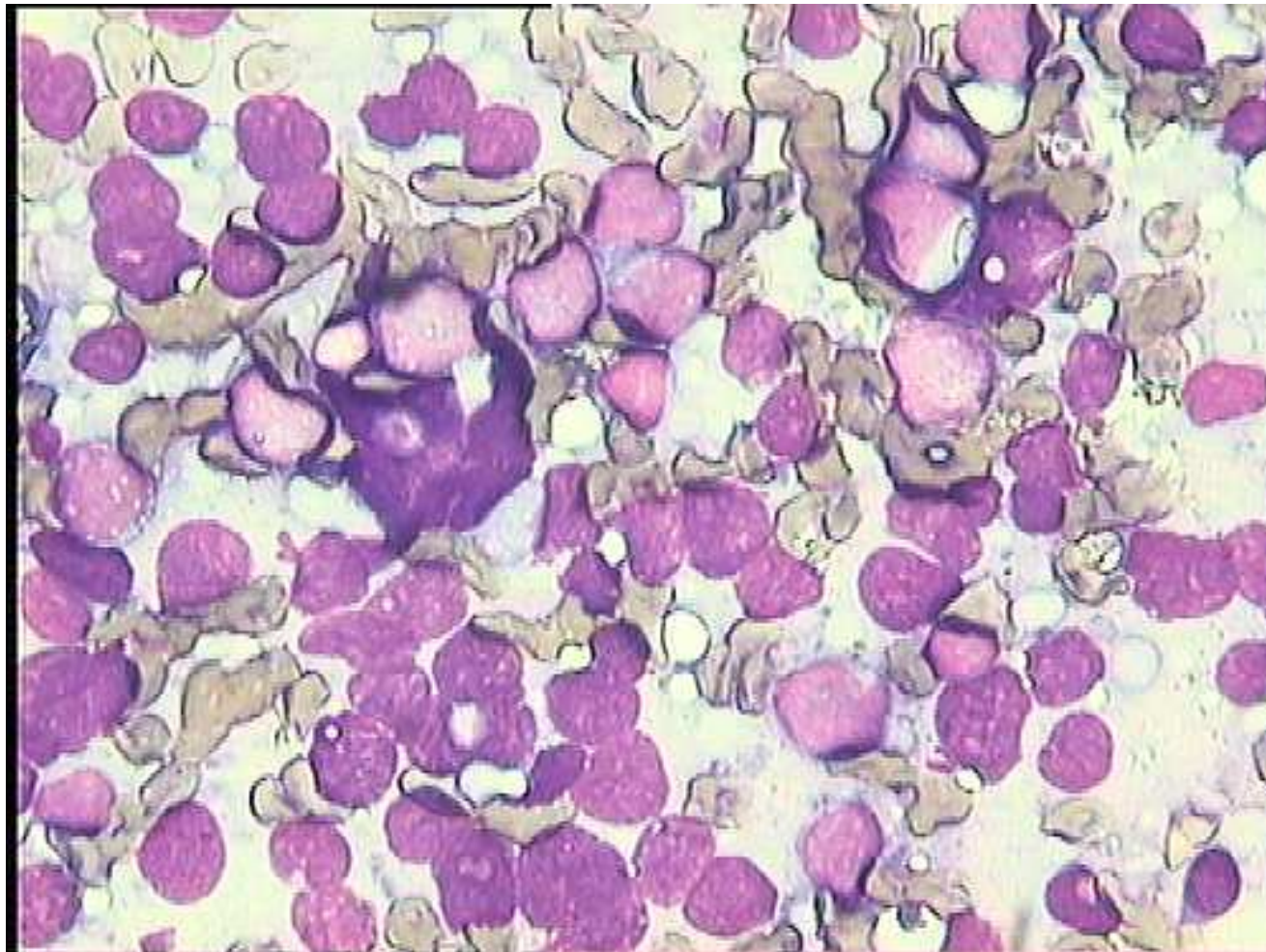
Плоскоклеточный рак щитовидной железы



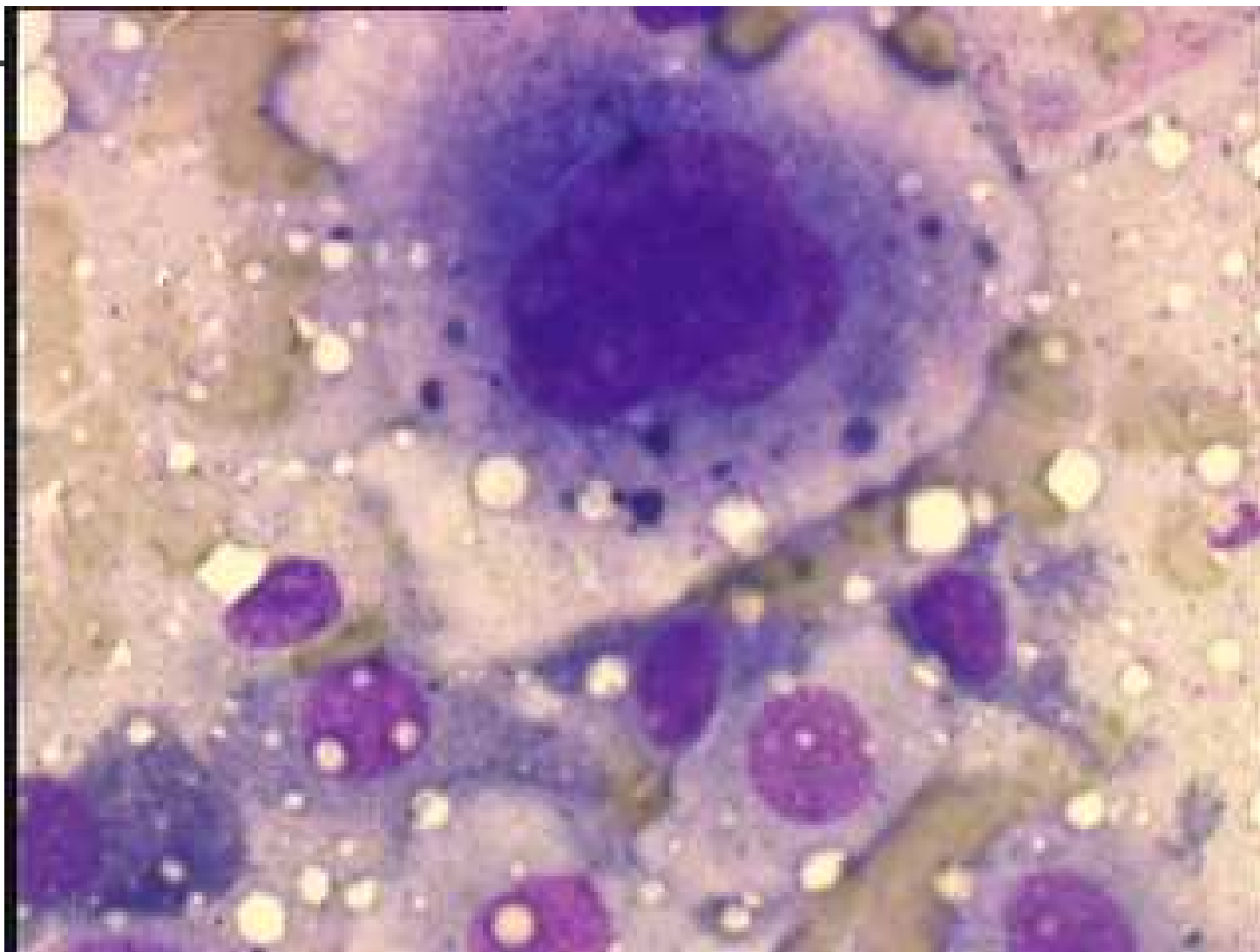
Плоскоклеточный рак щитовидной железы



Злокачественная лимфома щитовидной железы



Метастаз меланомы в щитовидную железу

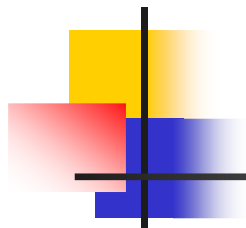




Рекомендации

- Тотальная или субтотальная тиреоидэктомия – папиллярный рак
- Тотальная экстракапсулярная тиреоидэктомия – медуллярный рак
- Тиреоидэктомия + радиоiodтерапия/химиотерапия – низкодифференцированный, анапластический, плоскоклеточный рак





СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!