

مقایسه کفایت نمونه پاپ اسمیر در روش لایه نازک بر پایه مایع با روش معمولی

ظاهره خامه‌چیان^۱، زهره طبسی^۲، ظاهره مازوچی^{۳*}، سید غلامعباس موسوی^۴

خلاصه

سابقه و هدف: با توجه به اهمیت تشخیص زودرس سرطان دهانه رحم و همچنین حساسیت پایین روش پاپ اسمیر معمولی، این مطالعه به منظور مقایسه کفایت نمونه اسمیر پاپانیکولاو به روش لایه نازک بر پایه مایع با پاپ اسمیر معمولی روی نمونه‌های تهیه شده از مراجعه کنندگان کلینیک‌های تخصصی زنان کاشان از فروردین تا آبان ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش مقطعی بر روی ۴۰۰ نفر خانم‌های مراجعه کننده به کلینیک تخصصی زنان جهت انجام آزمایش پاپ اسمیر انجام شد. به صورت تصادفی، پاپ اسمیر در نیمی از خانم‌ها به روش لایه نازک بر پایه مایع (direct to vial) و به صورت دستی به روش Liquid prep و در نیمی دیگر به روش اسمیر معمولی انجام شد. نمونه‌ها به وسیله سایتو براش تهیه و اسمیرها طبق سیستم Bethesda 2001 تفسیر شدند. در دو روش نمونه‌گیری موارد کافی و ناکافی مشخص و با آزمون مجذور کای مقایسه شدند.

نتایج: در هر یک از دو روش نمونه‌گیری تعداد اسمیرهای کافی ۱۹۱ مورد (۹۵/۵ درصد) و تعداد اسمیرهای ناکافی ۹ مورد (۴/۵ درصد) بود که بدین ترتیب بین دو روش از این لحاظ اختلافی مشاهده نشد. عواملی که باعث ایجاد اسمیر ناکافی در روش پاپ اسمیر معمولی شد، وجود آگزودا؛ ۸ مورد (۸۸/۹ درصد) و خون؛ ۱ مورد (۱۱/۱ درصد) و در روش لایه نازک بر پایه مایع، سلولاریتی اندک؛ ۹ مورد (۱۰۰ درصد) بود.

نتیجه‌گیری: میزان موارد کافی در روش نمونه‌گیری لایه نازک بر پایه مایع مشابه با روش معمولی بود. انجام پژوهش در سطح وسیع‌تر و با تعداد نمونه بیشتر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: اسمیر واژینال، استاندارد، مایع

۱- دانشیار گروه آسیب شناسی و بافت‌شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۲- استادیار گروه زنان و زایمان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۳- استادیار گروه آسیب شناسی و بافت‌شناسی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان

۴- مربی گروه آمار و بهداشت عمومی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کاشان

* نویسنده مسوول: ظاهره مازوچی

آدرس: کاشان، کیلومتره جاده راوند، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، دانشکده پزشکی، گروه آسیب شناسی و بافت‌شناسی

پست الکترونیک: mazoochi_t@kaums.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۳ ۳۶۱۰۱۵۳

دورنویس: ۰۳۶۱ ۵۵۵ ۱۱۱۲

تاریخ دریافت: ۸۸/۲/۲۱

تاریخ پذیرش نهایی: ۸۸/۷/۴

فصلنامه علمی - پژوهشی فیض، دوره سیزدهم، شماره ۳، پاییز ۱۳۸۸، صفحات ۲۰۷-۲۰۲

مقدمه

کولون، پانکراس، تخمدان، غدد لنفاوی و خون است). این کاهش میزان مرگ و میر به علت تشخیص سرطان‌های زودرس و موارد پیش سرطانی می‌باشد و این به علت ترویج تست پاپ اسمیر پاپانیکولاو و کولپوسکوپی و بیوپسی متعاقب آن است. این روش سالانه ۱۳۰۰۰ سرطان مهاجم و تقریباً یک میلیون ضایعه پیش سرطانی را مشخص می‌کند [۴-۱]. حدود ۵۰ سال است که تست پاپ اسمیر معمولی (conventional) اساس غربالگری مرحله پیش سرطانی سرویکس است، بدون اینکه تغییر عمده‌ای در تکنیک

تست پاپ اسمیر یک آزمون ساده سیتولوژی جهت غربالگری (Screening) و تشخیص سرطان دهانه رحم و ضایعات پیش سرطانی آن می‌باشد. پنجاه سال قبل، علت اصلی مرگ و میر در بین افراد سرطانی در ایالات متحده آمریکا، سرطان مهاجم سرویکس بود، اما در سال‌های اخیر این میزان به دو سوم کاهش یافته است. سرطان سرویکس علت ۴۵۰۰ مورد مرگ سالانه در آمریکا می‌باشد (که این میزان کمتر از سرطان ریه، پستان،

مواد و روش‌ها

مطالعه به روش مقطعی بر روی ۴۰۰ خانم مراجعه کننده به کلینیک خصوصی زنان در فاصله زمانی فروردین تا آبان ۱۳۸۷ انجام شد. افرادی که دارای معیارهای خروج از مطالعه بودند (مقاربت در ۴۸ ساعت اخیر، دارای خونریزی و یا لکه بینی، مراجعه در زمان قاعدگی، سابقه عمل هیستریکتومی توتال به علتی غیر از بدخیمی‌های سرویکس، استفاده از دوش واژینال در ۴۸ ساعت اخیر و یا استفاده از کرم واژینال در طول یک هفته اخیر) از پژوهش حذف شدند. برای زنان واجد شرایط دو روش نمونه‌گیری توضیح داده شد. پس از تکمیل پرسشنامه و فرم مخصوص پاپ اسمیر، به صورت تصادفی یکی از دو روش نمونه‌گیری پاپ اسمیر معمولی و یا لایه نازک بر پایه مایع انجام شد. در هر دو گروه جهت نمونه‌گیری از آندوسرویکس و اکزوسرویکس، از ابزار سایتوبراش استفاده شد. در روش پاپ اسمیر معمولی نمونه بر روی لام گسترده شد. روش اسمیر لایه نازک بر پایه مایع به صورت دستی به روش Liquid prep (شرکت LGM، USA) نمایندگی شرکت تسنیم گستر ایران) انجام گردید. روش کار بدین ترتیب بود که به جای گستراندن سایتو براش بر روی لام، سایتوبراش را پس از کوتاه کردن دسته آن مستقیماً داخل مایع نگهدارنده انداخته و به آزمایشگاه ارسال می‌شد. پس از ۳۰ ثانیه تکان دادن تمام مایع نگهدارنده داخل لوله آزمایش ریخته می‌شد. جهت جدا کردن دیری‌ها و موکوس، ۴ ml از محلول تمیز کننده (Cleaning solution) به داخل لوله آزمایش اضافه می‌گشت. پس از سانتریفوژ به مدت ۱۰ دقیقه با دور ۱۲۰۰g، به رسوب حاصل، ۰/۵ ml محلول cellular base اضافه شد تا سبب دکپسوله شدن و چسبندگی مناسب تعداد قابل کنترل سلول بر روی لام شود. پس از تکان دادن و مخلوط کردن، ۵۰ میکرولیتر از سوسپانسیون هموزن توسط سمپلر روی لام ریخته شده تا در حرارت اتاق کاملاً خشک شود. در پایان لام‌های تهیه شده با دو روش مذکور، به روش پاپا نیکولائو رنگ آمیزی شده و تحت مشاهده و مطالعه توسط پاتولوژیست قرار گرفتند. تمامی اسلایدها با استفاده از سیستم Bethesda 2001 گزارش شدند. شاخص تعریف شده در پاپ اسمیر معمولی برای نمونه‌های ناکافی بر اساس سلولاریتی کمتر از ۵۰۰۰ سلول و یا وجود خون و آگزودا و در روش لایه نازک بر پایه مایع تنها بر اساس سلولاریتی بود [۱۱]. پس از جمع‌آوری اطلاعات اولیه، تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ انجام شد. برای بررسی تفاوت بین دو گروه از آزمون مجذور کای استفاده شد. همچنین $P < 0/05$ از نظر آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

آماده سازی و تفسیر آن ایجاد شده باشد. میزان بالای عدم کفایت (inadequacy) و حساسیت پایین آن سبب شده است که در سال‌های اخیر تحقیقات زیادی جهت استاندارد سازی پاپ اسمیر و کاهش نتایج منفی کاذب که موجب موربیدیتی و مورتالیتی در زنان مبتلا می‌شود، انجام شود [۶،۵]. اکثر موارد منفی کاذب، نتیجه اشکالات در انتقال نمونه و کیفیت اسمیر است [۷]. پاپ اسمیر معمولی نمایانگر درصد کوچکی از سلول‌ها است که به وسیله ابزار نمونه‌گیری جمع‌آوری شده است و باقیمانده سلول‌ها دورانداخته می‌شود و این جزء کوچک سلولی الزاماً نمایانگر کل سلول‌ها نمی‌باشد [۵]. وجود موارد غیر رضایت بخش (unsatisfactory) در نمونه لام یکی از مشکلاتی است که پزشک و بیمار در پاسخ آسیب‌شناسی گستره سلولی سرویکس با آن مواجه هستند [۶]. در واقع این موارد از نظر آسیب‌شناسی غیرقابل تفسیراند. موارد غیر رضایت‌بخش را به عنوان موارد ناکافی (inadequate) هم گزارش می‌کنند [۷]. تست پاپ اسمیر لایه نازک بر پایه مایع (Fluid based – thin layer) با هدف ایجاد اسلایدهای با کیفیت بهتر ایجاد شده است. در این روش تمام نمونه جمع‌آوری شده توسط وسیله نمونه‌گیری به جای لام به درون یک مایع نگهدارنده با پایه الکل به عنوان فیکساتور قرار داده می‌شود که می‌تواند برای هفته‌ها در حرارت اتاق حفظ شود. در آزمایشگاه از سوسپانسیون سلولی تهیه شده، خون و آگزودای التهابی حذف شده و نمونه‌ها هموزن می‌شوند. مقداری از آن روی فیلتر یکبار مصرف جمع‌آوری و سپس روی اسلاید شیشه‌ای کشیده می‌شود. بدین ترتیب سلول‌های روی لام نماینده تمام سلول‌های اپی‌تلیالی جمع‌آوری شده می‌باشند. از مزایای دیگر این روش این است که از سوسپانسیون سلولی باقیمانده می‌توان جهت بررسی‌های دیگر از جمله HPV استفاده کرد [۸]. به منظور تهیه لام سیتولوژی در محیط مایع، در حال حاضر دو روش تأیید شده توسط FDA وجود دارد که یکی توسط ماشین Thin prep processor و دیگری توسط دستگاه Surepath است که در بسیاری از مطالعات سودمندی آنها نسبت به روش معمولی تأیید شده است [۱۰،۹]. روش دستی هم جهت تهیه اسلاید در محیط مایع وجود دارد که ارزان‌تر می‌باشد، اما توانمندی آن از لحاظ کفایت نمونه و تشخیص ضایعات در حال تحقیق است. این مطالعه به منظور مقایسه کفایت نمونه در دو روش پاپ اسمیر معمولی و پاپ اسمیر لایه نازک بر پایه مایع تهیه شده با استفاده از روش دستی در کاشان انجام شد. امید است با انجام این پژوهش‌ها بتوان روش مناسب‌تر جهت انجام این تست غربالگری یافت.

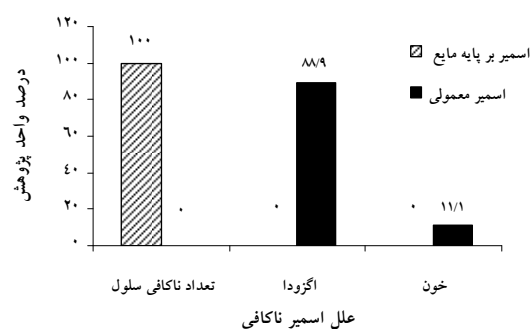
نتایج

در این پژوهش ۲۰۰ پاپ اسمیر لایه نازک بر پایه مایع با ۲۰۰ پاپ اسمیر معمولی از نظر کفایت نمونه مقایسه شدند. سن افراد در گروه پاپ اسمیر معمولی از ۱۳ تا ۷۰ سال با میانگین $31/5 \pm 7/6$ سال و در گروه لایه نازک بر پایه مایع تهیه شده از ۱۶ تا ۶۳ سال با میانگین $31/6 \pm 8/2$ سال بود. در گروه پاپ اسمیر معمولی ۱۹۰ نفر (۹۵ درصد) در ستین تولید مثل قرار داشتند و ۱۰ نفر (۵ درصد) منوپوز بودند. در گروه لایه نازک بر پایه مایع تهیه شده، ۱۹۴ نفر (۹۷ درصد) در ستین تولید مثل و ۶ نفر (۳ درصد) یائسه بودند. از ۲۰۰ فرد مورد بررسی در روش لایه نازک ۱۵۸ نفر (۷۹ درصد) دارای بارداری و ۴۲ نفر (۲۱ درصد) بدون بارداری و در روش معمولی ۱۶۰ نفر (۸۰ درصد) دارای بارداری و ۴۰ نفر (۲۰ درصد) بدون بارداری بودند. در هر یک از دو روش نمونه-گیری پاپ اسمیر تعداد اسامیرهای کافی ۱۹۱ مورد (۹۵/۵ درصد) و تعداد اسامیرهای ناکافی ۹ مورد (۴/۵ درصد) بود (جدول شماره ۱) که بدین ترتیب بین دو روش از این لحاظ اختلاف آماری معنی داری مشاهده نشد ($P=1$). عواملی که باعث ایجاد اسامیرهای ناکافی در روش پاپ اسمیر معمولی شد، شامل وجود آگزودا؛ ۸ مورد (۸۸/۹ درصد) و خون؛ ۱ مورد (۱۱/۱ درصد) بود و در روش لایه نازک بر پایه مایع عامل ایجاد کننده اسامیرهای ناکافی، سلولاریتی ناکافی؛ ۹ مورد (۱۰۰ درصد) بود (نمودار شماره ۱).

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی کفایت نمونه پاپ اسمیر در دو روش پاپ اسمیر معمولی و پاپ اسمیر لایه نازک بر پایه مایع تهیه شده

کفایت نمونه	روش نمونه گیری	
	پاپ اسمیر معمولی	پاپ اسمیر لایه نازک
نمونه کافی	۱۹۱ (۹۵/۵٪)	۱۹۱ (۹۵/۵٪)
نمونه ناکافی	۹ (۴/۵٪)	۹ (۴/۵٪)
جمع	۲۰۰ (۱۰۰٪)	۲۰۰ (۱۰۰٪)

*اختلاف کفایت نمونه در دو روش، با آزمون آماری مجذور کای معنی دار نبود.



نمودار شماره ۱- درصد فراوانی نسبی ۹ مورد علل اسامیرهای ناکافی در هر یک از دو روش نمونه‌گیری پاپ اسمیر

بحث

این پژوهش به منظور مقایسه تعداد نمونه‌های کافی و ناکافی در دو روش پاپ اسمیر معمولی و پاپ اسمیر لایه نازک بر پایه مایع انجام شد. بر اساس نتایج تحقیق با استفاده از سیستم Bethesda 2001، ۹۵/۵ درصد اسامیرها با هر دو روش نمونه-گیری یعنی لایه نازک بر پایه مایع و روش معمولی کافی بود. تحقیقات زیادی در زمینه مقایسه این دو روش انجام شده است و در بیشتر آن‌ها سودمندی روش پاپ اسمیر لایه نازک بر پایه مایع از نظر کفایت نمونه و تشخیص ضایعات بدخیم و پیش بدخیم مطرح شده است [۱۳، ۱۲، ۱۰]. در این مطالعات جهت نمونه‌گیری از روش‌های مورد تأیید توسط FDA یعنی Thin prep processor و یا Surepath استفاده شده است. در مطالعه حاضر تست سیتولوژی در محیط مایع به روش شرکت LGM آمریکا به نمایندگی شرکت تسنیم گستر ایران که هنوز مورد تأیید FDA قرار نگرفته است، انجام شد تا بتوان کارایی آن را مورد ارزیابی قرار داد. مشابه مطالعه حاضر توسط ایزدی و همکاران بر روی ۲۸۹ خانم مراجعه‌کننده به بخش کولپوسکوپی بیمارستان میرزا کوچک‌خان انجام شد که بر اساس نتایج آن، موارد عدم کفایت در روش سیتولوژی در محیط مایع با ۲۲ درصد به طور معنی‌داری بیشتر از روش معمولی با ۵ درصد بود [۱۴]. البته در این مطالعه از روش نمونه‌گیری Split-sample استفاده شده است که خود می‌تواند علتی برای این افزایش باشد. به همین علت توصیه شده است مطالعه‌ای مقایسه‌ای بین دو روش نمونه‌گیری معمولی و سیتولوژی در محیط مایع اما به روش direct to vial انجام گیرد. در روش Split-sample پس از انتقال نمونه به سطح لام و تهیه پاپ اسمیر روتین، ابزار نمونه‌گیری داخل ویال حاوی محلول نگهدارنده قرار داده می‌شود و پس از سانتریفیوژ کردن، اسلاید لایه نازک تهیه می‌شود. به نظر می‌رسد در این روش هم مواردی که ابتدا بر روی اسلاید برای تهیه اسامیر پاپ معمولی کشیده می‌شود، می‌تواند منجر به کاهش کیفیت اسلاید لایه نازک شود. در مطالعه Luthra و همکاران نیز ۱۰۲۴ نمونه پاپ اسمیر معمولی را با همین تعداد اسامیرهای لایه نازک با روش Split-sample مقایسه شد که تعداد اسامیرهای غیر رضایت بخش در روش لایه نازک (۴۱ مورد) در مقایسه با پاپ اسمیر معمولی (۲۷ مورد) بیشتر بود اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود [۱۵]. البته در تعدادی از مطالعات کاهش کیفیت اسامیر به روش Split-sample دیده نشده است [۱۷، ۱۶]. در مطالعه Tuncer و همکاران که در آن از روش Split-sample استفاده شده است، موارد غیر رضایت‌بخش در روش Liquid-based، ۰/۸ درصد و

مابع، ۱ درصد بود که با نتایج تحقیق حاضر متفاوت است [۱۹]. آنها اظهار داشتند باتوجه به اینکه این روش برای اولین بار در مشهد انجام گردیده است، خالی از نقص و اشکال نمی‌باشد.

نتیجه گیری

یافته های این مطالعه بیانگر آن است که روش پاپ اسمیر لایه نازک بر پایه مابع تهیه شده به روش شرکت LGM آمریکا و روش نمونه‌گیری direct to vial از لحاظ کفایت نمونه تفاوتی با روش معمولی ندارد. انجام پژوهش در سطح وسیع‌تر و با تعداد نمونه بیشتر توصیه می‌شود.

تشکر و قدر دانی

این مقاله نتیجه اجرای طرح تحقیقاتی مصوب در دانشگاه علوم پزشکی کاشان به شماره ۸۶۰۵ بوده که بدین وسیله از مساعدت و همکاری کلیه دست‌اندرکاران حوزه پژوهشی این دانشگاه سپاسگزاری می‌شود. همچنین از خانم مریم فرزندگان جهت همکاری در طرح و رنگ آمیزی لام‌ها تشکر و قدردانی می‌شود.

در روش معمولی، ۱/۷ درصد اعلام شده است [۱۶]. در تحقیق Roberts و همکاران هم که روی ۳۵۵۶۱ نمونه انجام شد، ۳/۵ درصد اسمیرهای معمولی و ۰/۷ درصد اسمیر لایه نازک با روش Split - sample، غیررضایت‌بخش بودند [۱۷]. در این مطالعه از روش نمونه‌گیری direct to vial استفاده گردید که بر اساس نتایج به دست آمده تفاوتی بین دو روش از لحاظ کفایت نمونه مشاهده نشد. در این روش پس از نمونه‌گیری ابزار نمونه‌گیری مستقیماً به داخل ویال حاوی مواد نگهدارنده منتقل می‌شود؛ البته محدودیت روش direct to vial این است که نمی‌توان از همان بیمار به عنوان کنترل برای خودش استفاده کرد. در مطالعه انسانی و همکاران که روی ۲۴۰ خانم مراجعه کننده به درمانگاه سرپایی ژنیکولوژی بیمارستان امام خمینی تهران صورت گرفت اسمیر پاپانیکولائو لایه نازک بر پایه مابع به روش direct to vial با پاپ اسمیر معمولی از نظر کفایت نمونه مقایسه شد. بر اساس نتایج این تحقیق تعداد موارد غیر رضایت‌بخش در روش لایه نازک ۴/۳ درصد و در روش پاپ اسمیر معمولی ۹ درصد بود که این کاهش موارد از لحاظ آماری معنی‌دار بود [۱۸]. در مطالعه یوسفی و همکاران در مشهد، شیوع موارد غیر رضایت‌بخش در روش معمولی پاپ اسمیر، ۰/۳ درصد و در روش لایه نازک بر پایه

References:

- [1] Kumar V, Fausto N, Abbas A. Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease, 7th Edition Hardcover. Elsevier saunders 2004; 1073-5.
- [2] Mills SE, Carter D, gresson JK, Oberman HA, Reuter V, Stoler MH. Sternberg's diagnostic Surgical pathology. Fourth edition, Lippincott Williams and Wilkins 2004; Vol 2, 2377-8.
- [3] Addis LB, Hatch KD, Berek JS. Intraepithelial disease of the cervix, vagina, and vulva in: Berek & Novak's Gynecology, 14th ed, Philadelphia Lippincott co. 2006; vol 1, 561-601.
- [4] Gray W, Mckee G. Diagnostic Cytopathology. 2nd ed. London: ChurChill livingstone 2003; 755-65.
- [5] McNeeley SG Jr. New cervical cancer screening techniques. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189(4 Suppl): S40-1.
- [6] French DP, Maissi E, Marteau TM. Psychological costs of inadequate cervical smear test results. *Br J Cancer* 2004; 91(11): 1887-92.
- [7] Murray M, McMillian C. Health beliefs, locus of control, emotional control and women's cancer screening behaviour. *Br J Clin Psychol* 1993; 32(Pt 1): 87-100.
- [8] Weynand B, Berliere M, Haumont E, Massart F, Pourvoyeur A, Bernard P, et al. A new, liquid-based cytology technique. *Acta Cytol* 2003; 47(2): 149-53.
- [9] Felix J. Thin-layer cytology. In: Apgar BS, Brotzman GL, Spiter M, editors. Colposcopy, principles and practice: an integrated textbook and atlas. Philadelphia: W. B. Saunders Company 2002; p. 56-72.
- [10] MOSELEY RP, PAGET S. Liquid-based cytology: is this the way forward for cervical screening? *Cytopathology* 2002; 13(2): 71-82.
- [11] Ministry of Health. Bethesda (NZ Modified) cods for Cytology Laboratories. 2001 TBS update V4 2Feb07 [www.nsu.govt.nz/Files/Bethesda 2001.pdf]. Accessed 11 January 2008.
- [12] Sykes PH, Harker DY, Miller A, Whitehead M, Neal H, Wells JE, et al. A randomised comparison of SurePath liquid-based cytology and conventional smear cytology in a colposcopy clinic setting. *BJOG* 2008; 115(11): 1375-81.
- [13] Taylor S, Kuhn L, Dupree W, Denny L, De Souza M, Wright TC Jr. Direct comparison of liquid-based and conventional cytology in a South African screening trial. *Int J Cancer* 2006; 118(4): 957-62.

- [14] Izadi Mood N, Dehdashti MR, Eftekhari Z, Ahmadi SA. The specimen adequacy and Atypical Squamous Cell frequency: conventional versus liquid-based cytology pap smears. *Tehran University Medical Journal* 2009; 12(66): 900-6.
- [15] Luthra UK, Chishti M, Dey P, Jolly SV, Abdulla M, Das DK, et al. Performance of monolayered cervical smears in a gynecology outpatient setting in Kuwait. *Acta Cytol* 2002; 46(2): 303-10.
- [16] Tuncer ZS, Basaran M, Sezgin Y, Firat P, Mocan Kuzey G. Clinical results of a split sample liquid-based cytology (ThinPrep) study of 4,322 patients in a Turkish institution. *Eur J Gynaecol Oncol* 2005; 26(6): 646-8.
- [17] Roberts JM, Gurley AM, Thurloe JK, Bowditch R, Lavery CR. Evaluation of the ThinPrep Pap test as an adjunct to the conventional Pap smear. *Med J Aust* 1997; 167(9): 466-9.
- [18] Ensani F, Saber Tehrani S, Ghaem Maghami F, Behtash N Comparative study of 140 fluid-based thin layer Papanicolaou smears prepared using Cyto-tek with their cell blocks versus 100 conventional Papanicolaou smears in terms of adequacy. *Hakim Research Journal* 2006; 1(9): 22-7. [in persian]
- [19] Yousefi Z, Sharify N, Abrahamzadeh S, Anbiaey S. Incidence of unsatisfactory rate cervical cytology classification in liquid-Based versus conventional cervical cytology. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences* 2007; 2(9): 12-6. [in persian]

Archive of SID