

بررسی ارزش تشخیصی سیتولوژی آسپیراسیون با سوزن باریک در توده های پاروتید

دکتر مسعود نادرپور: استادیار گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر نیکزاد شهیدی: متخصص گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز: نویسنده رابط

E-mail: NIKzadshahidi@yahoo.com

دریافت: ۸۵/۵/۱۵ پذیرش: ۸۵/۹/۲۷

چکیده

زمینه و اهداف: تشخیص خوش خیم بودن یا بد خیم بودن یا پاروتید قبل از عمل جراحی از نظر طرح ریزی برنامه درمانی و آمادگی جراح و بیمار برای جراحی وسیعتر و کاملتر در مورد تورمورهای بد خیم بسیار اهمیت دارد.

بررسی های تصویربرداری گرچه تا حدودی این افتراق را امکان پذیر می سازد اما قابل اطمینان نمی باشند. سیتولوژی آسپیراسیون با سوزن باریک روشی است که در توده های پاروتید اخیراً کاربرد زیادی پیدا کرده است. هدف از این تحقیق بررسی ارزش سیتولوژی آسپیراسیون با سوزن باریک در افتراق توده های بد خیم از خوش خیم و تعیین میزان حساسیت و ویژگی و ارزش اخباری آزمون مثبت و منفی می باشد.

روش بررسی: مطالعه بصورت تصویری بر روی ۱۲۴ بیمار مبتلا به توده پاروتید انجام شده است. بیماران تحت Fine Needle Aspiration Cytology, FNAC قبل از عمل قرار گرفته و نتایج سیتولوژی با تشخیص هستیوپاتولوژی قطعی بعد از جراحی مقایسه شده است. میزان حساسیت، اختصاص بودن، ارزش اخباری آزمون مثبت و منفی با استفاده از فرمول های آماری مربوطه محاسبه شده است.

یافته ها: در مطالعه ما میزان حساسیت FNAC در تشخیص بد خیمی توده پاروتید ۶۴/۸٪ و ویژگی آن ۹۸/۸٪ بود. ارزش اخباری آزمون مثبت از نظر بد خیمی ۹۶٪ و ارزش اخباری آزمون منفی از نظر بد خیمی ۸۶/۸٪ بود. هیچگونه عوارض ناشی از FNAC در بیماران دیده نشد.

نتیجه گیری: FNAC یک روش تشخیص ساده، بدون خطر، مقرون به صرفه و معتبر از نظر افتراق بد خیمی از خوش خیمی در توده های پاروتید می باشد. در FNAC پاروتید هیچ کتراندیکاسیونی وجود ندارد.

کلید واژه ها: تومور پاروتید، آسپیراسیون سوزنی باریک، سیتولوژی

مقدمه

مورد FNAC که قبل وجود داشت خطر کاشته شدن تومور در مسیر سوزن بود که در این زمینه مطالعاتی که روی ۱۵۷ بیمار مبتلا به آدنوم پلاآوروفیک انجام شد هیچ گسترش از تومور را از طریق مسیر سوزن بعد از ۱۵ سال گزارش نکرد. نگرانی دیگر در مورد صحت نتایج FNAC پاروتید بود. مطالعه ای در سال ۱۹۸۶ توسط cohn انجام شد و صحت FNAC را با برش های بافتی منجمد شده در توده های پاروتید مقایسه کرد که در این بررسی نتایج FNAC در ۱۶ بیمار از ۲۱ بیمار وجود نتایج برش های بافتی منجمد شده

FNAC برای اولین بار جهت بررسی ضایعات پاروتید در سال ۱۹۲۰ میلادی در آمریکا و اروپا بکار گرفته شد و در سال ۱۹۷۰ مقبولیت بیشتری یافت. Batsakis بر این عقیده است که از آنجاییکه اکثر توده های پاروتید نهایتاً تحت عمل جراحی قرار می گیرند لذا انجام FNAC قبل از عمل در انتخاب روش درمانی تأثیر چندانی ندارد(۱). برخی دیگر از نویسندهاگان بر این باورند که FNAC در ضایعات پاروتید بعنوان یک اقدام تشخیص بر ترکیب معاینه فیزیکی و تصویر برداری ارجح است(۲). یک نگرانی در

جدول ۱: هستیولوژی قطعی توده های پاروتید تحت مطالعه

تعداد	تومورهای خوش خیم
۶۲	ادنوم پائو مورفیک
۱۰	کیست
۷	تومور وارتن
۲	ادنوم مونومورفیک
۲	ضایعات لنفوایپی تیالی خوش خیم
۱	ادنوم بازال سل
۱	میوایپی تیالوما
۱	لیپوم
تعداد	تومورهای بد خیم
۱۰	کارسینوم موکوایپیدرموئید
۶	کارسینوم سلول سنتگفرشی
۶	لغوم
۳	تومور میکسد بد خیم
۲	ادنوكارسینوم
۲	کارسینوم Acinic cell
۲	کارسینوم اندوئید سیستیک
۲	کارسینوم میوایپی تیال
۲	ادنوم پائومورفیک بد خیم
۱	رابدومیوسارکوم
۱	کارسینوم داکتال
۱	ملانوم بد خیم متاستاتیک
۱	کندروسارکوم

در مطالعه ما میزان حساسیت و اختصاصیت FNAC در تعیین بد خیمی به ترتیب $64/8\%$ و $98/8\%$ بود. ارزش اخباری آزمون مثبت و ارزش اخباری آزمون منفی (از نظر بد خیمی) به ترتیب $96/8\%$ و $86/6\%$ بود. همان‌طور، عفونت، آسیب عصب صورتی، کاشته شدن سلول های تومور، و یا سایر عوارض بدنی FNAC در بیماران دیده نشد.

بحث

بعنوان یک قانون کلی حدود 20% تومورهای پاروتید، 50% تومورهای غده تحت فکی و 80% تومورهای غدد برازی مینور و غدد زیر زبانی بد خیم هستند^(۶).

بیوپسی انسیزیونال در تومورهای غدد برازی مازور کاملاً کتراندیکه است زیرا کاشته شدن سلول‌های نئوپلاستیک در این حالت اجتناب ناپذیر است و این امر منجر به عود موضعی می‌شود. بیوپسی انسیزیونال فقط در تومور غدد برازی مینور مثلاً در کام کاربرد دارد^(۷).

FNAC یک روش تشخیص آسان و سالم می‌باشد که ناراحتی چندانی برای بیمار ندارد. هدف اصلی از تشخیص سیتولوژیک توده های پاروتید افتراق توده های خوش خیم از تومورهای بد خیم می‌باشد. تعیین نوع هستیولوژیک تومور توسط FNAC از اهمیت کمتری برخودار است و معمولاً بر عهده آزمایش هستیوپاتولوژیک قطعی گذاشته می‌شود^(۵).

صحت جواب FNAC از یک طرف به مهارت پزشک بالینی در انجام آسپیراسیون و از طرف دیگر به تجربه پاتولوژیست در بررسی نمونه دارد. در مقالات مختلف نمونه ناکافی که منجر به

در ۱۵ بیمار از ۲۱ بیمار صحیح بود^(۳). اطلاعات حاصل از FNAC می‌تواند برای مشورت با بیمار و برنامه‌ریزی نحوه جراحی مفید باشد^(۵). هدف ما از این تحقیق بررسی ارزش تشخیص FNAC در ضایعات پاروتید و تعیین میزان حساسیت، ویژگی، ارزش اخباری مثبت و منفی FNAC در توده های پاروتید می‌باشد.

مواد و روش ها

تعداد ۱۲۴ بیمار مبتلا به توده پاروتید که برای اولین بار تحت ارزیابی های تشخیص قرار می گرفتند بررسی شده اند. تمام بیماران تحت انجام آسپیراسیون با سوزن باریک قرار گرفته و سپس جهت درمان قطعی تحت پاروتید کنومی سطحی یا توپال قرار گرفتند. آسپیراسیون با سوزن شماره ۲۳ که متصل به سرنگ ۱۰ سی سی بود انجام می گرفت. از هر توده حداقل ۶ نمونه روی لام تهیه شده و در معرض هوا و نیز توسط فیکساتور خشک و جهت بررسی سیتولوژیک به پاتولوژیست ارسال می شد. بعد از عمل جراحی توده پاروتید به پاتولوژی ارسال و تشخیص هیستوپاتولوژیک قطعی داده و سپس جواب FNAC با هستیوپاتولوژی قطعی مقایسه می شد.

نتایج FNAC به انواع زیر دسته بندی شده است: غیر تشخیصی (تشخیص سیتولوژیک بر اساس نمونه بدست آمده امکان پذیر نبود)، منفی واقعی (فقدان بد خیمی در نمونه FNAC که بطور صحیح تشخیص داده شده و منطبق بر جواب پاتولوژی قطعی می باشد)، مثبت واقعی (وجود بد خیمی در نمونه FNAC که بطور صحیح تشخیص داده شده و منطبق بر جواب پاتولوژی قطعی می باشد)، منفی کاذب (شکست بررسی سیتولوژیک در تشخیص بد خیمی موجود)، مثبت کاذب (تشخیص سیتولوژیک نادرست مبنی بر بد خیمی در حالیکه در پاتولوژی قطعی بد خیمی رد شده است). میزان حساسیت، اختصاصی بودن، ارزش اخباری مثبت و منفی براساس فرمول های آماری محاسبه شده است.

یافته ها

از ۱۲۴ بیمار، ۶۸ مورد مذکور و ۵۶ مورد منفی بودند. دامنه سنی افراد از ۱/۵ سال تا ۸۰ سال بود. نتایج FNAC در ۲ مورد (۱/۶٪) غیر تشخیص بود. در ۲۴ مورد (۱۹/۴٪) مثبت واقعی و در ۸۴ مورد (۶۷/۷٪) منفی واقعی بود. ۷ مورد از ۲۴ مورد مثبت واقعی (۲۹/٪) و ۶۰ مورد از ۸۴ مورد منفی واقعی (۷۱/٪) را FNAC از نظر هیستوپاتولوژیک صحیح تشخیص داده بود. (بدین معنا که نوع تومور را عین جواب هستیوپاتولوژی قطعی مشخص کرده بود). در ۱ مورد (۰/۸٪) مثبت کاذب از نظر بد خیمی و در ۱۳ مورد (۱۰/۵٪) منفی کاذب از نظر بد خیمی وجود داشت. در بررسی هستیوپاتولوژی قطعی ۳۸ مورد (۳۰/۶٪) تومور بد خیم و ۸۶ مورد (۶۹/۴٪) تومور خوش خیم کزارش شده بود. (جدول ۲)

در بین تومورهای بدخیم پاروتید، کارسینیوم موکوایپدر موئید یکی از مشکل ترین تومورها جهت تشخیص ستیولوژیک می باشد و در مقالات مختلف این موضوع ذکر شده است. در بین تومورهای خوش خیم پاروتید، آدنوم پلئومورفیک معمولاً توسط ستیولوژی بر احتی تشخیص داده می شود (۴). تشخیص تومورهای متابستاتیک داخل پاروتید و طبقه بندی هستیولوژیک آن توسط FNAC اغلب بدون دشواری انجام می گیرد زیرا در اکثر چنین بیمارانی محل اولیه تومور مشخص می باشد.

نتیجه گیری

مطالعه ما نشان می دهد که FNAC توده های پاروتید اقدام مفید و معتبر برای ارزیابی قبل از عمل و طرح ریزی برنامه درمانی توده های پاروتید می باشد. بعلاوه تشخیص تومورهای بدخیم قبل از عمل جراحی به بیمار و نیز به جراح کمک می کند تا برای عمل و اقدامات درمانی دیگر آماده شوند. FNAC بعنوان یک اقدام بدون خطر و مقرن به صرفه از نظر اقتصادی و بدون کتراندیکاسیون در توده های پاروتید در نظر گرفته می شود. تاکنون موردی از عفونت، آسیب عصب صورتی، و یا گسترش تومور ناشی از FNAC پاروتید گزارش نشده است.

جواب غیر تشخیص می شود از ۱۰٪ تا ۱۲٪ ذکر شده است. (۴) در مطالعه ما در دو مورد (۱/۶٪) نمونه غیر تشخیصی بود. شکست در بدست آوردن نمونه کافی می تواند ناشی از در خارج قرار گرفتن سوزن نسبت به توده و یا ناشی از وارد شدن به ناحیه نکروز، خونریزی، یا نواحی کیستیک باشد. ستیوپاتولوژیست هایی که نمونه را بلا فاصله بررسی می کنند میزان جواب غیر تشخیصی کمتری دارند. در صورتیکه جواب FNAC غیر تشخیصی باشد می تواند آن را تکرار کرد. در مقالات اخیر میزان حساسیت از ۵۴٪ تا ۹۵٪ و میزان ویژگی از ۸۶٪ تا ۱۰۰٪ گزارش شده است (۴). در مطالعه ما میزان حساسیت ۶۴٪ و میزان ویژگی ۹۸٪ بود که قابل مقایسه با مقالات و کتب مرجع می باشد. میزان نسبتاً بالای جواب منفی کاذب FNAC که در مطالعه ما دیده می شود مسئله ای است که در سایر مقالات نیز وجود دارد. بنابراین تمام توده های پاروتید که از نظر بالینی مشکوک به بدخیمی می باشند ولی FNAC غیر تشخیص و یا منفی از نظر بدخیمی است یا باید FNAC شوند و یا تحت پاروتیدکتومی با راهنمایی برشهای مجدد بافتی قرار بگیرد. جواب مثبت کاذب از نظر بدخیمی نادر می باشد و در مطالعه ما ۰٪ بود. در مقالات نیز میزان مثبت کاذب از صفر تا ۷٪ گزارش شده است. (۴)

References

1. Batsakis JG, Sueige N. Fine-needle aspiration of Salivary glands: Its utility and tissue effects. *Am Otol Rhinol Laryngol* 1992; **101**: 185-188.
2. Zurrida S, Alasio L, Tradati N. Fine- needle aspiration of parotid masses. *Cancer* 1993; **72**: 2306-2311.
3. Cummings CW. Otolaryngology Head and Neck Surgery. 4th edition, USA, Mosby. 2005; 1315-1321.
4. Zbaren P, Schar C. Value of Fine- Needle Aspiration Cytology of parotid Gland Masses. *Laryngoscope*, 2001; **111**: 1989-1992.
5. Bailey BJ. *Head and Neck Surgery-otolaryngology*. 2th edition, USA, Lippincott-Raven. 1998; 1485-1508.
6. Ballenger J. *Otolaryngology Head and Neck surgery*. 16th edition, USA, Decjor. 2003; 1441-1454.
7. Scott- Brown. *Otolaryngology*. 6th edition, UK, ButterWorth- Heinemann. 1997; PP:1-15.