

## Souhrn

1. V literatuře deklarovanou a v našem materiálu zachycenou nespolehlivost imunofluorescenčního vyšetření ve srovnání s výsledky IRMA metody lze hodnotit ze dvou hledisek. Nejhorší výsledky (špatná shoda) jsou pozorovány u případů s nízkými pozitivitami na jeden (+) nebo na dva (++) . Vynikající shoda je zjišťována u případů s negativními imunofluorescenčními výsledky (shoda 99,1 % pro thyreoglobulin a 99,3 % pro thyreoperoxidázu). Poměrně dobrá shoda je pozorována u druhé krajnosti, u nejvyšších hodnot imunofluorescenčního vyšetření na tři (+++) a to 83,3 % pro thyreoglobulin a 67,5 % pro thyreoperoxidázu.
2. U případů, kde imunofluorescenční screeningové vyšetření na průkaz antithyreoidních protilátek ( TgAb a TPOAb ) je hodnoceno na jeden (+) nebo na dva (++) , je vhodné imunofluorescenční vyšetření zopakovat po určité době, nebo provést vyšetření kvantitativní metodou jako je IRMA.
3. Malými nároky na přístrojové vybavení je provozování imunofluorescenční detekce možné i na malém pracovišti. Všechny metody závislé na průmyslovém zpracování séra potřebují takové vybavení, že jsou vhodné jen pro velká pracoviště.
4. Cenným rysem imunofluorescenčního vyšetření je jeho flexibilita a operativnost – vyšetření je možno provést jako statimové – nevyžaduje kumulaci požadavků, aby se jako u jiných metodik muselo z hospodárných důvodů čekat na využití celé kapacity testační soupravy.
5. Kromě běžně uplatňovaných požadavků (každodenní zařazování negativní a pozitivní kontroly) je vhodné zajistit hodnocení imunofluorescenčních nálezů (zejména jejich semikvantitativního aspektu) jedním a týmž hodnotitelem.
6. Okolnost, že autoprotilátky neztrácejí vazebnou schopnost ani po týdnu přechovávání při pokojové teplotě, dovoluje řešit problematické případy ( neshoda imunofluorescenčního vyšetření s klinickým stavem a ostatními nálezy) zasláním vzorků sér na centrální referenční pracoviště poštou.
7. Je třeba dodržovat podmínku, aby zdroj tkání pro detekci autoprotilátek měl krevní skupinovou příslušnost 0, jinak dochází k rušivé imunofluorescenci některých tkáňových struktur nesoucích také izohemaglutinogeny, jako je cévní výstelka – endotelie.
8. Vyšetřované sérum standardně ředit v poměru 1:10 fosfátem pufovaným fyziologickým roztokem ( PBS ); obvykle stačí toto ředění nejen k pročištění pozadí, ale i k oslabení vazby nespecifických protilátek.
9. Procentuální zastoupení autoprotilátek proti thyreoglobulinu a thyreoperoxidáze je u difúzní lymfocytární thyreoiditidy vyšší než u fokální lymfocytární thyreoiditidy a je proporcionální se stupněm poškození štítné žlázy.
10. Ukazuje se, že porovnání morfologických nálezů a sérologických údajů činí z imunofluorescenční techniky užitečné vyšetření, které morfologicky předpokládanou imunologickou chorobu potvrzuje. Koriguje nespolehlivé cytologické nálezy v rámci FLT tam, kde cytologie sama selhává (zvláště v případech falešně negativních a falešně pozitivních výsledků) u pacientů s klinickou diagnózou autoimunitní lymfocytární thyreoiditidy.
11. Cytodiagnostická přesnost FNAC u Hashimotovy thyreoiditidy ve sledovaném souboru je 75 % a u fokální lymfocytární thyreoiditidy je 20 %. Překvapivá cytologická nepřesnost (neshoda) v rámci diagnostiky fokální lymfocytární thyreoiditidy může mít dvojnásobný důvod. Jedním zdrojem neshody jsou problémy interpretační – malý shluk lymfocytů byl mylně pokládán za projev Hashimotovy thyreoiditidy. Na druhé straně je zdrojem chyb a omylů špatné cílení, při kterém se mohou minout malá ložiska fokální lymfocytární thyreoiditidy a tak imitovat cytologicky negativní nález.