

Prevention of total thyroidectomy in noninvasive follicular thyroid neoplasm with papillary-like nuclear features (NIFTP) based on combined interpretation of ultrasonographic and cytopathologic results: clinical Endocrinology. 2018;88:114-122.

در قالب یک مطالعه مشاهده ای گذشته نگر شاخص های سونوگرافیک و سیتوپاتولوژیک بین دو گروه از بیماران NIFTP و Non-NIFTP مقایسه شده اند.

توضیحات زیر بخش روش های آماری بخش مواد و روش ها و یافته ها بر اساس آنها

1- در این متغیرهای عددی بصورت میانگین و انحراف معیار گزارش شده و متغیرهای غیر عددی با تعداد و درصد گزارش شدند. در جدول یک متغیر سن و در جدول 2 اندازه تومور عددی است که علاوه بر میانگین و انحراف ، دامنه میان چارکی هم گزارش شده است ... عددی هستند که با توجه به نرمال بودن توزیع از آزمون t مستقل برای مقایسه بین دو گروه استفاده شده است (در صورت نرمال نبودن از من-ویتنی استفاده می شود) که سن و اندازه تومور بین دو گروه تفاوت معنی دار نداشته اند و متغیرهای غیر عددی مثل جنسیت، نوع عمل و ... (در جدول یک) و در جدول 2 که متغیرهای سونوگرافیک بین دو گروه مقایسه شده اند (غیر از سایز تومور) و در جدول 3 که رده بندی های سونوگرافیک بر اساس معیارهای ATA و ... همگی غیر عددی هستند و بین دو گروه با آزمون کای دو و دقیق فیشر (نوعی از آزمون کای دو است که در شرایط حجم نمونه کم استفاده می شود) مقایسه شده اند و آنهایی که پی ویلیوی کمتر از 5 درصد دارند بین دو گروه تفاوت معنی دار داشته اند مثل نوع عمل و Nstage در جدول یک و در جدول 2 از رده های calcification رده ی none و macrocalcification و در جدول 3 در ذیل رده بندی ATA رده ی A3 و در ذیل رده بندی Bethesda رده B4 بین دو گروه تفاوت معنی دار داشته اند.

2- برای تشخیص ارزش پیشگویی کننده و شناسایی دو گروه بیمار NIFTP و Non-NIFTP بوسیله رده های ماکرو کلسیفیکشن و category US و Bethesda از تحلیل آماری منحنی ROC استفاده شد و بر اساس این روش رده ای که بالاترین ارزش تشخیص دهنده این دو گروه از بیماران را داشت بر اساس شاخص های پیش گویی کنندگی حساسیت ، ویژگی ، ارزش اخباری مثبت و منفی و صحت مشخص گردید که در جدول 3 نتایج آمده است، رده ای که دارای بالاترین جموع حساسیت و وبژگی باشد بعنوان نقطه برش بهینه تعیین گردیده است. برای مثال در رده بندی Bethesda 68/9 درصد بیماران NIFTP بعنوان دارندگان گریدهای پایین در حالیکه در بیماران Non-NIFTP 48/5 درصد رده بندی شدند که بر اساس پی ویلیو 0/036 دو گروه بیماران یادشده از نظر توزیع گریدهای پایین و بالا با هم تفاوت داشتند و حساسیت این نوع رده بندی (Bethesda) برای تشخیص دو نوع بیماری 68/89 است یعنی اگر بیماری را از نظر رده بندی بر اساس این معیار رده بندی کنیم اگر رده b5-6 را داشته باشد 68/89 درصد محتمل است که NIFTP باشد و اختصاصیت این رده ها برابر 51/55 درصد است یعنی کسی که از نظر این نوع رده بندی در گریدهای 5 و 6 قرار داشته باشد 51/5 درصد محتمل است که بطور واقعی Non-NIFTP باشد و در مجموع رویکرد تشخیص بیماران NIFTP از Non-NIFTP بر اساس Bethesda 57 درصد بیماران هر دو نوع بصورت صحیح پیش بینی می شوند رجوع به همه 5 شاخص نشان می دهد روش Bethesda از دو رویکرد تشخیصی دیگر منجر به نتایج قابل اطمینان تری در تشخیص دو نوع بیماران سرطان تیروئیدی می شود هر چه این شاخص ها (حساسیت، اختصاصیت ، ...) بالاتر باشند یک شاخص از ارزش پیشگویی کنندگی

بیشتری برخوردار است

3- در جدول ضمیمه 1-2 مقایسه متغیرهای عددی نرمال بین بیش از دو گروه مستقل (در این مطالعه، NIFTP، EFVPTC و IFVPT) با آنالیز واریانس (و در صورت غیر نرمال بودن با آزمون کروسکال-والیس انجام می شود) انجام شده است و در صورت تفاوت معنی دار بین گروه ها از آزمون های تعقیبی (HOC POST) برای مشخص کردن گروه های دو به دو متفاوت استفاده می شود که در این مطالعه از Bonferroni استفاده شده است.

دکتر آوات فیضی - دانشیار آمار زیستی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان - 14-11-96