

بررسی علل پائین بودن کیفیت غربالگری سرطان سرویکس

در نظام خدمات بهداشتی درمانی استان همدان در سال ۱۳۷۹

نویسندگان:

دکتر مرضیه سننوی فریمانی*

استادیار گروه زنان و مامایی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

دکتر ناهید انواری

استادیار گروه پاتولوژی، دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی همدان

تاریخ ارائه مقاله: ۱۳۸۲/۱/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۳۸۲/۵/۲۴

Evaluation of the Causes of Low Quality of Pap Smear in Hamadan County.

Abstract:

Objective:

Pap smear has been done by health services since 1991 in Iran. Unfortunately detection of abnormal smear is very low although this cancer was the 9th cause of death in four counties in 1999. The goal of this research is determination the cause of low quality Pap smear in Hamadan County.

Materials & Methods:

We choose 1224 smears from the total smears that had been evaluated by cytologists. All smears were reevaluated with a pathologist and she answered the questions: was smear prepared correctly? Was smear evaluated carefully? Then results were analyzed with SPSS.

Results:

Problems were classified in 3 groups. The first were related to smear's collector (11.7%). 43.7% were related to loss of endocervical cells- 34.7% related to low cellularity - 28.8% related to coverage with inflammatory cells and 4.2% related to poor fixation. The second problem were related to preparing smears by cytologist (74.5%), including coloring, sticking lamella to lame. 47.5% of smears were poorly prepared and of no value 30.1% related to unfavorable stick, 14/2% to wrong coloring, 2/7% related to put the lamella over lame.

The third problem was related to the quality of evaluation. There was 96.6% agreement between cytologist and pathologist.

Conclusion:

This research demonstrated that the first cause of low quality was preparation by the cytologist (74.5%), next refers to collector (11.7%). But the high quality of evaluation (96.6%) was questionable because many smears were deleted from analysis with low quality.

Keyword:

Papsmear, Screening

آدرس مکاتبه:

* همدان بیمارستان فاطمیه، دفتر گروه زنان و مامایی، تلفن: ۰۸۱۱ ۸۲۷۷۰۸۲، شماره: ۰۸۱۱ ۸۲۲۹۱۴۹

پست الکترونیک: dr-farimani@yahoo.com

مقدمه:

در استان همدان در سال ۱۳۷۹ جمعیت در حدود ۱۶۹۸۳۷ نفر بودند ۲۰٪ آن شامل زنان در سنین ۶۵-۲۰ سال واجد شرایط بودند و اگر بپذیریم که این زنان همگی باید هر ۳ سال یک بار پاپ بدهند باید حدود ۱۱۳۱۲۲ نفر مورد غربالگری قرار می گرفتند ولی تنها ۲۷۳۵۲ مورد لام در سال ۱۳۷۹ بررسی شد.

از این تعداد ۲۲۳۳ مورد طبق گزارش مرکز بهداشت به دلایل مختلف غیر قابل رویت بودند، از این تعداد یک مورد سرطان، ۵ مورد دیسپلازی گزارش شده که با شیوع ۰/۰۱۶٪ حتی از آمار کشوری در همان سال بسیار کمتر است (یک نهم آمار کشوری) در حالی که با پوشش حدود ۳۳٪ از آمار کشوری (۱۹٪) بیشتر بوده است. از این آمار می توان نتیجه گرفت یا شیوع سرطان سر ویکس در کشور ما فوق العاده ناچیز است که در این صورت غربالگری آن مقرون به صرفه نیست، یا ابزار ما برای کشف زود رس بیماری به دلایلی قابلیت لازم را ندارد.

آمار مرگ و میر ناشی از بیماری مویید این است که بیماری در کشور شیوع دارد اما سیستم غربالگری قادر به کشف زود رس آن نمی باشد. بنا بر این یا پاپ اسمیرهای انجام شده در کشور ما، یا از جمعیت های در معرض خطر اخذ نمی شود یا نحوه گرفتن آن صحیح نمی باشد و یا به درستی تفسیر نشدند.

این مطالعه بر آن است تا به سوالات فوق در صورت امکان پاسخگو باشد. از این رو بر آن شدیم تا کیفیت لامهای تهیه شده در مراکز بهداشتی استان همدان را مورد باز بینی قرار داده و مشکلات آن را بررسی نماییم.

روش کار:

از میان کلیه پاپ اسمیر های انجام شده در نیمه اول سال ۱۳۷۹ که توسط تکنسین در مراکز بهداشت استان تفسیر شده بود از طریق جدول اعداد تصادفی تعداد ۱۲۲۴ مورد لام به نسبت پاپ اسمیر های انجام شده در هر شهرستان انتخاب شد و توسط متخصص آسیب شناسی همکار طرح مورد باز بینی قرار گرفت از ابتدای کار باز بینی توسط متخصص آسیب شناسی متوجه شدیم که اشکالات تکنیکی در تهیه لام شامل چسب به کار رفته و نوع رنگ آمیزی در تعدادی از لام ها به اندازه ای است که لام قابل بررسی نمی باشد (البته شاید چسب لام در حالت تازه که مورد استفاده متخصص آسیب شناسی قرار گرفته مشکلی نداشته و به تدریج کدر شده است).

این اشکال در بعضی از شهرستانها قسمت عمده ای از نمونه ها را شامل می شد. پس از مشورت با همکار متخصص آمار قرار شد این مسئله به عنوان یکی از

با معرفی پاپ اسمیر به عنوان یک اقدام جهت غربالگری سرطان سرویکس شیوع این بیماری از سال ۱۹۵۰ حدود ۷۹٪ کاهش در بروز و ۷۰٪ کاهش در مرگ و میر شده است و هم اکنون در رده ششم از علل مرگ و میر زنان قرار دارد (۱) و (۲). در صورتی که لامهای تهیه شده از کیفیت خوبی برخوردار نباشند از حساسیت آن کاسته خواهد شد (۲). اغلب مطالعات اخیر افزایش در صد موارد کاذب منفی را حاصل پایین بودن حساسیت پاپ اسمیر عنوان نمودند (۳).

در یک بررسی حساسیت اختصاصی بودن و ارزش پیشگویی مثبت این تست به ترتیب ۵۳٪، ۹۵٪ و ۴۷٪ ذکر گردیده است (۳). دلایل زیادی برای عدم تشخیص سلولهای غیر طبیعی در اسمیر بیان شده است که بعضی از آنها اشتباه در نمونه گیری را ذکر کردند (۳) (۴) (۵). همچنین روش های بسیاری برای بهبود کیفیت این تست پیشنهاد شده که شامل آموزش در نحوه نمونه گیری است (۶).

تغییر در تکنیک نمونه گیری، وسایل مورد استفاده، تکنیک های رنگ آمیزی و حتی تغییر در تفسیر آن می باشد (۱) (۳). درمان ضایعات قبل از تهاجم سرویکس کاملاً موثر است و در صورت عدم درمان ۶۰-۴۰٪ ضایعات به سمت سرطان مهاجم پیشرفت می کنند.

طی یک بررسی در سال ۱۳۷۸ مربوط به سیمای مرگ در ۴ استان کشور این بیماری نهمین علت مرگ در ایران بوده است (۷). طبق گزارشات میزان بروز سرطان سرویکس در منطقه غرب آسیا ۱۰۷ در ۱۰۰۰۰۰ و در عربستان ۳۰ در ۱۰۰۰۰۰ و در پاکستان ۱۲۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ می باشد. میزان شیوع دیسپلازی در پاکستان حدود ۱۴٪ است (۸).

طبق آمار سال ۱۳۷۸، در بخش دولتی حدود ۷۰۰۰۰۰ لام دیده شد و ۱۱۵۴ مورد دیسپلازی گزارش شده است بنا بر این شیوع دیسپلازی قابل تشخیص با پاپ اسمیر در کل کشور حدود ۰/۱۶٪ بوده است (۹). اگر میزان شیوع دیسپلازی را در کشور معادل پاکستان که از نظر مذهبی و فرهنگی و اقلیمی مشابهت بیشتری با کشور ما دارد در نظر بگیریم حساسیت پاپ اسمیر در کشور ما در حدود ۱/۱۷٪ خواهد بود که با حساسیت استاندارد حداقل ۷۰٪ اختلاف واضح دارد (۱۰).

آمار پاپ اسمیر کشوری طی سالهای ۱۳۷۹-۱۳۷۵ نشان می دهد که پوشش از ۷٪ در سال ۱۳۷۵ با رشد کندی به حدود ۱۹٪ در سال ۱۳۷۹ رسیده است ولی میزان نتایج غیر طبیعی آن از ۰/۰۸۷٪ در سال ۱۳۷۵ به ۰/۱۴۶٪ رسیده است (۹).

علی رغم کیفیت نامطلوب قابل ارزیابی بودند که با سایر لامهای مطلوب تحت بررسی آماری قرار گرفتند.

از اشکالات مربوط به چسب، اسد آبیاد با ۹۸/۹٪ چسب نامطلوب و کدر بیشترین درصد شیوع و همدان با ۰٪ کمترین میزان اشکال را در میان شهرستانهای استان دارا بودند. نتایج مربوط به کیفیت چسب نمونه های مورد بررسی به تفکیک شهرستانها در جدول شماره ۲ آورده شده است.

۲- اشکالات مربوط به تفسیر نمونه ها، در مجموع از کل نمونه های باز بینی شده پس از حذف موارد غیر قابل بررسی ۹۶/۶٪ تفسیر سیتولوژیست و پاتولوژیست مطابقت وجود داشته است. البته لازم به ذکر است که در ۹۶۳ مورد لام مورد بررسی حتی یک مورد آتیپی توسط سیتولوژیست ها گزارش نشده بود ولی در بازبینی ۱۱ مورد آتیپی توسط پاتولوژیست گزارش شده بود که از این تعداد ۵ مورد از نوع mild، 5 moderate و یک مورد آن severe glandular atypia بوده است. در مواردی نیز عدم مطابقت مربوط به عدم گزارش کرکو باسیل ها و کاندیدا و یا unsatisfactory بودن نمونه ها بوده است که علی رغم بی اهمیت بودن مسأله، نشان از سهل انگاری سیتولوژیست در بررسی و گزارش موارد بوده است.

بحث:

در این مطالعه شایعترین مشکل مربوط به کار سیتولوژیست ها در آماده سازی لام ها بوده است (۷۴/۴٪ نمونه ها). نتیجه غیر مترقبه حین تحقیق وجود اشکالات تکنیکی در آماده سازی نمونه های پاپ اسمیر برای مطالعه بوده است. کدر شدن چسب لام به حدی که مانع از رویت سلولها شده و یا کم رنگ بودن اسمیرها در حدی که خصوصیات هسته و سیتوپلاسم قابل بررسی نباشد، موجبات حذف ۲۶۰ نمونه از مطالعه و بررسی ۲۴۶ لام دیگر با عنوان نامطلوب گردید.

کم رنگ بودن اسمیرها ناشی از مصرف رنگهای غیر استاندارد، رنگهای تاریخ مصرف گذشته و یا عدم رعایت زمان لازم برای رنگ آمیزی بوده است.

کدر شدن چسب لام پس از ۶-۱۲ ماه می تواند ناشی از رقیق کردن و یا کم مصرف کردن چسب باشد. در مراکز دانشگاهی استان چسب ایرانی مشابه برای نمونه های سیتولوژی مورد استفاده قرار می گیرد و کدر شدن آن گر چه پیش از موعد روی می دهد ولیکن با این سرعت و شدت نیست. در حالی که نظام بهداشتی درمانی بسبب بایگانی لامهای سیتولوژی به مدت ۳ سال جهت ارزیابی مجد تاکید می نماید، کدر شدن چسب لام پس از ۶-۱۲ ماه عیب تکنیکی عمده ای محسوب می گردد.

مشکلات طرح، مطرح شود و نمونه های انتخابی تغییر نکند. مسئله دیگر عدم نگهداری نمونه ها در شهرستان تویسرکان بود بنا بر این نمونه های این شهرستان وارد بررسی نشدند.

در هنگام بررسی مجدد، متخصص آسیب شناسی به دو نکته در مورد هر لام اشاره میکرد. ابتدا نحوه تهیه صحیح نمونه توسط نمونه گیران، مورد بررسی قرار می گرفت (وجود سلولهای آندوسرویکال، سلولاریته مناسب، عدم وجود اتولیز و مواد لوپریکانت یا خارجی در نمونه و همچنین عدم پوشانیده شدن کامل لام توسط سلولهای التهابی به عنوان نمونه گیری صحیح تلقی می شد) و سپس چگونگی آمادگی لام و تفسیر آن توسط سیتولوژیست بررسی می شد. (کدر شدن لام در اثر استفاده از چسب نامناسب در لام یا لامل، رنگ آمیزی نامناسب، همچنین عدم گزارش سلولهای آتیپیک و یا دیسپلاستیک در نمونه به عنوان اشکالات کار سیتولوژیست مورد توجه بود).

از مجموع ۱۲۲۴ مورد لام مورد بررسی، ۲۶۰ مورد به اندازه ای اشکال تکنیکی از نظر چسب مورد استفاده و یا رنگ آمیزی داشتند که نمونه ها قابل بررسی نبودند از ۹۶۴ لام باقیمانده تنها ۶۱۸ مورد بدون اشکال بودند و مابقی علیرغم داشتن اشکالات قابل بررسی بودند. سپس موارد تحت بررسی در چک لیست وارد شده و نتایج حاصل توسط نرم افزار SPSS آنالیز شد.

نتایج:

به طور کلی مشکلات در سه دسته اصلی طبقه بندی شدند.

۱- اشکالات مربوط به نحوه نمونه گیری:

۱۱/۷٪ از کل نمونه ها دارای این مشکل بودند، که از میان اشکالات مرتبط با نمونه گیران، ۴۲/۷٪ مربوط به نبودن سلولهای آندوسرویکس، ۲۴/۷٪ مربوط به سلولاریته کم، ۲۸/۸٪ مربوط به پوشیده شدن لام با سلولهای التهابی و ۴/۲٪ مربوط به ثابت کردن ضعیف بود. نتایج فراوانی کیفیت تهیه نمونه پاپ اسمیر تهیه شده در جدول شماره (۱) آورده شده است.

۲- اشکالات مربوط به آماده سازی نمونه ها توسط سیتولوژیست ها:

۷۴/۵٪ از کل نمونه ها مربوط به این قسمت بوده که در ۴۷٪ کل لامها این مشکل به حدی بوده، که نمونه ها قابل استفاده نبوده است. این اشکالات به ترتیب اهمیت شامل ۲۰/۱٪ از کل اشکالات آماده سازی مربوط به استفاده از چسب نامناسب، ۱۴/۲٪ مربوط به رنگ آمیزی نامطلوب، ۲/۷٪ مربوط به اشکالات مربوط به قرار دادن لام روی لام بوده است مابقی (۲۶/۵٪)

بیشتری منتقل خواهند شد. علاوه بر آن، این روش مانع خشک شدن نمونه در معرض هوا نیز خواهد شد. سپس سلولهای محتوی مایع از فیلتر عبور داده شده که خود موجب به تله افتادن سلولهای اپتلیال و انفلاماتوری شده و همچنین با تهیه یک نمونه نازک امکان تفسیر بهتر را به سیتولوژیست می دهد و نمونه های غیر مطلوب را تا ۹۰-۷۰٪ نسبت به روش های سنتی کاهش می دهد، شاید زمان آن رسیده است که ما نیز در روش های غربالگری تجدید نظر کنیم. برطرف نمودن این مشکل نیز با کاربرد وسایل استاندارد مطلوب، نظارت بر اشکالات آنها و آموزش در همان زمینه و همچنین کار برد روشهای جدیدتر امکان پذیر است.

امامهم ترین نکته مربوط به کیفیت تفسیر نمونه هاست. هر چند در این بررسی کیفیت کار ظاهراً بسیار بالاست (۹۶٪ تطابق نظرات سیتولوژیست با پاتولوژیست) و موارد عدم تطابق بیشتر مربوط به عدم گزارش atypia از ۲۵ مورد عدم تطابق ۱۱ مورد مربوط به عدم گزارش آتپیی بوده است که از این میان ۵ مورد moderate atypia، ۵ مورد severe glandular atypia که در مجموع در بررسی پاتولوژیست نیز شیوع آتپیی در جمعیت فوق ۱/۱٪ می شود. اما چند نکته وجود دارد، در این سال نمونه های مشکوک توسط پاتولوژیست بازبینی شده است، مهم تر آن که نمونه های نامطلوب عملاً حذف شدند و احتمالاً سیتولوژیستهای که نمونه های دقیق تری تهیه کرده اند، آنها را دقیق تر هم تفسیر کرده اند.

به عبارتی با حذف غیر عمد نمونه های نامطلوب، عملاً ما تنها کار سیتولوژیستهایی که با توجه به شرایط موجود نمونه های مطلوبی را تهیه کرده بودند، بررسی کردیم چه بسا اگر در شرایطی قرار می گرفتیم که می توانستیم کار سیتولوژیستهایی که در تهیه، رنگ آمیزی و چسب لامل سهل انگارانه برخورد کرده بودند را بررسی کنیم، تا این اندازه تطابق را هم به دست نمی آوردیم یک مسأله دیگر مربوط به سن افراد مراجعه کننده به مراکز بهداشتی است اغلب این افراد زنان جوانی بودند که برای استفاده از روشهای جلوگیری به مراکز بهداشتی مراجعه کرده بودند و شاید دلیل تعداد کم موارد دیسپلازی مربوط به طیف سنی مراجعین بوده است.

در مجموع انجام پاپ اسمیر با شرایط فوق با وجود صرف هزینه گزاف جهت تهیه و تفسیر آن به صرف اقتصادی نیست. در صورت امکان با توجه به اینکه این بیماری تقریباً نهمین عامل مرگ حداقل در ۴ استان کشور غربالگری آن نیاز به بازنگری و تحول اساسی

در حالیه که تمامی سیتولوژیست ها دوره های آموزشی لازم را طی کرده اند این اشکالات فنی می تواند ناشی از پذیرش صرفه جوئی بیش از حد حتی به قیمت لطمه به کیفیت کار یا استفاده از مواد نامرغوب و همچنین عدم نظارت کافی بر کار آنان باشد در مواردی سیتولوژیست اشتباهاً لامل را به پشت لام چسبانده است (۲/۷٪ اشکالات مربوط به لامل) و علی رغم اینکه در بررسی اولیه توسط خودش هم این گونه لامها قابل بررسی نبوده اند، برگه جواب به بیمار ارائه نموده اند.

در مجموع چنین سهل انگاری های تکنیکی را می توان نشانه ای از سهل انگاری های مشابه در هنگام تفسیر لام نیز در نظر گرفت. به نظر می رسد مشکل فوق با آموزش مناسب، بازبینی منظم و تصادفی روی کار آنها توسط پاتولوژیست و دادن باز خورد مناسب به سیتولوژیست ها قابل حل است.

مشکل بعدی مربوط به کار نمونه گیران بوده است (۱/۷٪ نمونه ها). همان طور که می دانیم چنانچه نحوه تهیه نمونه از کیفیت کافی برخوردار نباشد از حساسیت این تست کاسته خواهد شد. اغلب مطالعات نمونه گیری ناکافی را دلیل عمده افزایش موارد منفی کاذب ذکر می نمایند. اولین نکته در عدم نمونه گیری صحیح نبودن سلولهای آندوسرویکال است که گویای این واقعیت است که نمونه از منطقه ترانزیشنال (TZ) گرفته نشده است. این منطقه از نظر بروز CIN و کانسرها ناحیه مهمی است و اساس این تست نمونه گیری از همین منطقه است.

یکی از مشکلات دیگر در این ارتباط استفاده از اسپاچول به تنهایی در نمونه گیری های سیستم بهداشتی است در حالی که در روش سنتی استاندارد باید جهت گرفتن سلولهای آندوسرویکال از سوآپ استفاده کرد اهمیت این نکته بیشتر در مواردی است که به دلایل آناتومیک قادر به برداشت نمونه خوب از آندوسرویکس نیستیم.

در مطالعه ما نیز عمده اشکال در نمونه گیری مربوط به عدم سلولهای قسمت داخلی دهانه رحم (آندوسرویکال) و سلولاریته کم بوده است. بعضی از مولفین استفاده از سیتو برایش را در این موارد ارجح می دانند و هزینه آن را نیز کمتر از روش های سنتی می دانند.

مطالعات جدید خطاهای نمونه گیری و آماده سازی را با کاربرد یک واسطه مایع جهت جمع آوری نمونه تقریباً حذف و باعث بهبود حساسیت تا ۸۰٪ شده اند در این روش سلولهای جمع آوری شده توسط برس سیتولوژی ۹۰-۸۰٪ سلول ها به یک لوله محتوی مایع نگهدارنده منتقل می شوند که در مقایسه با تکنیک های سنتی اسلاید شیشه، به میزان ۲۰-۱۰٪، سلولهای بسیار

جناب آقای دکتر کاظم زاده مسئول بهداشت خانواده مرکز بهداشت استان همدان و به خصوص همکار محترم مشان سرکار خانم قهرمانی به خاطر جمع آوری نمونه ها از شهرستانهای استان و همچنین جناب آقای مهندس مانی کاشانی که در آنالیز آماری اینجانب را یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را نمایم.

در نوع نمونه گیری و تفسیر آن، تعیین جمعیت پر خطر در ایران و نمونه گیری منظم در این گروهها، آموزش و نظارت مستمر بر کار نمونه گیران و سیتولوژیست ها دارد.

سیاستگذاری

بر خود لازم می دانم بدینوسیله از زحمات بی دریغ

جدول ۱- فراوانی کیفیت تهیه نمونه پاپ اسمیر تهیه شده در نیمه اول سال ۷۹ بر حسب شهرستانهای استان همدان

کیفیت نمونه شهرستانها	مطلوب*	درصد	نامطلوب**	درصد	جمع تعداد	درصد
اسدآباد	۵	۸۳/۳	۱	۱۶/۷	۶	۱۰۰
بهار	۴۱	۷۳/۲	۱۵	۲۶/۸	۵۶	۱۰۰
رزن	۱۹	۹۰/۵	۲	۹/۵	۲۱	۱۰۰
کبودرآهنگ	۵۹	۹۰/۸	۶	۹/۲	۶۵	۱۰۰
ملایر	۶۷	۷۶/۱	۲۱	۲۳/۹	۸۸	۱۰۰
نهاوند	۵	۸۳/۳	۱	۱۶/۷	۶	۱۰۰
همدان	۳۵۰	۹۳/۱	۲۶	۶/۹	۳۷۶	۱۰۰
جمع کل	۵۹۱	۸۸/۳	۷۲	۱۱/۷	۶۱۸	۱۰۰

* وجود سلولهای آندوسرویکال یا متاپلاستیک در نمونه، سلولاریته مناسب، عدم وجود اتولیز، مواد لوبریکانت یا خارجی درنمونه
 ** عدم وجود سلولهای آندو سرویکال یا متاپلاستیک درنمونه، سلولاریته کم، وجود اتولیز، مواد لوبریکانت در نمونه، پوشانده شدن کامل اسمیر توسط سلولهای التهاب

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی کیفیت چسب نمونه های پاپ اسمیر تهیه شده در نیمه اول سال ۱۳۷۹ بر حسب شهرستانهای تابعه استان همدان

شهرستانهای محل تهیه نمونه های پاپ اسمیر	چسب لام مطلوب نیست		چسب لام بقدری کدر است که قابل بررسی نیست		چسب لام مطلوب است		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
اسدآباد	۳۰	۳۳	۶۰	۶۵/۹	۱	۱/۱	۹۱
بهار	۴۸	۵۷/۸	۲۸	۳۳/۷	۷	۸/۴	۸۳
رزن	۳۲	۴۷/۸	۲۷	۴۰/۳	۸	۱۱/۹	۶۷
کبودرآهنگ	۳۵	۵۰/۷	۴	۵/۸	۳۰	۴۳/۵	۶۹
ملایر	۳۳	۱۸/۱	۸۲	۴۵/۱	۶۷	۳۶/۸	۱۸۲
نهاوند	۰	۰	۸۹	۹۳/۷	۶	۶/۳	۹۵
همدان	۰	۰	۰	۰	۳۷۶	۱۰۰	۳۷۶
جمع کل	۱۷۸	۱۸/۵	۲۹۰	۳۰/۱	۴۹۵	۵۴/۴	۹۶۳

خلاصه:

هدف:

پاپ اسمیر از سال ۱۳۷۰ در کشور ما توسط سیستم بهداشتی انجام می شود ولی متأسفانه موارد غیر طبیعی این تست بسیار پایین است (۰/۱۴۶٪ در سال ۱۳۷۸) در حالی که طی بررسی سیمای مرگ در سال ۱۳۷۸، این سرطان نهمین علت مرگ در ۴ استان نمونه کشوری بوده است. هدف از این مطالعه که با مشارکت مرکز بهداشت همدان صورت گرفت تعیین علل پایین بودن کیفیت پاپ اسمیر در استان همدان بوده است.

روش کار:

از کلیه نمونه های تهیه شده در سیستم بهداشتی استان همدان در سال ۱۳۷۹ که توسط سیتولوژیست ها تفسیر شده بود، ۱۲۲۴ نمونه به طور تصادفی انتخاب شد و توسط پاتولوژیست همکار طرح پایز بین گرفتید و به دو پرسش پاسخ داده شد. آیا نمونه ها به درستی تهیه شده اند؟ آیا نمونه ها به درستی تفسیر شده اند؟ و سپس نتایج توسط نرم افزار SPSS آنالیز شد

نتایج:

مشکلات بررسی مربوط به این قسمت بود، که از آن میان ۴۲٪ مربوط به نبودن سلولهای آندوسرویکس، ۲۴٪ مربوط به سلولاریته کم، ۲۸٪ مربوط به پوشیده شدن لام با سلولهای التهابی و ۴٪ مربوط به فیکساسیون ضعیف بود. دسته دوم مشکلات مربوط به آماده سازی نمونه توسط سیتولوژیست ها بود، شامل رنگ آمیزی، چسباندن لامل روی لام و تفسیر آن. ۷۴٪ مشکلات مربوط به این قسمت بود که در ۴۷٪ کل لام ها این مشکل به حدی بود که لام بطور کلی قابل ارزیابی نبود. این اشکالات به ترتیب اهمیت شامل: ۳۰٪ از کل نمونه ها مربوط به استفاده از چسب نامناسب، ۱۴٪ مربوط به استفاده از رنگ آمیزی نامناسب، ۲٪ مربوط به اشکالات قرار دادن لامل روی لام، ۳٪ مابقی علی رغم مطلوب نبودن کیفیت قابل بررسی بودند که در آنالیز همراه موارد مطلوب بررسی شدند. دسته سوم مربوط به تفسیر نمونه ها توسط سیتولوژیست بود. از این نظر پس از حذف نمونه های با کیفیت نامناسب ۹۶٪ مطابقت بین سیتولوژیست و پاتولوژیست وجود داشت.

نتیجه نهایی و بحث:

مهمترین نکته در کیفیت پایین انجام غربالگری در این مطالعه مربوط به کار آماده سازی لام توسط سیتولوژیست ها بوده است (۷۴٪). عدم نمونه گیری صحیح توسط نمونه گیران در مرحله بعد قرار دارد (۱۱٪) اما مطابقت قابل قبول بین سیتولوژیست و پاتولوژیست در تفسیر نمونه ها (۹۶٪) به علت حذف قابل توجهی از نمونه های با کیفیت پایین از مطالعه قابل اعتماد نمی باشد که نیاز به بررسی بیشتر در این زمینه دارد. یک مسئله مهم دیگر مربوط به سن جمعیت مورد غربالگری است که در سیستم بهداشتی عمدتاً مربوط به زنان جوانی است که جهت دریافت خدمات پیشگیری از بارداری به این مراکز مراجعه می کنند.

واژه های کلیدی:

پاپ اسمیر، غربالگری

References:

1. Berek JS, Rinehart RD, Adams PJ, Adashi EY, Novak S. *Gynecology*. 13th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
2. Ryan KJ, Brkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A. *Kistner gynecology and women health*. 7th ed. Baltimore: Mosby, 1999.
3. Francisco Garcia, Elena Mendez, Susie Baldwin. Factors that affect the quality of cytologic cervical cancer screening along the Mexico-United States border. *Am J Obstet Gynecol*, 2003; 189: 467-472.
4. Bibbo M. *Coprehensive cytopathology*. New York: Mosby, 1991: 46-70.
5. Risberg B, Andersson. *Cervix-Brush vs spatula and cytobrush*, 1995, 111-115.
6. Hendric S, Cronje, Groesbeck P, Parham, Bruno F, Cooreman. A comparison of four screening method for cervical neoplasia in a developing country. *Am J Obstet Gynecol*, 2003; 188: 395-400.
- 7- نقدی، محسن. سیمای مرگ در چهار استان کشور. ۱۳۷۸. تهران: معاونت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، ۱۳۷۸.
8. World Health Organization. *programs Cervical cancer screening, cervical cytology basic consideration*. Geneva: WHO, 1999.
- 9- ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. وضعیت غربالگری سرطان گردن رحم. تهران: معاونت بهداشتی اداره کل بهداشت خانواده، اداره زنان و سالمندان، ۱۳۷۹.
- 10- ایران. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی. چکیده تحلیل غربالگری سرطان گردن رحم در کشور و ارائه راهکارهای اجرایی. تهران: دفتر سلامت خانواده و جمعیت، اداره زنان و سالمندان، ۱۳۸۰.