

细针穿刺细胞学检查对小儿甲状腺疾病的诊断价值

李萍¹,任玉波²,战美丽³

(聊城市人民医院 1. 儿科; 2. 细胞病理室,山东 聊城 252000; 3. 聊城市第二人民医院儿科,山东 聊城 252600)

[中图分类号] R581;R446.8 [文献标识码] D [文章编号] 1008—8830(2004)04—0337—02

自1992年7月至2001年12月对262例小儿甲状腺肿大性疾病进行了非抽吸穿刺细胞学检查,其中资料完整的124例,现总结如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

1992年7月至2001年12月共对262例小儿甲状腺肿大性疾病进行了非抽吸穿刺细胞学检查,其中有术后病理诊断对照者14例,经临床治疗随访证实者110例,共计124例。门诊病人115例,住院病人9例。男35例,女109例。年龄2~14岁,平均11.5岁。其中≤3岁2例,3~6岁9例,7~14岁113例。

1.2 临床表现

有甲状腺机能亢进症状者13例,甲状腺功能低下表现者4例,余无明显症状。单纯弥漫性肿大106例,伴结节者18例。甲状腺Ⅰ度肿大79例,Ⅱ度肿大38例,Ⅲ度肿大7例。甲状腺质地软78例,质韧35例,质硬11例。

1.3 甲状腺B超

甲状腺均呈弥漫性肿大106例,弥漫性肿大伴结节8例,单纯结节性肿大10例。结节大小为0.3~1.7 cm,其中单结节15例,多结节3例。

1.4 实验室检查

T₃和/或T₄升高、TSH降低16例,T₃、T₄降低、TSH升高6例,余在正常范围(正常值T₃ 0.9~2.2 ng/ml, T₄ 57~120 ng/ml, TSH 0.6~4.0 μIU/L。抗甲状腺球蛋白抗体(TGAb)阳性18

例,抗甲状腺微粒体抗体(TMAb)阳性16例,其中TGAb、TMAb均阳性15例。

1.5 穿刺方法

确认无出血倾向,仔细检查甲状腺,选择穿刺部位,患儿仰卧,肩部垫枕,头后仰,或坐位头后仰,充分暴露甲状腺,常规消毒皮肤,不需麻醉。采用7号注射针头,左手拇指或食指固定并适度压迫穿刺部位,右手拇、食指持针,穿刺点与皮肤呈45度角进针,使针尖保持在病变范围内,反复快速提插旋转穿刺,当从针头后孔看到组织液溢出时迅速拔针,用干燥空注射器把组织液推到玻璃片上,将组织液涂平,制片1张,立即用95%酒精湿固定,HE染色,光镜下观察。伴结节者在弥漫肿大区和结节区分别穿刺涂片^[1]。

1.6 细胞学诊断

按照Lowhagen^[2]方案,细胞学诊断分四类:良性、恶性、可疑恶性和标本不足。其中良性分为单纯性甲状腺肿,含先天性激素生成不良性甲状腺肿、桥本甲状腺炎、亚急性甲状腺炎、急性化脓性甲状腺炎和弥漫性毒性甲状腺肿;恶性分为乳头状癌和髓样癌;可疑恶性为滤泡性肿瘤。以术后病理诊断和治疗随访结果为对照,回顾性复习124例细胞学资料。

2 结果

2.1 术后病理诊断与治疗随访结果

124例中,单纯性甲状腺肿77例,桥本甲状腺炎17例,亚急性甲状腺炎6例,急性化脓性甲状腺炎2例,弥漫性毒性甲状腺肿11例,先天性激素生成不良性甲状腺肿1例,滤泡性腺瘤5例,乳头状癌

[收稿日期] 2003—08—26; [修回日期] 2003—11—20
[作者简介] 李萍(1963—),女,大学,副主任医师。主攻方向:小儿内分泌、遗传代谢病。

4例,髓样癌1例。

2.2 细胞学诊断

124例中,77例单纯性甲状腺肿大患儿细胞学诊断为单纯性甲状腺肿75例,诊断正确者74例,正确率为96.1%(74/77),误诊为桥本甲状腺炎1例,弥漫性毒性甲状腺肿2例;诊断桥本甲状腺炎17例,诊断正确者15例,正确率88.2%(15/17),误诊为单纯性甲状腺肿和弥漫性毒性甲状腺肿各1例;诊断亚急性甲状腺炎6例,诊断正确率100%;诊断急性化脓性炎2例,正确率100%;诊断弥漫性毒性甲状腺肿11例,诊断正确者10例,正确率90.9%(10/11),误诊为桥本甲状腺炎1例;诊断可疑先天性激素生成不良性甲状腺肿1例,正确率100%;诊断滤泡性肿瘤5例,正确率100%;诊断乳头状癌4例,正确率100%;诊断髓样癌1例,正确率100%。124例甲状腺病变细胞学诊断总正确率95.2%。

3 讨论

小儿甲状腺肿大病因繁多,临床表现无特异性,B超、CT、同位素、甲状腺功能及抗体检查难以确定诊断,细针穿刺细胞学检查是最好的诊断方法之一。细针穿刺细胞学检查不仅能区别甲状腺结节的良恶性,还能诊断弥漫性甲状腺疾病,具有敏感性高、特异性强和诊断准确快速等优点^[3,4]。我们的体会是细针穿刺细胞学检查对小儿甲状腺恶性肿瘤、桥本甲状腺炎、急性化脓性甲状腺炎和亚急性甲状腺炎的诊断特异性强,与成人无差异;对小儿单纯性甲状腺肿和弥漫性毒性甲状腺肿的诊断优于成人,原因可能是小儿甲状腺病变病史短,几乎不发生继发性改变,细胞学表现较单纯,易于正确诊断。本组124例中细胞学诊断准确率为95.2%。部分病例诊断错误的原因可能为:①小儿合作不好,甲状腺病变较小,穿刺难度大,涂片质量较差,影响细胞学的正确解释;②小儿单纯性甲状腺肿常见功能旺盛细胞团,容易误诊为弥漫性毒性甲状腺肿。

小儿甲状腺肿瘤、急性化脓性甲状腺炎、亚急性甲状腺炎和先天性激素生成不良性甲状腺肿特征突出,易于诊断。

单纯性甲状腺肿、弥漫性毒性甲状腺肿和桥本

甲状腺炎三者之间容易混淆,需要鉴别。

小儿单纯性甲状腺肿或为生理性肿大,或为结节性甲状腺肿的增生期,其细胞学涂片中常见功能旺盛细胞团,容易误诊为弥漫性毒性甲状腺肿,而弥漫性毒性甲状腺肿穿刺不良时细胞团小,形态不典型,也可误诊为单纯性甲状腺肿。其区别是单纯性甲状腺肿的滤泡细胞团普遍较小,常见单个散在或三五成群的滤泡细胞,细胞核小深染,胞浆宽,核间距较宽,背景胶质丰富,常见浓缩胶质滴。而后者细胞团大,核大,有小核仁,核间距窄,呈蜂窝状排列,背景胶质稀薄,常见淋巴细胞和淋巴细胞团。

小儿单纯性甲状腺肿常见单个散在的滤泡细胞,其核小深染,裸核状,似淋巴细胞,穿刺不良可误诊为桥本甲状腺炎。反之,桥本甲状腺炎穿刺不良时可把单个散在的淋巴细胞解释为滤泡细胞,误诊为单纯性甲状腺肿,提高穿刺技术,穿刺不良的涂片不诊断,可避免误诊。

弥漫性毒性甲状腺肿的涂片中常见淋巴细胞,穿刺不良或淋巴细胞较多时可误诊为桥本甲状腺炎。而小儿桥本甲状腺炎的滤泡细胞通常增生较活跃,几乎不发生嗜酸性变,易误诊为弥漫性毒性甲状腺肿。应仔细观察淋巴细胞与滤泡细胞的比例以及滤泡细胞的破坏程度,不易鉴别者建议诊断为毒性甲状腺肿伴桥本甲状腺炎或桥本甲状腺炎伴毒性甲状腺肿^[5]。

〔参 考 文 献〕

- [1] 任玉波,吴立成,解建军,马青松. 针吸细胞学检查对甲状腺乳头状癌的诊断价值[J]. 诊断病理学杂志,1999,6(1):16—18.
- [2] Lowhagen T, Willems JS, Lundell G, Sundblad R, Granberg PO. Aspiration biopsy cytology in diagnosis of thyroid cancer[J]. World J Surg, 1981, 5(1): 61—73.
- [3] 陈洁,华光楷,张爱民,胡友生. 少年结节性甲状腺肿3例报告[J]. 中国实用儿科杂志,1998,13(1):24.
- [4] 高莉莉,方先勇. 细针吸取细胞学检查在儿童甲状腺炎诊断中的应用[J]. 中国当代儿科杂志,2001,3(1):17—19.
- [5] 任玉波,付静,李世雪. 细针活检细胞学检查对自身免疫性甲状腺疾病的诊断价值[J]. 中国实验诊断学,1998,2(4):248—249.

(本文编辑:吉耕中)