

بررسی صحت تشخیص مورفومتری سیتوولوژی آسپیراسیون سوزنی تیروئید در افتراق ضایعه‌های خوش‌خیم از بدخیم

دکتر زهرا فروهش تهرانی، دکتر مازیار غفوری

بیمارستان شریعتی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران

نشانی مکاتبه‌ی نویسنده‌ی مسئول: تهران، بیمارستان شریعتی، آزمایشگاه مرکزی، دکتر زهرا فروهش تهرانی
e-mail:Forouhesh_z@yahoo.com

چکیده

مقدمه: روند تشخیص در پاتولوژی به مرور در حال حرکت به سوی روش‌های کمی است. اندازه‌گیری کمی بی‌شک می‌تواند اختلاف‌های جزیی را آشکار کند که برای چشم انسان قابل افتراق نیست. مورفومتری، تشريح کمی ویژگی‌های ژئومتریک اشیاء است. این مطالعه با استفاده از ابزار موجود و در دسترس، قابلیت اجرای این تکنیک نوپا را بررسی و آستانه‌های پارامترهای مناسب را برای افتراق ضایعه‌های خوش‌خیم از بدخیم تیروئید پیشنهاد می‌کند. مواد و روش‌ها: جمعیت مطالعه از میان نمونه‌های سیتوولوژی آسپیراسیون سوزنی (FNA) تیروئید پذیرش شده در بخش پاتولوژی بیمارستان دکتر شریعتی تهران از مهرماه ۱۳۸۱ تا اسفند ۱۳۸۲ انتخاب شده‌اند. بیمارانی که گزارش پاتولوژی نمونه‌ی جراحی آن‌ها در بخش موجود نبود، به دلیل مقدور نبودن مقایسه‌ی تشخیص‌ها از مطالعه حذف شدند. از هر بیمار دست کم صد سلول بررسی شدند. انتخاب سلول‌ها برای تصویربرداری به روش منطقه‌ای (Zone Guided) انجام شد. در مجموع ۶۷ بیمار وارد مطالعه شدند (۳۶ نفر با تشخیص پاتولوژیک خوش‌خیم و ۳۱ نفر بدخیم). برای بررسی تکرارپذیر بودن اندازه‌گیری‌ها در یک بررسی پیلوت یک سلول مناسب انتخاب و بیست بار متواالی اندازه‌گیری شد. **یافته‌ها:** ضریب انحراف معیار (CV) تمام اندازه‌ها در حد زیر ۲٪ قرار داشت به جز قطر هسته که به دلیل تکرارپذیری کم از مطالعه حذف شد. اختلاف اندازه‌ها بین دو گروه خوش‌خیم و بدخیم برای میانگین محیط هسته، میانگین مساحت هسته، میانگین نسبت مساحت به محیط هسته، اندازه‌ی کلاستر و میانگین کد رنگ هسته و همچنین برای انحراف معیار محیط هسته، انحراف معیار مساحت هسته و انحراف معیار نسبت محیط به مساحت معنی دار بود ($p < 0.05$)، ولی برای ضریب انحراف معیار مساحت هسته، انحراف معیار کد رنگ هسته، تنوع کد رنگ در هسته‌ی سلول و انحراف معیار آن معنی دار نبود. در مورد پارامترهایی که اختلاف معنی‌دار داشتند با آنالیز منحنی روك (ROC Curve) حساسیت و ویژگی در سطوح آستانه‌ی مختلف محاسبه شد. نتیجه‌گیری: بالاترین حساسیت ۹۳/۵۵٪ برای تشخیص سیتوولوژی کلاسیک قابل مقایسه است و این تکنیک برای غربال نمونه‌های FNA تیروئید توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: مورفومتری، سیتوولوژی، پاتولوژی، تیروئید، آسپیراسیون سوزنی، خوش‌خیم، بدخیم

دریافت مقاله: ۱۴/۱۲/۱۴ - دریافت اصلاحیه: ۰۵/۵/۲۳ - پذیرش مقاله: ۲۶/۶/۸۵

مقدمه

رنگتر کرده است. معیارهایی که در سیتوولوژی به این منظور به کار می‌روند، هر چند وابسته به فرد و subjective هستند اغلب قابل اندازه‌گیری می‌باشند. گاه افتراق تغییرات

دانش مورفومتری در قرن گذشته پیشرفت شایان توجهی کرده است. برنامه‌های غربالگری سرطان‌های پستان و گردان رحم نقش سیتوپاتولوژیست را در تشخیص و پیگیری‌ها پر

فیکساسیون و رنگ‌آمیزی مرسوم در ایران پارامترهای مناسب و آستانه‌هایشان را برای افتراق ضایعه‌های خوش‌خیم تیروئید از بدخیم پیشنهاد می‌کند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه‌ی مقطعیⁱ جمعیت مورد مطالعه از میان تمام نمونه‌های سیتولوژی آسپیراسیون سوزنی (FNA) تیروئید پذیرش شده در بخش پاتولوژی بیمارستان دکتر شریعتی تهران از مهر ماه ۱۳۸۱ تا اسفند ماه ۱۳۸۲ انتخاب شد. بیمارانی که نمونه‌ی جراحی (بیوبسی اکسیژنالⁱⁱ) یا تیروئیدکتومی) و گزارش پاتولوژی آنها در بخش موجود نبود، به دلیل مقدور نبودن مقایسه‌ی تشخیص‌ها از مطالعه حذف شدند. همچنین نمونه‌های کم سلول که معیارهای مورفومنtri در مورد آنها قابل رعایت نبود، کنار گذاشته شدند. در مجموع ۶۷ بیمار وارد مطالعه شدند که ۳۶ نفر تشخیص پاتولوژیک خوش‌خیم (۴ مورد آدنوم هورتل، ۱۲ مورد آدنوم فولیکولر و ۲۰ مورد گواتر آدنوماتو) و ۲۱ نفر تشخیص پاتولوژیک بدخیم (۲ مورد کارسینوم تمایز نیافته و ۲۹ مورد کارسینوم پاپیلر) داشتند. نتایج مورفومنtri با گزارش پاتولوژی (به عنوان استاندارد طلاییⁱⁱⁱ) مقایسه شدند.

نمونه‌های سیتولوژی در بخش پاتولوژی با الکل فیکس و به روش پاپانیکولاو^{iv} رنگ‌آمیزی شدند. اسلامیدهای سیتولوژی بدون اطلاع از گزارش آنها مورد بررسی مورفومنtriک قرار گرفتند. از هر بیمار دست کم صد سلول اندازه‌گیری شد. انتخاب سلول‌ها برای تصویر برداری به روش منطقه‌ای^v انجام شد. در این روش کل نمونه جارو شده و سلول‌ها و کلاسترهايی که بین دو خط موازي قراردادی (با فاصله‌ی مشخص و استاندارد) واقع می‌شدند، مورد سنجش قرار گرفتند. تصاویر در اندازه‌ی ۷۰۴×۵۷۶ پیکسل رنگی ۲۴ بیت (۸ بیت برای هر رنگ) در قالب bmp ذخیره شدند. پس از تبدیل به تصاویر سیاه و سفید ۲۵۶ سایه‌ی خاکستری)، اندازه‌گیری‌ها با کمک ماوس توسط بسته‌ی نرم‌افزاری Image Tool نسخه ۲/۰ دانشگاه تگزاس انجام شد. کالیبراسیون نرم‌افزاری با کمک یک لام نئوبار

واکنشی از بدخیمی برای سیتوپاتولوژیست دشوار می‌شود، زیرا با توجه به خطاهای باصره ارزیابی subjective اندازه‌ها، دقت و تکرار پذیری کمتری به نسبت شناسایی الگوی کلی سلول‌ها دارد. در این موارد اندازه‌گیری objective پارامترهای کمی می‌تواند راهگشا باشد. اندازه‌گیری کمی همچنین بی شک می‌تواند اختلاف‌های جزئی را آشکار کند که برای چشم انسان قابل افتراق نیست.

به طور کلی روند تشخیص در پاتولوژی به مرور در حال حرکت به سوی روش‌های کمی است. روش‌های گوناگون درجه‌بندی در هپاتیت، رد پیوند کلیه، قلب و در آترواسکلروز شاهدی بر این امر هستند. آنچه در گذشته به نام لنفوم سلول بزرگ شناخته می‌شد، باید امروز از معیارهای عددی مشخصی برای مساحت هسته پیروی کند. معیارهای کمی و عددی راه را برای بایگانی دراز مدت اطلاعات بیماران و کنترل کیفی دقیق‌تر باز می‌کند. همچنین سیستم‌های هوشمندی از این دست می‌توانند به عنوان «مشاور» مورد استفاده قرار گیرند و در حقیقت تجربه‌ی انسان را نشر دهند. این سیستم‌ها در حال حاضر به طور وسیعی برای غربالگری خودکار نمونه‌های پاپ اسپیر به کار می‌روند.

کامپیوترها، دوربین‌های دیجیتال و ابزار دیگر مورد استفاده در مورفومنtri فراوان‌تر و ارزان‌تر از گذشته در دسترس هستند. با این وجود به دلیل تجربه‌ی کم در این زمینه و عدم آشنایی با روش‌های استاندارد انتخاب، اندازه‌گیری و کالیبراسیون و مشخص نبودن معیارهایی که بهترین افتراق را حاصل آورده، استفاده از این تکنیک فraigir و روزمره نشده است. تعداد مقاله‌ها و کتاب‌های مورفومنtri و سیتومنtri به سرعت در حال افزایش است^{۱-۶} و مطالعه‌ها بر روی انواع ضایعه‌های ارگان‌های گوناگون در حال انجام است. رایت^۷، لوک^۸ و ناگاشیما^۹ هر یک پارامترهای مورفومنtriک مختلفی را برای استفاده در افتراق ضایعه‌های خوش‌خیم تیروئید از بدخیم معرفی کرده و آزموده‌اند؛ ولی تأکید شده است که آستانه‌ها و ارقام پیشنهاد شده در هر مطالعه فقط راهنمای بوده و در حال حاضر هر آزمایشگاه می‌تواند از آستانه‌های ویژه‌ی خود استفاده کند.

در این راستا، مطالعه‌ی حاضر با توجه به محدودیت‌های موجود در امکانات و منابع، با استفاده از ابزار موجود و در دسترس، اولاً قابلیت اجرای این تکنیک نوپا را در کشور بررسی نموده و ثانیاً با در نظر گرفتن روش‌ها و تکنیک‌های

i- Cross sectional

ii- Exisional biopsy

iii- Gold standard

iv- Zone guided

نبودند یا اندازه‌گیری آنها نیازمند ابزار ویژه و غیر قابل دسترس بود وارد مطالعه نشدند.

یافته‌ها

از میان ۲۶ مورد خوش‌خیم، ۳۰ مورد گزارش سیتولوژی منفی، ۵ مورد مشکوک و یک مورد مثبت وجود داشت. در مقابل ۳۱ بیمار با جواب پاتولوژی مثبت، یک مورد سیتولوژی منفی، ۳ مورد مشکوک و ۲۷ مورد سیتولوژی مثبت داشتند.

انجام شد. کالیبراسیون فتو متريک به دليل فراهم نشدن فیلترهای کالیبراسیون مربوط انجام نشد.

پارامترهای اندازه‌گیری شده شامل ميانگين محيط هسته، ميانگين مساحت هسته، ميانگين نسبت مساحت به محيط هسته و ميانگين کد رنگ هسته، اندازه‌ي (مساحت) کلاستر و همچنان انحراف معیار محیط هسته، انحراف معیار مساحت هسته، انحراف معیار نسبت محیط به مساحت و ضریب انحراف معیار کد رنگ هسته، ضریب انحراف معیار مساحت هسته، انحراف معیار کد رنگ هسته، تنوع کد رنگ در هسته‌ی سلول و انحراف معیار آن بودند. دليل انتخاب این پارامترها، حضور آنها در مطالعه‌های مشابه و امید به قابلیت افتراق آنها بود. پارامترهایی که در مطالعه‌های قبلی موفق

جدول ۱- نتایج ميانگين و انحراف معیار پارامترها

پارامتر	گروه	ميانگين	انحراف معیار
محيط هسته*	خوش‌خیم	۲۹/۰۲	۳/۸۶
Peri	بدخیم	۳۵/۸۷	۵/۰۲
انحراف معیار محيط هسته*	خوش‌خیم	۳/۴۷	۰/۷۶
Peri-SD	بدخیم	۴/۶۸	۱/۲۵
مساحت هسته*	خوش‌خیم	۵۹/۳۸	۱۶/۵۹
Area	بدخیم	۸۹/۹۷	۲۴/۱۶
انحراف معیار مساحت هسته*	خوش‌خیم	۱۴/۷۵	۴/۸۰
Area-SD	بدخیم	۲۴/۵۱	۹/۴۵
مساحت هسته*	خوش‌خیم	۲۴/۷۰	۳/۹۸
CV	بدخیم	۲۷/۰۱	۷/۰۴
محيط / مساحت هسته*	خوش‌خیم	۲/۰۱	۰/۲۶
Area / Peri Ratio	بدخیم	۵/۱۰	۰/۵۸
انحراف معیار محيط / مساحت*	خوش‌خیم	۴/۱۶	۰/۵۳
Area / Peri-SD	بدخیم	۵/۱۰	۰/۵۸
کد رنگ*	خوش‌خیم	۱۳۱/۰۸	۲۰/۴۶
GrayLevel	بدخیم	۱۴۷/۳۸	۱۷/۴۵
انحراف معیار کد رنگ بيمار*	خوش‌خیم	۱۱/۹۹	۴/۱۶
GrayLevel-SD	بدخیم	۱۲/۸۲	۳/۹۶
تنوع کد رنگ در سلول*	خوش‌خیم	۷/۸۵۷۳	۲/۵۵
CVGray	بدخیم	۶/۰۵	۱/۱۴
انحراف معیار تنوع کد رنگ†	خوش‌خیم	۲/۵۲	۰/۸۵۹
CVGray-SD	بدخیم	۲/۴۲	۰/۶۱۹
اندازه‌ي کلاستر*	خوش‌خیم	۲۵۶/۴۱	۵۶/۱۱
Cluster	بدخیم	۳۴۷/۸۲	۷۸/۴۶

p < 0/05†; p < 0/05*

جدول ۲- تحلیل حساسیت و ویژگی در مقادیر مختلف آستانه (ROC curve)

آستانه	حساسیت	ویژگی
۲۰/۱۶	۹۴/۰۳	محیط هسته Peri
۲۱/۱۷	۸۹/۵۵	
۲۱/۷۹	۷۸/۹۰	
۶۲/۵۳	۹۴/۰۳	مساحت هسته Area
۶۷/۷۸	۸۹/۵۵	
۷۰/۵۱	۷۸/۹۰	
۱۴۴/۵۲	۵۷/۹۰	کد رنگ GrayLevel
۱۴۸/۲۶	۵۲/۶۰	
۱۵۰/۱۱	۴۲/۱۰	
۲/۱۰	۹۴/۰۳	محیط / مساحت هسته Area / Peri Ratio
۲/۱۶	۸۹/۵۵	
۲/۲۱	۷۸/۹۰	
۴/۱۰	۶۳/۲۰	انحراف معیار محیط هسته Peri-SD
۴/۲۹	۵۷/۹۰	
۴/۳۷	۵۲/۶۰	
۱۷/۳۲	۷۸/۹۰	انحراف معیار مساحت هسته Area-SD
۲۰/۰۱	۶۳/۲۰	
۲۰/۳۳	۵۷/۹۰	
۴/۴۵	۸۴/۲۰	انحراف معیار محیط / مساحت Area / Peri-SD
۴/۵۴	۷۸/۹۰	
۴/۶۷	۷۳/۷۰	
۸/۰۵	۴۷/۴۰	تنوع کد رنگ در سلول CVGray
۶/۷۶	۳۴/۲۰	
۶/۴۸	۳۱/۶۰	
۳۰۶/۴۵	۸۹/۵۵	اندازه‌ی کلاستر Cluster
۳۰۹/۵۶	۸۴/۲۰	
۳۱۰/۸۲	۷۸/۹۰	

برای آزمودن وجود اختلاف قابل توجه بین دو گروه خوش‌خیم و بدخیم، آزمون تی تمام پارامترهای اندازه‌گیری شده انجام شد. اختلاف برای میانگین محیط هسته، میانگین مساحت هسته، میانگین نسبت مساحت به محیط هسته و میانگین کد رنگ هسته، اندازه‌ی کلاستر و همچنین برای انحراف معیار محیط هسته، انحراف معیار مساحت هسته، انحراف معیار نسبت محیط به مساحت و ضریب انحراف معیار کد رنگ هسته معنی‌دار بود ($p < 0.05$) در مقابل، این اختلاف برای ضریب انحراف معیار مساحت هسته، انحراف

در بررسی مورفومتریک برای بررسی تکرارپذیر بودن اندازه‌گیری‌ها در مورد هر یک از پارامترها طی یک بررسی پیلوت یک سلول مناسب انتخاب و بیست بار متوالی اندازه‌گیری شد. ضریب انحراف معیار (CV) تمام اندازه‌ها در حد زیر ۱٪ قرار داشت، به جز قطر هسته ($CV = 11\%$) که به دلیل تکرار پذیری کم از مطالعه حذف شد. میانگین و انحراف معیار پارامترهای اندازه‌گیری شده به تفکیک گروه (خوش‌خیم و بدخیم) در جدول ۱ مشاهده می‌شود.

۱۴۸ بود. این به آن معنی است که به طور میانگین، هسته‌ی سلول‌های خوش‌خیم تیره‌تر و پررنگ‌تر از هسته‌ی سلول‌های بدخیم است (کد صفر نمایان‌گر سیاه و کد ۲۵۵ نشان‌گر سفید است)، علت این مسئله وجود هسته‌های وزیکوله و انکلوزیون‌های کاذب داخل هسته‌های بدخیم می‌باشد.

با توجه به معنی‌دار نبودن اختلاف انحراف معیار (CV) مساحت هسته دو گروه، به نظر می‌رسد که اختلاف معنی‌دار انحراف معیار مساحت هسته بیش از آن‌که دال بر تنوع اندازه‌ها در گروه باشد (که خود ناشی از ناهمسانی یا هتروژن بودن سلول‌ها می‌باشد)، احتمالاً به دلیل اختلاف واقعی اندازه‌های میانگین در دو گروه است. شیوه‌ی انتخاب منطقه‌ای^۱ سلول‌ها برای تصویر برداری به صحت این ادعا می‌افزاید. در مورد سایر پارامترها از جمله محیط هسته، مساحت هسته، نسبت مساحت به محیط هسته و انحراف معیار هر یک از آنها و اندازه‌ی کلاستر، اختلاف قابل توجهی بین دو گروه وجود دارد به این صورت که میزان آنها در سلول‌های بدخیم بیش از سلول‌های خوش‌خیم می‌باشد. تفسیر آن در سیتولوژی، بزرگ‌تر بودن سلول‌ها و کلاسترها بدخیم است.

در بررسی منحنی‌های ROC سطوح آستانه‌ی (cut-off) مختلفی برای معیارها قابل استفاده باشد. راه حلی که به نظر مناسب رسید، تعریف دو سطح پایین و بالا است به گونه‌ای که سطح آستانه‌ی پایین، دست کم ویژگی ۷۰٪ داشته باشد و سطح آستانه‌ی بالا ویژگی بالاتر از ۸۵٪ به دست آورد. در این صورت سطح آستانه‌ی پایین، در سطح یک آزمون غربالگری متوسط با حساسیت بالاتر عمل خواهد کرد و سطح آستانه‌ی بالا، به عنوان یک آزمون تشخیصی متوسط با حساسیت کمتر کاربرد خواهد داشت. می‌توان مقادیر کمتر از سطح پایین را «منفی» مقادیر بزرگ‌تر از سطح بالا را «ثبت» و مقادیر بین‌بینی را، همان‌گونه که در سیتولوژی مرسوم است، «مشکوک» نامگذاری نمود. به طبع تصمیم در مورد اقدام تشخیصی یا درمانی لازم در موارد مشکوک مانند گذشته، بالینی و بر عهده‌ی پزشکان خواهد بود. چنین تجربه‌ای در مطالعه Boon ME نیز سابقه داشته است^۱ که سطوح استانه‌های با میزان احتمال ۲۵٪ و ۷۵٪ را به کار برده است.

معیار کد رنگ هسته، تنوع کد رنگ در هسته سلول و انحراف معیار آن معنی‌دار نبود.

در مورد پارامترهایی که اختلاف معنی‌دار نشان دارند، آنالیز منحنی ROC یا (Receiver operator Characteristic) آنجام شد و حساسیت و ویژگی پارامترها در سطوح آستانه‌ی مختلف محاسبه شد که در جدول ۲ به طور خلاصه آمده است.

با در نظر گرفتن گزارش پاتولوژی به عنوان استاندارد طلایی و با استفاده از سطوح آستانه‌ی به دست آمده نتایج مورفومتری به قرار زیر می‌باشد:

از ۳۶ نمونه‌ی خوش‌خیم، ۲۶ مورد نتیجه، منفی، ۵ مورد مشکوک و ۵ مورد مثبت کاذب بودند. از ۳۱ نمونه‌ی بدخیم، ۲۴ مورد بدخیم، ۵ مورد مشکوک و ۲ مورد منفی کاذب بودند.

از مقایسه‌ی دو روش مورفومتری و سیتولوژی با در نظر گرفتن پاسخهای «مشکوک» این دو روش به صورت «ثبت» می‌توان حساسیت و ویژگی نهایی به دست آمده از این دو شیوه‌ی تشخیص را با یکی‌گر مقایسه کرد. نتیجه‌ی این مقایسه در نمودار ۳ مشاهده می‌شود. حساسیت برای سیتولوژی ۹۶/۷۷ و برای مورفومتری ۹۳/۵۵ و ویژگی آنها به ترتیب ۸۲/۲۲ و ۷۲/۲۲ به سمت آمد. هر دو مورد کارسینوم تمايز نیافته در روش مورفومتری به درستی تشخیص داده شدند.

نتیجه‌گیری

تکرارپذیری کم اندازه‌گیری قطر بزرگ هسته احتمالاً به این دلیل است که ارزیابی شکل غیر هندسی هسته و تخمین این که سلول در کدام جهت بزرگ‌ترین قطر را دارا است، کاملاً وابسته به فرد است و هر بار قطر مقاوتی از سلول اندازه‌گیری می‌شود.

دو گروه خوش‌خیم و بدخیم در زمینه‌ی انحراف معیار کد رنگ هسته (Gray Level-SD)، تنوع کد رنگ در هسته‌ی سلول (CV Gray) و انحراف معیار تنوع کد رنگ (SD) – تفاوت معنی‌داری نداشتند. این مسئله ممکن است به دلیل کاریولیز مختصر هسته‌ها در فیکساسیون با تأخیر و هوموژن شدن کروماتین آنها رخ داده باشد. میانگین کد رنگ هسته در سلول‌های خوش‌خیم ۱۳۱ و در سلول‌های بدخیم

و روش کالیبراسیون نرم‌افزار دارد. از این رو مقایسه‌ی نتایج با مطالعه‌های دیگر بی فایده خواهد بود. با این وجود حساسیت و ویژگی مورفومتری در مطالعه‌ی حاضر $93/55$ و $72/22$ در مقابل مطالعه‌ی ناگاشیما^۸ و $82/5$ و $72/22$ در مقابله با نتایج این پارامترها می‌باشد.

با در نظر گرفتن سطوح استانه‌ای که شرح داده شد در این بررسی از ۳۶ نمونه‌ای که در پاتولوژی تشخیص خوش‌خیم داشتند ۲۶ مورد منفی، ۵ مورد مشکوک و ۵ مورد مثبت کاذب بودند، که پژوهشگران در مقایسه‌ی نتایج پاتولوژی به این نتیجه رسیدند که از ۵ مورد مثبت کاذب، ۴ مورد مربوط به آدنوم هورتل و یک مورد مربوط به آدنوم فولیکولر بوده‌اند که می‌توانند مربوط به سایز بزرگ هسته و عدم در نظر گرفتن نسبت هسته به عنوان یک پارامتر به دلیل نامشخص بودن حدود سیتوپلاسمی باشد. موارد مشکوک نیز گزارش پاتولوژی گواتر آدنوماتو-هیپرپلاستیک داشتند.

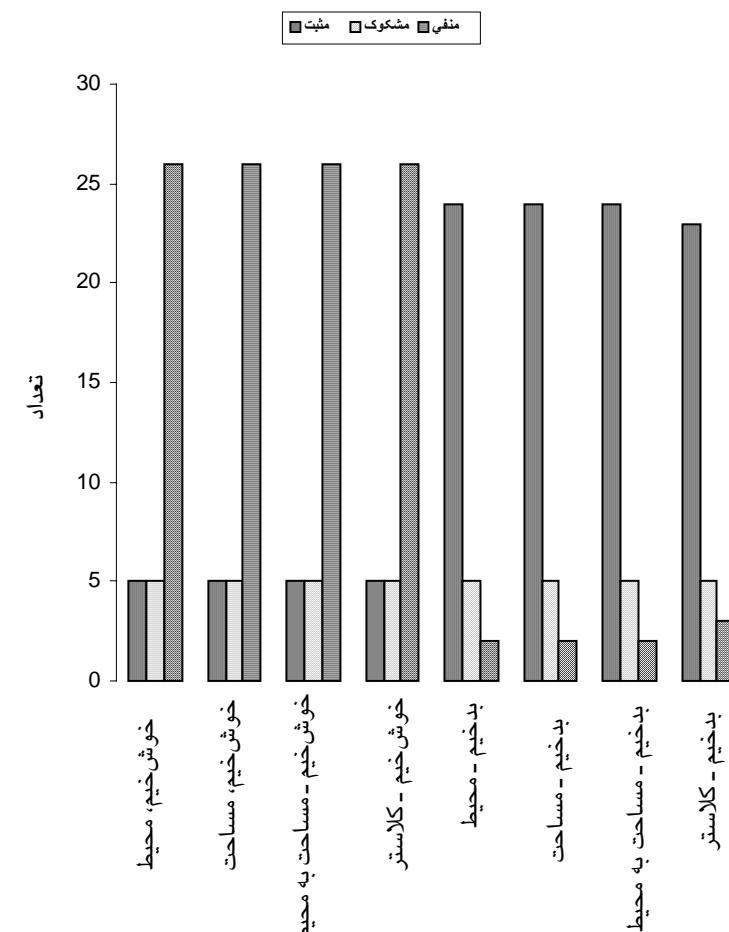
۳۱ موردی که گزارش پاتولوژی آنها بدخیم بود از این روش 24 مورد مثبت، 5 مورد مشکوک و 2 مورد منفی گزارش شدند. در این گروه نیز پژوهشگر، پس از مقایسه دریافتند 2 مورد کارسینوم آنапلاستیک جزو موارد مثبت بوده است، و 5 مورد مشکوک و 2 مورد منفی مربوط به کارسینوم پاپیلری با تغییرات هسته‌ای خفیف بوده است. در این مطالعه کارسینوم فولیکولر یافت نشد.

حساسیت و ویژگی مورفومتری در این بررسی $93/55$ و $72/22$ می‌باشد که در مقایسه با تفسیر سیتوپلاسمی به روش مرسوم ($96/77$ و $82/33$) هر چند برتری نشان نمی‌دهد ولی کاملاً امیدوار کننده است.

با اصلاح روش‌های فیکساسیون و رنگ‌آمیزی (استفاده از روش فلوزن^۹ به جای پاپانیکولاوئی) و همچنین کالیبراسیون دقیق دستگاه با استفاده از فیلترهای ویژه می‌توان بروز خطا در اندازه‌گیری را به حداقل رساند. همچنین با تمهدیات فوق علاوه بر استفاده از پارامترهای مذکور شده می‌توان با استفاده از پارامتر نسبت هسته به سیتوپلاسم (N/C Ratio) در مطالعه‌های آتی موارد مشکوک، مثبت کاذب و منفی را به حداقل رساند و در نهایت این ابزار می‌تواند در کنار سیتوپاتولوژی به عنوان یک غربالگر به کار گرفته شود.

مقادیر به دست آمده از این روش در مطالعه‌ی حاضر در سطوح اول و سوم هر پارامتر جدول ۲ مشاهده می‌شود که حساسیت تا $94/03$ % بالا رفته است. این حساسیت برای متغیرهای کد رنگ (Gray Level)، ضریب انحراف معیار کد رنگ، انحراف معیارهای محیط و مساحت هسته و انحراف معیار نسبت مساحت به محیط هسته پایین است و عدم استفاده از این پارامترها را توصیه می‌کند.

پارامترهای محیط هسته، مساحت هسته و نسبت مساحت به محیط هسته حساسیت ($94/03$ %) و ویژگی ($71/6$ %) برابر نشان می‌دهند. در بررسی این موضوع مشاهده شد که پاسخ هر سه پارامتر با هم همخوانی دارد و هیچیک بر دیگری برتری ندارند (نمودار ۱). در مقام چهارم اندازه‌ی کلاستر با حساسیت $89/55$ % قرار داشت.



همان‌گونه که در مقدمه بیان شد، سطوح آستانه در هر مؤسسه مقاوت است و بستگی به روش فیکساسیون اسلامید

References

1. Ball PJ, van der Valk P, Kurver PH, Lindeman J, Meijer CJ. Large cell lymphoma. II. Differential diagnosis of centroblastic and B-immunoblastic subtypes by morphometry on cytologic preparations. *Cancer* 1985; 55: 486-92.
2. Veith FT, Brooks JR, Grigsby WP, Selenkow HA. The nodular thyroid gland and cancer: a practical approach to the problem. *N Engl J Med* 1964; 270: 431-6.
3. Cole WH, Majarakis JD, Slaughter DP. incidence of carcinoma of the thyroid in nodular goiter. *J Clin Endocrinol Metab* 1949; 9:1007-11.
4. Hamberger B, Gharib H, Melton LJIII, Goellner JR, Zinsmeister AR: fine needle aspiration biopsy of the thyroid nodules: impact on thyroid practice and cost of care. *Am J Med* 1982; 73: 381-4.
5. Halbauer M, Medvedec M, Tomic BH, Dodig D. Computer-assisted image analysis in differential diagnosis of hyperplastic and neoplastic follicular nodules of the thyroid. Dept Nucl Med Radiat Protect, Univ Hosp Zagreb, Polyclinic For Thyroid Disease, Zagreb, Croatia; On 14th International Congress of Cytology, held in Amsterdam, Netherlands 2001.
6. Wright RG, Castles H, Mortimer RH. Morphometric analysis of thyroid cell aspirates. *J Clin Pathol* 1987; 40: 443-5.
7. Luck JB, Mumaw VR, Frable WJ. Fine needle aspiration biopsy of the thyroid. Differential diagnosis by videoplan image analysis. *Acta Cytol* 1982; 26: 793-6.
8. Nagashima T, Suzuki M, Oshida M, Hashimoto H, Yagata H, Shishikura T, et al. Morphometry in the cytologic evaluation of thyroid follicular lesions. *Cancer* 1998; 84: 115-118
9. Frasoldati A, Flora M, Pesenti M, Caroggio A, Valcavi R. Computer-assisted cell morphometry and ploidy analysis in the assessment of thyroid follicular neoplasms. *Thyroid* 2001; 11: 941-6.
10. Boon ME, Lowhagen T, Cardozo PL, Blonk DI, Kurver PJ, Baak JP. Computation of preoperative diagnosis probability for follicular adenoma and carcinoma of the thyroid on aspiration smears. *Anal Quant Cytol* 1982; 4: 1-5.

Original Article

Evaluation of Morphometric Diagnosis Accuracy in Thyroid Cytology

Forouhesh Tehrani Z. Ghafouri M.

Shariati Hospital, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, I.R. Iran

e-mail: Forouhesh_z@yahoo.com

Abstract

Introduction: Decision making in pathology is changing toward quantitative criteria. Quantitative measurements obviously can demonstrate minimal differences, not readily identifiable to human vision. Morphometry is the quantitative description of geometric characteristics of objects. This study aims at testing the feasibility of this new technique using available instruments and software and selecting useful parameters and their thresholds for discrimination of benign versus malignant lesions of thyroid. **Materials & Methods:** The cases were selected based on surgical pathology reports of fine needle aspiration thyroid specimens from the pathology department of Dr. Shariati hospital between October 2003 to March 2004. Patients whose surgical pathologic reports were unavailable were excluded. At least 100 cells, selected by a zone guided manner, were measured for each patient. Totally 67 patients were enrolled for the study, 36 with benign pathology diagnosis and 31 with malignant lesions. In a pilot study to test reproducibility of measurements, a single cell was selected and measured 20 times. **Results:** Coefficient of variation remained below 2% for all measurements, except for nuclear diameter which has been excluded from analysis. Benign cells were different from malignant ones in mean nuclear perimeter (Peri), mean nuclear area (Area), nuclear area to perimeter ratio (A/P), cluster diameter, mean gray level (in 256 gray levels) and standard deviations of Peri, Area and A/P (P -values < 0.05); but not in CV of nuclear area, intercellular standard deviation of gray levels, intracellular CV of gray levels and its standard deviation. The receiver Operator Characteristic curve analysis was performed for parameters with significant difference and sensitivities and specificities calculated for different cut-off values. **Conclusion:** The highest sensitivity was reached for nuclear perimeter, nuclear area, cluster diameter and nuclear area to perimeter ratio equal to 93%.55 and for cluster diameter equal to 89%.55%. The results are comparable to classic cytology practice, and this technique is recommended screening of thyroid FNA specimens.

Keywords : Morphometry, Cytology, Pathology, Thyroid, Needle Aspiration